



**(13) Ausschuss für Gesundheit  
und Soziale Sicherung  
Ausschussdrucksache  
0816(28)  
vom 04.03.2005  
  
15. Wahlperiode**

## **Stellungnahme des DEUTSCHEN FRAUENRATES zum Entwurf eines Präventionsgesetzes in der Fassung vom 15.02.2005**

Der DEUTSCHE FRAUENRAT begrüßt die gesetzliche Verankerung von Prävention und Gesundheitsförderung als weitere wichtige Säule der Gesundheitsversorgung. Die Bündelung, Fokussierung und Koordinierung von diesbezüglichen Maßnahmen der unterschiedlichen Leistungsträger ist zu unterstützen.

Der Gesetzentwurf enthält erfreulicherweise – im Vergleich zum Referentenentwurf auch vermehrte – Hinweise für die Berücksichtigung des Prinzips von Gender Mainstreaming, z. B. bezüglich der Maßnahmen (Art. 1, § 3, Abs.1) und der Präventionsziele (Art. 1, § 11, Abs.3). Für die Implementierung dieser Querschnittsaufgabe reicht das jedoch nicht aus. Deshalb fordern wir

1. eine **Präambel:**  
Hier soll die grundsätzliche Verpflichtung auf das Prinzip des Gender Mainstreaming gemäß dem Amsterdamer Vertrag für alle Bereiche und Aktionen der Prävention festgeschrieben werden. Weiter soll darin als Querschnittsthema festgelegt werden, dass im Sinne des umfassenden Gesundheitsbegriffes der WHO bei allen Prozessen und Entscheidungen bezüglich Prävention die unterschiedlichen Lebenslagen und Lebensphasen, sowie spezifische Zielgruppen wie Migrantinnen, Mädchen, ältere Frauen, Frauen mit Behinderungen, Mütter, usw. zu betrachten sind.
2. **Prävention als gesamtgesellschaftliche Aufgabe und Verantwortung hierfür in allen Politikfeldern:** (Art. 1, § 6 + 7)  
Prävention als gesamtgesellschaftliche Aufgabe muss von allen getragen und damit auch finanziert werden, d. h. nicht nur durch die Träger der gesetzlichen Sozialversicherung.  
Unter dem Aspekt eines umfassenden Gesundheitsbegriffes betrifft Prävention alle Politikbereiche, also auch Umweltpolitik, Arbeitsmarktpolitik, Familienpolitik, Frauenpolitik, Bildungspolitik, usw.  
D. h. mit diesem Gesetz ist – im Rahmen der Möglichkeiten - nur **ein** Schritt getan.

3. **Prävention nicht zu Lasten der Kuration, Rehabilitation oder Pflege:**  
„Vorrang von gesundheitlicher Prävention“: (Art. 1, § 4 + § 16)  
 Im Sinne des „Vorbeugen ist besser als Heilen“ ist Prävention der Kuration durchaus voranzustellen. Allerdings sehen wir die Gefahr einer ungesunden Konkurrenz. Zum einen lassen sich Leistungen zu Besserung und Wiederherstellung der Gesundheit und z. B. tertiäre Prävention nicht immer eindeutig trennen. Weiter lehnen wir eine Hierarchisierung ab, da dadurch möglicherweise Druck im Sinne eines „wenn keine Prävention, dann auch keine Kuration“ entstehen könnte.  
 Des Weiteren werden die Mittel, die durch das Gesetz z. B. von der GKV gebunden werden, dem Gesamtbudget der Kassen entzogen, d. h. Gelder stehen für die anderen Leistungen nur in reduziertem Umfang zur Verfügung. Die postulierten Einspareffekte durch Prävention sind nicht belegt und wenn nur recht langfristig zu erwarten.  
 Die dann im Bereich z. B. der Kuration zu erwartenden Finanzdefizite und nachfolgend Einsparungen dürfen nicht zu Lasten der Frauen gehen. Es muss sichergestellt sein, dass die Mittel für die in § 16 benannten ärztlich erbrachten oder veranlassten Leistungen nicht gekürzt werden. So betreffen die in § 16, Abs.2, Satz 1 genannten §§ 21-24 SGB V in vielen Punkten vor allem Frauen wie z. B. Vorsorgekuren für Mütter (und Väter) die derzeit bereits sehr restriktiv bewilligt werden.  
 Zudem ist nicht bedacht, dass mehr gesunde Lebensjahre auch andere Kosten in der Sozialversicherung nach sich ziehen können.
4. **Eigenverantwortung:** (Art. 1, § 5 +6)  
 Gesundheitsbewusste Lebensführung ist ein wichtiges Element der Primär- und Tertiärprävention, sie kann aber nicht verordnet werden. Der Fokus ist nicht nur auf Verhaltens-Prävention zu richten, die Verhältnis-Prävention darf dadurch nicht in den Hintergrund treten.  
 Eigenverantwortlichkeit wird durch informierte Entscheidung und Beteiligung (Partizipation) gefördert.  
 Die „angemessene Beteiligung an Maßnahmen der gesundheitlichen Prävention“ bzw. „die Verantwortlichkeit zur Beteiligung“ (Begründung) meint aber nicht Beteiligung im partizipatorischen Sinne der Teilhabe, sondern im Sinne von Verpflichtung, wie aus der Begründung hervorgeht. Dies halten wir für sehr bedenklich.  
 Wir lehnen weiter ausdrücklich ab, dass Druck in Richtung Früherkennung – also Sekundärprävention – ausgeübt wird. Früherkennung von Krankheiten oder von (genetisch bedingter) Krankheitsdisposition bedeutet nicht automatisch Heilung oder bessere Heilungschancen. Auch hier muss eine informierte Entscheidung für oder gegen eine solche Maßnahme möglich sein. Das Recht auf Nichtwissen ist zu achten.  
 (Beispiele: Gentests, Pränataldiagnostik, Mammografie-Screening)
5. **Prävention und Gesundheitsförderung in Lebenswelten:** (Art. 1, § 17)  
 Hier ist der neu hinzugekommene Satz, dass die geschlechtsbezogen unterschiedliche Situation zu berücksichtigen ist, unsererseits sehr zu begrüßen, ersetzt aber nicht unsere Forderung nach der o. g. entsprechenden Präambel.
6. **Wirksamkeit und Qualitätssicherung:** (Art 1, § 20)  
 Die in der Begründung mehrfach benannte Berücksichtigung geschlechtsspezifischer Aspekte für den Nachweis der Wirksamkeit von Leistungen und bei der Qualitätssicherung muss sich auch im Gesetzestext des § 20 wiederfinden.
7. **Stiftung Prävention und Gesundheitsförderung:** (Art. 2, § 7 – 9)  
Gremienbesetzung

wir erwarten eine geschlechterparitätische Besetzung der Stiftungs-Gremien im Sinne des Gremienbesetzungsgesetzes.

Berlin, 2005-03-04



Brunhilde Raiser  
1. Vorsitzende  
DEUTSCHER FRAUENRAT



Dr. Regine Rapp-Engels  
Vorstandsmitglied  
DEUTSCHER FRAUENRAT