

---

## **30. Kongress Armut und Gesundheit am 17. und 18. März 2025 in Henry-Ford-Bau der Freien Universität Berlin**

### **Statement zur Pressekonferenz am 17. 03. 2025, 9.00h**

Entstanden aus einer Initiative von Public Health-Studierenden, findet der Kongress Armut und Gesundheit seit 1995 jedes Jahr statt – 2025 zum 30. Mal – jedes Jahr mit größerer Resonanz. Anfangs wurden wir ignoriert oder sogar verhöhnt. Das hat sich geändert: Der Kongress ist heute die größte, regelmäßig stattfindende Public Health-Veranstaltung in Deutschland; sie ist das wichtigste Fachforum zum Austausch zwischen Armutsbetroffenen, Wissenschaft, Zivilgesellschaft und Staat. In den letzten Jahren konnten wir Bundespräsident Steinmeier und Bundesgesundheitsminister Lauterbach als Redner und Unterstützer hier begrüßen. 30 Jahre Kongress Armut und Gesundheit zeigen also: zivilgesellschaftliche Initiativen können beträchtlichen Einfluss auf die Thematisierung und die öffentliche Wahrnehmung von Problemen nehmen, wenn sie glaubwürdig sind und einen langen Atem haben.

Die Zahlen von RKI und HBSC zeigen aber auch, dass Thematisierung und öffentliche Wahrnehmung nicht notwendig zu einer angemessenen politischen Bearbeitung führen: Die sozial bedingte Ungleichheit von Gesundheits-Chancen und die Ungleichheit der Bildungschancen sind seit 1995 nahezu kontinuierlich gestiegen, die Armutsquote (60% oder weniger des Medianeinkommens) allein in den letzten 20 Jahren von 14,0% auf 16,6%, das sind 14,2 Millionen einkommensarme Menschen in Deutschland, ein Zuwachs von weit mehr als 2 Millionen Menschen in Armut. Politik und Gesellschaft scheinen sich daran gewöhnt zu haben – wir arbeiten dagegen.

Der [Arbeitsbericht des Paritätischen Wohlfahrtsverbandes](#) wertet laufend die offiziellen Daten zur Einkommensverteilung in Deutschland nach Gruppen, Alter, Geschlecht und Regionen aus,

Er beleuchtet damit die wichtigste Bestimmungsgröße für die epidemiologischen Befunde des RKI zu Erkrankungen und Lebenserwartung oder die Untersuchungen des HBSC zur Bildung.

Seit 30 Jahren setzt sich der Kongress dafür ein, sozial bedingte Ungleichheit von Gesundheits- und Lebenschancen zu vermindern, mit zwei, einander ergänzenden Strategien:

- Kausal wirken v. a. Verminderungen der Einkommensungleichheit (durch Tarifverträge und Transferleistungen), Kindergrundsicherung, armutsfeste Altersrenten, Mietpreisbremse etc. Das ist der aussichtsreichste, auch von der WHO propagierte Ansatz ‚health in alle policies‘ – die Zahlen zeigen aber: Da tut sich bislang wenig, aber das könnte sich ändern. Wir bleiben dran.
- Nicht-kausal, aber kompensatorisch wirken Prävention und Gesundheitsförderung. Sie können die Gesundheitschancen insbesondere für Menschen in beengten Lebenslagen entscheidend und nachhaltig verbessern, wenn sie in den Lebenswelten der benachteiligten Menschen (KiTa, Schule, Hochschule, Kiez, Dorf, Betrieb, Senioreneinrichtungen, Krankenanstalten, Freizeiteinrichtungen etc.) ansetzen und es den Zielgruppen durch direkte Partizipation ermöglichen, dabei ihre Lebenswelt nach eigenen Vorstellungen und Bedürfnissen umzugestalten (Kombination von Verhältnis- und Verhaltensprävention).

Für Prävention in Lebenswelten sollen die GKV-Institutionen seit 2015 40% ihrer Präventionsmittel ausgeben, das sind rund 170 Mio € für nicht-betriebliche Lebenswelten und ca. 250 Mio € für betriebliche Gesundheitsförderung pro Jahr.

Das ist angesichts der hunderttausenden Lebenswelten, die eine solche Intervention ‚eigentlich‘ brauchen und auch wollen, viel zu wenig. Hinzu kommt, dass infolge der Konkurrenz innerhalb der GKV diese Mittel nicht zielgenau zur Verminderung sozial bedingter Ungleichheit verwendet werden und dass auch die Qualitätssicherung und Evaluation große Defizite aufweist – dass also die ohnehin zu geringen Ressourcen nicht optimal eingesetzt werden.

Gesundheit Berlin-Brandenburg setzt sich deshalb seit Jahren im Schulterschluss mit vielen Wissenschaftler\*innen und Praktiker\*innen dafür ein, zur Behebung dieser Defizite das Präventionsgesetz zu novellieren und die Fundamente eines Public Health-Systems in Deutschland zu schaffen:

- Einbeziehung von ÖGD, zivilgesellschaftlichen Trägern (zusätzlich zur GKV) sowohl in das praktische Präventionsgeschehen als auch in die Steuerung (z.B. Nationale Präventionskonferenz)
- kommunale Verantwortung für und Steuerung von Prävention und Gesundheitsförderung durch die entsprechend ertüchtigten Gesundheitsämter

# BERLIN SCHOOL OF PUBLIC HEALTH

Prof. Dr. Rolf Rosenbrock

---

Gewissermaßen als Schlussstein dieser Public Health-Struktur wird eine Institution benötigt, die

- basierend auf der RKI-Epidemiologie, die lokale Ebene mit aktuellen, kleinräumig und zweckspezifisch aufbereiteten Gesundheits-Daten versorgt,
- Methoden der Intervention und der Qualitätssicherung der nicht-medizinischen Gesundheitsförderung und Prävention weiterentwickelt und in die Fläche trägt,
- den Dialog mit der nationalen und internationalen Public Health-Wissenschaft aufbaut und pflegt,
- als Hüterin des Themas ‚health in alle policies‘ agiert und mit Blick auf die internationalen Entwicklungen strategische Ansatzpunkte zur Umsetzung identifiziert und bearbeitet.

Der dafür geeignete institutionelle Ort ist das Bundesinstitut für Öffentliche Gesundheit (BIÖG). In den ersten Entwürfen des dafür erforderlichen Gesetzes (2024) hatten diese zentral wichtigen Aufgaben bei weitem nicht den Stellenwert und die materielle Ausstattung, die ihnen angesichts ihrer Bedeutung zukommt.

Deshalb sendet der 30. Kongress Armut und Gesundheit in diesem Sinne auch ein starkes Signal in die laufenden Koalitionsverhandlungen: Die Zeit ist reif für ein modernes und effektives Public Health-System in Deutschland!

Berlin, im März 2025