

<p><b>Deutscher Bundestag</b> Ausschuss f. Gesundheit</p> <p>Ausschussdrucksache 17(14)0222(10) gel. ESV zur öAnhörung am 30.11. 11_Prävention 29.11.2011</p>
---

Stellungnahme zur Öffentlichen Anhörung in der 58. Sitzung des Ausschusses für  
Gesundheit des 17. Deutschen Bundestags am 30.11.2011

1. Vorbemerkung:

In den gesundheitswissenschaftlichen Fachdiskussionen besteht ein breiter Konsens dahingehend, dass Gesundheitsförderung und Prävention in Deutschland dringend einer Stärkung bedarf. Das schon seit dem GRG 1989 postulierte Ziel der Prävention als eigenständige Säule in der gesundheitlichen Versorgung ist weiterhin nicht eingelöst, obgleich sich im Zuge der demographischen Veränderungen die Verlagerung des Krankheitsspektrums hin zu den chronisch-degenerativen – und mithin nicht zu kurierenden, sehr wohl aber grundsätzlich durch Prävention zu verhindernden – Erkrankungen immer weiter fortsetzt. Ein solcher Paradigmenwechsel von der Kuration zur Prävention unter dem Leitbegriff der Gesundheitsförderung gemäß der Ottawa-Charta von 1986 ist sowohl ökonomisch als auch ethisch dringend geboten.

Es bedarf hier dringend einer organisatorischen, inhaltlichen und strukturellen Verankerung.

Der Entwicklungsbedarf betrifft v.a. die nicht-medizinische primäre Prävention, in der Gesundheitsförderung als Querschnittsaufgabe der gesundheitlichen und sozialen Versorgung beispielgebend umgesetzt werden kann. Ein solcher ressourcenorientierter Ansatz sollte sich nicht auf einzelne Gesundheitsprobleme reduzieren, es kann auch kein kurzfristiger Erfolg erwartet werden. Die Ressourcenstärkung ist vielmehr eine langfristige Investition, die Menschen über ihre Settings darin stärkt, aktuelle und künftige Belastungen konstruktiv zu bewältigen („life-skills“). Unterkomplexe Präventionsstrategien im Sinne von einfachen Verhaltensbotschaften sind häufig kontraproduktiv und verfehlen regelmäßig das Ziel der Verringerung sozial bedingter Unterschiede, insofern sie sogar zu einer weiteren Verschärfung dieser Problematik führen können bis hin zu dem vielfach beobachtbaren Phänomen des „blame the victim“.

Insbesondere die AIDS-Prävention in Deutschland gibt ein eindrucksvolles Beispiel dafür, wie eine nicht-medizinische, hochkomplexe und ausdifferenzierte Präventionskampagne mit dem Schwerpunkt des „Community-buildings“ langfristig

erfolgreich etabliert werden kann. Für gesundheitlich besonders belastete Bevölkerungsgruppen wie beispielsweise Menschen mit unterschiedlichem Migrationshintergrund, in Armut lebende Kinder und ihre Mütter/ Eltern oder Arbeitslose sind entsprechende Mehr-Ebenen-Kampagnen viel versprechend und dringend geboten. Dafür empfiehlt sich insbesondere der Setting-Ansatz.

## 2. Zu den vorliegenden Anträgen:

### a) Antrag der Fraktion der SPD:

Potenziale der Prävention erkennen und nutzen - Prävention und Gesundheitsförderung über die gesamte Lebensspanne stärken  
(BT-Drucksache 17/5384)

Dem Antrag der SPD-Fraktion liegt eine genaue Skizzierung des dringend erforderlichen Handlungsbedarfs im Bereich der Gesundheitsförderung und Prävention zu Grunde. Ich werde im Folgenden die aus meiner Sicht besonders relevanten Bestandsaufnahmen und Regelungsvorschläge herausstellen und kommentieren.

Es wird im Antrag zutreffend konstatiert, dass viele gute Ansätze in der Praxis entwickelt sind. Es bestehen jedoch enorme Schwierigkeiten hinsichtlich Nachhaltigkeit, Verankerung, Vernetzung, Koordination und Steuerung. Ausgehend von den bereits „von unten“ gewachsenen Strukturen sollte die Gesundheitsförderung „systematisch in die bestehende Gesundheitsversorgung eingebunden“ werden. Verwiesen wird hier auch auf gute Erfahrungen mit Stiftungslösungen in Österreich und der Schweiz, auf denen in Deutschland aufgebaut werden könne.

Im Ergebnis wird die Entwicklung einer umfassenden Präventionsstrategie in interministerieller Abstimmung gefordert, die Prävention und Gesundheitsförderung als 4. Säule etabliert und nationale Präventionsziele definiert. Dazu wird die Erarbeitung eines Präventionsgesetzes gefordert, das die Terminologie vereinheitlichen, die Zusammenarbeit und Vernetzung sichern, im SGB V, § 20 (2) einen Mindestausgabenwert von 10 € pro Versichertenjahr bei einer Verdreifachung der Mittel für nicht-betriebliche Settings, die Stärkung von Wissenschaft und Forschung sowie der Öffentlichen Gesundheitsdienste, eine kontinuierliche Berichterstattung sowie die Auflösung diverser Schnittstellenprobleme festschreiben solle.

Als Kernstück des Präventionsgesetzes soll eine Stiftung für Prävention und Gesundheitsförderung eingerichtet werden, in die wiederum ein Nationales Institut für Prävention mit zentralen Funktionen der Qualitätsentwicklung eingebettet wird.

Mit der Aufforderung zu einem eigenständigen Gesetz incl. Ziel-, Zielgruppen- und Qualitätsorientierung, Vernetzung und begrifflicher Schärfung sowie insbesondere dem klaren Bekenntnis zu einer Stiftung als neu zu etablierenden Akteur für die Gesundheitsförderung greift der Antrag der SPD substantielle Elemente der entsprechenden Fachdiskussionen der vergangenen Jahre auf. Diese Forderung trägt dem Umstand Rechnung, dass es auch in dieser Zeit keinesfalls an Bekenntnissen für die Gesundheitsförderung gefehlt hat, aber an einem wirkungsmächtigen Akteur, der das Leitziel der Ottawa-Charta in die Sektoren der gesundheitlichen und sozialen Sicherung einspeist. In Ermangelung eines solchen Fürsprechers der Gesundheitsförderung ist es in der Vergangenheit sogar zu umgekehrten Effekten gekommen, weil gesundheitsfördernde Ansätze durch Träger der primären Prävention z.T. als Marketing missbraucht werden und so zur Steigerung sozial bedingter Ungleichheit beigetragen können.

Die nicht-medizinische primäre Prävention sollte als zentrales Innovationsfeld der gesundheitlichen Sicherung im Antrag möglicherweise noch deutlicher herausgestellt werden. Gleichwohl ist zu begrüßen, dass sich der Vorschlag auch der gesamten Schnittstellenproblematiken der gesundheitlichen und sozialen Sicherung widmet. Insofern kann eine Stiftung auch dem wichtigen Ansatz einer gesundheitsförderlichen Orientierung in *allen* Sicherungsbereichen Rechnung tragen. Hier bereits erwähnt sind Medizin, Pflege und Rehabilitation, die durch Prävention als 4. Säule ergänzt werden können; gleichzeitig werden auch bislang unverknüpfte Handlungsfelder wie Kinder- und Jugendhilfe, DMPs, Sport und Mehrgenerationenwohnen aufgeführt. Der hier weit geschlagene Bogen ist sicherlich ambitioniert, aber zweifelsfrei im Sinne der Ottawa-Charta, die eine solche Orientierung explizit einfordert (u.a. „Neuorientierung der Gesundheitsdienste“). Insbesondere die Handlungsfelder der Frühen Hilfen, der Selbsthilfe sowie der Patientenunterstützung, -beratung und -vertretung sollten in diesem Zusammenhang noch ergänzt werden.

Im weiteren Bearbeitungs- und Klärungsprozess der skizzierten Stiftung für Gesundheitsförderung sollte die Frage der Finanzierung noch deutlicher herausgearbeitet werden. Die im Antrag vorgeschlagene Erhöhung der Mittel nach SGB V, § 20 (2) ist grundsätzlich zu begrüßen und in ihrer Dimension als für den Startprozess angemessen zu würdigen. Zu präzisieren wäre jedoch noch die genaue Verwendung der Mittel, die Beiträge weiterer (Ko-) Finanzierer sowie die Mindestausgaben für nicht-betriebliche Maßnahmen nach dem Setting-Ansatz, die zu niedrig angesetzt scheinen.

Interessante Ansatzpunkte liefern hier die Anträge der Fraktionen Bündnis 90/ Die Grünen mit ihrem vorgeschlagenen Volumen von 500 Mio. € bei jährlichem Wachstum von 10% und mindestens 50% Verwendung für Settings sowie der von der Fraktion der Linken vorgeschlagene Fonds ungenannter Höhe, aber mit einem Finanzierungsanteil des Bundes in jährlicher Höhe von 1 Mrd. €, zunächst auf vier Jahre begrenzt. Allerdings mangelt es diesen – in der Finanzausstattung präzisieren – Anträgen an der klaren Struktur, die der Antrag der SPD vorgibt und auf die im weiteren Beratungsprozess keinesfalls verzichtet werden sollte.

b) Antrag der Fraktion Bündnis 90/Die Grünen:  
„Gesetzliche Grundlage für Prävention und Gesundheitsförderung schaffen -  
Gesamtkonzept für nationale Strategie vorlegen“  
(BT-Drucksache 17/5529)

Der Antrag der Fraktion Bündnis 90/Die Grünen setzt eine deutliche Priorität auf die nicht-medizinische Primärprävention und Gesundheitsförderung. Er besticht durch eine klare Problemanalyse und zeigt sich richtigerweise besonders sensibel hinsichtlich der umfangreichen Dilemmata im kommunalen Bereich, in denen die jetzigen Anreizsysteme zu einer Unterfinanzierung und Demoralisierung der gesundheitsförderlich Engagierten führen. Insbesondere der 13. Kinder- und Jugendbericht hat die im Antrag aufgezeigten Schnittstellenprobleme zwischen Jugend- und Gesundheitshilfe untermauert, sie wurden auf der entsprechenden Anhörung des Ausschusses von allen Expert/innen benannt, doch im Gesundheitsbereich bislang weitgehend ignoriert (vgl. auch die entsprechenden Erörterungen um den Entwurf des Kinderschutzgesetzes). Es ist ein besonderes Verdienst des Antrags der Fraktion Bündnis 90/Die Grünen, diese wichtigen Ergebnisse nunmehr in die Beratungen um ein Gesetz für Gesundheitsförderung und Prävention einzubringen. Notwendig erscheinen hier gesetzliche Vorgaben für eine

Rahmenvereinbarung zwischen den Trägern von SGB V und SGB VIII sowie SGB II und SGB IX zur systematischen Etablierung von Frühen Hilfen und „Präventionsketten“ im Sinne des sog. „Modells Dormagen“. Solche Rahmenvereinbarungen sind im Bereich der Zahngesundheit und –prophylaxe (SGB V, § 21) seit 1989 erfolgreich etabliert.

Sinnvoll können solche Rahmenvereinbarungen auch, wie von der Fraktion Bündnis 90/Die Grünen im Antrag vorgeschlagen, mit Trägern der Arbeitsmarkt- und der Gesundheitsförderung abgeschlossen werden.

Im Bereich der Strukturbildung erscheint die Positionierung der Fraktion Bündnis 90/Die Grünen etwas allgemein. Sicherlich ist die Einrichtung einer Bund-Länder-Arbeitsgruppe sinnvoll, um einen ordnungspolitischen Rahmen zu definieren. Es ist jedoch Aufgabe der fachlichen, öffentlichen und politischen Diskussionen und in der Folge der Bundespolitik, hier einen Gestaltungsvorschlag einzubringen, der im Weiteren von den Akteuren ausgeformt werden kann. Es sei dabei auch angemerkt, dass eine Bund-Länder-Arbeitsgruppe den vom Bundestag 2005 verabschiedeten Entwurf des Präventionsgesetzes vorbereitet hat, der aber später im Bundesrat aufgrund der zwischenzeitlichen angekündigten Auflösung des Bundestags gescheitert ist.

Zu begrüßen ist die starke Einbeziehung der Bundes- und Landesvereinigungen für Gesundheitsförderung sowie der Plattform gesundheitsziele.de, die von einer Stärkung des Handlungsfeldes maßgeblich profitieren werden in ihren Funktionen der politisch-fachlichen Konsentierungen und Netzworkebildung, der Qualitätsentwicklung und der Entwicklung von Prototypen/ Modellprojekte. Aufgrund ihrer autonomen Organisationsformen als eingetragene Vereine (BVPG/ LVGs) bzw. nicht-formelle Bündnisse (gesundheitsziele.de) werden sie keine hoheitlichen Steuerungsaufgaben übernehmen können. Auch die Verknüpfung der BZgA mit dem vorgeschlagenen Kompetenzzentrum sowie zur Evaluation gesundheitsförderlicher Maßnahmen ist zu unterstreichen; gleichzeitig ist auf den Bedarf einer unabhängigen Struktur (jenseits von Staat und Markt) zu insistieren. Schließlich ist der Ansatz von Geschlechts- und Kultursensibilität als wesentliches Qualitätskriterium der Gesundheitsförderung hervorzuheben.

Im Antrag der Fraktion Bündnis 90/Die Grünen wird dem bürgerrechtlichen, gesundheitsbewegten und emanzipatorischen Ansatz der Gesundheitsförderung und seiner Fürstreiter/innen gut Rechnung getragen. Mit einer umfassenden strukturellen *und* finanziellen Stärkung wird den im Antrag gut beschriebenen Dilemmata der kommunalen Einzelkämpfer/innen entgegen gewirkt werden können, wie es im Sinne einer modernen bürgerbewegten „Gesundheitsgesellschaft“ (im Sinne von Ilona Kickbusch) erforderlich ist.

c) Antrag der Fraktion Die Linke:

„Prävention weiter denken - Gesundheitsförderung als gesamtgesellschaftliche Aufgabe stärken“ (BT-Drucksache 17/6304)

Der Antrag der Fraktion Die Linke benennt besonders deutlich die zentralen gesundheitspolitischen Herausforderungen durch soziale Ungleichheit und insbesondere der zunehmenden Kinderarmut. Die Anforderungen einer ressortübergreifenden Strategie, die vorgeschlagene Einbindung von Ernährungs-, Sport- und Bewegungsförderung in moderne Ansätze der Gesundheitsförderung, die Hervorstellung von Setting-Ansatz und Partizipationsstrategien und Initiativen für

eine an sozialem Ausgleich und Projektverstetigung orientierte Forschung greifen wesentliche Aspekte der fachlichen Diskussion präzise auf.

Das von der Fraktion Die Linke vorgeschlagene Gesetz zur Gesundheitsförderung und nicht-medizinischen Primärprävention untermauert diese Anforderungen durch Ziel-, Qualitäts- und Zielgruppenorientierung mit Ausrichtung auf die Verringerung sozial-, geschlechts-, migrations- und behinderungsspezifischer Benachteiligungen. Dabei sollen 2/3 der Mittel für setting-bezogene Aktivitäten verwendet werden, die sich insbesondere an bewährter Praxis („Leuchtturmprojekten“) ausrichten.

Strukturell sieht der Antrag der Fraktion Die Linke eine bei der BZgA angesiedelte Koordinierungsstelle vor. Ein begleitender Beirat solle hier über einen Fonds verfügen, der sich über Mittel der öffentlichen und privaten Sozialversicherungen und der öffentlichen Hand speisen. Während die Beteiligung der Länder hier nicht quantifiziert wird, wird ein jährlicher Bundeszuschuss (für die Startphase der ersten vier Jahre) von jeweils 1 Mrd. € gefordert, wobei richtigerweise ein hoher Ansatz (75% der Mittel) für kommunale Projekte vorbehalten sein soll.

Zur Betonung der gesamtgesellschaftlichen Verantwortung wird an späterer Stelle noch eine eigenständige Forschungsstrategie für die Gesundheitsförderung vorgeschlagen und ein „Health-Mainstreaming“ im Sinne des bereits erprobten Konzepts von Gesundheitsverträglichkeitsprüfungen.

Der Antrag der Fraktion Die Linke weist ein schlüssiges Konzept zu einer umfassenden Gesundheitsförderungsstrategie auf, jedoch begrenzt auf den Bereich der nicht-medizinischen Primärprävention. Die Vorschläge sind kenntnisreich und in Verbundenheit mit den handelnden Akteuren entwickelt. Die umfangreiche Summe der Startfinanzierung sollte aber sicherlich strukturell noch in höhere Eigenständigkeit gegeben werden, um der permanenten Gefahr von Umwegfinanzierungen („Verschiebebahnhöfe“) zu begegnen und die Gesundheitsförderung insgesamt als übergreifende Querschnittsaufgabe der gesundheitlichen und sozialen Sicherung zu etablieren.

### 3. Abschlussbemerkungen

Mit den vorliegenden Anträgen liegt eine gute Zusammenstellung der fachlichen und politischen Diskussionen zum breit konsentierten Ziel einer Verstärkung von Gesundheitsförderung und Prävention vor.

Von herausragender Bedeutung erscheint die Etablierung eines starken Fürsprechers der Gesundheitsförderung auf Bundesebene. Im korporatistisch organisierten Sozialsystem der Bundesrepublik bedarf es eines legitimierten und operierenden Akteurs, um Schnittstellenprobleme und Steuerungsdefiziten zu begegnen. Dabei sollte – das lehren auch die Erfahrungen in den bislang gescheiterten Anläufen zu einem Präventionsgesetz – von der Trägervielfalt in Deutschland ausgegangen werden. Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) im Zusammenwirken mit den Bundes- und Landesvereinigungen für Gesundheit bietet hierfür gute Voraussetzungen, die sie durch die Etablierung des Kooperationsverbundes „Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten“ mit den Regionalen Knoten in allen Bundesländern unter Beweis gestellt hat. Dafür sollte die nachgeordnete Behörde BZgA allerdings, analog den Empfehlungen des Wissenschaftsrates von 2008, im Bereich von Forschung und Konzeptentwicklung deutlich gestärkt werden. Als Empfehlung möchte ich ergänzen, dass der Begriff der „gesundheitlichen Aufklärung“ dem Anforderungsprofil an eine solche zentrale Einrichtung nicht gerecht wird. Hier sollte perspektivisch an eine Umbenennung in „Bundeszentrale für Gesundheitsförderung“ gedacht werden.

Eine Mischfinanzierung aus Mitteln der öffentlichen Hand und der Sozialversicherungsträger sowie die Orientierung auf Kofinanzierung durch die Träger der jeweiligen Lebenswelten erscheint sinnvoll. Mit dem jährlichen Betrag von bis zu € 1 Mrd. wäre hier eine gute Startfinanzierung vorgesehen.

Eine Ausklammerung einzelner Sozialversicherungszweige wie der Bundesagentur für Arbeit oder gar sämtlicher Sozialversicherungen aus einer gemeinsamen Finanzierung führt zu dem unerwünschten Ergebnis, dass wichtige Lebenswelten nicht erreicht werden könnten. Verwiesen sei hier zudem auf die Grundkonzeption der deutschen Sozialversicherung, nach der eben diese – und nicht nur der Staat – mit der Gestaltung gesunder und sicherer Lebensverhältnisse beauftragt sind. Daher kommt den Sozialversicherungen gerade im Bereich von Gesundheitsförderung und Prävention besondere Bedeutung und hohe Verantwortung zu.

Die Überlegung einer weitgehenden Delegation der Steuerungsverantwortung an Gremien der Länder oder Kommunen ist wenig zielführend, da sie im Ergebnis zu Unterschieden in den Lebensverhältnissen und einer negativen Nivellierung führen wird, wie sich im Ergebnis der föderal differenzierten Bildungspolitik zeigt. Vor allem bedarf die aufzubauende Säule der Prävention einer eindeutigen Zuständigkeit, um die Gesundheitsförderung in ihrer komplexen Fachlichkeit zu entwickeln und der Gefahr zu begegnen, dass diese wichtige Neuorientierung durch partikuläre Interessen einzelner Akteure unterlaufen wird. Tatsächlich gibt es schon heute eine Vielfalt präventiver Orientierung in den Sozialgesetzbüchern (u.a. V, VIII, IX), die aber wegen ihrer bisherigen reinen Querschnittsverortung unzulänglich umgesetzt werden. Dies zeigt sich in erschreckender Weise am Thema der Kinderverwahrlosung: der breite Konsens über eine präventive Orientierung zu Frühen Hilfen wird in der Praxis häufig überlagert von der ordnungspolitischen Zielsetzung der Identifizierung von Gefährdungssituationen.

Gesundheitsförderung und Prävention stellen sich in Deutschland als Entwicklungsaufgabe. Entsprechend ist auch die Qualität des Handlungsfeldes ein Entwicklungsprozess, der sich vor einer Reduktion auf kurzfristige und unterkomplexe Kriterien schützen muss. Die intendierte Ressourcenstärkung wird sich in Lebensverläufen positiv ausdrücken, nicht jedoch in kurzfristigen Parametern wie Inanspruchnahmeverhalten. Die Indikatoren müssen sich daran orientieren, was sich als langfristige Kriterien bewehrt. Beispielgebend sind diese zusammengefasst in den Good Practice-Kriterien des Kooperationsverbundes „Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten“, bei dem u.a. auf Lebenswelt- und Sozillagenorientierung, Partizipation, Empowerment und Multiplikatorenkonzepte abgezielt wird. Dabei empfehlen sich Strategien des Mainstreaming, da sie den unterschiedlichen Lebensrealitäten und dem unterschiedlichen Gesundheitsverhalten der Menschen Rechnung trägt. Die Gender-Mainstreaming-Strategie kann hier erweitert werden um spezifische soziale Bedingungen (insb. Armutslagen) sowie soziale Diversitäten, die im Diversity-Ansatz und dem Allgemeinen Gleichstellungsgesetz (AGG) skizziert sind.

Abzuraten ist vor einer Orientierung auf medizinische Primärprävention (Impfen), bei der im Übrigen kein Regelungsbedarf besteht, oder auf Maßnahmen der medizinischen Sekundärprävention durch Screenings. Letztere tragen in relevanten Versorgungsbereichen regelmäßig zur Vergrößerung sozialer Ungleichheit bei. Beispielhaft dafür sei die hohe Zahl von 72,9 % von Risikobefunden bei Schwangeren (AQUA 2010) anzuführen. Diese Risikoorientierung rund um die Geburt ist nicht nur ethisch abzulehnen als Medikalisierung der Schwangerschaft, sondern sie trägt auch dazu bei, dass die wirklichen Risiken und (häufig sozial bedingten) Schwangerschaftsproblematiken übersehen werden, wie die weiterhin hohe Zahl von



Frühgeburten belegt, denen dringend mit zielgruppenspezifischen Maßnahmen der nicht-medizinischen Prävention begegnet werden sollte.

Neben dem Handlungsfeld der nicht-medizinischen Primärprävention insbesondere über den Setting-Ansatz sollte auch die Querschnittsaufgabe der Gesundheitsförderung bedacht werden – die gesamte gesundheitliche und soziale Versorgung sollte sich am Konzept der Ottawa-Charta ausrichten. Die aktuelle Vertiefung der Segmentierungen im Gesundheits- und Sozialwesen durch weitere „Insellösungen“ im Bereich der Pflege, der Selbsthilfe, der Patientenberatung, -unterstützung und -vertretung, der Frühförderung, durch eine weitere Ausdifferenzierung sozialpädagogischer Dienstleistungen, auch im Sinne neuer Handlungsfelder wie den Frühen Hilfen in unklarer Beziehung zu Pädiatrie und Gynäkologie und mit diffuser Hoffnung auf „Rettung“ durch ein neues Berufsbild der Familienhebammen, sind für alle Beteiligten in hohem Maße unbefriedigend und demoralisierend.

Ein großer Schritt für einen Neuanfang könnte ein Gesundheitsförderungsgesetz sein, das sich dem in Deutschland besonders ausgeprägten Problem der Segmentierung stellt, in dem er einen neuen, starken Akteur für Gesundheitsförderung initiiert. Ein solcher Träger, für den sich die Rechtsform einer Stiftung anbietet, könnte die einzelnen Segmente im Sinne der Ottawa-Charta miteinander verbinden. Wenn Sozialpädagogik und Psychologie, Jugend- und Familienhilfe, primäre, sekundäre und tertiäre Prävention, Selbsthilfe und Patientenunterstützung, Pflege und Kuration sektorenübergreifend verknüpft werden, speist es die Gesundheitsförderung in alle Felder der zerklüfteten deutschen Gesundheits- und Sozialversorgung ein.

In diesem Sinne ist die Zusammenführung der drei vorgelegten Anträge zu einem Gesamtkonzept für ein umfassendes Gesundheitsförderungsgesetz anzuregen.