EVANGELISCHE HOCHSCHULE
RHEINLAND-WESTFALEN-LIPPE
Protestant University of Applied Sciences

Gesundheit und Inklusion im Sozialraum

Theoretische Konzepte für praktisches Handeln

„Gesundheit für alle!?“

DVSG-Bundeskongress 2019
Kassel, 15.11.2019

Prof. Dr. Hendrik Baumeister
Inklusive Quartiersentwicklung
Fachbereich II: Heilpädagogik und Pflege

Gesundheit

„[...] ist ein Zustand des vollkommenen

körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens

und nicht nur die Abwesenheit von Krankheit und Schwäche.“ *(WHO 1946)*

Dichotomie

Krankheit

Patient

→ Behandlung

≠

Gesundheit

Gesunder Mensch

→ Keine Behandlung

Konzept der Salutogenese

Gesundheit ist

*„ein **Stadium des Gleichgewichts von Risikofaktoren und Schutzfaktoren**,*

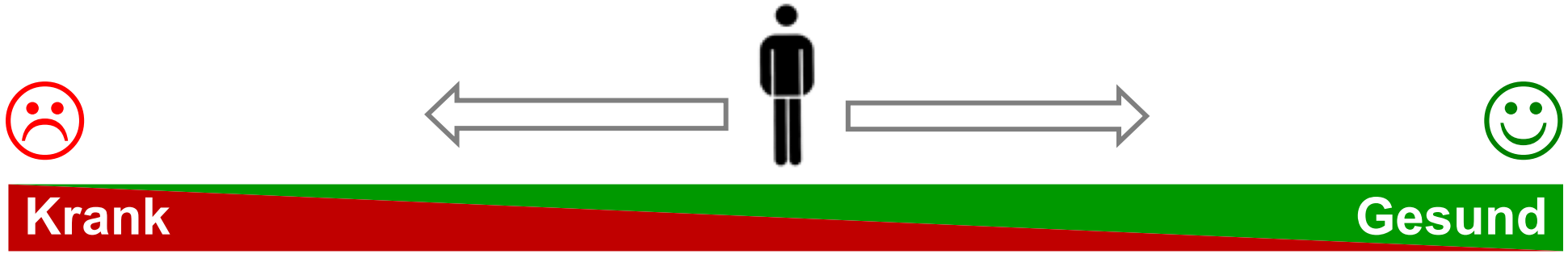
das eintritt, wenn einem Menschen eine Bewältigung

sowohl der inneren (körperlichen und psychischen)

als auch äußeren (sozialen und materiellen) Anforderungen gelingt.“

(Hurrelmann/Franzkowiak 2006)

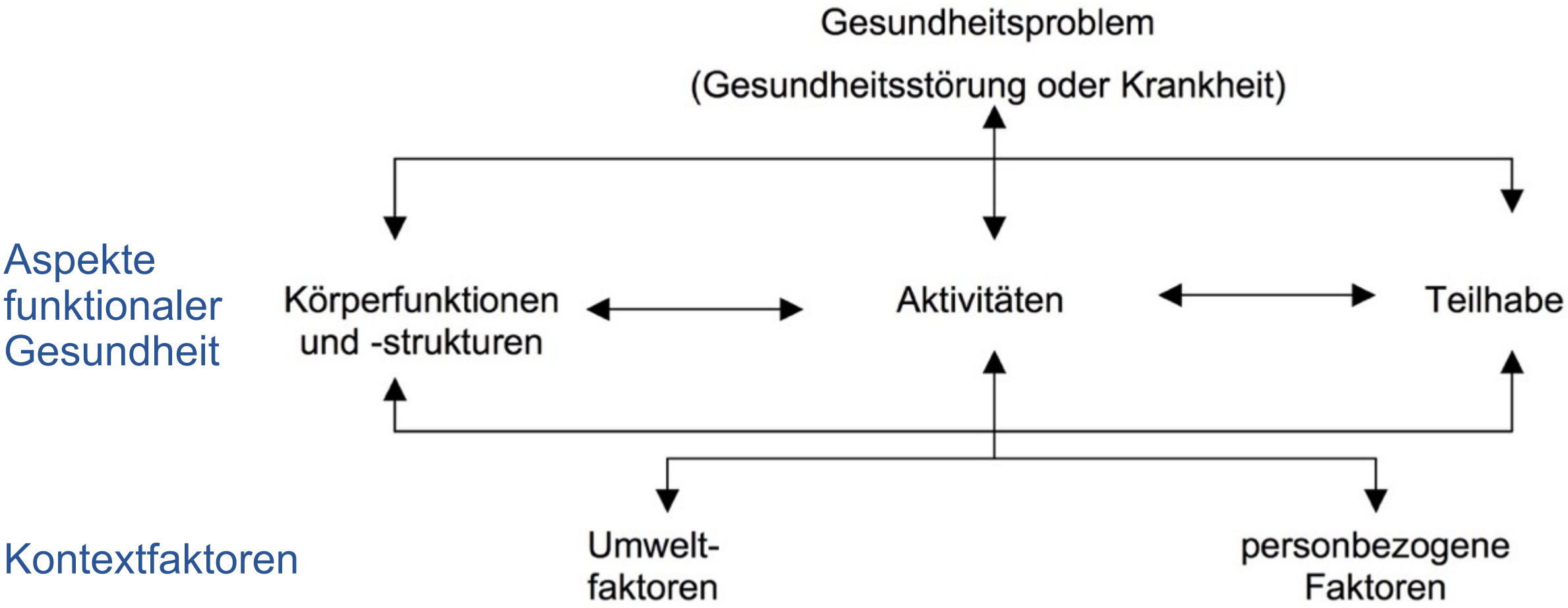
Gesundheitskontinuum



(in Anl. an Antonovsky 1997)

Umwelt als Kontextfaktor für „Behinderung“

Bio-Psycho-Soziales Modell der ICF (International Classification of Funktioning and Health)



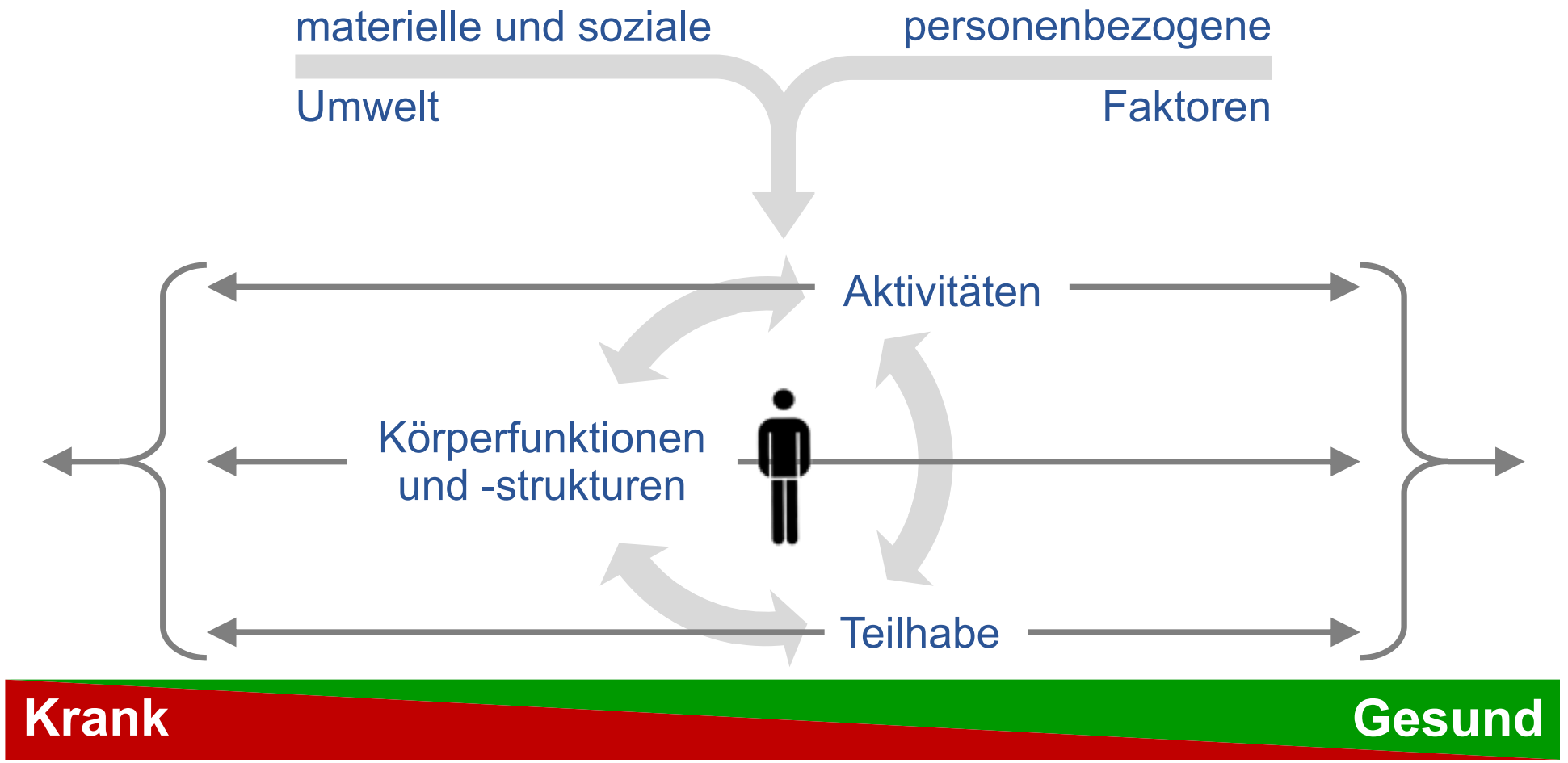
(DIMDI/WHO 2005, 23)

Inklusion

„Es ist vielmehr so,
*dass sich die **Behinderung** durch Entfaltung personaler Ressourcen*
sowie gelingende Interaktion zwischen dem Individuum
*sowie seiner materiellen und sozialen Umwelt **abbauen** kann.“*

(BMASa, 2013: 31)

Modell ICF und Salutogenese

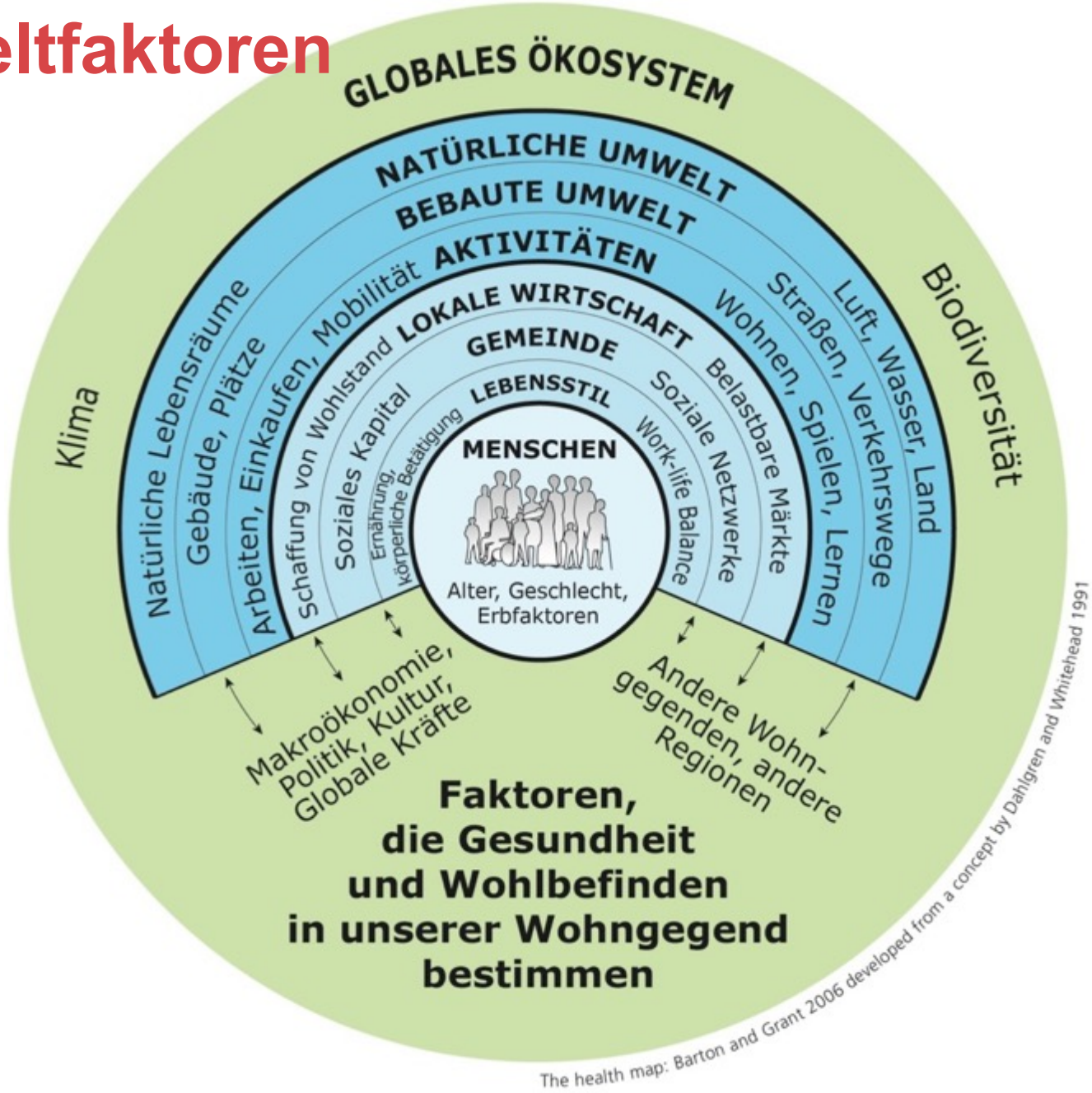


(eigene Darstellung in Anl. an Antonovsky/Franke 1997, DIMDI 2005)

Lebensbereiche und Umweltfaktoren

die Gesundheit und Lebensqualität beeinflussen

1. Familie und soziales Netz
2. Bildung und Ausbildung
3. Erwerbsarbeit und Einkommen
4. Alltägliche Lebensführung
5. Gesundheit
6. Freizeit, Kultur, Sport
7. Sicherheit und Schutz der Person
8. Politische und gesellschaftliche Partizipation (BMAS 2016b)



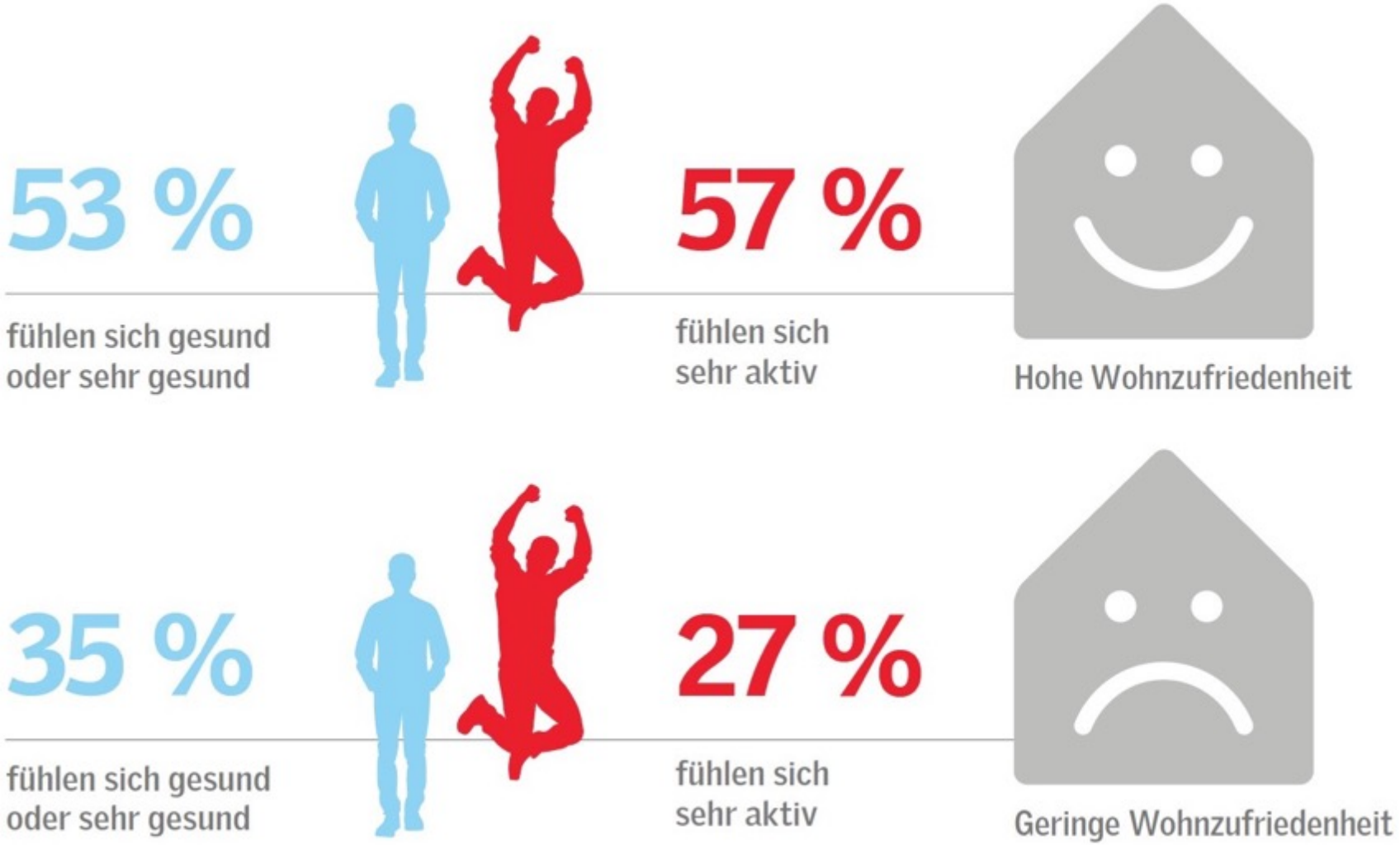
Kommune als „Setting“

zur Gesundheitsförderung

*„Die **Kommune bildet ein besonders geeignetes Setting** der Gesundheitsförderung, weil [...] sozial benachteiligte und gesundheitlich belastete Menschen hier [...] **in ihren täglichen Lebenszusammenhängen** erreicht werden können.“*

(GKV Spitzenverband 2014, 26)

Wohnzufriedenheit
und Gesundheit



Europäer, die mit ihrem Zuhause zufrieden sind, fühlen sich eher gesund und aktiv

Velux Gruppe (2016, 15)

Sozio-ökonomischer Status und Umweltqualität

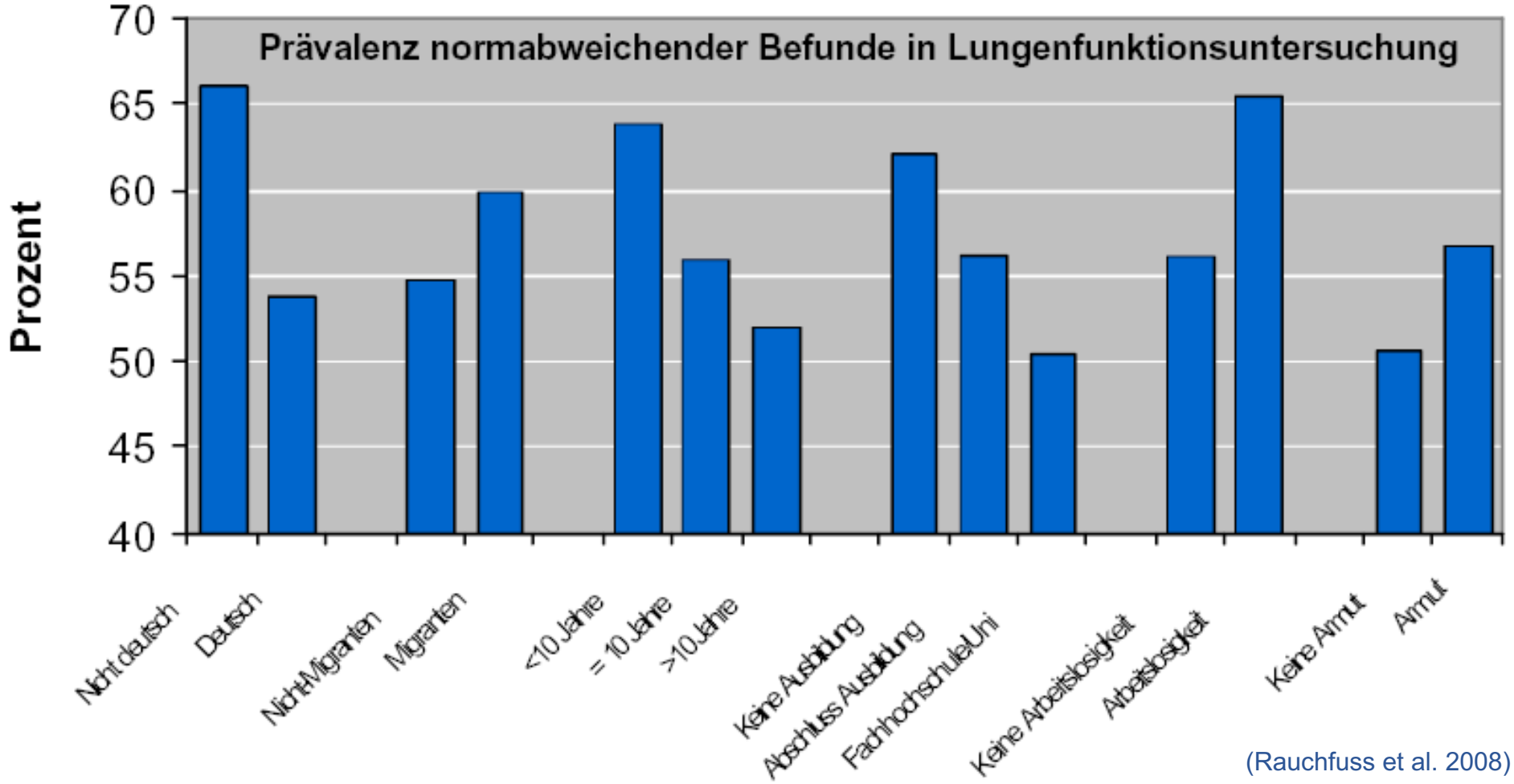
Umwelt-un-gerechtigkeit

Menschen mit niedrigerem Sozio-ökonomischen Status leiden häufiger unter:

- Segregation/Gentrifizierung
- Erhöhter Kriminalität (Ellaway et al. 2005)
- Stärkeren Umweltbelastungen
  (Hornberg et al. 2011, Frumkin 2005, Maschewsky 2004)
- Höheren gesundheitlichen Risken
  (Hornberg et al. 2011, Frumkin 2005, Maschewsky 2004)

Umweltbelastungen und Gesundheit

an industriellen Belastungsschwerpunkten in NRW



(Rauchfuss et al. 2008)

Sozio-ökonomischer Status und Gesundheit

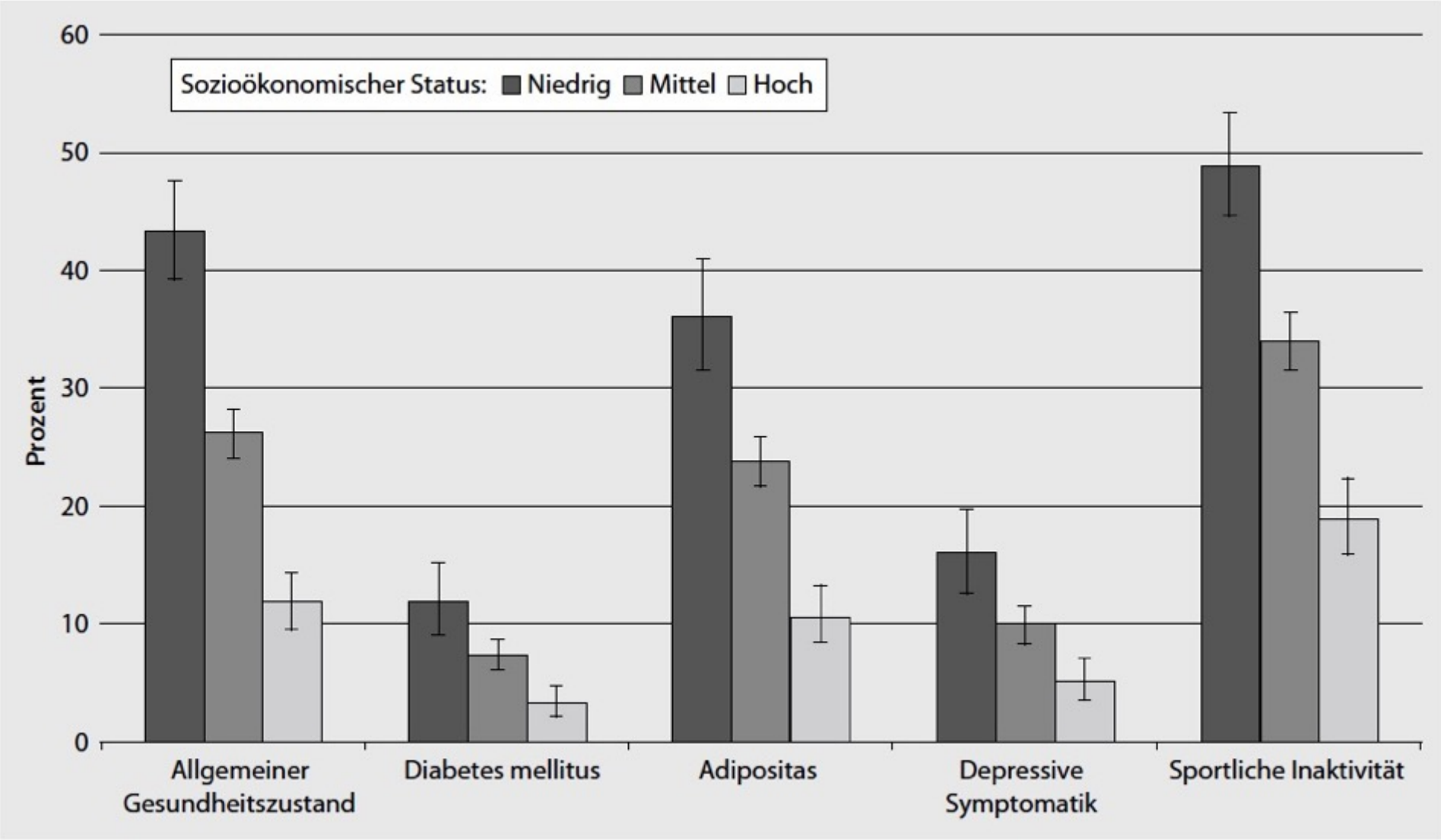


Abb. 1 ◀ Allgemeiner Gesundheitszustand („mittelmäßig", „schlecht", „sehr schlecht"; n=4124), Diabetes mellitus (Lebenszeitprävalenz; n=4106), Adipositas (BMI ≥30; n=3648), depressive Symptomatik (PHQ-9≥10; n=3929) und sportliche Inaktivität (in den letzten 3 Monaten; n=4062) nach sozioökonomischem Status bei 18- bis 79-jährigen Frauen

(Lampert et al. 2013, 817)

Sozio-ökonomischer Status

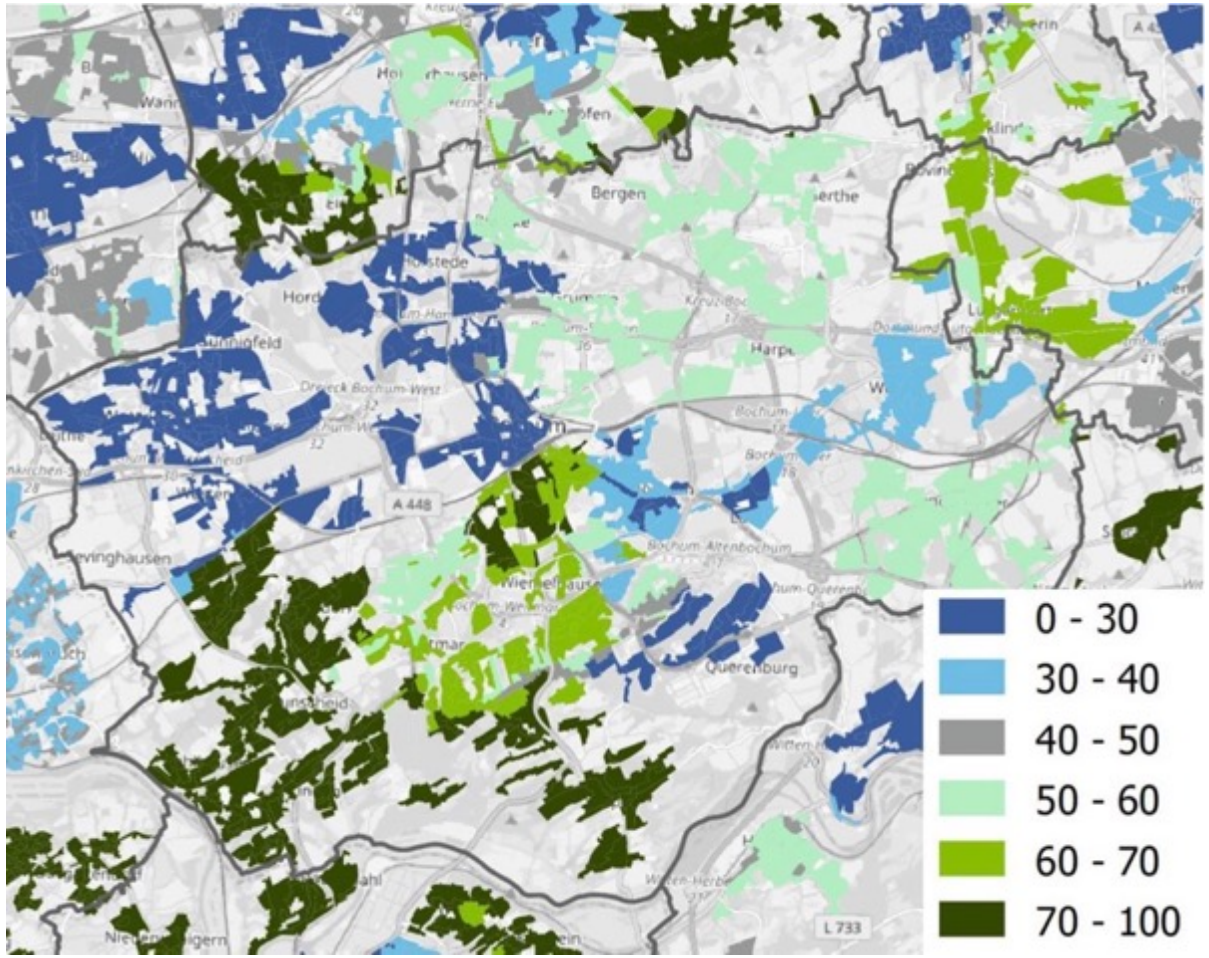
und Ärztedichte

Stadtteil[1]	Anteil von Hartz-IV-Empfängern (in % der Bevölkerung)	Niedergelassene Ärzte je 1000 Einwohner
Wilhelmsburg	25,5	1,06
Jenfeld	24,3	1,31
Billstedt	24,0	1,22
Othmarschen	1,2	2,29
Groß-Flottbek	1,4	4,99
Blankenese	1,7	5,61
Hamburg insgesamt	11,9	2,23

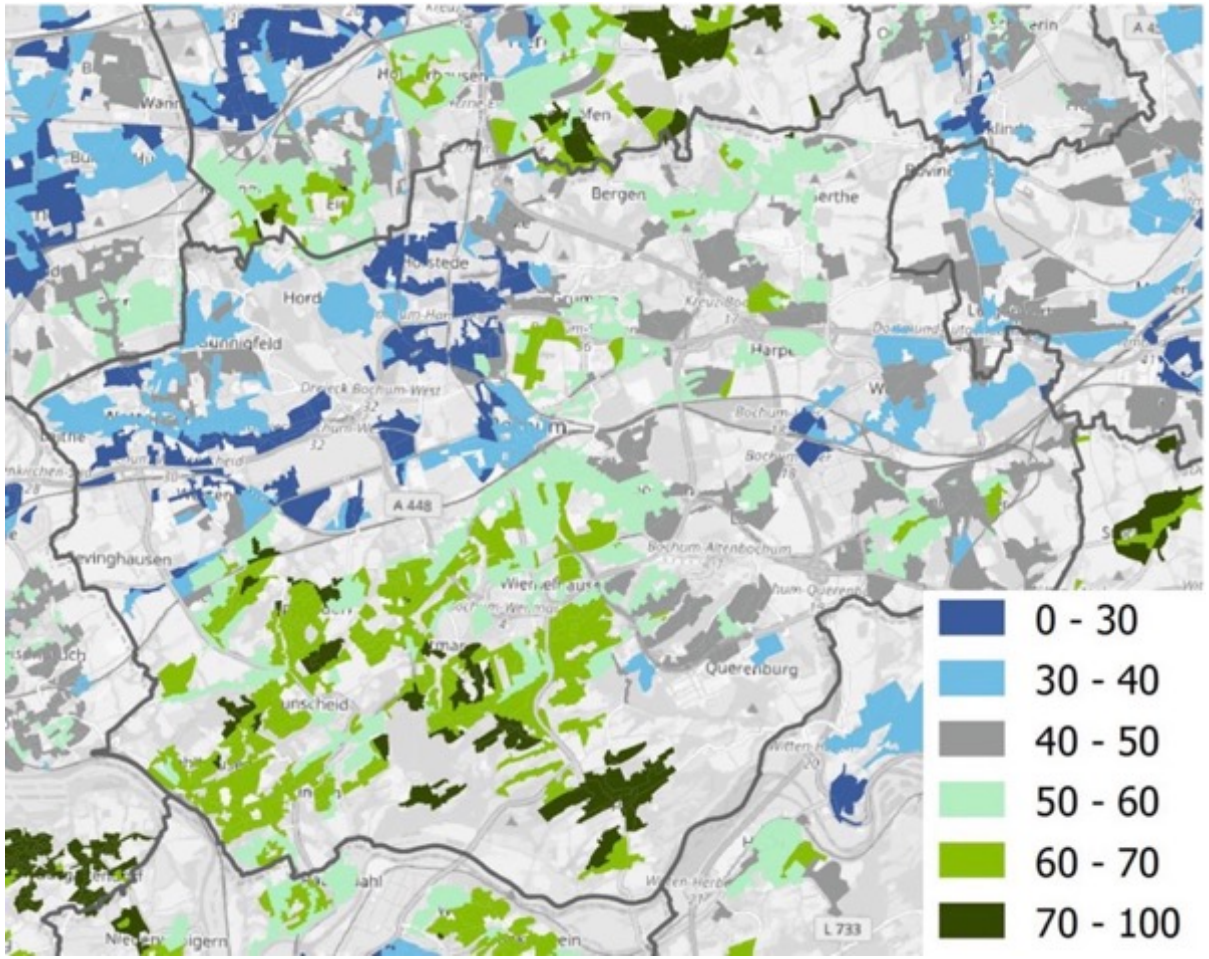
[1] Berücksichtigt wurden jeweils die drei Hamburger Stadtteile (mehr als 10.000 Einwohner) mit dem höchsten bzw. niedrigsten Anteil von Hartz-IV- Empfänger

(Gerlinger 2007)

Wohnzufriedenheit und Soziale Lage



Wohnlagenbewertung Bochum

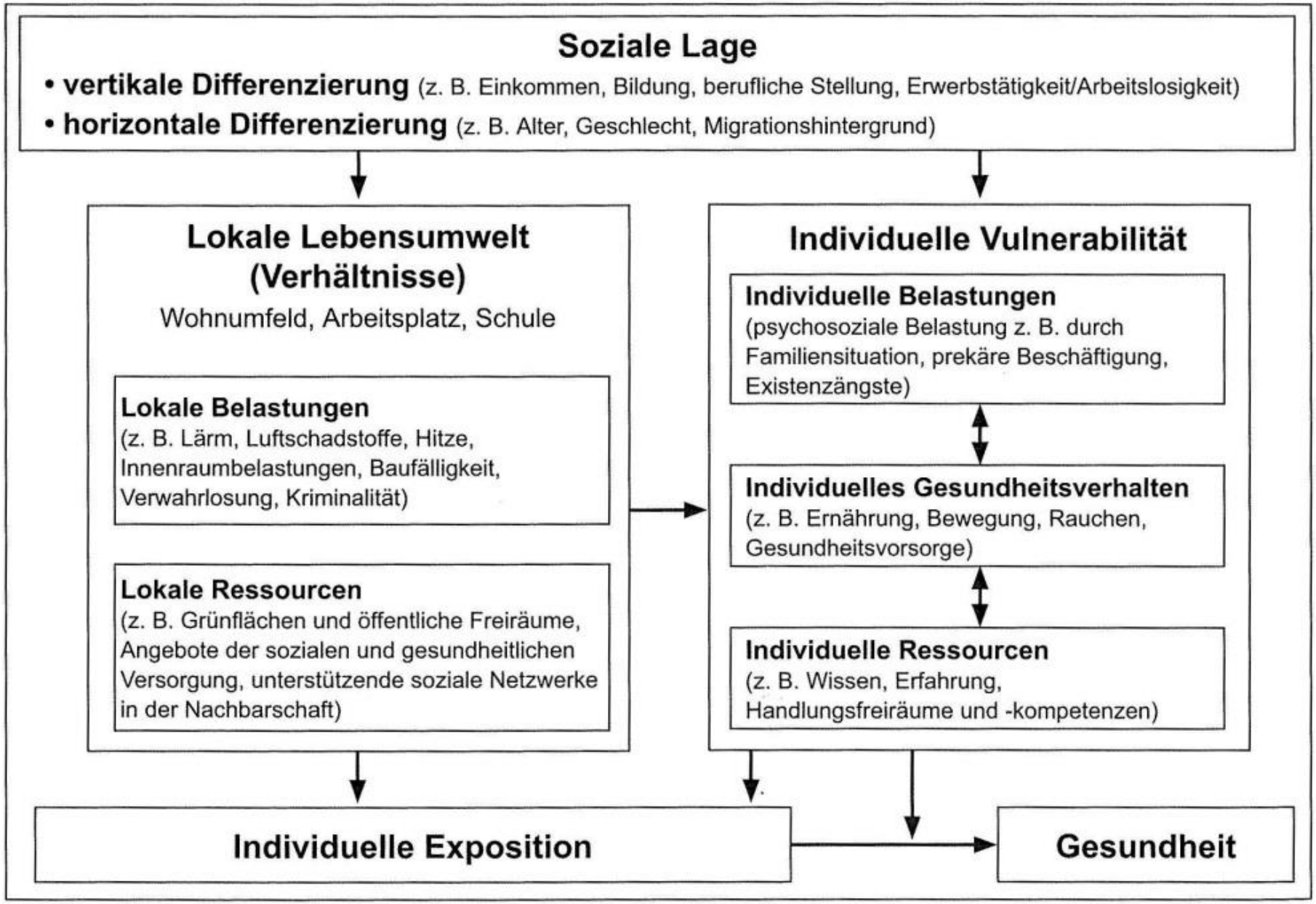


Sozialstruktur Bochum

(InWIS 2018)

Soziale Lage,

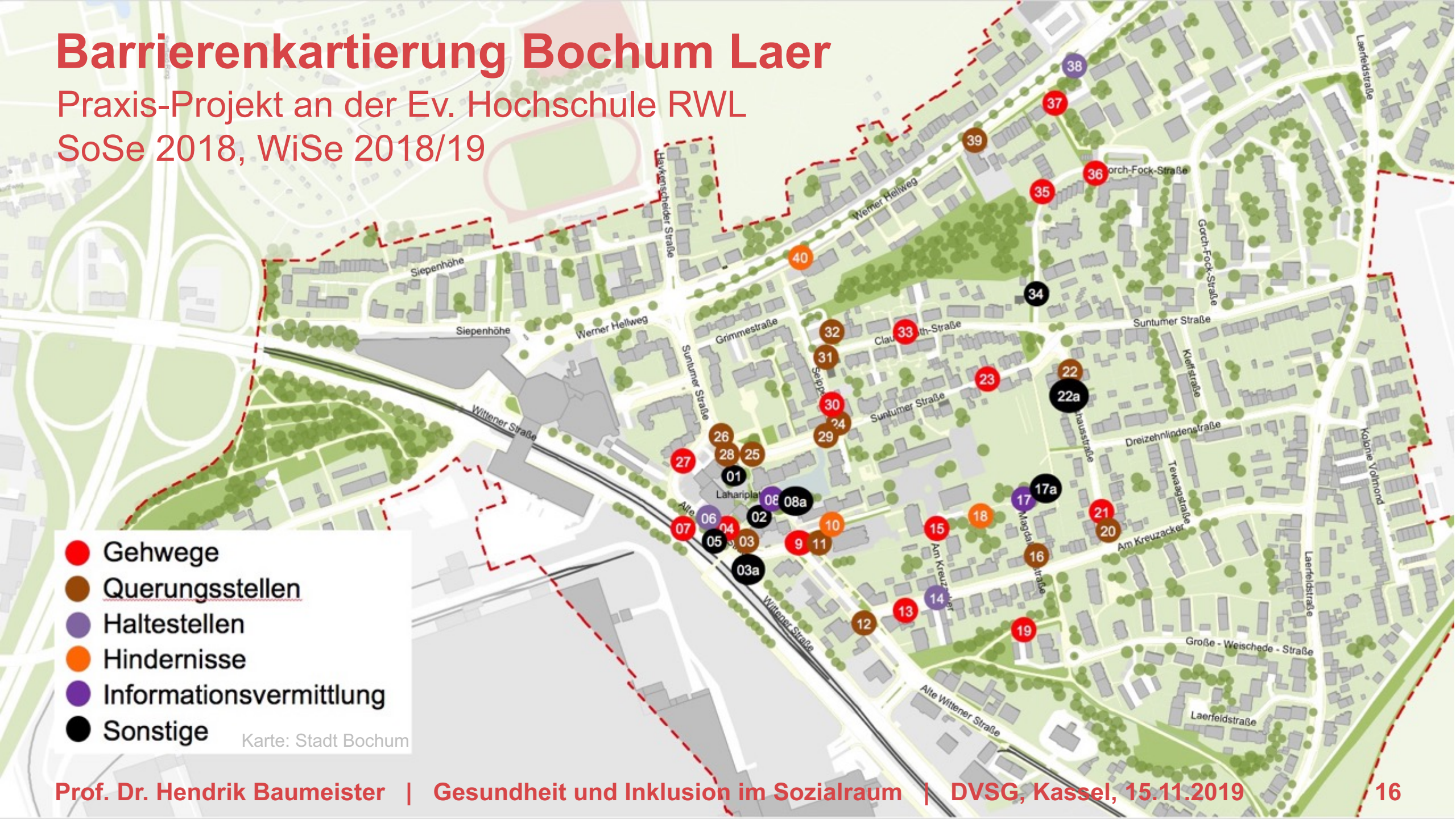
Umwelt und Gesundheit



(Bolte et al. 2012, 26)

Barrierenkartierung Bochum Laer

Praxis-Projekt an der Ev. Hochschule RWL
SoSe 2018, WiSe 2018/19



Identifizierte Barrieren

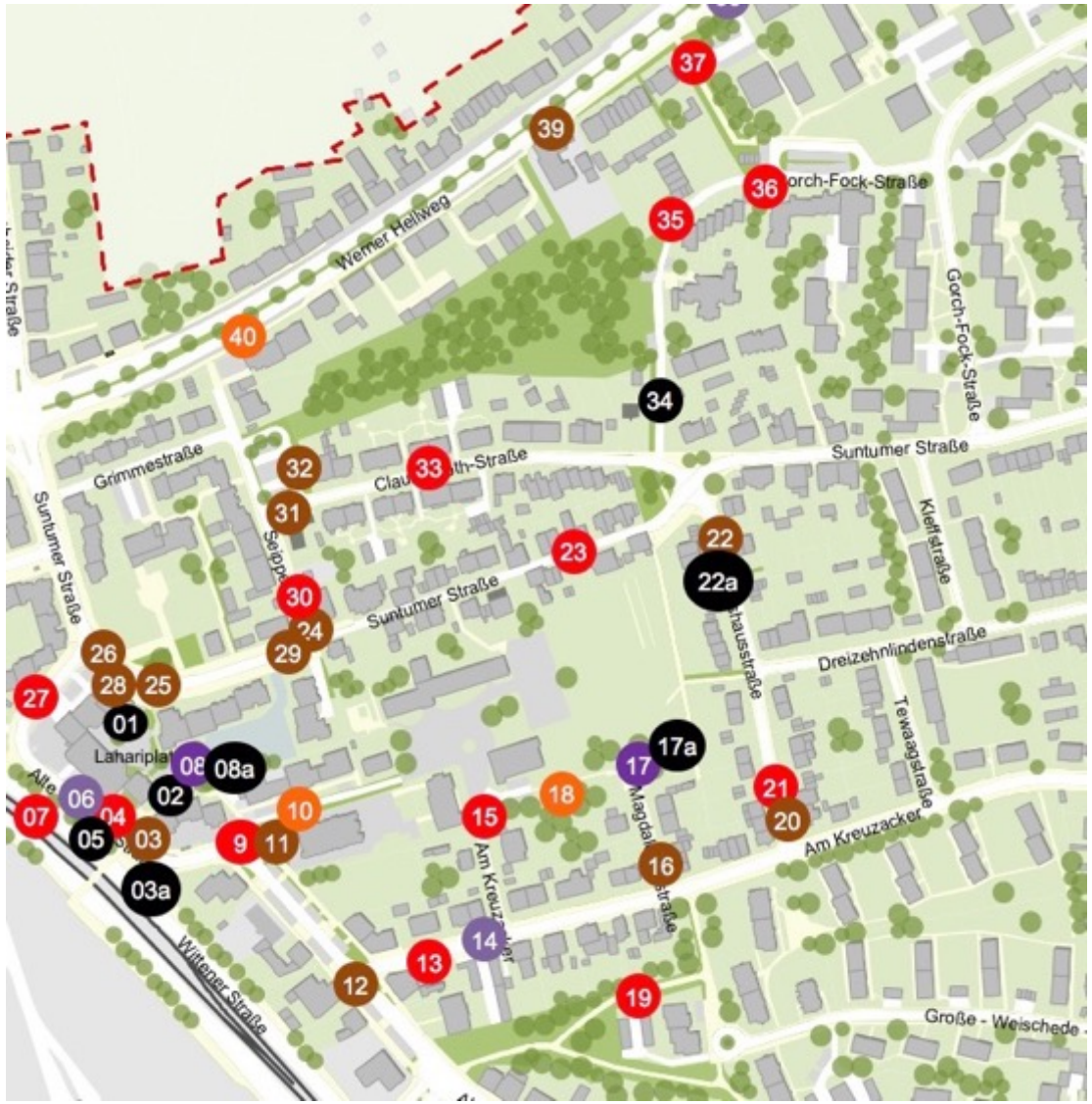
in Bochum Laer

Identifizierte Barrieren

in Bochum Laer

Unentdeckte Barrieren

in Bochum Laer



Unentdeckte Barrieren

in Bochum Laer

Foto: H. Baumeister

- Lückenhafte Infrastruktur
- Wenig Orte für Veranstaltungen
- Wenig Spielmöglichkeiten
- Sport-/Spielmögl. nicht kindgerecht
- Zu wenig Möglichkeiten zum Ausruhen
- Fehlende Wegeverbindungen
- Instandhaltungsrückstände
- Viele „Angsträume“
- ...

Five A‘s of Accessibility

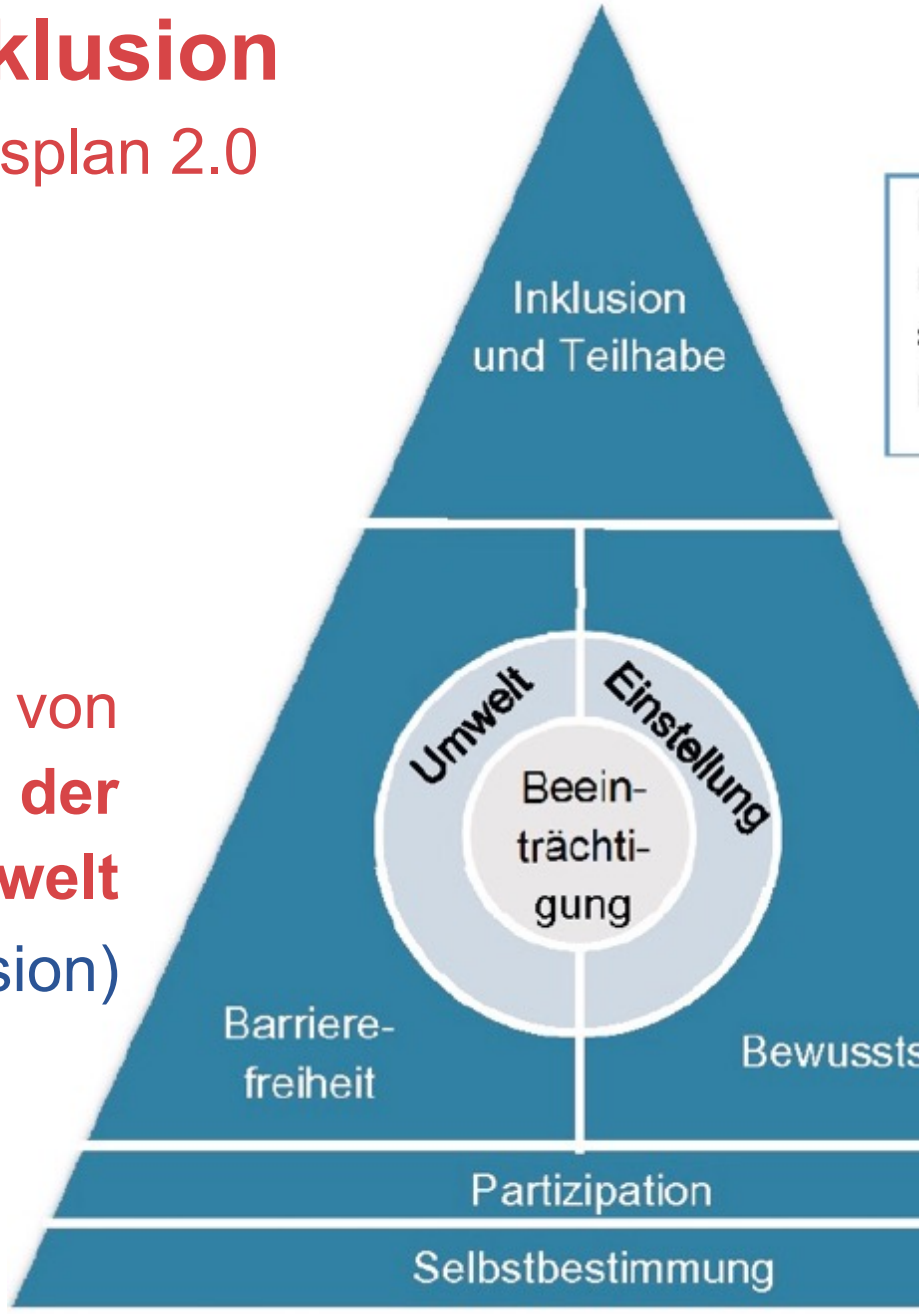
„VWELA der Barrierefreiheit“

(Delve et al. 2002)

→ **Barrierefreie Versorgungsstrukturen** bedeutet die „**VWELA**“ von öffentlichen Räumen, Einrichtungen, Produkten, Technologien, Dienstleistungen, Transport-mitteln, Interventionen u. v. m. in allen Lebensbereichen.

Zielsetzung Inklusion

im Nationalen Aktionsplan 2.0



Definition: Diskriminierungsfreies und selbstbestimmtes Leben in der Mitte der Gesellschaft

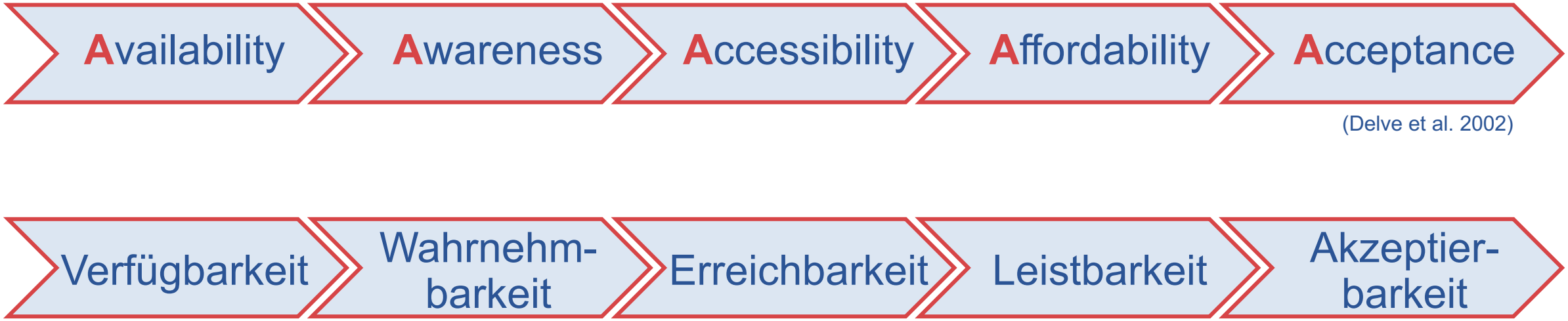
Abbau von
Barrieren in der Umwelt
(strukturelle Inklusion)

Abbau von
Barrieren in den Köpfen
(kulturelle Inklusion)

(BMAS 2016a, 16; vgl. Boban/Hinz 2003)

Five A‘s of Accessibility

Strukturelle Barrierefreiheit



„Sobald wir etwas an der Struktur geändert haben, müssen wir etwas damit tun. Nicht nur zur Party einladen, sondern auch zum Tanzen auffordern.“ (Rollins 2018)

Three A‘s of cultural inclusion

Kulturelle Barrierefreiheit

(Rollins 2018, vgl. Causey 2015, Hurst 1988)

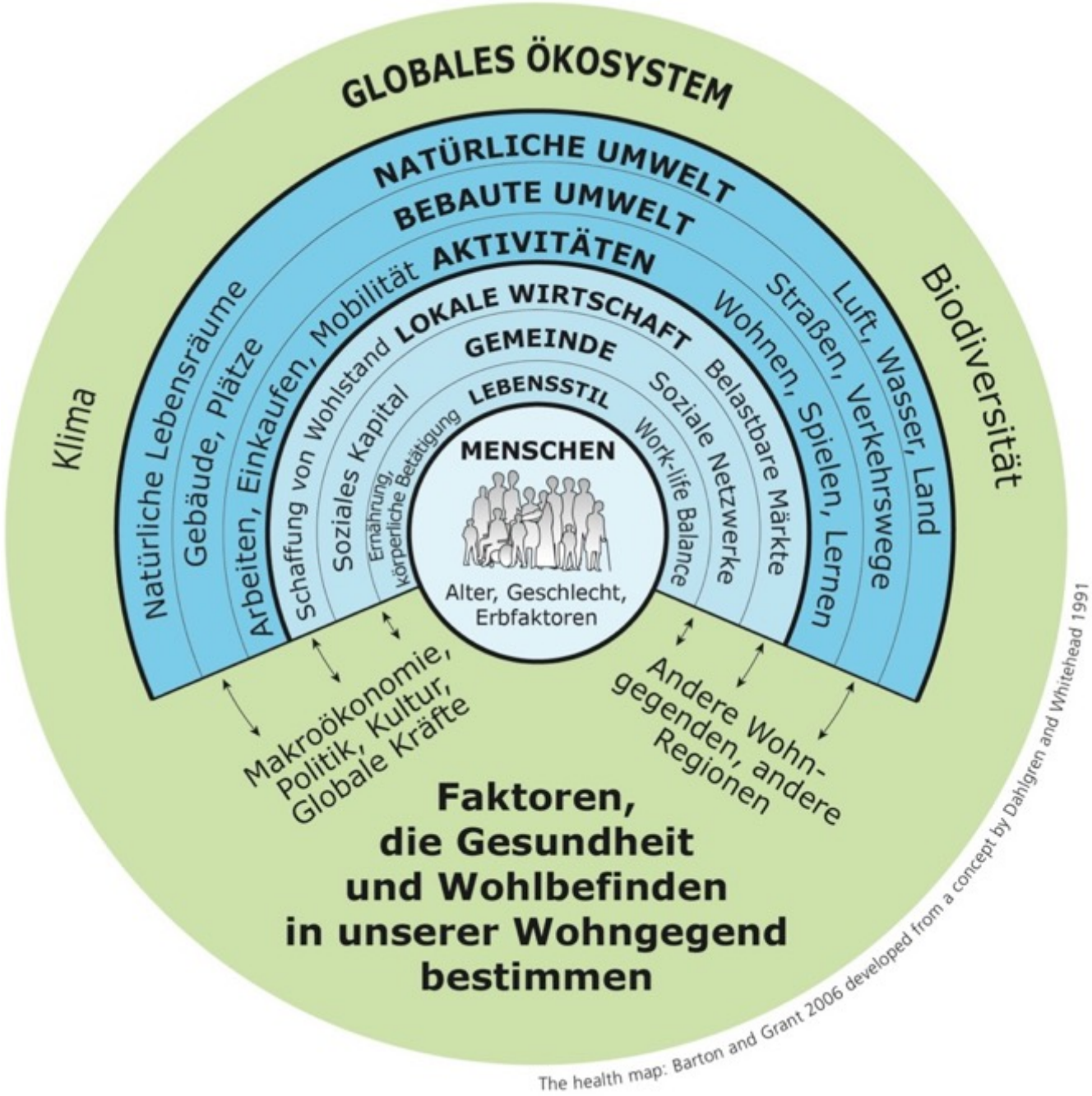
Lebenswerte Quartiere

Faktoren und Handlungsebenen

Availa-bility → Aware ness → Acces-sibility → Affor-dability → Accept ance

Acknowledge → Ask → Appreciate

„Zuerst gestalten wir die Stadt, dann prägt sie uns.“ (Gehl 2016, 21)



EVANGELISCHE HOCHSCHULE
RHEINLAND-WESTFALEN-LIPPE
Protestant University of Applied Sciences

Vielen Dank

Prof. Dr. Hendrik Baumeister

Inklusive Quartiersentwicklung
Fachbereich II: Heilpädagogik und Pflege

Evangelische Hochschule Rheinland-Westfalen-Lippe
Immanuel-Kant-Straße 18–20
44803 Bochum

Tel.: 0234 | 36901 274
E-mail: baumeister@evh-bochum.de
Web: www.evh-bochum.de

Literatur

Antonovsky, A. & Franke, A. (1997). Salutogenese: Zur Entmystifizierung der Gesundheit. Tübingen: DGVT-Verlag.

Bolte G, Bunge C, Hornberg C, Köckler H, Mielck A (Hrsg) (2012) Umweltgerechtigkeit. Chancengleichheit bei Umwelt und Gesundheit: Konzepte, Datenlage und Handlungsperspektiven. Huber, Bern.

BMAS – Bundesministerium für Arbeit und Soziales (2016a): Unser Weg in eine inklusive Gesellschaft. Nationaler Aktionsplan 2.0 der Bundesregierung zur UN-Behindertenrechtskonvention (UN-BRK). BMAS: Berlin.

BMAS – Bundesministerium für Arbeit und Soziales (2016b): Zweiter Teilhabebericht der Bundesregierung über die Lebenslagen von Menschen mit Beeinträchtigungen. Teilhabe – Beeinträchtigung – Behinderung. BMAS: Berlin.

Boban, I., Hinz, A. (2003): Index für Inklusion. Lernen und Teilhabe in der Schule der Vielfalt entwickeln. Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg, Fachbereich Erziehungswissenschaften.

Delve, K. N., Wilkins A., Garcia-Lopez, F., Scholand, M.J. (2002): Five A's: Barrier Classification and Market Transformation Program Design for Energy Efficient Technologies. European Council for an energy efficient economy.

Gerlinger, T. (2007): Soziale Ungleichheit von Gesundheitschancen: Anmerkungen zum Beitrag der Gesundheitspolitik. Diskussionspapier 2/2007. Institut für Medizinische Soziologie, Fachbereich Humanmedizin der Johann Wolfgang Goethe-Universität Frankfurt am Main.

InWIS – Institut für Wohnungswesen, Immobilienwirtschaft, Stadt- und Regionalentwicklung (InWIS) (2018): Wohntrends 2035 – GdW Branchenbericht 7.

Lampert, T., Kroll, E.L., von der Lippe, E., Müters, S., Stolzenberg, H. (2013): Sozioökonomischer Status und Gesundheit. Ergebnisse der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1). Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz 5/6 2013, 814–821.

DIMDI – Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation, WHO Kooperationszentrum für das System Internationaler Klassifikationen (2005): ICF – Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit. WHO: Genf.

Ellaway, A.; Macintyre, S.; Bonnefoy, X. (2005): Graffiti, greenery, and obesity in adults: secondary analysis of European cross sectional survey. British Medical Journal 333: 612-613.

Frumkin, H. (2005): Health, Equity, and the Built Environment. In: Environmental Health Perspectives 113: A290-A291.

Literatur

Gehl, J. (2016): Städte für Menschen. 3. Aufl. Jovis: Berlin.

GKV-Spitzenverband (Hrsg.) (2014): Handlungsfelder und -kriterien des GKV-Spitzenverbandes zur Umsetzung der §§ 20 und 20a SGB V vom 21. Juni 2000 in der Fassung vom 10. Dezember 2014 in Zusammenarbeit mit den Verbänden der Krankenkassen auf Bundesebene. Berlin.

Hornberg, C., Bunge, C. & Pauli, A. (2011b). Strategien für mehr Umweltgerechtigkeit: Handlungsfelder für Forschung, Politik und Praxis. Arbeitsgruppe 7 – Umwelt und Gesundheit der Fakultät für Gesundheitswissenschaften an der Universität Bielefeld. Bielefeld.

Maschewsky, W. (2004). Umweltgerechtigkeit: Gesundheitsrelevanz und empirische Erfassung. Veröffentlichungsreihe der Arbeitsgruppe Public Health. Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung (Hrsg.). Berlin.

Rauchfuss, K., Hoffmann, B., Kolahgar, B., Eberwein, G., Kraft, M., Franzen-Reuter, I. (2008): Umweltgerechtigkeit: Die soziale Verteilung von Umweltbelastungen und gesundheitlichen Folgen an industriellen Belastungsschwerpunkten in Nordrhein- Westfalen. KiGGS 2008. Robert-Koch-Institut.

Rollins, D. (2018): Inclusion starts with our conversation: Using dialogue to foster more inlusion. Vortrag Fachtagung „Kommunen werden Inklusiv“ der Aktion Mensch am 28.02.2018. Köln.

VELUX Gruppe (2016): Healthy Homes Barometer 2016.

UN-BRK – Behindertenrechtskonvention der Vereinten Nationen (2007): Übereinkommen der Vereinten Nationen über die Rechte von Menschen mit Behinderung (amtliche gemeinsame Übersetzung von Deutschland, Lichtenstein, Österreich und der Schweiz. Verfügbar unter: http://www.bmas.de/SharedDocs/Downloads/DE/PDF-Publikationen/a729-un-konvention.pdf?__blob=publicationFile (27.08.2018).

WHO – World Health Organization (1946): Constitution of the World Health Organisation. In: WHO (2002): Bulletin of the World Health Organisation, 80, 12. WHO: New York.

WHO – World Health Organization (Hrsg.) (1986): Health Promotion: Ottawa Charter. Ottawa.