

## **Antrag**

**der Abgeordneten Maria Klein-Schmeink, Fritz Kuhn, Birgitt Bender, Elisabeth Scharfenberg, Dr. Harald Terpe, Katja Dörner, Beate Müller-Gemmeke, Kai Gehring, Ekin Deligöz, Ulrike Höfken, Cornelia Behm, Katrin Göring-Eckardt, Winfried Hermann, Sven-Christian Kindler, Dr. Hermann Ott, Brigitte Pothmer, Tabea Rößner, Christine Scheel, Dr. Wolfgang Strengmann-Kuhn, Daniela Wagner und der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN**

### **Gesetzliche Grundlage für Prävention und Gesundheitsförderung schaffen – Gesamtkonzept für nationale Strategie vorlegen**

Der Bundestag wolle beschließen:

I. Der Deutsche Bundestag stellt fest:

Prävention und Gesundheitsförderung haben nicht den Stellenwert, den sie verdienen, denn die großen Herausforderungen der Gesundheitsversorgung können mit einer rein kurativen Ausrichtung des Gesundheitssystems nicht gelöst werden. Ein überwiegend auf die Behandlung von Krankheiten ausgerichtetes Versorgungssystem kann die zentralen Herausforderungen der Zukunft nicht lösen. Eine steigende Lebenserwartung und der daraus resultierende Versorgungsbedarf, die Zunahme chronischer Erkrankungen und die ungleiche Verteilung von Gesundheitschancen bedürfen einer deutlichen Stärkung der Prävention und Gesundheitsförderung. Für Prävention und Gesundheitsförderung wird in Deutschland nur ein Bruchteil der Gesundheitsausgaben aufgewendet. Zudem ist die Finanzierung der Primärprävention in weiten Teilen projektgebunden, eher auf kurze Zeiträume angelegt und oft nicht nachhaltig. Prävention und Gesundheitsförderung sind bislang jedoch kein gesundheitspolitischer Schwerpunkt der Bundesregierung und einem Präventionsgesetz hat sie eine Absage erteilt, obwohl nach wie vor kein ordnungspolitischer Rahmen für Prävention und Gesundheitsförderung existiert.

Der Bedarf an Prävention und Gesundheitsförderung ist groß. Dringenden Handlungsbedarf gibt es bei der Prävention von chronischen Erkrankungen wie zum Beispiel Erkrankungen des Bewegungsapparates, des Herz-Kreislaufsystems und psychischen Erkrankungen. Rund 15 Prozent der Kinder und Jugendlichen haben bereits psychische Probleme und ebenso viele haben Übergewicht. Prekäre Beschäftigungsverhältnisse, aber auch sich verändernde Belastungen am Arbeitsplatz erfordern Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung. Arbeitslose und von Arbeitslosigkeit bedrohte Menschen werden als Zielgruppe von Präventions- und Gesundheitsförderungsangeboten bislang kaum erreicht. Wesentlich für den Erhalt der psychischen und körperlichen Gesundheit im Alter ist die Integration in ein soziales Netzwerk. Mangelnde soziale Unterstützung stellt im Alter insbesondere bei sozial Benachteiligten eine wesentliche Barriere für körperliche Aktivität und die Inanspruchnahme präventiver Versorgungsangebote dar.

Eine zentrale Herausforderung ist es, die sozial bedingte Ungleichheit von Gesundheitschancen zu verringern. Statistisch gesehen haben einkommensschwache Bevölkerungsgruppen, Arbeitslose, Alleinerziehende und ihre Kinder sowie Menschen mit Migrationsgeschichte signifikant höhere Gesundheitsrisiken. Ursachen dieser sozialen Ungleichheit sind größere Gesundheitsbelastungen durch schlechtere Lebensbedingungen von Geburt an, durch geringere Bildung, geringes Einkommen, belastende Arbeitsbedingungen oder Arbeitslosigkeit, geringe Erholungsmöglichkeiten, schlechte Wohnverhältnisse, fehlende soziale Teilhabe.

Gesundheitsförderung zielt auf die Ressourcen der Menschen ab und soll sie befähigen, selbstbestimmt und bewusst mit ihrer Gesundheit umzugehen. Das unterscheidet die Gesundheitsförderung von einer Zeigefingermentalität, mit der den Menschen ein gesundes Leben vorgeschrieben wird. Das in der Ottawa-Charta für Gesundheitsförderung formulierte Leitbild einer politikfeldübergreifenden Gesundheitsförderung, die die Menschen in ihren Lebenswelten anspricht, ist noch nicht erreicht. Kinder, Jugendliche, Ältere und sozial Benachteiligte können am besten durch lebensweltbezogene Maßnahmen und nach dem „Settingansatz“ in ihrem direkten Lebensumfeld beeinflusst werden. Dazu ist eine professions- und sektorübergreifende Zusammenarbeit von der kommunalen über die Länder- bis zur Bundesebene erforderlich.

Die Länder benennen Gesundheitsförderung zwar durchgehend als kommunale Aufgabe, aufgrund der Finanznot der Kommunen und der Länder stehen aber zumeist keine hinreichenden Mittel und Unterstützungsstrukturen für eine wirkungsvolle Umsetzung zur Verfügung. Die Netzwerke settingorientierter Gesundheitsförderung zum Beispiel in Schulen, Altersheimen oder Krankenhäusern müssen in ihrer Arbeit zum großen Teil ohne staatliche Unterstützung auskommen. Zu oft hängt es deshalb vom Engagement Einzelner oder der Dynamik in der Kommune ab, inwieweit Gesundheitsförderung und eine entsprechende Kooperation der Akteure stattfinden.

Es braucht neben gut evaluierten Modellprojekten mit einer begrenzten Laufzeit insbesondere langfristige Angebote, die bewährte Angebote in die Fläche bringen. Zudem müssen eine kontinuierliche Qualitätssicherung und Evaluation durchgeführt werden. Um diesen Paradigmenwechsel einzuleiten, ist es notwendig, mit einem Gesetz für Prävention und Gesundheitsförderung die Grundlage für eine gesundheitsfördernde Gesamtstrategie zu schaffen.

II. Der Deutsche Bundestag fordert die Bundesregierung auf,

Gesetz für Prävention und Gesundheitsförderung vorlegen

1. ein Gesetz für Prävention und Gesundheitsförderung vorzulegen, das den Bereich der nichtmedizinischen Primärprävention und der Gesundheitsförderung umfasst. Es soll sowohl die Zusammenarbeit der verschiedenen Akteure verbindlich regeln als auch eine verlässliche und klare Finanzierung für die Prävention und Gesundheitsförderung schaffen und diese auf eine breitere Finanzierungsbasis unter Einbeziehung aller Sozialversicherungsträger und der privaten Kranken- und Pflegeversicherung stellen.

Insbesondere wird die Bundesregierung aufgefordert:

a) zügig einen Bund-Länder-Arbeitskreis einzurichten, der Empfehlungen für den neuen ordnungspolitischen Rahmen zur besseren Steuerung und Koordination der Prävention und Gesundheitsförderung im Bund und in den Ländern und Kommunen macht. Dabei soll sichergestellt werden, dass an bereits etablierte und bewährte Koordinierungsstrukturen für Prävention und Gesundheitsförderung angeknüpft wird;

- b) auf Grundlage der Empfehlungen des Bund-Länder-Arbeitskreises in einem Gesetz die Leistungen, Träger und jeweiligen Verantwortungsbereiche von Bund, Ländern und Kommunen für Primärprävention und Gesundheitsförderung festzuschreiben und dabei sicherzustellen, dass sich an der gesamtgesellschaftlichen Aufgabe Primärprävention und deren Qualitätsentwicklung Bund, Länder und Kommunen beteiligen;
- c) Prävention und Gesundheitsförderung als Aufgabe in den Sozialgesetzbüchern zu verankern und alle Sozialversicherungsträger sowie die private Kranken- und Pflegeversicherung an der Finanzierung nach dem Verhältnis der Versicherten zu beteiligen. Das Finanzvolumen dieser gesamtgesellschaftlich orientierten Primärprävention soll in der Startphase 500 Mio. Euro betragen und in den Folgejahren jeweils um 10 Prozent angehoben werden. Mit dem Gesetz soll ein Konzept für eine regional gesteuerte Mittelvergabe vorgelegt werden. Mindestens die Hälfte der eingesetzten Mittel soll für lebensweltbezogene Maßnahmen bereitgestellt werden;
- d) für den Aufbau einer Bundes- und je einer Landeskoordinierungsstelle für Prävention und Gesundheitsförderung auf bereits etablierte Strukturen zurückzugreifen wie etwa die Bundesvereinigung für Prävention und Gesundheitsförderung, die Landesarbeitsgemeinschaften für Gesundheitsförderung und [gesundheitsziele.de](http://gesundheitsziele.de);
- e) ein Nationales Kompetenzzentrum für Qualität und Qualitätssicherung für nichtmedizinische Prävention und Gesundheitsförderung einzurichten, das Kriterien für Qualitätsentwicklung und Evaluation festlegt. Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) sollte für den Aufbau genutzt werden und regelmäßige bundesweite und repräsentative Erhebungen durchführen, die evaluieren, mit welchen Programmen und Kooperationspartnern welche Zielgruppen am besten erreicht werden;
- f) die Gesundheitsberichterstattung des Bundes und der Länder kontinuierlich zur Planung und Bewertung von Instrumenten und Maßnahmen durch die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung zu nutzen;
- g) kurzfristig in einem ersten Schritt § 20 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) weiterzuentwickeln, dort zur gezielteren Finanzierung den Anteil für Prävention und Gesundheitsförderung in Settings auf 50 Prozent zu erhöhen und davon jeweils die Hälfte für die betriebliche Gesundheitsförderung und die sozialogenbezogene Gesundheitsförderung vorzusehen. Lebensweltbezogene Maßnahmen sollen weitgehend in örtlichen bzw. regionalen Kooperationen gebündelt werden und mit den Kommunen abgestimmt werden. Für die betriebliche Gesundheitsförderung sollen feste regionale Arbeitsgemeinschaften unter Einbeziehung der Krankenkassen und Berufsgenossenschaften etabliert werden.

#### Nationale Strategie für Prävention und Gesundheitsförderung entwickeln

2. unter Einbeziehung bereits bestehender beteiligungsorientierter Organisationen und Vereinigungen auf der Bundes- und Landesebene eine nationale und politikfeldübergreifende Gesamtstrategie für Prävention und Gesundheitsförderung mit dem Schwerpunkt Gesundheit und soziale Lage zu entwickeln, die folgende Ziele verfolgt:

- a) Ein Prozess zur Reorganisation von Gesundheitsförderung und gesundheitsbezogener Prävention von Kindern und Jugendlichen wird initiiert, der die Schnittstellen, Übergänge und Versorgungsbrüche zwischen den unterschiedlichen verantwortlichen Systemen überwindet bzw. deutlich reduziert. Die Potentiale der Kinder- und Jugendhilfe werden genutzt, um Gesundheitsförderung und gesundheitsbezogene Prävention als flächendeckende integrierte

Regelangebote besser zu verankern. Dabei werden Gesundheitsförderung und gesundheitsbezogene Prävention als fachlicher Standard in der Kinder- und Jugendhilfe sowie als Teil gesundheitlicher Bildung in der Kinder- und Jugendarbeit etabliert.

- b) Die Reichweite der betrieblichen Gesundheitsförderung wird durch Ausweitung der Angebote für ältere und weibliche Beschäftigte erhöht. Die Voraussetzungen für betriebliche Gesundheitsförderung in kleinen und mittleren Betrieben werden verbessert. Der Fokus der betrieblichen Gesundheitsförderung wird stärker als bisher auf die psychischen Belastungen am Arbeitsplatz ausgerichtet. Die EU-Rahmenvereinbarung über arbeitsbedingten Stress wird in einer nationalen Strategie umgesetzt, die Krankenkassen, Berufsgenossenschaften und Betriebe einbezieht.
- c) Arbeitsförderung, Prävention und Gesundheitsförderung werden besser miteinander verzahnt. Als ersten Schritt hierfür werden in einer Rahmenvereinbarung der Hauptakteure der Arbeitsmarkt- und Gesundheitsförderung die Leitlinien im Bereich der Prävention, Kooperationsformen, Schnittstellen und abgestimmte Erstattungsrichtlinien für die Teilnahme von Arbeitslosen an Präventionsmaßnahmen der Krankenkassen vereinbart.
- d) Bereits zum Beginn von Arbeitslosigkeit werden systematisch Angebote der Prävention und Gesundheitsförderung sowie zur psychosozialen Stabilisierung unterbreitet. Im Rahmen des beschäftigungsorientierten Fallmanagements wird eine ganzheitliche und interdisziplinäre Betreuung gesundheitlich beeinträchtigter Arbeitsloser sichergestellt.
- e) Auf Grundlage der Empfehlungen der Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung e.V. wird ein Handlungsprogramm zur Prävention im Alter aufgelegt. Dabei wird ein Konzept für die bessere Erreichbarkeit von älteren, noch nicht pflegebedürftigen Menschen entwickelt. Zudem wird eine Interventionsstudie für ein präventives Hausbesuchsprogramm für Menschen über 75 Jahre durchgeführt. Sie liefert Aufschluss über eine sinnvolle Ziel- und Zielgruppenbestimmung, notwendige Qualifikation der Durchführenden, Programmstruktur und Kosten eines Hausbesuchsprogramms.
- f) Qualitätskriterien für eine kultursensible und geschlechtersensible Gesundheitsförderung und Prävention werden auf Basis der Erkenntnisse der Gesundheitsberichterstattung und -forschung entwickelt. Angebote der Prävention und Gesundheitsförderung werden kultur-, geschlechter- und migrationspezifisch ausgerichtet und halten sprachliche und kulturelle Barrieren klein.

Berlin, den 12. April 2011

**Renate Künast, Jürgen Trittin und Fraktion**

### **Begründung**

Zu Abschnitt II Nummer 1

Prävention und Gesundheitsförderung sollten vor allem Menschen erreichen, die ein besonders hohes Risiko haben, schwer zu erkranken oder einen Unfall zu erleiden. Der aktuelle Präventionsbericht des Spitzenverbandes der gesetzlichen Krankenkassen 2010 zeigt, dass wir vom Leitziel der gesundheitlichen Chancengerechtigkeit noch weit entfernt sind. Rund 81 Prozent der Präventionsausgaben der gesetzlichen Krankenkassen nach § 20 SGB V wurden für

die individuelle Prävention der Versicherten ausgegeben. Diese bezuschussten Kursangebote werden von Arbeitslosen und Migrantinnen und Migranten kaum wahrgenommen. Der Präventionsbericht der gesetzlichen Krankenkassen 2010 zeigt: lebensweltbezogene Aktivitäten nach dem „Settingansatz“ wurden nur mit 6 Prozent des Gesamtvolumens von 311 Mio. Euro gefördert, auf die betriebliche Gesundheitsförderung entfielen nur knapp 13 Prozent.

Die Zukunft der Prävention und Gesundheitsförderung wird mit den Bürgerinnen und Bürgern in den Kommunen gestaltet. Gesundheitliche Prävention ist eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe, die am besten gemeinsam durch die Krankenkassen und durch Bund, Länder und Kommunen bewältigt werden kann. Durch die Abstimmung einer gemeinsamen Strategie in einem Bund-Länder-Arbeitskreis lässt sich gewährleisten, dass es vom Bund und allen Bundesländern eine gemeinsame Steuerung von Gesundheitsförderung und Prävention gibt. Eine gesetzliche Regelung in Form eines Präventionsgesetzes scheiterte bislang am Widerstand von CDU/CSU und FDP, die den Status quo beibehalten oder allenfalls Aktionspläne verabschieden wollen.

Eine gesundheitsfördernde Gesamtpolitik kann nur dann erfolgreich umgesetzt werden, wenn die vorhandenen Kooperations-, Beratungs- und Entscheidungsstrukturen in Bund, Ländern, Kreisen und Städten gemeinsam an einem Strang ziehen und es einen Ort für Steuerung und Koordination der einzelnen Projekte gibt. Ein gelungener Ansatz hierfür findet sich in Nordrhein-Westfalen (NRW) mit der gesetzlichen Verankerung der kommunalen Gesundheitskonferenzen und der Einrichtung der Landesgesundheitskonferenz NRW. So versammeln die regionalen Gesundheitskonferenzen alle wichtigen Akteure im Gesundheitswesen an einem Tisch, entwickeln die zehn vorrangigen Gesundheitsziele des Landes Nordrhein-Westfalen weiter und koordinieren deren Umsetzung.

Nur durch eine breitere Finanzierungsbasis, die Beteiligung aller Sozialversicherungsträger und der privaten Kranken- und Pflegeversicherung sowie eine regional gesteuerte Mittelvergabe kann eine Dauerförderung für gute Projekte erreicht werden. Diese können dann eine sichere Arbeitsgrundlage und Kontinuität gewährleisten. Für die finanzielle Beteiligung der Sozialversicherungsträger und der privaten Kranken- und Pflegeversicherung ist das Verhältnis der Versicherten zu berücksichtigen, denn diese profitieren je nach Zahl ihrer Versicherten mehr oder weniger davon, wenn diese gesünder sind und weniger erkranken. Prävention und Gesundheitsförderung erfüllen einen gesamtgesellschaftlichen Anspruch. Deshalb sollte ein Teil durch Steuermittel finanziert werden.

Durch den Aufbau von Planungs- und Beteiligungsstrukturen auf kommunaler Ebene werden die Prävention und Gesundheitsförderung auf eine verlässliche Grundlage gestellt. Auch für die Verankerung von Prävention und Gesundheitsförderung direkt in den Regelsystemen braucht es eine koordinierte Abstimmung und Finanzierung durch Bund, Länder und Kommunen. Bereits im Curriculum der Kindertagesstätten und Schulen kann Gesundheitsförderung dann fester Bestandteil werden und Gesundheitsförderung von Anfang an sicherstellen.

Voraussetzung für eine sinnvolle Ziel- und Zielgruppenbestimmung ist eine entwickelte und kontinuierliche Gesundheitsberichterstattung, aus der gesundheitsschädigende Einflüsse und vermeidbare Gesundheitsrisiken ableitbar sind. Dort, wo schon umfassendes und aufbereitetes Datenmaterial für Regionen und Zielgruppen vorliegt, müssen daraus die notwendigen Schlussfolgerungen gezogen werden.

Es existieren zahlreiche Ansätze der Qualitätsentwicklung. Ziel muss es sein, bestehende Ansätze aufeinander abzustimmen. Dabei müssen neben harten Faktoren, wie einem effizienten Mitteleinsatz, auch „weiche“ Indikatoren, wie

beispielsweise Partizipation, Empowerment, interkulturelle Kompetenz, Geschlechtergerechtigkeit, Bedeutung von Multiplikatorinnen und Multiplikatoren, berücksichtigt werden.

Nach wie vor wird ein Großteil der Ausgaben für Prävention nach § 20 SGB V für individuelle Prävention für Kursangebote zur Ernährung, Bewegung und Stressbewältigung ausgegeben. Personengruppen mit besonders hohen Gesundheitsrisiken nehmen diese Angebote nur in geringem Maß in Anspruch. Kinder, Jugendliche, Ältere und sozial Benachteiligte werden am Besten in ihrem Lebensumfeld erreicht. Solange die gesetzlichen Krankenkassen Anreize haben, die Präventionsprogramme vor allem auch als Wettbewerbsinstrument zu nutzen, und solange Prävention ausschließlich eine Aufgabe der Krankenkassen bleibt, werden Prävention und Gesundheitsförderung nicht den Stellenwert erhalten, den sie einnehmen müssen. Deshalb soll kurzfristig der Anteil für Prävention und Gesundheitsförderung in Settings auf 50 Prozent erhöht werden.

Zu Abschnitt II Nummer 2

In den letzten zwei Jahren wurden drei Berichte und Gutachten veröffentlicht, die sich im Regierungsauftrag mit der gesundheitlichen Situation von Kindern und Jugendlichen befassten. Die Berichte kommen übereinstimmend zu dem Ergebnis, dass chronische Erkrankungen und psychische Störungen zunehmen. Zugleich zeigen alle Studien, dass sich die Gesundheitsrisiken bereits bei Kindern und Jugendlichen auf die 20 Prozent konzentrieren, die aus sozial benachteiligten Familien oder Familien mit Migrationshintergrund kommen. Gerade Migrantinnen und Migranten sind angesichts spezifischer Hindernisse, wie etwa Fremdsprachigkeit oder der fehlenden Vertrautheit mit den Verhältnissen im deutschen Gesundheitssystem, beim Zugang zu Informationen, Beratung und Therapien oftmals benachteiligt. Die individuellen Präventionsmaßnahmen der Krankenkassen können einen Teil der rund 15 Millionen Menschen mit Migrationshintergrund in Deutschland aufgrund hoher Zugangsbarrieren nicht erreichen.

Insbesondere der 13. Kinder- und Jugendbericht (Bundestagsdrucksache 16/12860) zeigt deutlich, dass es bislang zu wenig flächendeckende integrierte Regelangebote der Gesundheitsförderung und gesundheitsbezogenen Prävention gibt und die Potentiale der Kinder- und Jugendhilfe in diesem Bereich bisher noch zu wenig ausgeschöpft werden. Zentral kritisiert er zudem die aus der verteilten Verantwortung resultierenden Versorgungseinbrüche für Kinder und Jugendliche beispielsweise an der Schnittstelle zwischen den Systemen der Kinder- und Jugendhilfe, der Gesundheitsversorgung und der Behindertenhilfe.

Immer mehr Menschen fehlen am Arbeitsplatz, weil sie unter Depressionen und anderen psychischen Krankheiten leiden. Allein im vergangenen Jahr stieg die Anzahl der Fehltage aufgrund von psychischen Erkrankungen um 13,5 Prozent, wie aus einer Studie der DAK Deutsche Angestellten-Krankenkasse hervorgeht. Insgesamt machten diese Leiden ein Achtel des gesamten Krankenstandes aus. Sie spielen damit eine fast doppelt so große Rolle wie noch 1998.

Arbeitslosigkeit, aber auch schon die Angst vor Arbeitslosigkeit, erhöhen das Risiko zu erkranken enorm. Mit dem Eintritt und der Dauer der Arbeitslosigkeit nehmen die individuellen Gesundheitsressourcen und die Fähigkeit zur psychischen Bewältigung von Krisensituationen bei den meisten Erwerbslosen erheblich ab. Psychische Erkrankungen und Suchtprobleme nehmen bei individuell vorhandenem Risiko erheblich zu. Eine Studie des Deutschen Gewerkschaftsbundes bestätigte, dass Arbeitssuchende je nach Alter bis zu 2,2-mal so häufig erkranken wie Erwerbstätige. In der Gruppe der 55- bis 59-Jährigen ist der Krankenstand der Arbeitslosen mit 15,2 Prozent mehr als doppelt so hoch wie bei den gleichaltrigen Erwerbstätigen mit 6,9 Prozent. Der BKK-Gesundheitsreport

2010 belegt zudem, dass arbeitslose Versicherte sich gegenüber pflichtversicherten Beschäftigten doppelt so oft einer Krankenhausbehandlung unterziehen müssen und gegenüber diesen sogar die zweieinhalbfache Zeit im Krankenhaus verbringen. Gerade Arbeitslose werden von den individuellen Angeboten der Primärprävention der Krankenkassen kaum erreicht.

Ein Handlungsprogramm zur Prävention Älterer sollte den Verbleib in der eigenen Wohnung, die Stärkung der Teilhabe und Selbstbestimmung und auch des bürgerschaftlichen Engagements Älterer im Blick haben. Das Programm soll vor allem ältere Menschen nach kritischen Lebensereignissen, sozial benachteiligte ältere Menschen, ältere Migrantinnen und Migranten, mobil eingeschränkte Menschen und ältere Menschen mit Behinderungen berücksichtigen und sich mit dem Problem der sozialen Isolation auseinandersetzen. Mit der Berücksichtigung älterer Menschen als Zielgruppe der Prävention und Gesundheitsförderung betreten die meisten Kommunen „Neuland“. Dabei ergeben sich in der Lebenswelt Kommune vielfältige Bezugspunkte für seniorenbezogene Prävention und Gesundheitsförderung: örtliche Altenhilfestrukturen, Quartiersstützpunkte, Mehrgenerationenhäuser, Seniorentreffs, Sportverbände und weitere Einrichtungen. Vor allem mobil eingeschränkte Ältere brauchen mehr zugehende Angebote. Eine Möglichkeit sind präventive Hausbesuche. Diese dienen der Erhaltung der Selbstständigkeit und der Vermeidung von Pflegebedürftigkeit bei älteren, noch selbstständigen Menschen unter anderem durch eine umfassende Erhebung des gesundheitlichen Zustands und Unterstützungsbedarfes inklusive der Bewertung der Wohnverhältnisse und anschließende wiederholte risikoorientierte, qualifizierte, individuelle Beratung. Es gibt aber noch viele offene Fragen bezüglich der Zielgruppen, Leistungsinhalte und Durchführenden. Eine Interventionsstudie kann hier Aufschluss geben. Parallel können Modellvorhaben stattfinden.

Prävention und Gesundheitsförderung müssen sich mehr als bisher an Prinzipien kultursensibler Arbeit orientieren und insbesondere auch kulturelle Mittlerpersonen sowie Migrantenorganisationen einbeziehen. Die Angebote zur Prävention und Gesundheitsförderung müssen die geschlechtsspezifischen Unterschiede berücksichtigen. Nur so können die Angebote zielgruppengerecht entwickelt und ausgebaut werden.

