



# Gesundheit solidarisch gestalten. Tagungsbericht vom Kongress Armut und Gesundheit 2017

Bereits zum 22. Mal thematisierte der Kongress Armut und Gesundheit in diesem Jahr den Zusammenhang zwischen Gesundheit und sozialer Lage. Der Kongress wird von einer breiten Akteurslandschaft unterstützt, unter anderem durch die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, das Nationale Zentrum Frühe Hilfen, viele gesetzliche Krankenkassen, Wohlfahrtsverbände und Stiftungen. Besonderes Anliegen des Kongresses, der jährlich von Gesundheit Berlin-Brandenburg e. V. organisiert und an der Technischen Universität ausgerichtet wird, ist es, Wissenschaft, Politik und Praxis miteinander in einen konstruktiven Austausch zu bringen („Multilog“) und auch die Sicht von Betroffenen einzubeziehen.

Der folgende Tagungsbericht möchte einen Eindruck von der Programmvielfalt und den geführten Diskussionen vermitteln. Angesichts von 121 Einzelveranstaltungen, die am 16. und 17. März durchgeführt wurden, kann dies aber nur auszugsweise und exemplarisch erfolgen. Für eine weiterführende und vertiefende Betrachtung sei auf die Kongressdokumentation und die im Juli erschienene Ausgabe des *Info\_Dienstes für Gesundheitsförderung* verwiesen (s. Infokasten am Ende des Beitrags).

## Geschichte des Kongresses – Multilog zwischen Wissenschaft, Politik und Praxis

Der erste Kongress Armut und Gesundheit entwickelte sich aus einer studentischen Initiative an der Technischen

Universität Berlin. Hauptanliegen des im Dezember 1995 erstmals durchgeführten Kongresses war es, von Armut besonders betroffene Bevölkerungsgruppen in den Blick zu nehmen und ihre Belange in das öffentliche Bewusstsein zu tragen. Prof. Michael Marmot, Vorsitzender der Kommission für soziale Determinanten von Gesundheit der Weltgesundheitsorganisation (WHO), gab dieses Anliegen den Teilnehmenden in seiner Eröffnungsrede 2014 als Grundhaltung und Perspektive mit auf den Weg: „Do something, do more, do it better“.

Wie der wissenschaftliche, politische und gesellschaftliche Blick auf das Thema Armut und gesundheitliche Ungleichheit, so hat sich auch der Kongress in seiner Zusammensetzung als Plattform gewandelt. Mit der voranschreitenden Professionalisierung der Gesundheitswissenschaften gewinnen die Diskurse um u. a. ethische, ordnungspolitische oder gerechtigkeits-theoretische Ziele auf dem Kongress zunehmend an Bedeutung und werden in breitere Kreise getragen.

Eine wesentliche Funktion war und ist es, das Engagement der Praxis sichtbar zu machen und gleichzeitig die theoretischen Erkenntnisse der Sozial-epidemiologie mit Betroffenen und Praktikern abzugleichen. So sei ergänzend zur Einbindung von Universitäten und Forschungseinrichtungen auf die Beteiligung der Fachgesellschaften hingewiesen: Neben der Deutschen Gesellschaft für Public Health (DGPH) als Mitveranstalter beteiligten sich in 2017 auch die Deutsche Gesellschaft für Medizinische Soziologie (DGMS) und die

Deutsche Gesellschaft für Sozialmedizin und Prävention (DGSMPP) am Kongress.

## Kongressthema 2017 – Gesundheit solidarisch gestalten

Das diesjährige Kongressmotto „Gesundheit solidarisch gestalten“ lud dazu ein, das Spannungsverhältnis zwischen Eigenverantwortung, Wettbewerb, persönlicher Freiheit und Solidarität auszuloten. Ganz bewusst distanzierte sich das Kongresskonzept dabei von dem Trend der „Gesundheitsoptimierung“, von der „reinen Verhaltensprävention“ und von einer auf das Individuum zentrierten Perspektive auf Gesundheit.

Bereits auf der Pressekonferenz zum Kongress gelang es, den Multilog zwischen Praxis, Politik und Wissenschaft zu ermöglichen. Auf dem Podium kamen Staatssekretär Boris Velter (Senatsverwaltung für Gesundheit, Pflege und Gleichstellung), Prof. Dr. Rolf Rosenbrock (Paritätischer Gesamtverband und Gesundheit Berlin-Brandenburg e. V.), Dr. Uwe Denker (Praxis ohne Grenzen – Segeberg e. V.), Susanna Rinne-Wolf (Berliner Hebammenverband) und PD Dr. Thomas Lampert (Robert Koch-Institut, Berlin) mit Pressevertretern ins Gespräch. Schnell wurde deutlich, dass es unzählige gute Initiativen, hehre politische Ziele und harte Fakten zur gesundheitlichen und sozialen Chancengerechtigkeit in Deutschland gibt. Auch an Lösungsvorschlägen mangelt es nicht. Nur finden sie zu selten ihren Weg in die politische Wirklichkeit.



**Abb. 1** ◀ Eröffnungsveranstaltung zum Kongress Armut und Gesundheit 2017. Quelle: Gesundheit Berlin-Brandenburg e. V./Foto: André Wagenzik

Wichtiger Auftrag einer Plattform wie dem Kongress Armut und Gesundheit bleibt daher, eine Öffentlichkeit dafür zu schaffen und die Kräfte der zahlreichen Unterstützenden zu bündeln.

Solidarität, das machte die Projektleiterin Maren Janella (Gesundheit Berlin-Brandenburg e. V.) in ihrer Abschlussrede deutlich, zeichnet auch den Kongress Armut und Gesundheit selbst aus: Ohne die Unterstützung von insgesamt 25 Förderern, mehr als 500 Referierenden und Moderierenden, ca. 100 Experten aus 17 thematischen Vorbereitungsgruppen, unzähligen Kooperationen und insgesamt 2000 Teilnehmenden wäre eine solche Veranstaltung nicht durchzuführen.

### Auftaktveranstaltung – Ungleichheit und Armut als soziale Beziehung

Ungleiche Gesellschaften, so formulierte es der renommierte Sozialepidemiologe Prof. Richard Wilkinson (The Equality Trust, London) bereits 2009 in seinem Buch *The Spirit Level* (mit Kate Pickett), sind weniger solidarisch, ineffizienter und ungesünder. Auch in der Eröffnung des 22. Kongresses Armut und Gesundheit ging Wilkinson auf verschiedene gesellschaftliche Ungleichheiten ein (▣ **Abb. 1 und 2**). Zunächst sprach er über die 23 reichsten Länder – hoch entwickelte, moderne, größtenteils westlich geprägte Gesellschaften. Für die Erfassung der sozialen Unterschiede bedient sich Wilkinson einer relativ einfachen Formel, der Einkommensdifferenz zwischen den ärmsten und den

reichsten 20 % der jeweiligen Bevölkerung. Hier befindet sich Deutschland auf dem achten, Japan auf dem ersten und die USA auf dem vorletzten Platz des Ungleichheitsrankings.

Aus Gründen der Vergleichbarkeit konzentrierte sich Wilkinson empirisch auf Einkommensunterschiede. Statusunterschiede und – damit einhergehend – ein zunehmender Verlust an Vertrauen unter den Menschen sind ihm nach für die zermürbenden Prozesse innerhalb der Gesellschaften verantwortlich. Diese theoretische Einbettung ist komplexer als seine Berechnung der Einkommensunterschiede, da Status in den meisten gesellschaftswissenschaftlichen Theorien nicht ausschließlich vom Einkommen abhängt, sondern wesentlich facettenreicher ist. Gleichzeitig liegt der Charme der hervorgebrachten Idee auch in seiner Einfachheit. Es braucht einfache Formeln, um die Mehrheit zu erreichen. Nur selten wurde innerhalb der einzelnen Kongressveranstaltungen so häufig auf die Eröffnungsrede Bezug genommen wie in diesem Jahr.

Eine der Hauptaussagen, die viele Armutsforschende teilen, lautet: Armut ist relativ und entfaltet sich in sozialen Beziehungen. Eine angeführte Armutsstudie verdeutlicht dies. Zur Beschreibung ihrer Armutslage finden die Betroffenen weltweit sehr ähnliche Worte, auch wenn Armut überall andere Ausprägungen hat: In Indien leben die befragten „Armen“ in einer Hütte ohne Wasser, in Norwegen in einer Dreizimmerwohnung mit Zentralheizung und Fernseher. Sie beschreiben ihre Situation als empfundene Verachtung – von anderen entgegenge-



**Abb. 2** ▲ Prof. Richard Wilkinson während seines Eröffnungsvortrags. Quelle: Gesundheit Berlin-Brandenburg e. V./Foto: André Wagenzik

bracht, vonseiten der eigenen Familie und schließlich vor sich selbst. Hierin liegt der Beziehungsaspekt von Armut, denn Anerkennung (als nichtmaterielles Gegenstück von Armut) kann nur in einer Beziehung hergestellt werden.

Dennoch, es gibt auch quantitative Unterschiede von Armut. Es handelt sich zudem um ein Steigerungsproblem. Wilkinson verdeutlichte: Je größer die Differenzen zwischen den ärmsten und den reichsten Gruppen innerhalb einer Gesellschaft, je länger die soziale Stufenleiter, desto schwerwiegender sind auch ihre gesellschaftlichen sowie individuellen Folgen. Denn je mehr Differenz, desto wirkungsvoller werden Status- und Klassengrenzen. Die ausgemachten Unterschiede führen zu weniger sozialem Zusammenhalt, weniger Vertrauen und vermehrten Abstiegsängsten, die sich schlussendlich auch auf politischer Ebene widerspiegeln. Wilkinson zeigte anhand diverser Studien und Statistiken, wie und wie hoch die Kosten von Ungleichheit in heutigen Gesellschaften veranschlagt werden können. So steigern sich in (einkommens-)ungleicheren Gesellschaften die seelischen Probleme und der Drogenkonsum, die Fettleibigkeit, gewalttätiges Verhalten und Gefängnisaufenthalte sowie Teenagerschwanger-

schaften. Das kindliche Wohlbefinden hingegen nimmt ab, ebenso wie schulische Leistungen und soziale Mobilität. Diese Umstände hängen auf vielfältige Weise zusammen und haben direkte und indirekte Einflüsse auf die Gesundheit von Einzelpersonen und Gesellschaften. Daher sollte eine Allianz für mehr Gesundheit auch immer eine Allianz sein, die für mehr Gerechtigkeit und bessere Verwirklichungschancen einsteht, so Wilkinson.

### Soziale Ungleichheit und soziale Determinanten – Befunde der sozial-epidemiologischen Forschung

Wichtige Ausgangs- und Anknüpfungspunkte für die Diskussionen im Rahmen des Kongresses Armut und Gesundheit stellen die Ergebnisse der sozial-epidemiologischen Forschung dar, die zunehmend auch in der Gesundheitsberichterstattung wiedergespiegelt werden. Zu nennen ist in diesem Zusammenhang u. a. die Veranstaltungsreihe „Health Inequalities“, die – ausgehend von einer eigenständigen Fachtagung – seit 2012 unter dem Dach des Kongresses Armut und Gesundheit durchgeführt wird. Neben empirischen Ergebnissen zur gesundheitlichen Ungleichheit wird auch auf theoretische Erklärungsansätze und -konzepte sowie auf mögliche Interventionsstrategien eingegangen. In diesem Jahr wurde u. a. über die Möglichkeiten zur Förderung von Gesundheitskompetenzen („health literacy“) in allen Bevölkerungs- und Altersgruppen diskutiert. Außerdem galt das Interesse der Rolle einer umfassenden Tabakkontrollpolitik für Bemühungen zur Verringerung von gesundheitlichen Ungleichheiten.

Als ein Ergebnis der Diskussion kann festgehalten werden, dass die Verringerung der gesundheitlichen Ungleichheiten nur durch kontinuierliche politische Bemühungen unter Einbindung der relevanten Akteure gelingen kann. Orientierung könne hier der Blick auf die Strategien anderer Länder bieten, wo bereits erfolgreich politische Strukturen und Prozesse etabliert wurden. Betont wurde zudem die intensivere Integration sowohl von Evaluationen als auch dem Prinzip

Bundesgesundheitsbl 2017 · 60:873–878 DOI 10.1007/s00103-017-2582-1  
© Springer-Verlag GmbH Deutschland 2017

J. Waldhauer · M. Amler · N. Böhme · M. Janella · S. Pospiech · T. Lampert

### Gesundheit solidarisch gestalten. Tagungsbericht vom Kongress Armut und Gesundheit 2017

#### Zusammenfassung

Der Kongress Armut und Gesundheit, der jährlich von Gesundheit Berlin-Brandenburg e. V. in Kooperation mit unterschiedlichsten Partnern ausgerichtet wird, gehört inzwischen zu den größten Public-Health-Veranstaltungen in Deutschland. Der Kongress stellt eine Plattform für den Austausch zwischen Wissenschaft, Praxis und Politik bereit. Unter dem Motto „Gesundheit solidarisch gestalten“ wurde in diesem Jahr die gesamtgesellschaftliche Verantwortung und Solidarität zwischen gesellschaftlichen Gruppen als eine wichtige Voraussetzung für die Gewährleistung gesundheitlicher Chancengleichheit betont. In insgesamt 121 Veranstaltungen mit mehr als 500 Referierenden und Moderierenden

wurde ein breites Spektrum an Themen und Fragestellungen diskutiert, u. a. zu regionalen Unterschieden in Bezug auf das Armutsrisiko, zeitlichen Entwicklungen bei gesundheitlicher Ungleichheit, Gesundheit und Gesundheitsversorgung von Flüchtlingen und Asylsuchenden, Situation von wohnungslosen und nichtversicherten Menschen, Ethik in Public Health und zu aktuellen Entwicklungen und Herausforderungen im Zusammenhang mit dem Präventionsgesetz.

#### Schlüsselwörter

Armut · Soziale Ungleichheit · Gesundheit · Gesundheitliche Chancengleichheit · Solidarität

### Solidarity in health. Report on the 2017 Poverty and Health Congress

#### Abstract

The annual congress *Armut und Gesundheit* (Poverty and Health), which is organized by Gesundheit Berlin-Brandenburg e. V. and takes place at the Technical University of Berlin has become one of the biggest public health events in Germany. It constitutes an exchange platform for sciences, practice, and politics. This year's congress topic was *solidarity in health*, aiming to emphasize the responsibility that society and its actors have to bear in order to warrant health equity. Overall, 121 activities took place, with more than 500 experts and moderators discussing

a wide range of subjects and questions including regional disparities in poverty, ethics in public health, the current situation of homeless and people without insurance, time trends in health inequalities, health and healthcare of refugees and asylum seekers, and the current progress and challenges in connection with the German prevention act.

#### Keywords

Poverty · Social inequality · Health · Health equity · Solidarity

der Evidenzbasierung als Maßstab für Interventionen.

Erstmals in diesem Jahr durchgeführt wurde die Veranstaltungsreihe „Soziale Determinanten der Gesundheit“. Der Fokus der neuen Veranstaltungsreihe liegt auf dem Ausmaß und der Entwicklung sozialer und gesundheitlicher Ungleichheiten unter Berücksichtigung gesellschaftlicher Entwicklungen, wie z. B. dem demografischen Wandel oder dem verstärkten Zuzug von Geflüchteten und Asylsuchenden. Hinsichtlich der vorgestellten Analysen kann man zu der Aussage kommen, dass sich in

Deutschland, wie in den meisten anderen Ländern, keine Anhaltspunkte dafür finden lassen, dass sich die gesundheitlichen Ungleichheiten verringert haben. In einigen Bereichen weiten sich die Unterschiede sogar aus, offenbar, weil an sich günstige Entwicklungen vor allem in den bessergestellten Bevölkerungsgruppen festzustellen sind. Dies gilt beispielsweise für den rückläufigen Tabakkonsum und die zunehmende Sportbeteiligung. Ein weiterer Schwerpunkt der Veranstaltungsreihe waren die großen regionalen Unterschiede in der Armutsbetroffenheit, die sich sowohl





**Abb. 3** ▲ Blick in einen der zahlreichen Workshops des Kongresses. Quelle: Gesundheit Berlin-Brandenburg e. V./Foto: André Wagenzik



**Abb. 4** ▲ Gesundheitliche Chancengleichheit – eine Vision von Public Health. Quelle: Gesundheit Berlin-Brandenburg e. V./Foto: André Wagenzik

auf Länderebene als auch auf Ebene von Raumordnungsregionen sowie Kreisen und kreisfreien Städten beobachten lassen. Diese Unterschiede spiegeln sich in der Gesundheit und Lebenserwartung wieder, was die Bedeutung von regionalen, möglichst kleinräumigen Analysen für die gesundheitsbezogene Bedarfs- und Versorgungsplanung unterstreicht.

Weiterhin ist auf die Veranstaltungsreihe „Gesundheitsberichterstattung: Daten für Taten“ zu verweisen, die schon seit vielen Jahren fester Bestandteil des Kongressprogramms ist. Diese fokussiert auf Konzepte und Systeme der Berichterstattung, auf Qualitätsstandards sowie auf die verfügbaren Datengrundlagen. Auch die Entwicklung und Umsetzung von Gesundheitszielen auf nationaler und Bundesländerebene, teilweise auch auf europäischer Ebene, stellt einen Schwerpunkt dar. In diesem Jahr wurden u. a. die Anforderungen an eine Gesundheitsberichterstattung zu chronischen Krankheiten diskutiert. Dabei wurde auch auf neue, spezifische Datenquellen, wie z. B. die derzeit am Robert Koch-Institut etablierte Diabetessurveillance, eingegangen. Weitere Schwerpunkte bildeten die Bedeutung von Selbstverpflichtungen bei der Umsetzung von Gesundheitszielen und die Herausforderungen in Bezug auf eine geschlechtersensible Sozial- und Gesundheitsberichterstattung.

### Migration, Flucht und Asyl – Gesprächsstoff für mehr als einen Kongress

Vor dem Hintergrund der weltweiten Migrationsbewegungen in den vergangenen Jahren und der verstärkten Zuwanderung von Asylsuchenden und Flüchtlingen nach Deutschland stellte die gesundheitliche Situation und Versorgung von Menschen mit Migrationshintergrund einen Schwerpunkt des diesjährigen Kongresses dar. Bereits die Satellitenveranstaltung, die wie in den Vorjahren vom Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit ausgerichtet wurde, widmete sich diesem Thema.

Einführend sprach Dr. Claudia Santos-Hövenner (Robert Koch-Institut, Berlin) über die aktuelle Datenlage und die Bemühungen des Robert Koch-Instituts, das Gesundheitsmonitoring und die Gesundheitsberichterstattung mit Blick auf Migrantengruppen weiterzuentwickeln. Ihr folgte Dr. Kayvan Borzorgmehr (Universitätsklinikum Heidelberg), der auf die Herausforderungen der Gesundheitsförderung bei Geflüchteten und Menschen mit Migrationshintergrund einging. Dabei hob er sowohl auf die Besonderheiten auf kommunaler Ebene als auch die Verantwortung der Länder und des Bundes ab. Als wichtige Ergebnisse können u. a. die Notwendigkeit einer Ausweitung der Datenlage zu der gesundheitlichen Situation und den Versorgungsbedarfen von Geflüchteten und Menschen mit Migrationshintergrund,

eine Verbesserung der gesundheitsbezogenen Versorgung dieser Gruppen sowie die Notwendigkeit, die Vernetzung der wesentlichen Akteure im Gesundheits- und Sozialwesen auszubauen, festgehalten werden.

Zahlreiche Veranstaltungen befassten sich auch im weiteren Verlauf des Kongresses mit der gesundheitlichen Situation von Geflüchteten und Migranten, etwa hinsichtlich ihrer psychosozialen und ambulanten Versorgung vor Ort (Abb. 3). Auffällig war im Vergleich zum Vorjahr, dass viel deutlicher über das „Wie“ als über das „Ob“ der Versorgung dieser Gruppe gesprochen wurde.

### Wohnungslose und nicht-versicherte Menschen – Personengruppen, die oft vergessen werden

Wichtiger Ansporn für die einstige Konzeption des Kongresses Armut und Gesundheit war der Wunsch, eine Öffentlichkeit dafür herzustellen, dass auch in einem an sich reichen Land wie Deutschland Armut systematisch auftaucht und die Gesundheit gefährdet. Mit dem Fokus auf die medizinische Versorgung wohnungsloser Menschen wurde auch in diesem Jahr ein Notstand in der gesundheitlichen Versorgung dieser Gruppe deutlich. Neben der Darstellung der gesundheitlichen Lage wohnungsloser Menschen ging es auch darum, neue Wege für deren Versorgung zu schaffen. Prof. Dr. Gerhard Trabert (Armut und Gesundheit e. V., Mainz), einer der enga-

gertesten deutschen Sozialmediziner auf diesem Gebiet und Kongressunterstützer von Beginn an, verdeutlichte, dass diese Wege Konzepte von „aufsuchender“ und „mobiler“ Gesundheitsversorgung umfassen sollten. Hindernisse bei der medizinischen Versorgung besonders vulnerabler Gruppen sind u. a. negative Erfahrungen mit medizinischem Fachpersonal, Abweisungen, eine zu große Hemmschwelle, sich in den Warteraum einer Arztpraxis zu setzen, bürokratische Hürden und eine Fehleinschätzung des eigenen Gesundheitszustandes. Eine zunehmende Privatisierung im Gesundheitswesen, die Erhöhung von Eigenleistungen und die Streichung bestimmter Angebote belasten insbesondere sozial benachteiligte Menschen.

Auch der Gründer der Praxen ohne Grenzen, Dr. Uwe Denker, vertrat auf dem Kongress diejenigen Ärztinnen und Ärzte, die dieser Tage die medizinische Versorgung nichtversicherter Menschen stemmen. Erschreckenderweise setzt sich diese Gruppe nicht mehr „nur“ aus Wohnungslosen zusammen. Es sind zunehmend Menschen, die aufgrund ihres Aufenthaltsstatus (noch) keinen Zugang zu Leistungen der allgemeinen Gesundheitsversorgung haben und diejenigen, die von der Selbstständigkeit nicht zurück in die gesetzliche Krankenversicherung finden. Auch immer mehr Kinder und Jugendliche würden in den Praxen ohne Grenzen behandelt.

## Ethik in Public Health – Welche gesundheitlichen Ungleichheiten sind ungerecht?

Ungleichheit, Gerechtigkeit, Gesundheit. Es sind voraussetzungsreiche Begriffe, mit denen sich der Kongress Armut und Gesundheit befasst. Einen kleinen philosophischen Streit mit Worten und Argumenten auszutragen, nahm sich eine Veranstaltung zur ethischen Reflexion gesundheitswissenschaftlicher Fragen vor.

Ungleichheit ist zunächst ein neutraler Zustand der Unterschiedlichkeit, wohingegen Ungerechtigkeit einen Aufruf zur Veränderung impliziert, da sie mit normativen Idealen bricht. Erst die Folgen von Ungleichheit beispielsweise auf

Lebens- und Verwirklichungschancen lassen Ungleichheiten zu Ungerechtigkeiten werden. In einigen Jahren werden, so Dr. Andreas Mielck (Helmholtz-Zentrum, München), vermutlich so viele Ungleichheiten identifiziert worden sein, dass die Politik von der Wissenschaft eine Hilfe zur Priorisierung der Ungleichheiten benötigen wird. Es ist daher naheliegend, sich auf qualitative Unterschiede in der gesundheitlichen Ungleichheit zu konzentrieren.

Dass man sich überhaupt überlegen muss, wie und für was öffentliche Mittel aufgewendet werden, liegt an der Knappheit finanzieller und zeitlicher Ressourcen. Dies ist eine Grundprämisse vieler Gerechtigkeitstheorien, die ein optimales Verteilungsverhältnis auszumachen versuchen. Insgesamt können Fragen der Gerechtigkeit in der Public-Health-Praxis durch 4 Grundfragen einbezogen werden:

1. Was wird verteilt (Ressourcen, Güter, Capabilities)?
2. Wie wird verteilt (nach welchen Prinzipien)?
3. An wen wird verteilt (globale Weltbevölkerung, Staatsbürger, Versicherte)?
4. Und warum sollte Gerechtigkeit die Referenznorm bilden (und nicht etwa Freiheit)?

Die vierte Frage zielt auf einen Grundstreit der Philosophie ab, nämlich, inwiefern Privatheit und Öffentlichkeit sowie kollektive Verantwortungsübernahme und individuelle Freiheit einander vorzuziehen sind. Dieser lässt sich auch auf Public Health übertragen. Ein Beispiel für die hier bemühte Paternalismusdebatte ist das „nudging“, welches versucht, über Anreize (anstelle von Verboten) die Handlungen von Individuen zu beeinflussen.

Verdeutlicht wurde, dass manche Kontroversen in der politischen Philosophie und der Ethik gut diskutiert werden können, sich aber schwer in eine lebensweltlich orientierte Public-Health-Praxis überführen lassen.

## Zukunftsforum Public Health – Entwicklungen in Deutschland

Ein weiterer Höhepunkt des diesjährigen Kongresses Armut und Gesundheit war sicherlich die Podiumsdiskussion zur Frage „Wo steht Public Health in Deutschland?“. Diese war als Fortführung der Diskussion gedacht, die, ausgehend von einem White Paper „Public Health – mehr Gesundheit für alle. Ziele setzen – Strukturen schaffen – Gesundheit verbessern“, durch das Zukunftsforum Public Health, das im November 2016 in Berlin stattfand, angestoßen wurde. An dem Zukunftsforum Public Health hatten mehr als 150 Personen aus Praxis, Forschung und Lehre teilgenommen, um gemeinsam über den Status quo von Public Health in Deutschland zu diskutieren und eine breit angelegte Debatte über die Zukunftsperspektiven und strategischen Ausrichtungen zu initiieren. Neben einer Reihe von Impulsvorträgen und einer Podiumsdiskussion wurden im Rahmen der zweitägigen Veranstaltung zentrale Herausforderungen an Public Health, darunter „Big data“, „Demografischer und sozialer Wandel“, „Globalisierung“, „Medizinischer Fortschritt“, „Neue Kommunikationsformen“, „Prävention und Gesundheitsförderung“, ebenso diskutiert wie erforderliche Reaktionen darauf in den Handlungsfeldern „Forschung“, „Kommunikation und Vernetzung“, „Lehre, Fort- und Weiterbildung“, „Monitoring und Surveillance“, „Staatliches Handeln (u. a. Politik, Governance, Öffentlicher Gesundheitsdienst)“ und „Praxis“. Die Ergebnisse des Zukunftsforums werden in einem Schwerpunktheft der Zeitschrift *Das Gesundheitswesen* veröffentlicht und haben darüber hinaus Eingang in ein Positionspapier „Durch Stärkung der Öffentlichen Gesundheit (Public Health) zu verbesserter Bevölkerungsgesundheit und einer gerechteren Gesellschaft“ ([www.zukunftsforum-Public-Health.de](http://www.zukunftsforum-Public-Health.de)) gefunden.

Bereits im Rahmen des Zukunftsforums wurde vereinbart, die angestoßene Diskussion fortzusetzen und auszuweiten. Zur Unterstützung und Koordination wurde zwischenzeitlich am Robert Koch-Institut eine Geschäftsstelle

### Infobox Kongress Armut und Gesundheit

**Veranstalter:** *Gesundheit Berlin-Brandenburg e. V., Technische Universität Berlin, Deutsche Gesellschaft für Public Health (DGPH) und eine Vielzahl weiterer Partner*

**Save the date:** 20. und 21. März 2018 an der Technischen Universität Berlin

**URL:** [www.armut-und-gesundheit.de](http://www.armut-und-gesundheit.de)

Hier finden Sie die Kongressdokumentation der letzten 22 Jahre, Pressestimmen zum Kongress und weitere visuelle Impressionen.

**Call for Papers zum Kongress 2018:** ab Sommer 2017 an [kongress@gesundheitbb.de](mailto:kongress@gesundheitbb.de)

eingerrichtet, die zudem die Vernetzung der zahlreichen Public-Health-Akteure vorantreiben soll und mit der Vorbereitung eines neuerlichen Zukunftsforums betraut ist.

Die im Rahmen des Kongresses Armut und Gesundheit durchgeführte Podiumsdiskussion kann als Zwischenschritt auf diesem Weg verstanden werden. Nachdem Dr. Bärbel-Maria Kurth (Robert Koch-Institut, Berlin) eingangs über den bisherigen Prozess und die nächsten Schritte informierte, wurden von den Podiumsgästen unter Moderation von Thomas Altgeld (Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e.V.) zentrale Zukunftsperspektiven und Herausforderungen, z. B. in Bezug auf Forschung (Prof. Dr. Nico Dragano, Heinrich-Heine-Universität, Düsseldorf), den Öffentlichen Gesundheitsdienst (Dr. Ute Teichert, Akademie für öffentliches Gesundheitswesen, Düsseldorf) und gesundheitliche Chancengleichheit (Stefan Pospiech, Gesundheit Berlin-Brandenburg e.V.) erörtert und mit dem Publikum diskutiert. Sowohl die Stellungnahmen der Podiumsgäste als auch die anschließende Diskussion mit dem Publikum verdeutlichte, dass der initiierte Prozess zur Weiterentwicklung von Public Health in Deutschland große Zustimmung und Unterstützung erfährt, als eine wichtige Voraussetzung hierfür aber die breite Einbindung der zahlreichen Akteure im Bereich Public Health jenseits von Fachgesellschaftszugehörigkeiten gesehen wird (Abb. 4).

## Präventionsgesetz – der Kongress zeigt Entwicklungen auf

Im Juli 2015 konnte das Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention in Deutschland (Präventionsgesetz) den Deutschen Bundestag passieren. Mit dieser gesetzlichen Rahmung verbindet sich die Hoffnung, Prävention und Gesundheitsförderung breiter in den Lebenswelten zu integrieren und die Kooperation und Koordination der Akteure neu auszurichten. Der Kongress begleitet die verschiedenen gesetzlichen Anläufe seit nunmehr fast 20 Jahren mit konstruktiv-kritischen Debatten.

Das gesamte vergangene Kongressjahr 2016 war dem Präventionsgesetz gewidmet. Fazit damals: Zuständigkeiten bleiben unklar und es besteht ein großer Interpretationsbedarf. 2017 kann bereits auf die ersten Schritte der Umsetzung geschaut werden. So wurden durch die Nationale Präventionskonferenz die Bundesrahmenempfehlungen verabschiedet. 14 Bundesländer (außer Berlin und Bayern) haben zudem die Landesrahmenvereinbarungen abgeschlossen. Und das erste Präventionsforum hat mittlerweile stattgefunden.

Der diesjährige Kongress bot daher erneut eine Plattform, die Diskussionen zu aktualisieren und fortzusetzen. „Ein Jahr Präventionsgesetz: was hat sich getan und was nicht und warum?“ hieß eine Veranstaltung. Deutlich wurde, dass durch die Beschränkung auf die gesetzgeberischen Kompetenzen des Bundes vorrangig ein Sozialgesetzbuch-V-Änderungsgesetz auf den Weg gebracht wurde. Als Herausforderung wurde benannt, nun auf Landesebene und kommunaler Ebene die Verantwortungsteilung zwischen Sozialversicherungsträgern und öffentlicher Hand in Landesrahmenvereinbarungen neu zu ordnen. Der Grad der Verbindlichkeit in der künftigen Kooperation und Koordination der Partner bleibt in den bisher abgeschlossenen Vereinbarungen zumeist jedoch hinter den Erwartungen zurück. Positiv wurde angemerkt, dass bestehende Strukturen wie Landesgesundheitskonferenzen und Bündnisse für Prävention fortgeführt bzw. aufgebaut werden. Wie aber träger-

und akteursübergreifende Kooperationen initiiert und umgesetzt werden, ist nahezu in allen Vereinbarungen vage formuliert. Entscheidend wird – so vorläufiges Fazit – für die kommenden Monate sein, wie sich das Zusammenspiel zwischen GKV-Spitzenverband und Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung sowie der Kooperationswille auf Landesebene und kommunaler Ebene gestalten. Der kommende Kongress Armut und Gesundheit wird daher die Diskussionen um das Präventionsgesetz erneut aufgreifen.

### Korrespondenzadresse

#### J. Waldhauer

Fachgebiet 28 Soziale Determinanten der Gesundheit, Robert Koch-Institut  
General-Pape-Straße 62–66, 12101 Berlin, Deutschland  
[j.waldhauer@rki.de](mailto:j.waldhauer@rki.de)

### Einhaltung ethischer Richtlinien

**Interessenkonflikt.** J. Waldhauer, M. Amler, N. Böhme, M. Janella, S. Pospiech und T. Lampert geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Dieser Beitrag beinhaltet keine von den Autoren durchgeführten Studien an Menschen oder Tieren.