

Politik macht Gesundheit. Gender im Fokus

Veranstalter Kongress Armut und Gesundheit

Veranstaltungsort Technische Universität Berlin

Termin 08.03.2020 - 10.03.2020 ganztags

Public Health-Kongress an der Technischen Universität Berlin vom 8. bis zum 10. März 2020

I. Ausgangssituation und Datenlage

Der Kongress Armut und Gesundheit begeht sein 25-jähriges Jubiläum – die Notwendigkeit seiner Existenz ist ungebrochen: Armut macht krank – Krankheit macht arm! Was vor 25 Jahren galt, gilt immer noch:

„Ein wichtiges Anliegen bei der Konzeption des Kongresses war es, Öffentlichkeit darüber herzustellen, dass in einem Land wie der BRD Armut kein marginalisiertes Problem ist und lediglich die Lebenssituation von Randgruppen beschreibt (Bouali et al., 1995).“

Die grundsätzlich erfreuliche Botschaft: Seit Beginn der 90er Jahre ist die Lebenserwartung der in Deutschland lebenden Menschen um 4,2 Jahre bei Frauen und um 5,9 Jahre bei Männern gestiegen. Zum letzten Kongress Armut und Gesundheit veröffentlichte das Robert Koch-Institut erneut aktuelle Daten zum Zusammenhang zwischen der sozialen Lage und der Gesundheit der in Deutschland lebenden Menschen. Aus der Datenlage ist ablesbar, dass nicht alle Menschen von dieser Zunahme an Lebensjahren profitieren: vor Vollendung des 65. Lebensjahres sterben 13 Prozent der Frauen und 27 Prozent der Männer aus der niedrigsten Einkommensgruppe. In der höchsten Einkommensgruppe sind dies 8 Prozent der Frauen und 14 Prozent der Männer (Nowossadeck et al., 2019).

II. Solidaritätsprinzip als erfolgreiche Antwort!?

„Als Antwort auf das Problem ‚Armut macht krank – Krankheit macht arm‘ wurde die Gesetzliche Krankenversicherung geschaffen (Mielck in Bouali et al., 1995).“

Dass Personen mit niedrigem sozialen Status eine besondere Zielgruppe von Public Health Maßnahmen sein sollten, ist lange bekannt und so auch zum Beispiel im § 20 Abs. 1 Satz 2 SGB V festgehalten, der die gesetzlichen Krankenkassen (GKV) auffordert, mit ihren Leistungen zur Gesundheitsförderung und Prävention insbesondere zur Verminderung sozial bedingter und geschlechtsbezogener Ungleichheiten von Gesundheitschancen beizutragen. Menschen mit niedrigem Sozialstatus nehmen Maßnahmen zur Gesundheitsförderung und Prävention, die auf ihr Verhalten abzielen, deutlich seltener in Anspruch als Menschen aus den höheren sozialen Schichten („Präventionsdilemma“) (Jordan et al., 2012). Bettina Schmidt stellte auf dem Kongress Armut und Gesundheit 2018 fest, dass Verhaltensprävention soziale Ungleichheit eher verschärft als abschwächt, da sie den Lebenswirklichkeiten von Menschen aus höheren Sozialschichten deutlich stärker als jenen von Menschen aus niedrigen Sozialschichten entspricht. Ein präventiv orientiertes Verhalten könne – so Schmidt – auch zum „Distinktionsmerkmal“ werden und das Ideal der Leistungsgesellschaft befördern (de Bock et al. in Gesundheit Berlin-Brandenburg, 2018). Daher haben sich verhältnispräventive Ansätze als Zugangsweg bewährt, v.a. zu sozial benachteiligten Zielgruppen. Nun zeigt der erste Präventionsbericht der Nationalen Präventionskonferenz, dass 40 Prozent der Aktivitäten der GKV, die im Jahr 2017 in Einrichtungen der Kinder- und Jugendhilfe oder Landkreisen und Städten durchgeführt wurden (also an den Verhältnissen ansetzen), in „sozialen Brennpunkten“ stattfanden. Für Aktivitäten in den Lebenswelten der Kita und Schule waren es 10 bis 20 Prozent (Die Nationale Präventionskonferenz, 2019). Aus der Datenlage leiten wir folgende allgemeine Leitfragen für den Kongress ab:

- Wer steckt hinter diesen Daten? Welche Bevölkerungsgruppen sollten besonders in den Blick präventiver und gesundheitsförderlicher Maßnahmen genommen werden?
- Wie können wir die vorhandene Evidenz in konsequentes und wirksames (politisches) Handeln überführen?

Mit dem Wissen, dass die Determinanten, die auf Gesundheit wirken so vielschichtig sind, möchten wir den „Health in All Policies-Ansatz“ weiterhin in den Mittelpunkt der Diskussionen stellen. „Gesundheit ist nicht nur Thema des Gesundheitssektors, sondern eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe, die in allen Bereichen öffentlichen Handelns gefördert werden soll (Geene et al., 2019)“. Da Gesundheit eine politische Entscheidung ist (Kickbusch et al., 2015), werden wir auch das Motto „POLITIK MACHT GESUNDHEIT“, in seiner doppelten Lesart, weiterführen.

III. POLITIK MACHT GESUNDHEIT. GENDER IM FOKUS vom 8.-10.3.2020

Die (zeitliche) Nähe zum internationalen Frauentag (Weltfrauentag), der am 8.3. in vielen Ländern begangen wird, nehmen wir zum Anlass, genderspezifische Fragestellungen stärker in die Diskussionen um den „Health in All Policies-Ansatz“ und die politischen Gestaltungsspielräume einzuweben. Das Motto für den Kongress Armut und Gesundheit 2020 lautet daher:

„POLITIK MACHT GESUNDHEIT. GENDER IM FOKUS“.

Fragen möchten wir:

- Was sind weiterhin bzw. wieder genderrelevante Fragestellungen (z.B. Gender Pay Gap, ...)?
- Welchen Beitrag kann die Geschlechterforschung zum Abbau sozial bedingter Ungleichheiten in Gesundheitschancen leisten?
- Welche Bedeutung haben diese oder weitere Fragestellungen für die Handlungsfelder Gesundheitsförderung und Prävention?

Natürlich: Allein die Diversifizierung und Vervielfältigung der Geschlechtervorstellungen zieht nicht automatisch eine gute gesellschaftspolitische Handlungspraxis nach sich (Gassner et al, 2018).

IV. Leitfragen für den Kongress 2020

Folgende Spannungsverhältnisse nehmen wir – in einer ersten Zusammenstellung und ohne Anspruch auf Vollständigkeit – in den Diskussionen wahr:

gender gap - auch in der Politik

Die repräsentative Demokratie in Deutschland zeichnet sich durch einen anhaltenden politischen Gender Gap aus. Neben einer Unterrepräsentanz von Frauen in den Parlamenten stellt sich die Frage: „Wann verwandelt sich Repräsentation in Macht?“ (Blome und Fuchs, 2017). Hierzu wird mittlerweile verstärkt nach den „critical actors“ (Childs und Krook, 2009) gefragt: wer sind die Politiker*innen, die in entscheidungsmächtigen Positionen sind? Wie sind Frauen hier aufgestellt? (Wiechmann, 2019).

„Herrenclub“ im Gesundheitswesen

Zwar ist über die Hälfte aller Beschäftigten im Gesundheitswesen weiblich, aber in Führungspositionen sind Frauen deutlich unterrepräsentiert. Die

Bundestagsfraktion Bündnis 90/Die Grünen (2018) haben das Gesundheitswesen daher als „Herrenclub“ bezeichnet. Laut der Initiative „Spitzenfrauen“ sei in vielen Organisationen nicht einmal jede zehnte Führungskraft eine Frau (Ärzteblatt, 2019). In der Resolution der Initiative wird daher gefordert, dass das Gesundheitswesen „Spitzenfrauen“ brauche.

Care/Pflege Arbeit - ein weibliches Berufsfeld!?

„Sowohl die Zuweisung von Sorgearbeit an Frauen als auch die geringe Anerkennung von Care ist in Form von Genderdimensionen im Bereich der Gesundheits- und sozialen Berufe erkennbar (Beckmann, 2016)“. Ausnahme bilden höher qualifizierte Professionen wie Apotheker*in oder Ärzt*in. Hinzu kommt, dass sich Gesundheitsberufe oft durch schlechte Arbeitsbedingungen und niedrige Löhne auszeichnen und der Anteil der Teilzeit und der befristet sowie geringfügig Beschäftigten vergleichsweise hoch ist (Beckmann, 2016).

Bedeutung verschiedener Dimensionen von Geschlecht und Geschlechtlichkeit für Public Health

Während in quantitativ-gesundheitswissenschaftlichen Studien überwiegend von ‚sex‘ und damit von einem binären Modell ausgegangen wird, hinterfragt die Geschlechterforschung ‚gender‘ als sozial konstruierte Kategorie, die von gesellschaftlichen Vorstellungen und Normen geprägt ist. Konzepte wie das „Embodiment-Konzept“ machen binäre Unterteilung in ‚sex‘ versus ‚gender‘ für die Gesundheitswissenschaften überflüssig. Wie kann sich die medizin- und naturwissenschaftlich geprägte Wissenschaft und Praxis dem Verständnis von Gender als sozialer Konstruktion nähern und die binäre Geschlechterkonstruktion hinter sich lassen? Wie können soziale Kategorien wie Gender oder Ethnizität, die bislang meist isoliert voneinander konzeptualisiert werden, in ihren ‚Überkreuzungen‘ (intersections) analysiert werden? Wie kann Intersektionalität als Forschungshaltung in den Public Health-Wissenschaften nachhaltig verankert werden? An welche Grenzen stoßen wir hierbei und was heißt das beispielsweise für die Gesundheits- und Sozialberichterstattung?

Geschlechtliche Diversität und Heteronormativität

Wie kann eine soziosexuelle Lebensweise in der Gesundheitsforschung berücksichtigt werden? Welchen Einfluss hat die Marginalisierung ihrer Lebensweise auf die Gesundheit von Lesben, Schwulen, Bisexuellen und weiteren nicht-heterosexuellen Menschen? Welche neuen und alten Herausforderungen stellen sich für die Gesundheit von „trans*“ und „inter*“ Personen durch das ICD-11?

Doing gender?!

Fast zwei Drittel (61,6 Prozent) der Männer (Frauen: 46,7 Prozent) sind übergewichtig (Schienkiewitz et al., 2017). In Deutschland sagen fast doppelt so viele Frauen (13 Prozent) wie Männer (8 Prozent) aus, sich seelisch belastet zu fühlen (Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, 2018). „Da wo Frauen und Männer die gleichen Bedürfnisse haben, sollen sie das gleiche Angebot bekommen. Da wo sie unterschiedliche Bedürfnisse haben, brauchen sie differenzierte Angebote“, forderte Petra Kolip bereits im Jahr 2009 (Jahrbuch für kritische Medizin und Gesundheitswissenschaften, 2009) und somit eine konsequente Berücksichtigung der Geschlechterperspektive bei allen Vorhaben und Projekten. Aber: Wie stellt Geschlecht das Gesundheitsverhalten (z. B. Inanspruchnahme von Präventionsangeboten oder das eigene Risikoverhalten) auch mit her? Und: Wie wird diese soziale Konstruktion durch „gendergerechte Angebote“ auch aufrechterhalten oder verfestigt?

Bei Fragen wenden Sie sich bitte an das Kongress-Team:

Kongress Armut und Gesundheit

Gesundheit Berlin-Brandenburg e.V.

Friedrichstraße 231 | 10969 Berlin

kongress(at)gesundheitbb(dot)de

Fon: 030 - 44 31 90 73 | Fax: 030 - 44 31 90 63

[Zum Veranstaltungsprogramm \(Link\)](#)

[Zur Anmeldung \(Link\)](#)
