

Inclusion Health: Gesundheit für extrem marginalisierte Personengruppen

Steph Grohmann



LUDWIG
BOLTZMANN
GESELLSCHAFT
Open Innovation in Science Center

Was ist Inclusion Health?

Inclusion Health ist ein relative neuer Ansatz in Forschung, Sozialwesen und Sozial- und Gesundheitspolitik. Er soll **extreme gesundheitliche Ungleichheiten beseitigen**, die vor allem Menschen betreffen, die sozial marginalisiert und ausgeschlossen sind.

Dazu gehören:

- Menschen, die **obdachlos oder wohnungslos** sind
- **Geflüchtete und Asylwerber:innen**
- Menschen mit **schädigendem Substanzgebrauch**
- **Gefangene und Haftentlassene**
- **Sexarbeiter:innen**
- Menschen aus **Roma, Sinti oder Traveller (UK) communities**



Picture credit: Tony McDonough

Was sind ‘gesundheitliche Ungleichheiten’?

Im Englischen unterscheidet man die Begriffe „**Inequality**“ und „**Inequity**“

Health Inequality:

jedwede Unterschiede in Gesundheitszustand und Lebenserwartung zwischen Menschen(gruppen), einschließlich **biologisch bedingter und unveränderlicher** Unterschiede.

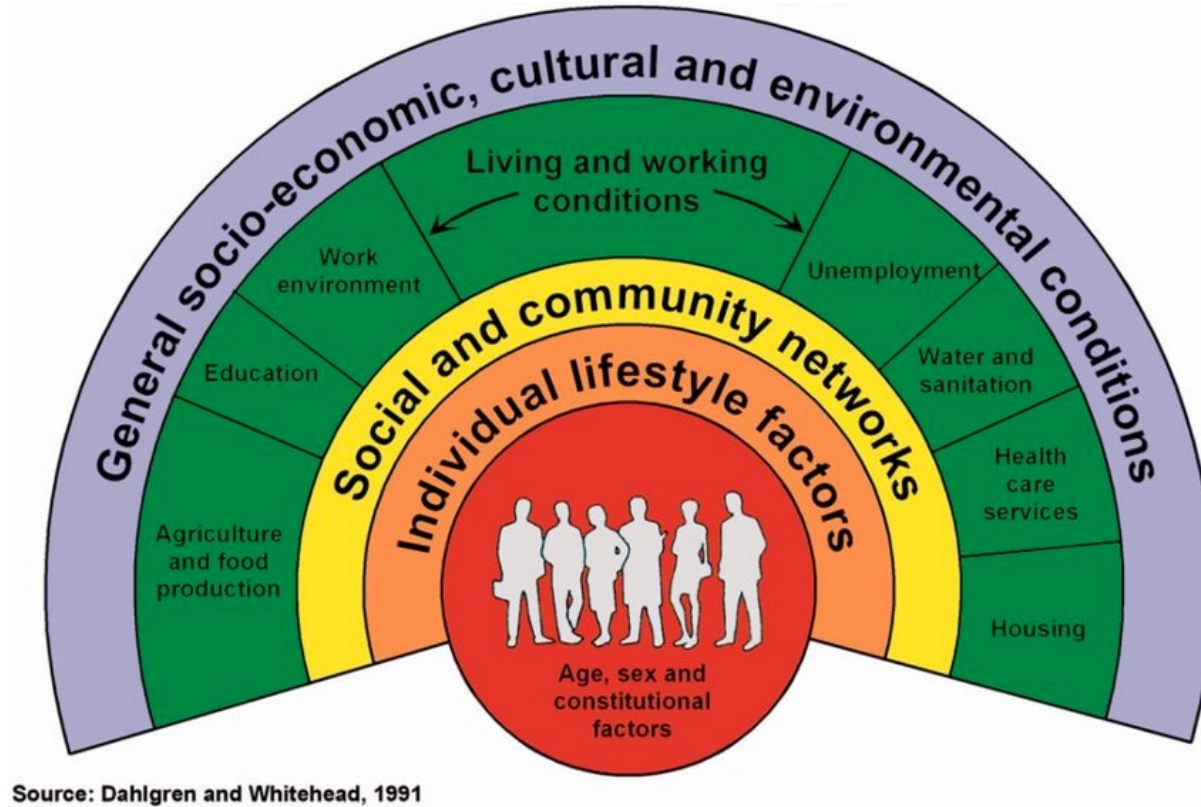
Beispiele: durchschnittlich höhere Lebenserwartung von Frauen, spezifische Gesundheitsrisiken bei bestimmten ethnischen Gruppen...

Health Inequity:

Unterschiede in Gesundheitszustand und Lebenserwartung, die **vermeidbar und ungerecht** sind und durch **soziale Determinanten** verursacht werden

Beispiele: höheres Risiko für psychische Krankheiten bei marginalisierten Minderheiten, niedrigere Lebenserwartung für von Armut Betroffene...

Soziale Determinanten der Gesundheit



Fokus: Obdachlosigkeit

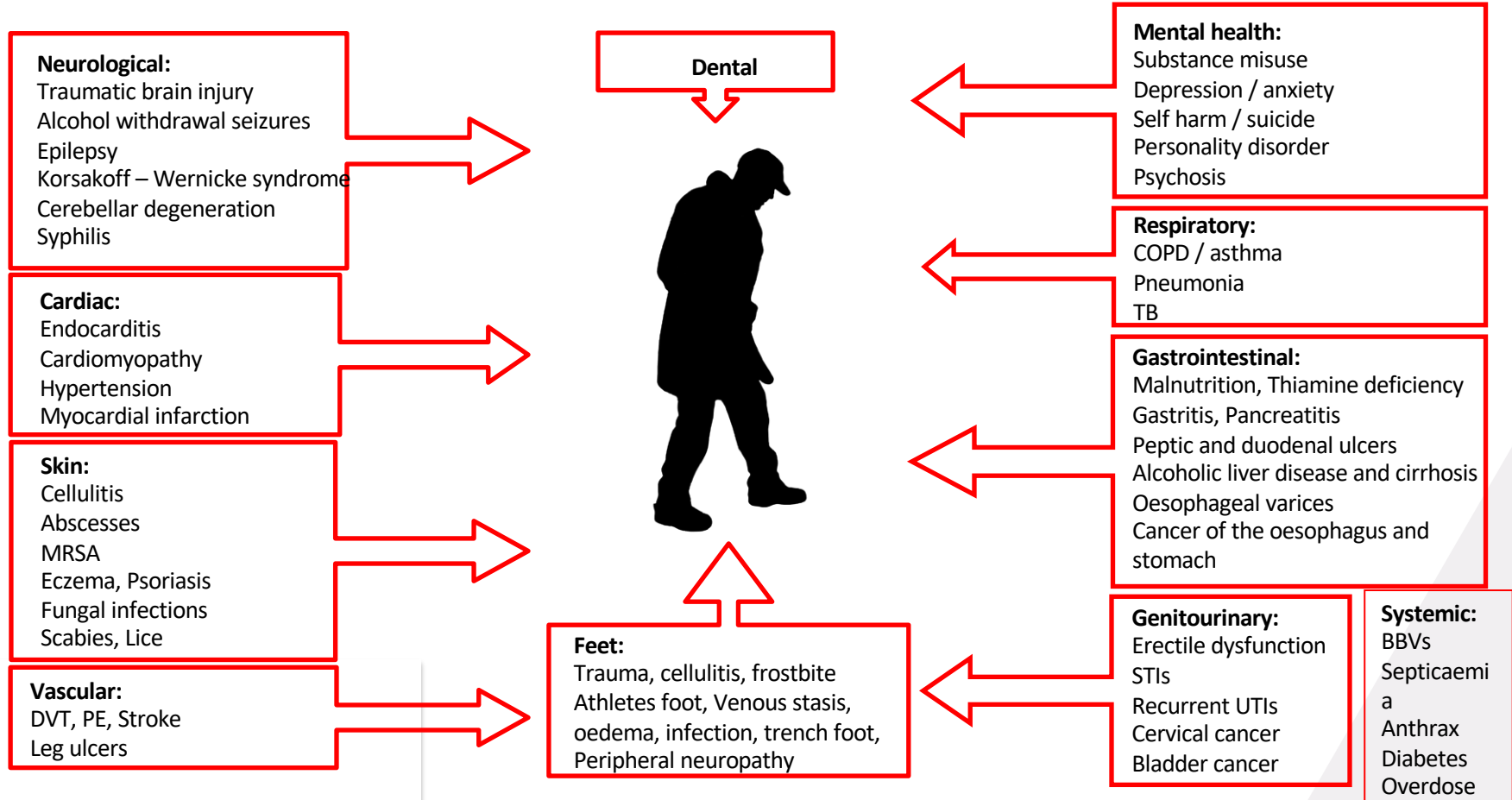
Menschen, die obdach- oder wohnungslos sind, einschließlich:

- „Strassenobdachlose“ (rough sleepers)
- Menschen die in **Notschlafstellen oder temporären Unterkünften** wohnen
- „**Versteckt Obdachlose**“, d.h. Couchsurfer:innen, Hausbesetzer:innen, Menschen in überbelegten, unsicheren oder gesundheitsschädlichen Unterkünften, Menschen in Gewaltbeziehungen...
- **Gewaltsam Vertriebene** (zB Geflüchtete)



Picture credit: Pixabay

Warum Gesundheitsforschung mit/für Obdachlose?



Obdachlosigkeit und Health Inequities

Durchschnittliche Lebenserwartung

Obdachlose: 43 (Frauen), 47 (Männer) Jahre

Behauste: 80 Jahre

Suizidrisiko ist bei Obdachlosen **9x höher**

Wahrscheinlichkeit ggü. behauster Bevölkerung:

- Asthma: 2.5x
- Herz-Kreislaufkrankungen: 6x
- Schlaganfall: 5 x
- Epilepsie: 12 x
- Andere Ko-morbidität: 5 x
- Hepatitis C: 50 x
- Tuberkulose: 34 x



Picture credit: Streets Kitchen

Barrieren im Zugang zu Gesundheitsversorgung für Obdachlose

Obdachlose Menschen haben einerseits multiple und komplexe Gesundheitsprobleme. Andererseits sehen sie sich auch signifikanten Barrieren im Zugang zu Gesundheitsversorgung gegenüber, wie zB:

- In **(Haus)arztpraxen abgewiesen** werden
- **Keine kontinuierliche Versorgung** (continuity of care) aufgrund hoher Mobilität
- **Fragmentierte Einrichtungen** im Gesundheits- und Sozialwesen
- **Zuwenig Bewusstsein** für die Komplexität der gesundheitlichen Bedürfnisse dieser Gruppe beim medizinischen Personal
- **Mangelhafte Patient:inneninformationen**
- (Wahrgenommene) **Stigmatisierung und Diskriminierung** durch medizinisches Personal
- In manchen Fällen: **gesetzlicher Ausschluss von der Gesundheitsversorgung** (zB abgewiesene Asylwerber:innen, Roma und Sinti...)

Obdachlose nutzen daher die **Notaufnahmen der KHs 60 mal so oft** wie die behaute Bevölkerung

(Gunner et. al. 2019, Reilly et al 2020)

Was kann Inclusion Health Forschung erreichen?

Inclusion Health Forschung produziert **Daten und Evidenz** um Folgendes zu leisten:

Beitrag zur Bekämpfung von Armut: die effektivste “upstream” Präventionsmaßnahme ist mit großer Wahrscheinlichkeit eine Reduktion von materieller Armut, besonders bei Familien mit Kindern (Luchenski et. al. 2017)

Eintreten für angemessenen Wohnraum für alle: Menschen mit gelebter Erfahrung von Obdachlosigkeit sowie auch eine Reihe systematischer Reviews haben angemessenen und leistbaren Wohnraum als wichtigste Gesundheitsintervention identifiziert (“Housing First”)

Entwicklung, Betrieb und Evaluation von Gesundheits- und Sozialdiensten unterstützen: vor allem trauma-informierte multi-agency Ansätze um die sog. “tri-morbiditaet” von psychischer und physischer Krankheit sowie schädlichem Substanzgebrauch zu adressieren

Mit allen stakeholdern arbeiten um Barrieren zur Gesundheitsversorgung abzubauen: Stigma bekämpfen, Menschen mit gelebter Erfahrung in Forschung und Services miteinbeziehen

“Hard to reach”?

Inclusion Health Zielgruppen sind mit konventionellen Rekrutierungsmethoden in der Forschung notorisch **schwierig zu erreichen**. Sie werden deshalb oft als “hard to reach” bezeichnet.

Inclusion Health Forschende halten dagegen, dass diese Zielgruppen treffender als **“easy to ignore”** bezeichnet werden sollten (Lightbody et. al. 2017).

Aufsuchende qualitative Sozialforschung und besonders ethnographische Methoden können dazu beitragen, die Distanz zu überbrücken.



Die 10 Gebote der Aufsuchenden Sozialforschung, pt1

1) **Raus aus dem Office, rein ins Feld:** IH-Populationen sind von vielen Orten des öffentlichen Lebens ausgeschlossen. IH Forschung sucht sie dort auf, wo sie sind.

2) **Check your bias:** Auch Forschende haben gelernte Vorurteile und Stereotype im Kopf. Niemand ist völlig objektiv, aber es ist wichtig, sich die eigenen Vorannahmen bewusst zu machen.

3) **Reduziere Machtgefälle:** komm physisch „auf den selben Level“, z.B. den Gehsteig. Sprich respektvoll und höflich (kein automatisches „du“). Mach Privilegien transparent („ich bekomme hierfür ein Gehalt bezahlt“).

4) **Hab Geduld:** Menschen mit chaotischem Lebenswandel tun sich oft schwer mit Termineinhaltung oder Pünktlichkeit. Obdachlosigkeit kennt keine Deadlines.

5) **Sei Trauma-bewusst:** IH-Populationen haben oft komplexe und mehrfache Traumatisierungen, die ihr Verhalten beeinflussen können. Nimm nicht alles persönlich.

Die 10 Gebote der Aufsuchenden Sozialforschung, pt2

- 6) **Kommuniziere klar:** verwende einfache und laiengerechte Sprache, kein Jargon.
- 7) **Sei verlässlich:** IH-Populationen sind oft wiederholt verlassen oder verraten worden. Verdiane ihr Vertrauen, indem du dich strikt an Abmachungen hältst und zu deinem Wort stehst.
- 8) **Sei schwer zu beleidigen:** IH-Populationen testen manchmal Grenzen, viele sind auch psychisch krank. Nimm ungefährliche Angriffe mit Humor.
- 9) **Pay up:** IH-Populationen sind überwiegend von absoluter Armut betroffen. Sie brauchen “Aufwandsentschädigungen“ dringender als andere Beforschte.
- 10) **Stay safe:** IH-Populationen sind nicht per se gewalttätig. Durch Substanzmissbrauch oder psychische Krankheit können manche Individuen aber gefährlich werden. Achte immer auf deine Sicherheit (zB zu zweit zu Terminen, öffentliche Orte vereinbaren...).

Forschungsethik in Inclusion Health Forschung, pt1

Inclusion Health Forschung ist oft „**participatory by design**“, zB durch peer-research Methodologien

Informed Consent Prozesse sollten zielgruppengerecht gestaltet werden, zB Leichte Sprache, Modalitäten für Menschen mit Alphabetisierungsschwierigkeiten...

IH-Populationen haben oft **negative Erfahrungen mit Bürokratie oder Unterschriftleistung**. In manchen Ländern (zB Ungarn) kann ein schriftlicher „Nachweis“ der Obdachlosigkeit u.U. zu Verfolgung führen. Schriftliche Consent-Materialien daher nur dort wo angemessen.



Forschungsethik in Inclusion Health Forschung

IH-Populationen sind per definitionem „vulnerabel“. Alle Forschungsaktivitäten sollten daher **trauma-informiert** sein und Distress Protocols o.ä. verwenden.

Zusammenarbeit mit **Sozialeinrichtungen** kann sehr wertvoll sein, aber nicht alle Mitglieder von IH-Populationen sind mit ihnen in Kontakt.

Vorsicht bei **Aufwandsentschädigung** & co: Potentielle Kürzung von Sozialleistungen; Potential, unabsichtlich kriminelle Aktivitäten (Drogenhandel, Menschenhandel...) zu finanzieren.



Beispiel 1:

Ethnographische Forschung mit obdachlosen Hausbesetzer:innen in Bristol, UK (2010-11)

18 Monate **teilnehmende Beobachtung**

Ergebnisse: Teilnehmende **zogen Hausbesetzen dem Sozialsystem vor**, da sie letzteres als vereinzelt und entmachtend erlebten.

Teilnehmende sahen **positive Effekte für die psychische Gesundheit** durch den **Ethos der Ebenbürtigkeit** unter "Squattern".



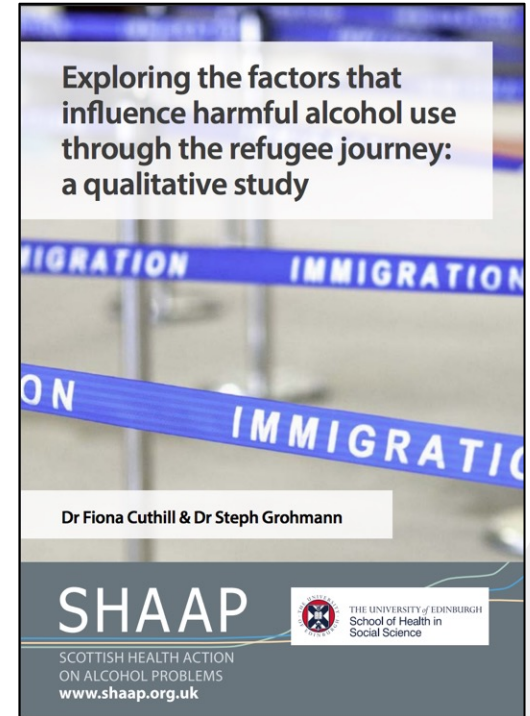
Beispiel 2:

Qualitative Sozialforschung ueber **schaedlichen Alkoholgebrauch bei Asylwerbenden in UK** (2019-20)

26 semi-strukturierte Interviews in Notschlafstellen in Schottland und England

Ergebnisse: Teilnehmende gaben an, dass Alkohol kein großes Problem sei, solange ein offener Asylantrag am Laufen ist.

Ein abgelehnter Antrag, gefolgt vom Verlust jedweden Anspruchs an das Sozial- und Gesundheitssystem, Verlust der Unterkunft und absoluter Armut hingegen **führe oft zum Beginn und zur schnellen Eskalation einer Suchterkrankung.**



Example 3:

OIS Inclusion Health!

Ethnographische Forschung, stakeholder mapping und kollaborative Entwicklung einer Forschungsagenda mit Mediziner:innen, Sozialwissenschaftler:innen, Expert:innen und “Experts by Experience”

Ergebnisse (bisher):

- Das österreichische **Gesundheitsversicherungssystem** macht manches einfacher, anderes schwieriger
- Die **Datenlage** ist dürftig
- **Verteilungskämpfe** in Sozialwesen, Wissenschaft und unter Betroffenen selbst machen Kollaboration oft schwierig



Danke!



LUDWIG
BOLTZMANN
GESELLSCHAFT
Open Innovation in Science Center

References

Beijer, U., Wolf, A., & Fazel, S. (2012). Prevalence of tuberculosis, hepatitis C virus, and HIV in homeless people: a systematic review and meta-analysis. *The Lancet infectious diseases*, 12(11), 859-870.

Gunner, E., Chandan, S. K., Marwick, S., Saunders, K., Burwood, S., Yahyouche, A., & Paudyal, V. (2019). Provision and accessibility of primary healthcare services for people who are homeless: a qualitative study of patient perspectives in the UK. *British Journal of General Practice*, 69(685), e526-e536.

Luchenski, S., Maguire, N., Aldridge, R. W., Hayward, A., Story, A., Perri, P., ... & Hewett, N. (2018). What works in inclusion health: overview of effective interventions for marginalised and excluded populations. *The Lancet*, 391(10117), 266-280.

Reilly, J., Hassanally, K., Budd, J., & Mercer, S. (2020). Accident and emergency department attendance rates of people experiencing homelessness by GP registration: a retrospective analysis. *BJGP open*, 4(5).

Story, A. (2013). Slopes and cliffs in health inequalities: comparative morbidity of housed and homeless people. *The Lancet*, 382, S93