

## Stellungnahme des Nationalen Netzwerks Frauen und Gesundheit zum geplanten „Bundesinstitut für Prävention und Aufklärung in der Medizin“ im Geschäftsbereich des Bundesministeriums für Gesundheit

Deutschland hat heterogene und nicht systematisch aufeinander abgestimmte Public Health-Strukturen, welche nun mit dem geplanten „Bundesinstitut für Prävention und Aufklärung in der Medizin“ (BIPAM) weiter zergliedert werden. Fachlich ist diese Entscheidung nicht nachvollziehbar. So hat die Covid-19-Pandemie nochmals eindrücklich gezeigt, dass übertragbare und nicht-übertragbare Erkrankungen eng verknüpft betrachtet werden müssen. Statt die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) in das bestehende nationale Public-Health-Institut, das Robert Koch-Institut (RKI), einzugliedern, werden nun neue Schnittstellen entstehen. Diese bringen Reibungsverluste mit sich und verursachen Kosten, die bei der gegenwärtigen Haushaltsslage kaum zu bewältigen sind.

Der geplante Zuschnitt des BIPAM auf die Vorbeugung von Krebs, Demenz und Herz-Kreislaufkrankungen doppelt bereits vorhandene Strukturen (DZHK, DZNE, DKfZ) und wird einem umfassenden Gesundheitsverständnis nicht gerecht. Statt eines ressourcenfokussierten Ansatzes der Gesundheitsförderung mit einem salutogenetischen Verständnis deutet sich ein medizinisch-defizitorientierter Ansatz an. Auch das im BIPAM hervorgehobene Konzept der Aufklärung vernachlässigt die Erkenntnis der Public-Health-Forschung, dass Änderungen in den Verhältnissen effektiver sind als allein der Versuch, das Gesundheitsverhalten von Menschen zu ändern. So zeigt der Frauengesundheitsbericht des RKI von 2020 erneut, dass insbesondere alleinerziehende Mütter, junge Mütter, arbeitslose Frauen, Frauen, die Angehörige pflegen, sowie migrierte und geflüchtete Frauen von besonderen gesundheitlichen Belastungen betroffen sind. Es wird eine nachhaltige Gesundheits-, Familien-, Sozial- und Arbeitsmarktpolitik angemahnt. Dieser Health-in-all-Policies-Ansatz fehlt in den bisherigen Plänen weitgehend und vernachlässigt damit die Bedeutung von gesellschaftlichen Verhältnissen für die Gesundheit.

Geschlecht als eine zentrale Determinante für gesundheitliche Ungleichheit sollte sowohl als Querschnittsthema bearbeitet werden als auch im Fokus des zu gründenden BIPAM stehen. Frauen und Männer sowie Menschen mit weiteren geschlechtlichen Verortungen unterscheiden sich deutlich in Bezug auf das Kontinuum Gesundheit und Krankheit. Nach den Ergebnissen der Sterbetafel 2020/2022 liegt die durchschnittliche Lebenserwartung bei Geburt für Männer bei 78,3 Jahren und für Frauen bei 83,2 Jahren. Wie die 1997 gestartete Deutsch-Österreichische Kloster-Studie zeigt, gleicht sich die Lebenserwartung von Frauen und Männern unter der Voraussetzung von vergleichbaren Lebensumständen an. Daraus lässt sich folgern, dass die Lebenserwartungslücke von rund fünf Jahren weniger auf biologische Geschlechterdifferenzen zurückzuführen ist. Darin zeigt sich das große Potenzial von geschlechtersensibler Prävention, Gesundheitsförderung und -versorgung.

Damit Präventionsangebote und Gesundheitsförderung wirksam sind, müssen sie evidenzbasiert und auf die jeweilige\*n Adressat\*innen zugeschnitten sein. Die bereits 1994 formulierten Handlungsempfehlungen der Wiener Erklärung zur Frauengesundheit sollten in einem erweiterten Verständnis Beachtung finden: Es bedarf einer zuverlässigen Informationsgrundlage für eine

ressortübergreifende Politik und eines Ausbaus geschlechtssensibler Monitoring- und Berichtssysteme. Diese müssen die Unterschiede zwischen den Geschlechtern und die Verschränkung zwischen Geschlecht und weiteren Zugehörigkeiten (Intersektionalität) wie z.B. soziale Herkunft und soziale Lage, Migration, Alter und Beeinträchtigung systematisch berücksichtigen. Im BIPAM sollten entsprechende Forschungstätigkeiten und Berichtssysteme ausgebaut sowie in der Präventionsplanung berücksichtigt werden.

Geschlecht sollte systematisch Berücksichtigung finden und dies sowohl als Querschnittsaufgabe über den Gendermainstreaming-Ansatz (wie seit 2001 im Bundesgleichstellungsgesetz verankert) als auch darüber, dass die jeweiligen Geschlechtergruppen in ihren Spezifika und in der Intersektion mit weiteren Zugehörigkeiten fokussiert bearbeitet werden. Bisherige geschlechtsspezifische Berichte des RKI sowie die Frauen- und Männergesundheits-kongresse der BZgA sollten zukünftig an zentraler Stelle weiter fortgeführt werden. Dabei bedarf es entsprechend dem Aktionsplan Queer Leben auch einer Erweiterung um den Fokus der geschlechtlichen Vielfalt. Um dies bewerkstelligen zu können, ist eine geschlechtersensible Datenerhebung und -auswertung zentral, die auch partizipative Elemente einbezieht.

### **Mitzeichnende Organisationen**

- \* AG Geschlecht und Gesundheit in der Deutschen Gesellschaft für Medizinische Soziologie e.V. (DGMS)
- \* Arbeitskreis Frauengesundheit in Medizin, Psychotherapie und Gesellschaft e.V. (AKF)
- \* bremer forum frauengesundheit
- \* BundesFachverband Essstörungen e.V. (BFE)
- \* Bundesverband der Frauengesundheitszentren e.V.
- \* Bund freiberuflicher Hebammen Deutschlands e.V. (BfHD)
- \* DaMigra e.V.
- \* Deutscher Ärztinnenbund e.V. (DÄB)
- \* Deutscher HebammenVerband e.V. (DHV)
- \* Fachgruppe Frauen\* in der psychosozialen Versorgung der Deutschen Gesellschaft für Verhaltenstherapie e.V. (DGVT)
- \* Feministischer Verein zur Förderung von Frauen\*gesundheit und ganzheitlicher Heilkunde, Lachesis e.V.
- \* Feministisches Netzwerk für Gesundheit Berlin
- \* Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen Bremen e.V. (LVG & AFS HB NDS) (als Trägerorganisation des Netzwerkes Frauen/Mädchen und Gesundheit Niedersachsen)
- \* Frauen- und MädchenGesundheitsZentrum Region Hannover e.V. (als Trägerorganisation des Netzwerkes Frauen/Mädchen und Gesundheit Niedersachsen)
- \* Netzwerk gegen Selektion durch Pränataldiagnostik
- \* Ressort Gender und Intersektionalität in der Deutschen Gesellschaft für Sozialmedizin und Prävention e.V. (DGSMP)

Versandt am 27. Februar 2024