

Maren Janella

Kongress Armut und Gesundheit 2019: Ein Rückblick

„Keine Sau interessiert sich für Gesundheit“ war der Titel des Beitrages von Ansgar Gerhardus auf der Abschlussveranstaltung des Kongresses Armut und Gesundheit 2019. Er hatte damals – über eine Google Recherche – acht Themen wie Armut, Diesel, Klimawandel oder Wohnen über zehn Wochen hinweg verfolgt und gezeigt, dass diese in der Berichterstattung nicht oder kaum mit Gesundheit assoziiert wurden. Armut bildete die dabei einzige Ausnahme. Hier wurden – zwar nur an einigen Stellen, aber immerhin – Zusammenhänge aufgezeigt. Ansgar Gerhardus hatte dann spezifiziert, dass sich keine Sau für **bevölkerungsbezogene** Gesundheit interessiert. Denn wenn es um Themen wie „neues Wundermittel gegen Krebs gefunden“ o.ä. ginge, dann würden sich sehr viele Menschen für Gesundheit interessieren.

Warum ist das so? Oder besser gefragt: **Warum ist es weiterhin so schwer, das Thema der bevölkerungsbezogenen Gesundheit zu etablieren, auch im politischen Raum?**

Das Motto des diesjährigen Kongresses „POLITIK MACHT GESUNDHEIT“ sollte dazu anregen, diese Frage weiter zu diskutieren und dabei auch die politischen Gestaltungsspielräume und -verantwortlichkeiten in den Blick zu nehmen. Das Motto hatte daher bewusst zwei Lesarten: Zum einen wollten wir darstellen, dass Gesundheit immer auch eine Frage des politischen Willens ist, zum anderen, dass Politik ein ständiges Ringen um Macht zwischen konkurrierenden Interessen darstellt.

Der Kongress Armut und Gesundheit 2019 in Zahlen:

- 128 Veranstaltungen
- ca. 600 Referierende und Moderierende
- ca. 2.300 Teilnehmende
- ca. 40 Stände beim Markt der Möglichkeiten
- Carola Gold-Preis an Karoline Schubert und Claus Weth
- Neue Formate: Science Slam und Posterpräsentation für Studierende

Was können wir festhalten?

Im Rahmen der Eröffnungsveranstaltung konnten Stefan Sell und Thomas Gerlinger deutlich machen, dass wir kein Erkenntnis-, sondern ein Umsetzungsproblem haben. Wir haben Evidenz, vielfältige Evidenz. **Wir** überführen diese nicht in gemeinsames Handeln! **Und**, diese Evidenz wird auch nicht konsequent in politisches Handeln überführt! Stefan Sell ging sogar noch einen Schritt weiter und stellte die Thesen in den Raum, dass *„heute teilweise weniger passiert als noch vor 20, 30 Jahren“*.

Warum ist das so?

Zum einen fehlt es uns an einer **mandatierten Struktur**, die sich für den Bereich der bevölkerungsbezogenen Gesundheit stark macht. Rolf Rosenbrock stärkte uns, als Public Health-Community, noch einmal den Rücken, denn nach ihm *„(besteht) unser Machtpotenzial darin, dass wir das Interesse an einer Verbesserung der gesundheitlichen und sozialen Lebensqualität der gesamten*

Bevölkerung, an einer Verminderung sozial bedingter Ungleichheiten von Gesundheitschancen, nicht nur vertreten, sondern auch fachlich besser, als jeder andere, begründen können. Das ist uns Pfund." Es gibt vielerlei Initiativen und Entwicklungen, wie die um das Zukunftsforum Public Health des Robert Koch-Institutes, den Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit oder auch den Kongress Armut und Gesundheit selbst. Ihnen und uns ist gemein, dass wir Erkenntnisse zusammentragen, um einen öffentlichen Diskurs anzuregen oder diesen zu unterstützen. Das ist lobenswert, natürlich, aber bleibt im Ergebnis oft auf dieser Ebene des **Erkenntnistransfers** stecken.

Warum ist das so? Auch hierzu äußerte sich Rolf Rosenbrock: *„Wir müssen (uns) also nicht wundern, wenn Gesellschaft und Politik unseren gesundheitsförderlichen Vorschlägen nicht sofort und vollständig folgt. Denn als wissenschaftliche Disziplin haben wir zwar Argumente, Studien und Evidenz. Aber wir haben kaum Macht. Daraus folgt nun weder verzweifelte Resignation noch anbiedernder Opportunismus. Sondern der Aufruf, diesen Aspekt in die Planung, Durchführung und auch Publikationsverbreitung unserer Projekte und Befunde aufzunehmen.“*

Ein weiterer Aspekt ist der, dass der Zusammenhang zwischen Armut und Gesundheit zu komplex und deshalb nicht in einem Zuständigkeitsbereich verankert ist. Wir diskutieren, auch im Rahmen dieses Kongresses, den Health in All Policies-Ansatz deshalb, weil wir wissen, dass es der Gesundheitsbereich alleine nicht wuppen kann und auch nicht wird. Diesen HiAP-Ansatz in die Umsetzung zu bekommen, scheitert u.a. aber daran, dass es keinen klaren Zuständigkeitsbereich gibt. Das in der Theorie vielversprechende Konzept verkommt so genau zu diesem: einem „in der Theorie vielversprechenden Konzept“. Im Sport übersetzt man das Wort „TEAM“ manchmal flapsig in „Toll! Ein Anderer Macht's“. In der HiAP-Diskussion darf diese Form der Übersetzung nicht greifen.

Thomas Gerlinger hat im Rahmen der Eröffnungsveranstaltung Stolpersteine und Barrieren benannt, die verhindern, dass aus Evidenz gemeinsames und v.a. konsequentes politisches Handeln wird. Er betonte, dass wir *„vom Leitbild Health in all Policies noch relativ weit entfernt [sind]. Und ganz abgesehen davon gibt es in manchen Bereichen eine pure Ignoranz und eine reine Interessenspolitik, die auch mit sich bringt, dass Gesundheitsinteressen außer Acht gelassen werden.“*

An Gesundheit sind auch andere Faktoren geknüpft, z.B. der gesellschaftlichen Produktivität: Gesund arbeitet es sich besser und länger. Gesund entstehen keine Kosten. Auch deshalb wird bisweilen der Hauptfokus bei Maßnahmen zur Prävention und Gesundheitsförderung auf **verhaltenspräventive** Maßnahmen gelegt. Natürlich – und das soll und muss auch betont werden – haben wir seit Verabschiedung des Präventionsgesetzes einen auf dem Papier ersten größeren Paradigmenwechsel in Richtung auch settingorientierter Verhältnisprävention. Dieser Ansatz soll explizit gestärkt werden. Die erste Bilanzierung des Vorhabens ist zeitnah durch den ersten Präventionsbericht zu erwarten. Am ersten Kongresstag tagte die Nationale Präventionskonferenz, parallel zu den ersten Workshop-Schienen dieses Kongresses. Vielleicht können wir nächstes Jahr zu dieser Zeit sagen, dass nicht mehr Gültigkeit hat, was bislang gilt: Gesundheit soll v.a. vom Menschen selbst hergestellt und aufrechterhalten werden.

Natürlich: Auf dem Kongress tragen wir Eulen nach Athen wenn wir für den verhältnispräventiven Ansatz werben, aber wie geht den Akteur*innen in ihren Argumentationen „da draußen“? Wie oft

müssen sie noch deutlich machen, dass die Lebensumstände eines Menschen mindestens genauso wesentlich sind wie sein Verhalten? Und diese Verhältnisse zu einem Großteil auch das individuelle Verhalten prägen, also quasi doppelt wirksam werden?

Mir persönlich bleibt manchmal die Spucke weg bei öffentlich dargebotenen Argumentationslinien, wie beispielsweise der bei Anne Will in der „Feinstaubdebatte“ vor einigen Wochen. Gerne sollen sich Lungenfachärztinnen und -fachärzte hinter oder neben fahrenden Autos aufhalten, weil – und so der O-Ton des Kollegen in der Sendung – das, *„was hinten rauskommt, sauberer sei als das, was vorne reingeht“*. Was für eine Arroganz! Diese Wahlmöglichkeit wünsche ich mir für Menschen aus schwieriger sozialer Lage, die vorwiegend an Hauptverkehrsstraßen wohnen und arbeiten müssen.

Nun aber zurück zur zentralen Frage: Wie kann aus der vorliegenden Evidenz politisches Handeln werden? Ein wesentlicher Schritt wäre aus unserer Sicht, dass **wir** von der noch **vorhandenen Mehrstimmigkeit wegkommen**. Mir ist das „Ich“ in den Debatten um ungleiche Gesundheitschancen oft noch zu laut und das „wir“ zu leise. **Auf welches Konto möchten wir gemeinsam einzahlen? Möchten wir gemeinsam auf das gleiche Konto einzahlen?** Wenn wir diese Frage klar beantworten können, wird es uns möglich sein, auch die notwendigen Kräfte zu bündeln und eine Wirkungskraft zu entfalten, die deutlicher vernommen und dann – hoffentlich – auch in konsequentes politisches Handeln überführt werden wird.

Ein starkes „Wir-Gefühl“ war spürbar auf dem 24. Kongress Armut und Gesundheit.

Kontakt

Maren Janella

Gesundheit Berlin-Brandenburg e.V.

Kongress Armut und Gesundheit

Friedrichstraße 231

10969 Berlin

www.armut-und-gesundheit.de

janella@gesundheitbb.de