

POLITIK MACHT GESUNDHEIT. GENDER IM FOKUS

(Arbeitsversion, Stand: 22.7.2019)

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)¹.“

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 Soziallagen deutlich stärker als jenen von Menschen aus niedrigen Soziallagen 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-Bran-

¹ Die Verfasser*innen haben auf ein Literaturverzeichnis direkt am Ende des Diskussionspapiers verzichtet, um im Anschluss an den inhaltlichen Teil direkt die Veranstaltungsformate abbilden zu können. Das Literaturverzeichnis ist auf der Webseite des Kongresses einsehbar.

denburg, 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 Lebensweise² 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 „gengerechte Angebote“ auch aufrechterhalten oder verfestigt?

² Innerhalb westlicher Kulturen lernen wir, dass Sexualität ein fundamentaler Bestandteil des Selbstkonzepts von Menschen ist und dass dabei das Geschlecht der Partner*in eine zentrale Rolle für die eigene Identität spielt (Broido 1999). Dementsprechend beziehen sich die meisten Konzepte der soziosexuellen Identitäten zunächst einmal auf das bevorzugte Geschlecht der Partner*in (Mertens 1992). Differenzierter betrachtet umfassen soziosexuelle Identitäten aber zudem emotionale, intellektuelle, politische und auch spirituelle Aspekte (Broido 1999). Konzepte soziosexueller Identitäten werden immer auch durch Politik und Kultur der Gesellschaft, in der und für die sie entwickelt werden, entscheidend mit geprägt (Castro Varela & Gutiérrez Rodríguez 2000, Falco 1993, Stein 1996).

Call for Abstracts | Organisatorische Hinweise

Call for Abstracts für den Kongress Armut und Gesundheit 2020

Ab sofort können Sie sich aktiv in die Gestaltung des kommenden Kongresses Armut und Gesundheit einbringen.

Die Beitragseinreichung ist bis zum 30. August 2019 geöffnet.

Über unsere Webseite gelangen Sie zur Beitragseinreichung:

www.armut-und-gesundheit.de/call-for-abstracts.

1. Themenfelder

Ältere Menschen | Digitalisierung | Frühe Hilfen | Genderaspekte in Public Health | Gesundheit in der Arbeitswelt | Gesundheit studieren – gesund studieren | Gesundheitsberichterstattung | Gesundheitspolitik | Gesundheitsökonomie | Globale Gesundheit | Inklusion | Jugendliche | Kinder im Kita- und Schulalter | Klimawandel und Gesundheit | Kommune | Menschen in Arbeitslosigkeit | Migration und Flucht | Partizipation | Qualitätsentwicklung | Salutogenese | Soziale Determinanten | Versorgung, Selbsthilfe, Patientinnen und Patienten | Von Studierenden für Studierende | Wohnungslosigkeit

2. Wichtige Termine & Meilensteine

19. Juli 2019	Beginn der Einreichung von Beiträgen
30. August 2019	Ende der Frist zur Einreichung von Beiträgen
November 2019	Benachrichtigung der Einreichenden über Annahme oder Ablehnung und Start der Frist zur Überarbeitung der Beiträge durch Koordinierende
Dezember 2019	Veröffentlichung des Kongressprogramms
8. bis 10. März 2020	25. Kongress Armut und Gesundheit (ggf. findet der Kongress an allen drei Tagen statt)

3. Veranstaltungsformate

Einzelbeitrag

Dauer: 10 bis 15 Minuten

Raum: Hörsaal (fest bestuhlt)

Maximal drei inhaltlich zueinander passende Einzelbeiträge werden kombiniert und in einem Fachforum (90 Minuten) präsentiert.

Posterpräsentation

Dauer: 90 Minuten

Raum: Seminarraum (keine feste Bestuhlung)

Eine Posterpräsentation ist ein interaktives Format. Jedes Poster (Format: DIN A0 oder A1 Hochformat) wird zwei bis drei Mal vor wechselndem Publikum präsentiert.

Science Slam für Studierende

Dauer: 90 Minuten

Raum: Hörsaal (feste Bestuhlung)

Ziel ist die unterhaltsame Präsentation von Bachelor- und Masterarbeiten oder studentischen Projekten durch Nachwuchswissenschaftler*innen. Gerne unterstützt euch das Projektteam bei eurem Slam-Beitrag.

Posterpräsentation für Studierende

Dauer: 90 Minuten

Raum: Seminarraum (keine feste Bestuhlung)

Der Fokus liegt auf der Präsentation von Bachelor- und Masterarbeiten. Jedes Poster wird nacheinander 10 Minuten präsentiert. Anschließend gibt es 5 Minuten Diskussionszeit pro Poster.

Fachforum

Dauer: 90 Minuten

Raum: Hörsaal (fest bestuhlt)

Vorstellung von maximal drei Einzelbeiträge à 20 Minuten (15 Minuten Vortrag + 5 Minuten Zeit für Nachfragen) und einer Diskussion im Plenum à 30 Minuten. Ziel ist die Vorstellung von Projekt- oder Forschungsergebnissen, Ansätzen, etc.

Podiumsdiskussion

Dauer: 90 Minuten

Raum: Hörsaal (fest bestuhlt)

Der Fokus liegt auf der (kontroversen) Diskussion zwischen Podiumsgästen und Publikum. Bevor die Diskussion eröffnet wird, geben drei bis fünf Diskutierende jeweils ein fünfminütiges Statement ab.

Seminar

Das Format „Seminar“ löst das bisherige Format „Workshop“ ab!

Dauer: 90 Minuten

Raum: Hörsaal (fest bestuhlt)

Das Format sieht eine intensive Publikumsbeteiligung vor. 30 Minuten sind für Inputbeiträge vorgesehen und 60 Minuten für die gemeinsame Arbeit in Flüstergruppen und Plenum.

Learning Café

Dauer: 90 Minuten

Raum: Seminarraum (keine feste Bestuhlung)

Das Learning Café ist ein interaktives Format, bei dem an max. vier Tischen Projekte oder Themen vorgestellt werden. Der Fokus liegt auf der Kleingruppenarbeit.

World Café

Dauer: 90 Minuten

Raum: Seminarraum (keine feste Bestuhlung)

Das World Café ist ein interaktives Format, bei dem an max. vier Tischen anhand von verschiedenen Leitfragen diskutiert wird. Der Fokus liegt auf dem Austausch und der Diskussion.

Fishbowl

Dauer: 90 Minuten

Raum: Seminarraum (keine feste Bestuhlung)

Die Fishbowl ist ein interaktives Format mit einem inneren (Podium) und äußeren Stuhlkreis (Publikum). Wer etwas zu der Diskussion auf dem Podium beitragen möchte, wechselt vom äußeren zum inneren Stuhlkreis. Ziel ist es, dass sich möglichst viele Teilnehmende an der Diskussion beteiligen.

Freies Format

Das Freie Format soll den Referierenden die Möglichkeit bieten, Art und Dauer der Veranstaltung passend zum Inhalt zu gestalten. Bei der Einreichung muss sowohl das Format als auch der Zeitrahmen beschrieben und begründet werden.

4. Richtlinien und Hinweise zur Einreichung

- Die Einreichung von Beiträgen ist nur online über die Konferenzmanagement-Software Converia möglich.
- Abstracts können in deutscher oder englischer Sprache eingereicht werden. Das Einbinden oder Hochladen von Bildern, Grafiken, Diagrammen etc. ist nicht möglich.
- **Beiträge können entweder als Gesamtkonzept (Session), Einzelbeitrag oder Poster eingereicht werden.** Das **strukturierte Abstract umfasst max. 1700 Zeichen** (inkl. Leerzeichen und Überschriften). Bitte nutzen Sie bei der Einreichung Ihres Abstracts die folgenden Gliederungspunkte:
 - 1) **Hintergrund/Fragestellung**
 - 2) **Projektbeschreibung/Methode**
 - 3) **Schlussfolgerung/Ergebnisse**
 - 4) **Diskussionsbeitrag/Lessons Learned**
- **Gesamtkonzepte (Sessions)** enthalten **zusätzlich** eine Beschreibung der **max. vier Unterbeiträge à 500 Zeichen** (inkl. Leerzeichen, bei Unterbeiträgen ist die Struktur vorgegeben!).
- Unvollständige Einreichungen (ohne Abstract oder ohne Angabe der Referierenden/Diskutierenden/Moderation) können leider nicht berücksichtigt werden.
- Die einreichende Person ist dafür verantwortlich, dass alle gelisteten Referierenden sowie (Co-)Autor*innen der Einreichung zugestimmt haben.
- Mit der Einreichung geben die inhaltlich Beteiligten ihr Einverständnis zur Veröffentlichung ihres Abstracts (inkl. Namen und Institutionen der inhaltlich Beteiligten) in den Online- und Print-Produkten zum Kongress.
- Der Beitrag muss einem Themenfeld zugeordnet werden. Das Kongress-Team behält sich vor, die thematische Zuordnung zu ändern.
- Grundsätzlich gilt: Bei Berichten aus noch laufenden Projekten wird erwartet, dass nicht nur über Projektziele, sondern vor allem auch über Projekt(zwischen)ergebnisse und auch Schwierigkeiten in der Umsetzung berichtet wird.

5. Auswahlverfahren

- Für jedes der Themenfelder werden durch das Kongress-Team fachlich ausgewiesene Programmkomitees berufen, die die eingereichten Beiträge inhaltlich bewerten und unter Berücksichtigung der zeitlichen und räumlichen Möglichkeiten des Veranstaltungsortes Empfehlungen für ein stimmiges Programm zum jeweiligen Themenfeld erarbeiten.
- Die Zusammenstellung mehrerer Einzelbeiträge zu einem Fachforum erfolgt ebenfalls durch die Programmkomitees.
- Aufbauend auf den Empfehlungen der Programmkomitees stellt das Kongress-Team zum Jahresende 2019 das Kongressprogramm zusammen.
- Die Entscheidung über die Annahme oder Ablehnung der Beiträge erfolgt im Laufe des Novembers ausschließlich per E-Mail (bitte sehen Sie von früheren Nachfragen ab).

Wir freuen uns auf Ihre Beiträge!

Wichtiger Hinweis zu den Teilnehmendengebühren für inhaltlich Beteiligte:

- Koordinierende, Hauptreferierende sowie Moderierende müssen keine Teilnehmendengebühren bezahlen. Ein freiwilliger Spendenbeitrag z.B. in Höhe des regulären oder ermäßigten Teilnehmendenbeitrages ist sehr willkommen.
- Co-Referierende (jede weitere Person neben der hauptreferierenden Person pro Beitrag) müssen ein Co-Referierenden-Ticket erwerben.
- Sobald feststeht, ob der Kongress an zwei oder drei Tagen stattfindet (Ende August 2019) wird die Höhe der Gebühren bekanntgeben.

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

Kongress Armut und Gesundheit

Gesundheit Berlin-Brandenburg e.V.

Friedrichstraße 231 | 10969 Berlin

kongress@gesundheitbb.de

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

www.armut-und-gesundheit.de