



Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg
Fakultät Life Sciences, Studiengang Gesundheit

**Nirgendwo zu Hause: Obdachlose und ihr Zugang zu
gesundheitlicher Versorgung.
Eine vergleichende Systemanalyse zwischen Deutschland,
England und Wales**

Diplomarbeit

Eingereicht bei: Prof. Dr. rer. pol. S. Busch
Zweitprüferin: Prof. C. Deneke

Vorgelegt von:
Birte Bahlmann

Tag der Abgabe: 24.08.2009

Zusammenfassung

Obdachlosigkeit ist die extremste Form von Armut und sozialer Ausgrenzung mit weitreichenden Folgen für die Betroffenen. Insbesondere die gesundheitliche Verfassung Obdachloser ist deutlich schlechter als die der Durchschnittsbevölkerung. Neben den krankmachenden Lebensumständen sind dafür vor allem die Zugangshindernisse zum Regelsystem der Gesundheitsversorgung verantwortlich. Der vorliegende Gesundheitssystemvergleich zwischen Deutschland, England und Wales soll klären, ob es aufgrund der unterschiedlichen Finanzierung und Leistungserbringung einem der Länder gelingt, die Versorgung Obdachloser besser zu gewährleisten.

Grundlage der Untersuchung bildet eine Sekundäranalyse deutsch- und englischsprachiger Literatur.

Das Ergebnis zeigt, dass die systembedingten Zugangshürden in allen Ländern gleich sind. Sie unterscheiden sich jedoch in ihrer Höhe und vor allem im Zeitpunkt ihres Auftretens beim Versuch Obdachloser, Zutritt zum Gesundheitssystem zu bekommen. Unterschiedliche Hürden können auf diese Weise ähnliche Auswirkungen haben. Ursächlich dafür sind die politischen Rahmenvorgaben unter Einbeziehung marktwirtschaftlicher Prinzipien. Sie bewirken vor allem in Deutschland, dass Obdachlose zu einer finanziell unattraktiven Patientengruppe werden. Staatliche Systeme wie der NHS lassen sich hier besser steuern und zeigen Schwachstellen eher in der sektorübergreifenden Zusammenarbeit und bei Fragen der institutionellen Zuständigkeit.

In allen drei Ländern ist die vermehrte Eigenverantwortung der Patienten ein zentrales Thema. Der Ansatz, durch finanzielle Eigenbeteiligung die Patienten zu einem bewussteren Umgang mit den knappen Ressourcen zu bewegen, führt dabei zu einer Verschärfung gesundheitlicher Ungleichheiten, da Zugang und Qualität der Leistungen von persönlichen finanziellen Mitteln abhängig werden. Gelungene Reformprozesse setzen gesellschaftliche Akzeptanz voraus, die nur dann erreicht werden kann, wenn ähnliche, einkommensunabhängige Erfahrungen mit der Gesundheitsversorgung gemacht werden.

Keywords: Obdachlos, Gesundheitsversorgung, Zugangshürden, Systemvergleich, Eigenverantwortung.

Inhaltsverzeichnis

| | |
|---|-----|
| Zusammenfassung | II |
| Inhaltsverzeichnis | III |
| Tabellenverzeichnis..... | V |
| Abkürzungsverzeichnis | VI |
| 1. Einleitung | 7 |
| 1.1 Relevanz der Themenstellung | 7 |
| 1.2 Explikation der Forschungsfragen | 9 |
| 1.3 Methodik..... | 10 |
| 1.4 Aufbau und Struktur der Arbeit | 11 |
| 2. Obdachlos, Wohnungslos, Homeless – Annäherung an die Gruppe der Betroffenen | 13 |
| 2.1 Die Armenfürsorge in Deutschland und England – ein historischer Aufriss | 13 |
| 2.2 Lässt sich Obdachlosigkeit definieren? | 17 |
| 2.2.1 Der aktuelle Diskussionsstand in Deutschland | 17 |
| 2.2.2 Der aktuelle Diskussionsstand in England und Wales | 19 |
| 2.2.3 Der aktuelle Diskussionsstand in Europa..... | 21 |
| 2.3 Das Problem mit der Statistik, oder: Wie zähle ich etwas, das sich nur schwer definieren lässt?..... | 22 |
| 2.4 Gründe für Obdachlosigkeit | 26 |
| 2.5 Die gesundheitlichen Bedarfe Obdachloser..... | 27 |
| 3. Die Gesundheitssysteme in Deutschland und Großbritannien..... | 29 |
| 3.1 Was ist ein Gesundheitssystem?..... | 29 |
| 3.2 Grundlagen des britischen National Health Services (NHS)..... | 32 |
| 3.2.1 Der NHS in England..... | 35 |
| 3.2.2 Der NHS in Wales..... | 37 |
| 3.3 Das deutsche Gesundheitssystem | 40 |

| | |
|--|----|
| 3.4 Die Verzahnung des Gesundheitssystems mit dem Fürsorgesystem..... | 45 |
| 4. Hindernisse im Zugang zur gesundheitlichen Versorgung für Obdachlose..... | 49 |
| 4.1 Zugangsbarrieren im Ländervergleich | 49 |
| 4.2 Krankenhausbehandlung und Pflege Obdachloser – Reformen und ihre Auswirkungen | 58 |
| 4.3 Lösungsansätze | 63 |
| 5. Zusammenfassung und Diskussion | 68 |
| 5.1 Fazit | 77 |
| 5.2 Persönliche Reflexion und Ausblick..... | 79 |
| Literaturverzeichnis | 81 |
| Eidesstattliche Erklärung..... | 88 |

Tabellenverzeichnis

| | |
|---|----|
| Tabelle 1: Systematik der Wohnungsnotfälle | 19 |
| Tabelle 2: Schätzung der Zahl der Wohnungslosen in Deutschland | 23 |
| Tabelle 3: Bescheide über Anträge auf Wohnraumunterstützung Juli-September 2008 in England | 24 |
| Tabelle 4: Bescheide über Anträge auf Wohnraumunterstützung Juli-September 2008 in Wales..... | 24 |
| Tabelle 5: Die Struktur des NHS Wales..... | 38 |
| Tabelle 6: Hauptakteure des deutschen Gesundheitssystems | 43 |
| Tabelle 7: Schematische Darstellung der gesetzlichen Änderungen seit 2005 | 46 |
| Tabelle 8: Zugangshindernisse für Obdachlose zu gesundheitlicher Versorgung | 69 |

Abkürzungsverzeichnis

| | |
|---------|--|
| ALG | Arbeitslosengeld |
| APMS | Alternative Provider Medical Service Programme |
| ARGE | Arbeitsgemeinschaft |
| BAG W | Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnungslosenhilfe e.V. |
| BSHG | Bundessozialhilfegesetz |
| CHC | Community Health Council |
| DHA | District Health Authority |
| DRG | Diagnosis Related Group |
| DOH | Department of Health |
| ETHOS | European Typology on Homelessness and Housing Exclusion |
| FEANTSA | Fédération Européenne des Associations Nationales Travaillant avec les Sans-Abri (European Federation of National Organisations Working with the Homeless) |
| G-BA | Gemeinsamer Bundesausschuss |
| GKV | Gesetzliche Krankenversicherung |
| GMG | Gesetz zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung |
| GP | General Practitioner |
| HRG | Health Related Group |
| IGeL | Individuelle Gesundheitsleistung |
| KV | Kassenärztliche Vereinigung |
| LHB | Local Health Board |
| NGO | Non-Governmental Organization |
| NES | National Enhanced Services |
| NHS | National Health Service |
| PCT | Primary Care Trust |
| RSA | Risikostrukturausgleich |
| SGB | Sozialgesetzbuch |
| SHA | Statutory Health Authority |
| StGB | Strafgesetzbuch |
| WAG | Welsh Assembly Government |
| WHO | World Health Organization |

1. Einleitung

1.1 Relevanz der Themenstellung

Die negative Beziehung zwischen Armut und Gesundheit ist Gegenstand zahlreicher Studien und Veröffentlichungen in Deutschland.¹ Der Teufelskreis zwischen Armut und daraus resultierender Krankheit bzw. Krankheit und daraus resultierender Armut ist eine der grundlegenden Fragestellungen vor allem in der jüngeren Public Health Forschung. Weder Armut noch Krankheit sind eindimensional erklärbar, sondern haben vielfältige Ursachen und entsprechend umfassend sind die Lösungsansätze.²

In ihrer extremsten Form zeigt sich Armut und gesellschaftliche Ausgrenzung in der Obdachlosigkeit. Die Auswirkungen für die Betroffenen sind weitreichend und umfassen ihre gesamte Lebenssituation, d.h., Obdachlosigkeit geht einher mit

- Sozialem Leid
- Seelischem Leid
- Körperlichem Leid
- Wirtschaftlichem Leid³

Diese Form der Armut zeigt sich also nicht nur in materiellen Defiziten, sondern hat Einfluss auf alle Bereiche des menschlichen Daseins mit der Folge, dass Notlagen entstehen, die zu einer existenziellen Bedrohung führen.

Doch wie geht die Gesellschaft mit Armut und Obdachlosigkeit um? Obwohl Armut als Massenschicksal in allen Phasen der deutschen Geschichte auftaucht, ist die religiöse, politische und soziologische Sichtweise einem Wandel unterworfen. Während früher vor allem religiös motivierte Mildtätigkeit im Umgang mit Armen und Bettlern im Vordergrund stand, entwickelte sich über die zweckorientierte

¹ Vgl. hierzu vertiefend z.B. *Mielck: Soziale Ungleichheit und Gesundheit, 2005* sowie *Lampert/Ziese: Armut, soziale Ungleichheit und Gesundheit, 2005*

² Vgl. hierzu vertiefend z.B. *Geene et al.: Armut und Gesundheit – Gesundheitsziele gegen Armut, 2003*

³ Vgl. *Lutz: Wohnungslose und ihre Helfer, 1995*

Sichtweise und pädagogische Ansätze die heutige Form des Hilfesystems, das zwar die Folgen der Armut bekämpft, selten jedoch ihre Ursachen. Armut, die nicht offen im Straßenbild sichtbar ist, ist auf den ersten Blick nicht existent, dabei werden Arme oftmals lediglich ausgegrenzt.⁴

Entsprechend den multifaktoriellen Ursachen von Obdachlosigkeit und ihren Auswirkungen ist auch das Hilfsangebot vielfältig. Neben Unterkunft, Ernährung und Kleidung spielt hierbei vor allem die Gesundheitsversorgung eine tragende Rolle. Verschiedene Studien der letzten Jahre zeigen, dass die gesundheitliche Verfassung Obdachloser deutlich schlechter ist als die der Durchschnittsbevölkerung, leiden sie doch vermehrt unter akuten und chronischen Krankheiten sowie Multimorbidität. Als Ursache werden zum einen die krankmachenden Lebensumstände gesehen, zum anderen die Zugangshindernisse zum Regelsystem der Gesundheitsversorgung.⁵ Das bestehende System erreicht obdachlose Menschen aus verschiedenen Gründen nur unzureichend. In seinem Schatten haben sich deshalb individuelle, zusätzliche Hilfsangebote in Form von Projekten etabliert, die sich um eine niedrighschwellige medizinische Versorgung Obdachloser bemühen. Die Finanzierungsgrundlage vieler dieser Initiativen ist jedoch unsicher, da sie meistens ausschließlich auf Spenden angewiesen sind.⁶ Eine dauerhafte Versorgung und Rückführung der Betroffenen in das Regelsystem ist aber nur dann möglich, wenn langfristig und planbar eine strukturierte Behandlung erfolgen kann.

Vor diesem Hintergrund stellt sich die Frage, ob Deutschland allein ist mit dieser Problematik und wie Gesundheitssysteme generell mit der Versorgung von Armut Betroffener umgehen, die mehr oder weniger stark durch das soziale Netz fallen. Das WHO-Regionalbüro für Europa veröffentlichte 2003 eine Auswertung zu der

⁴ In einigen Städten Deutschlands wie Fulda, Saarbrücken, Koblenz, München oder Augsburg bestehen sog. „Bettelsatzungen“, die es verbieten, auf öffentlichen Straßen und Plätzen zu betteln. Als Folge sieht man entsprechend weniger aktiv um Hilfe suchende Menschen auf der Straße. Das wiederum veranlasste den damaligen BDI-Chef Hans-Olaf Henkel in einem Interview mit dem Berliner Tagesspiegel vom 26.11.2000 zu der Frage: „Kennen sie einen Armen? Gehen sie doch mal durch die Straßen und suchen sie die Armen! Ich finde sie nicht!“

⁵ Vgl. dazu *Grabs et al.*: Todesursachen wohnungsloser Menschen in Hamburg, 2008, sowie *Trabert*: Gesundheitsstatus von alleinstehenden wohnungslosen Menschen, 1997

⁶ Vgl. *Rosenke*: Anforderungen an die medizinische Versorgung wohnungsloser Menschen aus der Sicht der BAG Wohnungslosenhilfe e.V., S. 9-10, 2007

Frage, wie sich Gesundheitssysteme der Armut stellen. Die abschließende Analyse von zwölf Fallstudien aus Europa kommt zu dem Schluss, dass

- a) Gesundheitssysteme wirksame Maßnahmen ergreifen können, um die Gesundheit der Armen zu verbessern,
- b) in einigen Fällen Gesundheitssysteme eine zusätzliche Hürde für die Armen darstellen können und
- c) dass ein dringender Bedarf besteht, das Wissen und die Ausbildung in diesem Bereich zu verbessern und die Kapazitäten zu erhöhen.⁷

1.2 Explikation der Forschungsfragen

Die vorliegende Arbeit soll anhand eines Gesundheitssystemvergleichs zwischen den Beispielländern Deutschland, England und Wales diese Fragen genauer untersuchen. Ziel ist es, auf Systemebene zu klären, ob eines der Gesundheitssysteme die Versorgung Obdachloser besser gewährleisten kann. Folgende Forschungsfragen stehen dabei im Mittelpunkt der Untersuchung:

- Wie sehen die Hürden aus, die Obdachlosen den Zugang zur gesundheitlichen Versorgung erschweren?
- Gibt es Unterschiede zwischen den Systemen in der Art der Zugangsbarrieren?
- Ist allein die Beseitigung von finanziellen Hürden die Lösung für eine umfassende und angemessene gesundheitliche Versorgung Obdachloser?
- Kann eine wirksame Gesundheitsversorgung Obdachloser gelingen und wenn ja, wie?

Die hier ausgewählten Länder bieten sich dabei aus verschiedenen Gründen an: Zum einen durch ihre unterschiedliche Finanzierungsstruktur (Sozialversicherung / Steuerfinanzierung), durch ihr Wohlfahrtsstaatsmodell (konservativ / liberal) sowie durch ihre unterschiedliche Form der Leistungserbringung (Selbstverwaltung / Nationaler, staatlicher Gesundheitsdienst).⁸ Dabei wird sich die differenzierte Beantwortung der Fragen vorrangig auf einen Ländervergleich zwischen

⁷ Vgl. *WHO Europa: Gesundheitssysteme stellen sich der Armut*, S. 163-166, 2003

⁸ Vgl. *Rosenbrock/Gerlinger: Gesundheitspolitik*, 2006, S. 31-34

Deutschland und Wales beziehen, da im Rahmen des sog. „*Devolution-Process*“⁹ Wales sich zunehmend von England entfernt. Gerade im Bereich des Gesundheitswesens geht Wales (wie auch die anderen Länder des Vereinigten Königreichs Schottland und Nordirland) eigene Wege und versucht, einen individuellen, walisischen National Health Service (NHS) zu gestalten. Zentrale Frage dieser Arbeit ist also, ob eines der Gesundheitssysteme die Barrieren im Zugang für Obdachlose wirkungsvoll überwindet und wie dieses Ziel erreicht wird. Dabei soll auch untersucht werden, ob es überhaupt eine Frage des Systems ist, oder ob nicht vielleicht die Gruppe der Obdachlosen aufgrund ihrer soziokulturellen Merkmale (z.B. fehlende Krankheitseinsicht, individuelles Risikoverhalten, subjektives Bewältigungsverhalten) generell eine schwierig zu versorgende Bevölkerungsgruppe darstellt - unabhängig vom System an sich. Diese Arbeit steht dabei auch vor dem Hintergrund, dass Gesundheitssystemanalysen immer häufiger im Rahmen eines internationalen Vergleichs durchgeführt werden. Bislang stehen dabei allerdings meist die Bereiche Finanzierung, Erbringung und Regulierung von Gesundheitsleistungen auf der Grundlage von messbaren Zahlen im Vordergrund. Zwar geht es in der vorliegenden Arbeit ebenfalls um diese Aspekte, jedoch mehr unter dem Blickwinkel, dass nicht alles, was sich zählen lässt und damit auf den ersten Blick vergleichbar ist, auch das ist, was tatsächlich interessiert.¹⁰ Hier geht es mehr um eine deskriptive Analyse der beiden Systeme und den Versuch, Gemeinsamkeiten sowie Unterschiede in Bezug auf die Fragestellungen herauszuarbeiten und relevante Handlungsempfehlungen zu erstellen.

1.3 Methodik

Grundlage für die Beantwortung der oben genannten Fragen bildet eine ausführliche Literaturrecherche. Um themenrelevante Studien zu erhalten, wurden

⁹ Seit 1998 befindet sich die verfassungsrechtliche Struktur von Großbritannien in einem fortwährenden Veränderungsprozess. Bestimmte Berechtigungen zur Gesetzgebung, die vormals alleine in der Hand von Westminster lagen, wurden an eigens gewählte, lokale Parlamente in Wales, Schottland und Nordirland übertragen. Die primäre Gesetzgebung und die finanzielle Rahmengesetzgebung für Wales läuft noch immer über Westminster, individuelle Gesetzgebung und Ausgestaltungsmöglichkeiten sind aber z.B. im Bereich Gesundheit, Bildung und Soziales möglich. Meine persönlichen Erfahrungen aus einem 5-monatigen Forschungsaufenthalt in Wales und das daraus resultierende differenzierte Wissen über die Strukturen des Walisischen NHS begründen zusätzlich den Fokus auf diesen Landesteil. Deutschland als Beispielland wurde gewählt aufgrund persönlicher beruflicher Erfahrungen auf verschiedenen Ebenen des Systems.

¹⁰ Vgl. *Nolte et al.*: Describing and evaluating health systems, 2006, S. 26

die Datenbanken Medline und PubMed unter Einbeziehung der folgenden Suchbegriffe durchsucht: Obdachlosigkeit, Wohnungslosigkeit, Deutschland, Großbritannien, England, Wales, Gesundheitssystem, Hürden, Zugang, Gesundheitsversorgung. Der Review wurde beschränkt auf deutsche und englischsprachige Literatur. Englische Suchbegriffe waren bezogen auf: Homelessness, healthcare, access to healthcare, Great Britain, England, Wales, primary care, health needs, rough sleeper. Die Suchbegriffe wurden entsprechend verbunden und von den gefundenen relevanten Studien wurde mittels Verlinkung und Literaturverzeichnis auf weiteres Material zugegriffen. Auch das World Wide Web wurde mit den genannten Suchbegriffen durchsucht, sowohl in deutscher als auch englischer Sprache. Hier wurden vor allem offizielle Dokumente von Behörden und kommunalen Einrichtungen sowie von NGO's, die mit der Versorgung von Obdachlosen betraut sind, berücksichtigt. Unter Verwendung der gleichen Suchbegriffe wurden auch die Bibliothekskataloge der Hamburger Universitäten durchsucht. Nicht berücksichtigt bei der Literaturanalyse wurden Studien und Dokumente, die sich mit der gesundheitlichen Versorgung von Asylsuchenden befassen, obwohl gerade diese Bevölkerungsgruppe häufig Gesundheitsversorgungsangebote für Obdachlose aufsucht. Dabei handelt es sich jedoch um einen sehr komplexen Themenbereich, der eine eigene wissenschaftliche Arbeit rechtfertigt. Gleiches gilt für die Methodik des Gesundheitssystemvergleichs. Auch wenn zur Beantwortung der Forschungsfragen diese angewandt wird, ist die theoretische Auseinandersetzung mit der Wissenschaft und Durchführung der Methodik nicht Bestandteil dieser Arbeit.¹¹ Inhaltlich ist die Bearbeitung des Themas auf den Systemansatz begrenzt, d.h., die detaillierten Erkrankungen Obdachloser, ihre individuellen Ursachen sowie die medizinischen Behandlungsmöglichkeiten sind nicht Gegenstand dieser Untersuchung.

1.4 Aufbau und Struktur der Arbeit

Die vorliegende Arbeit umfasst 5 Kapitel. Die vorangegangene Einleitung soll Aufschluss geben über die Relevanz von vergleichender Gesundheitssystemanalyse bei der Frage der Zugangsgerechtigkeit für soziale

¹¹ Vgl. hierzu vertiefend z.B.: *Wendt*: Der Gesundheitssystemvergleich, Konzepte und Perspektiven, 2005 sowie *Blank/Burau*: Comparative Health Policy, 2004

Randgruppen, über die Forschungsfragen sowie über die Gründe für die Auswahl der Beispielländer Deutschland, England und Wales. Daran anschließend werden in Kapitel 2 Hintergründe zum Themenfeld der Obdachlosigkeit vorgestellt. Hier geht es um die historische Entwicklung der Armenfürsorge in den beiden Ländern bis hin zu den aktuellen Diskussionen um eine alle Bereiche umfassende Definition der Obdachlosigkeit und die daraus resultierende Datengrundlage. Ferner stellt das Kapitel die Gründe für ein Leben ohne eigenen, festen Wohnsitz vor sowie die sich daraus ergebenden gesundheitlichen Einschränkungen und Bedarfe der Betroffenen. Kapitel 3 gibt einen kurzen Überblick über die beiden Gesundheitssysteme und erklärt die Bedeutung der Verzahnung mit dem sozialen Fürsorgesystem.

Worin die Zugangsbarrieren für Wohnungslose liegen, welche Auswirkungen die jüngsten Reformen auf diese Bevölkerungsgruppe haben und welche Lösungsmöglichkeiten es geben kann, zeigt Kapitel 4.

Im Rahmen der Diskussion in Kapitel 5 werden die Ergebnisse in den Bezugsrahmen eingeordnet und die aus der vergleichenden Analyse gewonnen Erkenntnisse zur Beantwortung der Forschungsfragen genutzt. Abgeschlossen wird die Arbeit durch eine Reflexion und ein Fazit.

Um den Lesefluss nicht zu behindern, finden sich im Text Formulierungen in maskuliner Form. Diese beziehen sich selbstverständlich stets auf beide Geschlechter.

Obdachlosigkeit ist eine ziemlich fidele Angelegenheit - in der Literatur.
Heribert Prantl

2. Obdachlos, Wohnungslos, Homeless: Annäherung an die Gruppe der Betroffenen

2.1 Die Armenfürsorge in Deutschland und England – ein historischer Aufriss

Der heute in Deutschland verwendete Begriff der „Wohnungslosen“ und das damit verbundene Verständnis hat eine lange Geschichte. Nach der christlichen Lehre im Mittelalter war Betteln legitim und die Gabe von Almosen als Akt der Nächstenliebe ermöglichte den Reichen die Vergebung ihrer Sünden. Somit hatten Bettler ihren festen Platz in der Gesellschaft und im Rahmen der (häufig kirchlichen) Armenfürsorge wurden sie versorgt. Zu einem gesellschaftlichen Wandel kam es erst mit der Reformation im 16. Jahrhundert. Im Zuge des Dreißigjährigen Krieges war die Zahl der von Armut und Obdachlosigkeit betroffenen Menschen rasant gestiegen und eine gesellschaftliche Integration war kaum noch möglich. Zunehmend wurde der Umgang mit den Armen über Verordnungen geregelt und die Städte bemühten sich, durch eine Prüfung auf Bedürftigkeit einen weiteren Zuzug der verarmten Landbevölkerung zu verhindern. Die Vergabe von Almosen an ortsfremde Obdachlose wurde unter Strafe gestellt, bevor man sie dann im 17. Jahrhundert für alle gänzlich verbot. Gesellschaftlich hatte sich der bis dahin von religiöser Mildtätigkeit geprägte Armutsbegriff nun zu einem mehr bürgerlich-zweckrationalen Verständnis gewandelt.¹² Jetzt stand im Mittelpunkt, dass die Betroffenen für die ihnen gewährte Unterstützung auch eine Gegenleistung zu erbringen hatten. Meist wurden sie zu Fron- und Kriegsdiensten herangezogen. In den Städten wurden Bettelverbote ausgesprochen.

In England erließ Elisabeth I. bereits im Jahre 1601 die so genannten Armengesetze (*poor laws*). Diese verpflichteten die einzelne Gemeinde, sich um ihre Armen zu kümmern.¹³ Lokale Grundbesitzer wurden durch die von der Gemeinde erhobene „Armensteuer“ zur Finanzierung herangezogen. Um die

¹² Vgl. Lutz/Simon: Lehrbuch der Wohnungslosenhilfe, 2007

¹³ Vgl. Spicker: An introduction to social policy, 2008

Vergabe der Unterstützung zu überwachen, ernannten die Gemeinden Armenaufseher, die gleichzeitig festlegten, ob jemand überhaupt bedürftig war. Aufgrund der damals noch recht dünnen Besiedelung der Gemeinden war dem Armenaufseher jeder einzelne Betroffene sehr wohl bekannt und er konnte einschätzen, ob es sich um tatsächlich Bedürftige oder nur um vermeintlich „Arbeitsscheue“ handelte. Besaßen die anerkannt Betroffenen noch Wohneigentum, so erhielten sie die Gemeindeunterstützung als „*out-relief*“ in Form von Geld, Kleidung oder Essen. Alle anderen wurden in Armenhäusern versorgt. Mit der Industrialisierung wuchsen die Städte und Gemeinden und machten das System zunehmend schwerer umsetzbar. Gesellschaftlich setzte sich zudem der Einfluss des Puritanismus und somit die strikte Lehre Calvins durch, wonach Arbeit der von Gott vorgeschriebene Selbstzweck des Lebens sei.¹⁴ 1834 kam es deshalb zu einer Reform der Armengesetze, welche die Gemeinden zu einem rigideren Umgang mit den Armen ermächtigte. Zukünftig wurden nur noch Bedürftige mit einem nachweislichen Bezug zur Gemeinde (durch Geburt, Heirat oder ehemalige Arbeitsstätte) versorgt. Sie sollten jetzt weniger erhalten als der ärmste Arbeiter, um auch noch den letzten irgendwie Fähigen zur Aufnahme einer Beschäftigung zu bewegen. Im ganzen Land entstanden „Arbeitshäuser“ (*workhouses*) und die Gemeindeunterstützung (jetzt als „*indoor-relief*“ gezahlt) erhielt nur noch, wer in eines dieser Häuser einzog. Den Gemeinden sparte dies zum einen Geld, zum anderen wirkten die Einrichtungen als Abschreckung auf andere arbeitsfähige Arme, da man die Insassen ohne Bezahlung gegen „Kost und Logis“ arbeiten ließ.¹⁵ Für die Bewohner war das Leben hart, bildeten die Häuser doch ein Auffangbecken für Kranke, Arme, Alte, unverheiratete Mütter mit ihren Kindern, psychisch Kranke, Obdachlose und andere Hilfsbedürftige und „Arbeitsscheue“.¹⁶ Mit Eintritt verloren sie ihre

¹⁴ Der Calvinismus hat im 18. Jahrhundert die Arbeitsmoral und Ethik in England maßgeblich beeinflusst. Calvin predigte die Prädestinationslehre, wonach jeder Mensch bei seiner Geburt bereits einen göttlich vorbestimmten Weg besitzt und entweder auserwählt am Ende in den Himmel aufsteigt oder in die Hölle fährt. Da niemand vorher weiß, zu welcher Gruppe er gehört, gilt es für jeden guten Christen, seine Tugendhaftigkeit zu beweisen. Dies geschieht vor allem durch Erfolg und Fleiß im Beruf. Die Anhäufung von Reichtum gilt dabei keinesfalls als Laster, es ist jedoch nicht erlaubt, sich auf seinen Lorbeeren auszuruhen. Nur wer so seine Tugendhaftigkeit nachweisen kann, zeigt seine Erwähltheit durch Gott. Zum Zusammenhang zwischen Arbeitsmoral, Ethik und Protestantismus siehe auch: *Weber: Die Protestantische Ethik und der Geist des Kapitalismus*, 1920.

¹⁵ Vgl. *Higginbotham: The Workhouse*. <http://www.workhouses.org.uk/> Letzter Zugriff 18.05.2009

¹⁶ Vgl. *Lutz/Simon: Lehrbuch der Wohnungslosenhilfe*, 2007, S. 16

bürgerlichen Freiheitsrechte und hatten keinerlei Ansprüche gegenüber dem Träger der Einrichtung. Manche der Häuser wurden von Pächtern geführt, die von der Gemeinde eine Pauschale pro Insassen für die Unterbringung erhielten. Diese ließen die Bewohner ohne Bezahlung arbeiten und konnten dadurch teilweise ein stattliches Zusatzeinkommen für sich erreichen. Die Einrichtung hatte somit mehrere Funktionen: Sie bildete das Sammelbecken für alle, die eine vermeintliche Plage für die Gesellschaft darstellten, sie ließ die Armut von der Straße verschwinden und stärkte die Auffassung, dass Disziplinierungsmaßnahmen wie Schläge und Zwangsarbeit vor allem Bettler und Vagabunden von ihrer „krankhaften Nichtsesshaftigkeit“ befreien könnten. Dieser Erziehungsgedanke blieb über viele Jahre in der Armenfürsorge fest verankert.

Mit der zunehmenden Industrialisierung, vor allem im Norden Englands, zeigten sich immer mehr Probleme bei der Umsetzung dieser Form der Armenfürsorge. Da viele Arbeiter aufgrund vorübergehenden Jobverlustes nur kurz auf Unterstützung angewiesen waren, machte es wenig Sinn, sie in einem *workhouse* unterzubringen. Hinzu kam, dass die dortigen Verhältnisse häufig so schlecht waren, dass viele aufgrund von Unterernährung danach kaum noch arbeiten konnten. Manche Gemeinden beschlossen daher, lieber auch weiterhin *outdoor-relief* zu zahlen. Mit dem Local Government Act von 1929 wurden *workhouses* schließlich ganz abgeschafft. In den folgenden Jahrzehnten entwickelte sich ein Wohlfahrtsstaat, der Unterstützung aufgrund sozialer Bedürftigkeit und nicht aufgrund des Stigmas Armut ermöglichte.¹⁷ Die heutigen staatlichen Unterstützungsleistungen (*benefits*) umfassen einen Regelsatz, der eine Grundsicherung der Betroffenen ermöglichen soll.¹⁸

Auch in Deutschland erfreuten sich die Arbeitshäuser einer gewissen Beliebtheit, vor allem in protestantischen Ländern wie Hamburg oder Bremen. Katholische Arbeitshäuser entstanden vereinzelt dagegen erst im 18. Jahrhundert. Doch während sich in England das *workhouse* zum zentralen Instrument der Armenfürsorge entwickelte, sah man in Deutschland diese Einrichtung eher als

¹⁷ Vgl. Bahle: Wege zum Dienstleistungsstaat, 2007, S. 86-91

¹⁸ Näheres dazu in Kapitel 3.2 (Krankenversicherung) und 3.4 (Sozialleistungen)

letzten Ausweg, wenn keine der anderen repressiven Maßnahmen Erfolg zeigten. Aber auch in Deutschland ging man davon aus, dass Bettlern und „Arbeitsscheuen“ mit strafrechtlichen Mitteln begegnet werden müsse. Es entstanden „Korrekptionsanstalten“ als eine Mischung aus Arbeitshaus, Gefängnis und Zuchthaus mit dem darüber stehenden Konzept der Zwangserziehung. Die Einweisung erfolgte oftmals ohne rechtliche Grundlage, es genügte, dass die Personen als störend empfunden wurden.¹⁹ Im Gegensatz zu England, wo man im Sinne der liberalistischen Tradition die Eigenverantwortung des Einzelnen bzw. der Familie im Zentrum des Fürsorgegedankens sah, entstand in Deutschland aufgrund des bürgerlichen Engagements unter der kirchlichen Führung ein vielfältiger Sektor der freien Wohlfahrtspflege. In ihrer Hochphase zwischen 1871 und 1933 entwickelten die beiden großen Kirchen sowohl Einrichtungen der Armen- und Wohnungslosenhilfe als auch sozialpolitische Konzepte für den Umgang mit den Betroffenen. Die Einführung der Bismarck'schen Sozialgesetzgebung ab 1883 teilte die Armen dann in diejenigen, denen eine Sozialversicherung möglich war und jene, die noch weiter hinunter sanken und vollständig von kommunalen, kirchlichen oder privaten Trägern abhängig wurden. Letztere umfasste auch die Gruppe der Obdachlosen.

Mit der Machtübernahme der Nationalsozialisten 1933 setzte sich das Bild der „pathologischen Wanderpersönlichkeit“ von Obdachlosen durch. Sie wurden als „Asoziale“ und „wertlose Personen“ stigmatisiert, mit Strafen belegt und ihre nichtsesshafte Persönlichkeitsstruktur galt als vererbbar.²⁰ Dies verpflichtete im Rahmen der Rassengesetze die Wohlfahrtsorganisationen dazu, von ihnen versorgte Obdachlose zur Zwangssterilisation zu melden. Viele wurden in Konzentrationslager gebracht. Nach 1945 und in der Zeit des „Wirtschaftswunders“ wurde Armut zunehmend wieder als ein individuell begründeter Tatbestand angesehen. Dies zeigt sich auch im 1961 in Kraft getretenen Bundessozialhilfegesetz (BSHG), das nicht Armutsrisiken absichert, sondern das individuelle Schicksal des Einzelfalles. Im Rahmen des §73 BSHG war die zwangsweise Unterbringung Wohnungsloser noch bis 1967 möglich. Bettelerei und Landstreicherei als Straftatbestand existierte noch bis 1974 im

¹⁹ Vgl. Lutz/Simon: Lehrbuch der Wohnungslosenhilfe, S. 22-23

²⁰ Vgl. ebd., S. 29

Strafgesetzbuch (StGB). Hartnäckig bis in die 90iger Jahre hielt sich der Begriff der „Nichtsesshaftigkeit“, der damit den Betroffenen auch immer eine charakterliche Schwäche unterstellte.

Fazit: Armut und Obdachlosigkeit hat in beiden Ländern schon immer existiert. Der christliche Grundsatz der Nächstenliebe im Umgang mit Armen verbindet anfangs beide Länder. Erst im 16. und 17. Jahrhundert ändern sich die politischen und gesellschaftlichen Auffassungen. Deutschland ist geprägt durch seine Länderstruktur, in der das Bürgertum kaum politische Mitbestimmung hat. Als Folge konzentriert man sich auf den Aufbau zivilgesellschaftlicher Strukturen in der sich auch die freie Wohlfahrtspflege entwickelt. Die reichseinheitliche Rahmengesetzgebung überließ den Ländern die aktive Umsetzung, die darin dann auf diese Strukturen zurückgriffen. Im Gegensatz dazu setzte in Großbritannien der Zentralstaat schon früh einheitliche Regelungen durch, in der auch zivilgesellschaftliche Einrichtungen der zentralen Kontrolle unterworfen waren. Eigenverantwortung stand im Zentrum der sozialen Sicherung, die auf einem minimalen Niveau geleistet wurde, sich aber nicht, wie in Deutschland, am Erwerbsstatus festmachte. Zusätzlich entwickelten sich vielfältige Einrichtungen der privaten Wohltätigkeit, die zahlreiche sozialpolitische Aufgaben übernahmen.

2.2 Lässt sich Obdachlosigkeit definieren?

2.2.1 Der aktuelle Diskussionsstand in Deutschland

In Deutschland gibt es keine offizielle, einheitliche Definition von Obdachlosigkeit. Wie bereits im vorigen Kapitel beschrieben, war der Begriff immer auch verbunden mit der gesellschaftlichen Wahrnehmung dieses Phänomens. In der Literatur und Musik waren Landstreicher und Vagabunden häufig lustige Gesellen, die ihre Freiheit genossen und fröhlich pfeifend durch die Welt zogen. Dagegen führten Bettler zwar ein hartes Dasein, doch sie genossen, wie oben erwähnt, ein gewisses Ansehen. Die Begriffe „Penner“, „Berber“ und „Schnorrer“ dagegen zeugen weniger von Sozialromantik als eher von einer herablassenden Sichtweise. Eine Definition zu finden ist nicht zuletzt deshalb schwierig, weil der Begriff sowohl die multifaktoriellen Ursachen als auch die Auswirkungen der Obdachlosigkeit beschreiben sollte. Obdachlos zu sein bedeutet eben nicht nur, „kein Dach über dem Kopf“ zu haben. Die Bundesarbeitsgemeinschaft

Wohnungslosenhilfe e.V. (BAG W) verwendet deshalb den Begriff der „Wohnungslosigkeit“, um den verschiedenen Perspektiven möglichst gerecht zu werden.²¹

Als **Wohnungslose** gelten nach ihrer Definition

Einzelpersonen oder Familien ohne eigene mietrechtlich abgesicherte Wohnung, die

- nicht-institutionell (z.B. bei Freunden oder Bekannten) oder
- institutionell (z.B. in einem Heim oder einer Notunterkunft) untergebracht sind oder
- ganz ohne Unterkunft auf der Straße leben.

Von Wohnungslosigkeit bedroht sind Einzelpersonen oder Familien, deren Wohnungsverlust unmittelbar bevorsteht, z.B. durch Kündigung, Räumungsklage oder sonstige Umstände wie Gewalt des Partners.²²

Das Polizei- und Ordnungsrecht hingegen unterscheidet zusätzlich noch in „freiwillige“ und „unfreiwillige Obdachlosigkeit“. Ein „freiwilliger Obdachloser“ lebt umherziehend auf der Straße und ist nicht um eine dauerhafte Unterkunft bemüht. Ordnungsrechtlicher Handlungsbedarf besteht hingegen bei „unfreiwilligen Obdachlosen“, die bei der Gemeinde um Hilfe ersuchen. Der Übergang vom einen zum anderen ist demnach fließend und ausschließlich abhängig von der Entscheidung des Betroffenen, was dieser Definition erneut den Makel der krankhaften Persönlichkeitsstruktur eines Obdachlosen anheftet, denn wer lebt nach geltenden gesellschaftlichen Regeln schon gerne freiwillig auf der Straße?

Der Deutsche Städtetag prägte 1987 den Begriff der „Wohnungsnotfälle“, wonach obdachlos Personen bzw. Haushalte sind, die

- aktuell von Wohnungslosigkeit betroffen sind
- unmittelbar von Wohnungslosigkeit bedroht sind

²¹ „Die BAG-W ist auf Bundesebene die Arbeitsgemeinschaft der verantwortlichen und zuständigen Sozialorganisationen im privaten und öffentlichen Bereich sowie der privaten und öffentlich-rechtlichen Träger von sozialen Diensten und Einrichtungen für wohnungslose Personen. Die Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnungslosenhilfe wurde 1954 unter dem Namen Bundesarbeitsgemeinschaft für Nichtsesshaftenhilfe gegründet. Für die BAG Wohnungslosenhilfe ist die Wohnungslosigkeit ein soziales Problem, deswegen hat sie ihren Namen 1991 geändert, um sich für alle sichtbar von dem alten Nichtsesshaftenbegriff abzusetzen.“

BAG W: <http://www.bag-wohnungslosenhilfe.de/index2.html> Letzter Zugriff: 19.05.2009

²² BAG W: Sicherstellung der medizinischen Versorgung wohnungsloser Männer und Frauen, 2006

- aus sonstigen Gründen in unzumutbaren Wohnverhältnissen wohnen.

In ihrem Sozialbericht von 1996 zur Situation alleinstehender Wohnungsloser hat die von der Stadt Mannheim beauftragte Planungsgruppe diese Definition detaillierter beschrieben:²³

- 1. Haushalte und Personen, die aktuell von Wohnungslosigkeit betroffen sind**
(d.h. nicht über Normalwohnraum auf mietvertraglicher Basis verfügen)
 - a. Sozialhilferechtlich bzw. ordnungsrechtlich versorgte Wohnungslose**
 1. im allgemeinen Wohnungsbestand
 2. durch Wiedereinweisung in die bisherige Wohnung
 3. in stationären Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe (§ 72 BSHG)
 4. in wohnheimähnlichen Unterkünften und Wohnprojekten
 5. in betreuten Wohnformen
 6. in Hotels / Pensionen
 - b. Personen ohne feste Unterkunft**
 1. in Übernachtungsstätten und Notunterkünften
 2. Unterschlupf bei Freunden oder Bekannten
 3. Unterkunft mit Arbeit gekoppelt
 4. auf der Straße („Platte machen“)
- 2. Haushalte und Personen, denen Wohnungslosigkeit unmittelbar droht**
 1. infolge von Räumungsklagen
 2. infolge anberaumter Zwangsräumungen
 3. infolge sonstiger Wohnungsnotlagen (z.B. Entlassung aus stationärer Unterkunft)
- 3. Wohnungsunterversorgung / Haushalte und Personen in unzumutbaren Wohnverhältnissen**
 1. in überbelegtem Wohnraum
 2. in Wohnraum mit unzureichender Ausstattung
 3. in Wohnraum, dessen baulicher Zustand gesundheitsgefährdend oder anderweitig unzumutbar ist
 4. in Mietnot (überhöhte Mietbelastung)
 5. in Beziehungsnot (misshandelte Frauen, getrennte Paare, Jugendliche mit unlösbaren Konflikten im Elternhaus)

Quelle: Stadt Mannheim, Sozialbericht 1996

Tabelle 1: Systematik der Wohnungsnotfälle

2.2.2 Der aktuelle Diskussionsstand in England und Wales

In England und Wales stützt man sich auf eine Definition, die sich im Rahmen der Rechtsprechung entwickelte und schließlich 1977 den Housing (Homeless

²³ Stadt Mannheim: Alleinstehende Wohnungslose in Mannheim, 1996

Persons) Act begründete. Seine letzte Überarbeitung erfuhr das Gesetz 2002, als es dann auch offiziell in Homelessness Act umbenannt wurde. Hiernach gilt:

A person is homeless if:

- *There is no accommodation that they are entitled to occupy; or*
- *They have accommodation but it is not reasonable for them to continue to occupy this accommodation.*²⁴

Mit dem Gesetz geht die rechtliche Verpflichtung zur Versorgung Wohnungsloser auf die Gemeinden über. Hier zeigen sich die in Punkt 2.1 aufgeführten historischen Wurzeln, denn Betroffene, die keine „*local connection*“ zur Gemeinde nachweisen können, werden abgewiesen. Kritiker bemängeln, dass das Gesetz vor allem dazu dient, die Anzahl der Anspruchsberechtigten auf soziale Unterbringung möglichst gering zu halten.²⁵ Hauptkritikpunkt ist die Unterscheidung in unverschuldete (*unintentionally*) und selbstverschuldete Obdachlosigkeit (*intentionally*), worüber die Gemeinde bei Antragstellung entscheidet. Doch selbst diejenigen, die als unverschuldet obdachlos anerkannt sind, müssen zusätzlich noch in eine der vier Gruppen mit besonderem Bedarf (*priority need*) fallen. Dazu gehören z.B. Schwangere, Familien mit Kindern, Alte, Behinderte und psychisch Kranke sowie Opfer von Feuer- bzw. Flutkatastrophen. Alleinstehenden Wohnungslosen wird meist nur ein „guter Rat“ (*advice and assistance*) zugestanden, es sei denn, sie können nachweisen, zur Gruppe der besonders Verletzlichen bzw. Gefährdeten (*vulnerable*) zu gehören. Dies ist nicht ganz einfach, denn der Betroffene muss gegenüber anderen auf der Straße lebenden Obdachlosen benachteiligt sein. D.h. zum Beispiel, dass er sich schlechter durchsetzen kann, wenn es um die Verteilung der Unterkunftsplätze geht. Doch was bedeutet „sich schlechter durchsetzen können“? In einer Erläuterung dazu heißt es, dass der Betroffene massiv benachteiligt ist bzw. sogar häufiger Verletzungen erleidet als andere.²⁶ Hier zeigt sich, dass die Auslegung offen für rechtliche Anfechtungen ist. Auch die Frage, ab wann eine Obdachlosigkeit selbstverschuldet ist, lässt sich daraus nicht klar beantworten. Die lokalen Behörden können individuell entscheiden, sind allerdings beweispflichtig,

²⁴ Dokument erhältlich unter http://www.opsi.gov.uk/acts/acts2002/ukpga_20020007_en_1 Letzter Zugriff 20.05.2009

²⁵ Vgl. *Fitzpatrick et al.*: Single homelessness – an overview of research in Britain, S. 8, 2000

²⁶ Für eine umfassende Beschreibung, wie die Anspruchsvoraussetzungen genau erfüllt werden, siehe *Youth Justice Board for England and Wales (YJB)* unter <http://www.yjb.gov.uk/en-gb/practitioners/Assessment/> Letzter Zugriff 21.05.2009

während der Betroffene lediglich seine unverschuldete Obdachlosigkeit anzeigen muss.

2.2.3 Der aktuelle Diskussionsstand in Europa

Auch im europäischen Sprachgebrauch fehlt eine einheitliche Definition des Begriffs Obdachlosigkeit. *Homelessness* hat nicht nur sprachlich unterschiedliche Bedeutungen, sondern auch das kulturelle Verständnis differiert. In den englischsprachigen Ländern umfasst der Begriff *Homelessness* sowohl das tägliche Leben und Schlafen auf der Straße (*rough sleeping*) als auch die Tatsache, ohne Wohnraum (*houselessness*) zu sein. Hinzu kommt eine differenzierte, gesellschaftliche Bedeutung, wonach der Begriff die individuelle Vorstellung dessen umfasst, was es bedeutet, „ein Zuhause“ oder „ein Heim“ zu haben. Auch das Konzept der „angemessenen Behausung“ (*adequate housing*) bezieht je nach Herkunftsland unterschiedliche Auffassungen mit ein. In Kulturen, in denen selbst der Ausdruck *Homelessness* nicht existiert, verwendet man deshalb meist umschreibende Bezeichnungen wie „soziale Ausgrenzung“, „ohne Aufenthalt“ oder „Wohnungsmangel“. ²⁷ Entsprechend lang und kontrovers ist die EU-weite Debatte darüber, wie Obdachlosigkeit definiert werden sollte. Dabei ergibt sich die Notwendigkeit einer gemeinsamen Definition allein schon daraus, dass erst diese einen Ländervergleich ermöglicht. Die *European Federation of National Organisations working with the Homeless* (FEANTSA) hat deshalb eine Typologie der Wohnungslosigkeit entwickelt (ETHOS). Danach werden wohnungslose Menschen nach ihrer Wohnsituation klassifiziert. Die Typologie geht davon aus, dass es drei Grundpfeiler (Bereiche) gibt, die Wohnen ermöglichen: Der *physische Bereich* bedeutet, dass man über Wohnraum verfügt, über den man alleiniges, freies Nutzungsrecht hat. Der *soziale Bereich* besagt, dass es hier möglich ist, sich in seine Privatheit zurückzuziehen und soziale Beziehungen zu pflegen. Der *rechtliche Bereich* schließlich sichert diesen Zustand über einen legalen Titel ab. Fehlen diese Pfeiler, kann entsprechend Wohnungslosigkeit definiert werden. Daraus ergeben sich 4 konzeptionelle Begriffsbezeichnungen: Obdachlos, Wohnungslos, Ungesicherte Wohnverhältnisse und Inadäquate Wohnverhältnisse sowie 13 operationale

²⁷ Vgl. *European Commission: Measurement of Homelessness at European Union Level, 2007*

Kategorien.²⁸ Vergleicht man die ETHOS Definition mit der in Tabelle 1 aufgeführten Systematik der Wohnungsnotfälle, so sind sie vom Grundsatz her gleich. Die ETHOS Definition unterteilt jedoch die in Punkt 1 aufgeführte Gruppe (Personen, die aktuell von Wohnungslosigkeit betroffen sind) noch zusätzlich in Obdachlose (diejenigen, die vollständig auf der Straße leben bzw. nur nachts in wechselnden Unterkünften beherbergt werden) und Wohnungslose (diejenigen, die in einer Einrichtung unterkommen, z.B. Wohnheim, Übergangseinrichtung). Letztendlich hängt eine Definition natürlich auch davon ab, für welchen Kontext sie benötigt wird. Um z.B. einen rechtlichen Anspruch auf finanzielle Unterstützung zu begründen, wird sie anders aussehen, als für die politische Planung zur Wohnraumförderung.

Fazit: Eine exakte, unmissverständliche Definition für Obdachlosigkeit zu finden ist schwierig. Es handelt sich immer auch um einen Prozess, in dem die Betroffenen verschiedene Phasen durchlaufen und unterschiedliche Formen von „ohne Obdach sein“ durchleben. In der Verschiedenartigkeit der Sprachen zeigt sich zudem der kulturelle Einfluss, denn wörtlich übersetzt heißt *homeless* „ohne Heim“ zu sein. Was aber ein Heim ist, unterliegt dem individuellen Verständnis. In der vorliegenden Arbeit werden deshalb die Begriffe Wohnungslos, Obdachlos und *Homeless* synonym verwendet und beziehen sich darin vor allem auf die Gruppe der auf der Straße bzw. in Notunterkünften lebenden, alleinstehenden Menschen.

2.3 Das Problem mit der Statistik, oder: Wie zähle ich etwas, das sich nur schwer definieren lässt?

Trotz der Schwächen der Definitionen für Obdachlosigkeit gibt es auf Länder- und EU-Ebene Bemühungen um eine Obdachlosenstatistik. In Deutschland fordert die BAG W seit Jahren vom Gesetzgeber, eine Bundeswohnungslosenstatistik auf gesetzlicher Basis einzuführen, damit Bund, Länder und Gemeinden verlässliche Zahlen für die Planung von Maßnahmen zur Bekämpfung von Wohnungslosigkeit haben. Nur Nordrhein-Westfalen führt seit den 60er Jahren eine Wohnungsnotfallstatistik. Zahlen zur Obdachlosigkeit beruhen deshalb auf

²⁸ ETHOS steht für „Europäische Typologie für Obdachlosigkeit, Wohnungslosigkeit und prekäre Wohnversorgung“. Diese ist erhältlich unter <http://www.feantsa.org/files/freshstart/Toolkits/Ethos/Leaflet/AT.pdf> Letzter Zugriff 30.06.2009

Schätzungen, die regelmäßig von der BAG W veröffentlicht werden. Die aktuellsten Zahlen beziehen sich auf das Jahr 2006. Danach sind 254.000 Personen obdachlos, davon 132.000 alleinstehende Wohnungslose (Einpersonenhaushalte). Die Zahl der von Wohnungsverlust bedrohten Haushalte lag zwischen 60.000 und 120.000 Haushalten mit mindestens 120.000 bis 235.000 Personen. Bezogen auf die Gesamtgruppe der 2006 aktuell Wohnungslosen (254.000) schätzt die BAG W den Frauenanteil unter den Wohnungslosen (ohne Aussiedler) auf ca. 64.000 Frauen. Die Zahl der Kinder und Jugendlichen liegt bei ca. 28.000 Betroffenen, die der Männer bei ca. 162.000 Personen.²⁹

| | 2006 |
|--|----------------------|
| Personen in Mehrpersonenhaushalten | 12.000 |
| Wohnungslose Einpersonenhaushalte | 132.000 |
| davon ohne jede Unterkunft auf der Straße | ca. 18.000 |
| Wohnungslose in Ein- und Mehrpersonenhaushalten (ohne wohnungslose Aussiedler) | 254.000 |
| Wohnungslose Aussiedler | 11.000 |
| Wohnungslose insgesamt | 265.000 |
| Bandbreite +/- 10% | 240.000 – 290.000 |

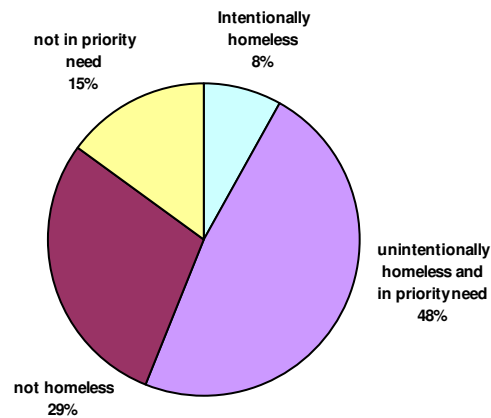
Quelle: Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnungslosenhilfe e.V., 2006

Tabelle 2: Schätzung der Zahl der Wohnungslosen in Deutschland

Die Gemeinden in England und Wales sind im Rahmen der Wohnungslosengesetzgebung (Homelessness Act 2002) dazu verpflichtet, vierteljährliche Statistiken über die Zahl der gemeldeten Wohnungsnotfälle zu führen. Problem dabei ist, dass viele Obdachlose zwar die rechtlichen Voraussetzungen erfüllen, um als Obdachloser anerkannt zu werden, jedoch nicht in die Gruppe mit „besonderem Bedarf“ (*priority need*) oder „besonderer Verletzbarkeit“ (*vulnerability*) fallen (siehe Kapitel 2.2.2). Aufgrund dieser Hürden melden sich viele Obdachlose gar nicht erst bei den zuständigen Ämtern, weil sie zumeist davon ausgehen, sowieso nicht anerkannt zu werden. So wurde z.B. im 3. Quartal 2008 über 30.040 Anträge auf Wohnraumunterstützung in England

²⁹ Für umfassende Daten zur Lebenssituation alleinstehender Wohnungsloser in den Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe nach §§ 67 ff. SGB XII siehe auch: Schröder: Statistikbericht 2004-2006, 2008

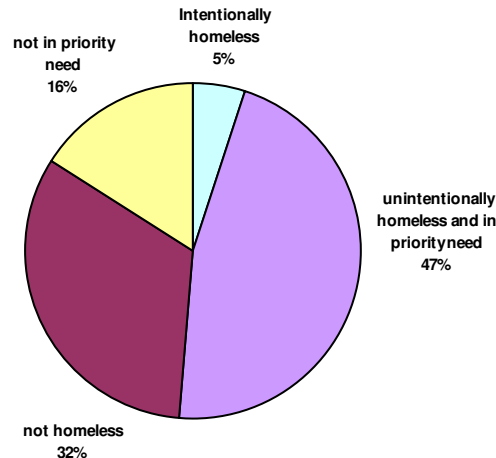
entschieden. Nur 48% davon erhielten die Anerkennung als „rechtmäßig obdachlos“, der Rest fiel heraus, weil er eine oder mehrere der oben genannten Anspruchsvoraussetzungen nicht erfüllte.



Quelle: Department for Communities and Local Government, December 2008

Tabelle 3: Bescheide über Anträge auf Wohnraumunterstützung Juli-September 2008 in England

Von den in Wales im gleichen Zeitraum gestellten 3280 Anträgen auf Wohnraumunterstützung wurden ebenfalls nur 47 % als „rechtmäßig obdachlos“ anerkannt.



Quelle: Welsh Assembly Government, Statistics for Wales, January 2009

Tabelle 4: Bescheide über Anträge auf Wohnraumunterstützung Juli-September 2008 in Wales

Völlig unbeachtet von allen britischen Statistiken bleiben die so genannten „Hidden Homeless“. Dazu gehören z.B. all jene, die in Notunterkünften, Hotels, bei Freunden und Bekannten oder gleich ganz auf der Straße leben (*rough sleeper*). Während in Deutschland die BAG W mit Zahlen arbeitet, die sowohl vom Sozialhilfeträger als auch von Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe kommen,

beziehen sich die britischen Statistiken ausschließlich auf behördliche Daten aus Anträgen auf Wohnraum. Nationale Wohlfahrtseinrichtungen wie CRISIS schätzen deshalb, dass ca. 400.000 Menschen in ganz Großbritannien als „*Hidden Homeless*“ leben und in keiner Statistik auftauchen.³⁰ Großstädte wie London, Birmingham, Manchester oder auch Cardiff versuchen zunehmend durch Straßenzählungen einen Überblick über diejenigen zu bekommen, die als *rough sleeper* ständig auf der Straße leben.

Auch auf europäischer Ebene existiert keine offizielle Obdachlosenstatistik. 2007 veröffentlichte deshalb die Europäische Kommission die Studie „*Measurement of Homelessness at European Union Level*“, in der einzelne Mitgliedsländer ihre Datengenerierungs- und Auswertungstools vorstellten. Ziel war es, Good Practice Beispiele zu generieren, um sowohl die Entwicklung eines europäischen Ansatzes voranzubringen als auch, einzelne Mitgliedsstaaten bei ihrer Datengewinnung zu unterstützen. Im Rahmen des EU-Koordinierungsprozesses für Sozialschutz und soziale Eingliederung fordert die EU zudem ihre Mitgliedsstaaten auf, durch Strategieaustausch und gegenseitiges Lernen Maßnahmen zur Bekämpfung von Armut und sozialer Ausgrenzung zu ergreifen.³¹ Dabei fördert sie Projekte wie z.B. MPHASIS (*Mutual Progress On Homelessness through Advancing and Strengthening Information Systems*), dessen Ziel es ist, alle relevanten Akteure miteinander in Netzwerke einzubinden, um den Erfahrungsaustausch zur Erfassung und Messbarkeit von Obdachlorenzahlen zu vereinfachen.³²

Fazit: Dinge, die sich nur schwer definieren lassen, sind noch schwerer in einer offiziellen Statistik erfassbar. Gerade wenn unterschiedliche Interessen hinzukommen, können Einigungen nicht mal auf dem kleinsten gemeinsamen Nenner gefunden werden. Armut und soziale Ausgrenzung in Zahlen zeigt neben einer Momentaufnahme auch gesellschaftliche Trends. Die sich daraus ableitenden Handlungszwänge sind häufig vor allem politisch nicht erwünscht. Dabei würden gerade diese Zahlen bei der Planung und Umsetzung sinnvoller

³⁰ Vgl. CRISIS: Hidden homelessness

http://www.crisis.org.uk/policywatch/pages/hidden_homeless.html Letzter Zugriff 09.06.2009

³¹ Zum EU-Koordinierungsprozess für Sozialschutz und soziale Eingliederung siehe http://ec.europa.eu/employment_social/spsi/homelessness_de.htm Letzter Zugriff 21.05.2009

³² Hintergrundinformationen zum Projekt MPHASIS unter <http://www.trp.dundee.ac.uk/research/mphasis/socialinc.html> Letzter Zugriff 21.05.2009

Maßnahmen für Wohnungslose hilfreich sein. Dass die erfassten Daten mit Vorsicht zu interpretieren sind, zeigt folgendes Beispiel: Im Oktober 2008 verkündete der Ministerpräsident von Nordrhein-Westfalen, Jürgen Rüttgers, dass das landesweite Aktionsprogramm gegen Obdachlosigkeit ersatzlos gestrichen würde. Grund sei ein starker Rückgang der Obdachlosenzahlen. Was folgte, war ein massiver Protest, vor allem von Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe, die kritisierten, dass in der Statistik all jene nicht auftauchten, die am Rande der Obdachlosigkeit stünden – und dies würden immer mehr! Der Protest hatte Erfolg. Im Februar 2009 verkündete die Landesregierung, 1,12 Millionen Euro für ein neues Programm gegen Obdachlosigkeit zur Verfügung stellen zu wollen. Schwerpunkt solle hierbei die Prävention der Wohnungslosigkeit sein.³³

2.4 Gründe für Obdachlosigkeit

„Ich dachte bis zum Schluss: Ich lande schon nicht auf der Straße!“ Mit diesen Worten beschreibt eine Betroffene im Magazin der Süddeutschen Zeitung vom 16.01.2009 ihren Weg in die Obdachlosigkeit. Der Wohnungslose als einheitlicher Typus existiert genauso wenig wie der vermeintlich klassische Weg hin zum Leben auf der Straße. Klar abgrenzen lassen sich die Gründe meist nicht, auch wenn die Unterscheidung in *strukturelle* und *individuelle* Auslöser eine erste Orientierung ermöglicht. Doch die Übergänge sind fließend, denn wo Alkoholabhängigkeit zu Jobverlust führt, dort gilt genauso häufig, dass der Verlust des Arbeitsplatzes als Auslöser für verstärkten Alkoholkonsum dient. Zu den *strukturellen* Hauptursachen für Obdachlosigkeit gehören

- Arbeitslosigkeit (vor allem Langzeitarbeitslosigkeit)
- Armut
- Enger Markt an bezahlbarem Wohnraum
- Streichungen im Bereich sozialer Unterstützung

Trotzdem wird nicht gleich jeder, der seinen Arbeitsplatz verliert, auch wohnungslos. Hinzu kommen meist noch *individuelle* Gründe wie

- Abhängigkeitserkrankungen
- Schulden
- Gesundheitliche Einschränkungen

³³ Vgl. Landesregierung Nordrhein-Westfalen, Presseinformation 236/2/2009

➤ Familien-/Eheprobleme³⁴

Fazit: Obdachlosigkeit hat viele Gründe und kann jeden treffen, auch wenn bestimmte Krisenerlebnisse die Wahrscheinlichkeit, auf der Straße zu landen, verstärken. Die frühere Auffassung, dass Obdachlosigkeit eine selbst gewählte Lebensform sei, ist glücklicherweise überholt. Die wachsende Zahl an Frauen und Jugendlichen, die ein Leben auf der Straße führen, zeigt, dass sich das Hilfesystem auf veränderte Bedarfe einstellen muss und wissenschaftliche Ursachenforschung notwendig ist, um frühzeitig reagieren zu können.

2.5 Die gesundheitlichen Bedarfe Obdachloser

„Krank bin ich, wenn nichts mehr geht!“
Betroffener

Obdachlose stellen eine heterogene Zielgruppe mit multiplen Krankheitsbildern dar, die meist erst dann einen Arzt aufsuchen, wenn es ihnen „richtig dreckig“ geht. Nicht nur Armut, Gesundheit und Wohnungslosigkeit sind eng miteinander verbunden, sondern auch das Leben auf der Straße geht untrennbar mit gesundheitsschädigenden und krankmachenden Einflüssen einher.³⁵ Die Betroffenen erfahren soziale Ausgrenzung und leben mit dieser seelischen Belastung in einer alltäglichen Perspektivlosigkeit. Im Vordergrund steht nicht die eigene Gesundheit, sondern das tägliche Überleben, die Organisation eines halbwegs normalen Alltags und die Frage, wo die nächste Möglichkeit ist, um Essen, Kleidung und ein Nachtlager zu bekommen.³⁶ Gesundheit ist nebensächlich, wenn es um die alltägliche Existenz geht. Das Leben auf der Straße hat besondere Bedingungen, die Erkrankungen begünstigen, welche sonst nicht entstehen würden. Bagatellerkrankungen, die unter normalen Umständen rasch ausheilen, chronifizieren und sorgen mit dafür, dass das durchschnittliche Todesalter Obdachloser mit 46,5 Jahren weit unter dem der Normalbevölkerung liegt.³⁷ Das Leben auf der Straße, aber auch in überfüllten, unangemessenen Notunterkünften bewirkt, dass vor allem chronische Lungenerkrankungen, Hautinfekte, Herz-Kreislauf-Schädigungen und Erkrankungen des

³⁴ Vgl. *Lutz/Simon: Lehrbuch der Wohnungslosenhilfe*, S. 98-102, 2007 sowie *SHELTER England: Homelessness Fact Sheet*, 2007

³⁵ Vgl. *Behnsen: Wege zu einer sozialen Medizin für Wohnungslose*, 1995

³⁶ Vgl. *Evangelische Obdachlosenhilfe: Arme habt ihr allezeit*, S. 36-52, 2007

³⁷ Vgl. *Grabs et al: Todesursachen wohnungsloser Menschen in Hamburg - "Krank bin ich, wenn nichts mehr geht!"*, 2008

Magendarmtraktes eine hohe Prävalenz unter der wohnungslosen Bevölkerung haben.³⁸ Die Gruppe zeichnet sich außerdem durch erhöhten Alkoholkonsum aus, häufig gepaart mit psychischen Erkrankungen und/oder Drogenabhängigkeit. Dabei bedingen bzw. beeinflussen sich die Problematiken gegenseitig. Gleiches gilt für die hohe Prävalenz an psychischen Erkrankungen unter Obdachlosen, die sowohl Ursache als auch Effekt sein können.³⁹ In Großbritannien haben deshalb Mitarbeiter von Hilfsorganisationen folgende Übersicht entwickelt, um das Phänomen der komplexen Gesundheitsbedarfe beschreibbar zu machen:

A typical homeless or ex homeless person with multiple needs will often present with three or more of the following, and will not be in effective contact with services:

- *Mental health problems*
- *Misuses various substances*
- *Personality disorders*
- *Offending behaviour*
- *Borderline learning difficulties*
- *Disability*
- *Physical health problems*
- *Challenging behaviours*
- *Vulnerability because of age*

*If one were to be resolved, the others would still give cause for concern.*⁴⁰

Das Leben auf der Straße bedeutet Stress für die Betroffenen, denn wer auf der Straße überleben will, muss gut organisiert sein. In der Gruppe der Obdachlosen kommt es somit zu einer ungünstigen Kumulation mehrerer Krankheitsbilder, die, für sich genommen und unter normalen Bedingungen, sowie bei einfachem Zugang zu adäquater gesundheitlicher Versorgung, durchaus behandelbar sind. Die Erkrankungen Obdachloser sind, einzeln betrachtet, nicht lebensbedrohlich oder unheilbar, ergeben aber in der Kombination eine vielschichtige Mischung, die die Betroffenen oft als nur schwer behandelbar erscheinen lassen, vor allem, wenn eine mangelnde Compliance seitens der Patienten hinzukommt.

³⁸ Vgl. *Davídsdóttir*: Das Mainzer Modell: Versorgung der Obdachlosen vor Ort, 2003 sowie *Fitzpatrick et al.*: Single homelessness – An overview of research in Britain, S. 30-33, 2000

³⁹ Vgl. *Wright et al.*: Homelessness and health: what can be done in general practice?, 2004

⁴⁰ *Bevan*: Multiple Needs Briefing, 2002. Zitiert in: FEANTSA: How health professionals can work towards meeting the health needs of homeless people, S.6, 2004

Fazit: Die Gruppe der Wohnungslosen zeichnet sich durch multiple Krankheitsbilder aus, die zum Teil sowohl Ursache als auch Ergebnis der Obdachlosigkeit sein können. Viele dieser Krankheiten chronifizieren, weil in Folge des täglichen Überlebenskampfes auf der Straße die eigene Gesundheit an letzter Stelle steht. Obdachlose haben mit durchschnittlich rund 46 Jahren eine deutlich geringere Lebenserwartung als die Normalbevölkerung. Aus der Komplexität und Interdependenz der Erkrankungen ergibt sich die Forderung nach einer multidisziplinären, integrativen Behandlungsstrategie. Sie stellen aufgrund ihrer Multimorbidität nicht nur eine Herausforderung für den einzelnen Behandler, sondern vor allem auch für das System dar, das auf die in einer Person vereinten unterschiedlichen Bedarfe, Professionen übergreifend und aufeinander abgestimmt reagieren muss.

3. Die Gesundheitssysteme in Deutschland und Großbritannien

3.1 Was ist ein Gesundheitssystem?

Begibt man sich in der Literatur auf die Suche nach einer Definition für ein Gesundheitssystem, so wird schnell deutlich, dass keine allgemeingültige Begriffsbestimmung existiert. Ein Gesundheitssystem ist ein hochkomplexes Zusammenspiel zahlreicher Akteure. Entsprechend variieren die Definitionen, angefangen vom reinen Zweck eines Gesundheitssystems über die Finanzierungsart bis hin zu den verschiedenen Organisationen, die es gestalten. Laut WHO ist ein Gesundheitssystem

*The sum total of all the organizations, institutions and resources, whose primary purpose is to improve health.*⁴¹

Damit wirkt die Beschreibung auf den ersten Blick weit gefasst, zeigt jedoch auf den zweiten Blick deutlich die Grenzen, indem nur diejenigen Organisationen, Einrichtungen und Ressourcen als Teil des Gesundheitssystems zu verstehen sind, deren **primäres Ziel** die Förderung, Wiederherstellung und Erhaltung von Gesundheit ist. Hier wird deutlich, dass z.B. weder Bildung noch Soziales Teil des

⁴¹ Vgl. WHO: About health systems: What is a health system?
<http://www.who.int/healthsystems/about/en/> Letzter Zugriff: 01.06.2009

Systems sind, auch wenn sie einen nicht unerheblichen Einfluss auf die Gesundheit der Bevölkerung haben. Die Weltbank in ihrer „*Strategy for Health Nutrition and Population (HNP) Results 2007*“ versteht ein Gesundheitssystem nicht nur als ein Zusammenspiel verschiedener Teile, deren vordergründiges Ziel die Verbesserung der Gesundheit der Bevölkerung ist, sondern auch als eine Einheit, die aufgrund ihrer Funktionen und ihres Denkens beschrieben werden kann.⁴² Die Weltbank bezieht sich auf ein WHO Themenpapier aus dem Jahr 2000, wonach ein Gesundheitssystem vier Kernfunktionen bzw. Aufgabenbereiche erfüllen muss.⁴³ Die erste und auch sichtbarste Funktion ist die Erbringung von Gesundheitsleistungen, die entweder privat oder öffentlich erfolgen kann. Doch auch hier gilt:

*Delivering health services is thus an essential part of what the system **does** – but it is not what the system **is**.*⁴⁴

Um von einem Gesundheitssystem zu sprechen, reicht es also nicht aus, dass alleine Gesundheitsdienstleistungen erbracht werden.

Zur Erbringung benötigt das System zusätzlich Mittel, die zumeist außerhalb seiner Grenzen produziert werden. Hierzu gehören z.B. Medikamente, technische Geräte, aber auch Personal. Diese Forderung nach „Materialzufuhr von außen“ ist der zweite Funktionsbereich eines Gesundheitssystems. Da diese Mittel außerhalb der eigentlichen Grenzen des Systems produziert werden, unterliegen sie zumeist nicht dem direkten politischen Einfluss. Trotzdem muss die Politik auf Knappheit reagieren, wie sich am Beispiel der Ausbildung von Ärzten und Pflegepersonal zeigt. In Großbritannien werden die Länge der Ausbildung sowie die Anzahl der Ausbildungsplätze von Ärzten durch die *British Medical Association* geregelt. Stehen dem System nicht genügend ausgebildete Ärzte zur Verfügung, muss die Politik reagieren und z.B. Personal aus anderen Ländern rekrutieren.

⁴² Vgl. *Plsek/Wilson: Complexity Science: Complexity, leadership, and management in healthcare organisations*, 2001

⁴³ Vgl. *Murray/Frenk: A framework for assessing the performance of health systems*, 2000

⁴⁴ *The World Bank: Healthy Development: The World Bank Strategy for HNP Results*, S. 2, 2007

Der dritte Kernbereich des Gesundheitssystems umfasst seine Finanzierung. Diese erfolgt zumeist über einen Mix aus Steuern, Sozialversicherung und privaten (Zu-)Zahlungen.

Schlussendlich wird ein Gesundheitssystem dadurch bedingt, dass es eine Aufsicht bzw. Steuerung benötigt. Diese übernehmen meist Regierungsstellen, die nicht nur bestimmen, unter welchen Rahmenbedingungen die Akteure des Systems agieren. Sie tragen auch die strategische Verantwortung zu entscheiden, welche Prioritäten heute im System gesetzt werden und welche Auswirkungen diese auf die Zukunft haben werden. Obwohl sich somit vier Kernbereiche eines Gesundheitssystems abgrenzen lassen, die das System an sich beschreiben, ist dies eine einseitige Sicht auf die Komplexität des Themas. Gesundheitssysteme sind nicht in sich geschlossen, sondern offen für Einflüsse von außen, weshalb sie auch als offene Systeme bezeichnet werden.⁴⁵

*Many factors outside the health system influence people's health, such as poverty, education, infrastructure, and the broader social and political environment. Because they are open to influence from outside, health systems are known as open systems.*⁴⁶

Gesundheitssysteme sind komplexe, anpassungsfähige, lernfähige Einheiten. Sie funktionieren nicht nach einem strikt linearen Denkschema. Es reicht also nicht aus, zentrale Probleme auf kleinere Elemente herunter zu brechen, diese zu lösen und zu hoffen, damit sei das große Ganze gelöst. Systeme funktionieren immer nur im Kontext mit anderen Systemen und ohne Verständnis für das eine lässt sich das andere nicht erklären. Aufgrund dieser Komplexität und ihrer wechselnden Elemente und Beziehungen lassen sich Systeme im Detail nicht vorhersagen und bleiben immer anfällig, selbst für kleine Veränderungen.

*[We] cannot fully understand any of the agents or systems without reference to the others. Ultimately, the only way to know exactly what a complex system will do is to observe it; it is not a question of better understanding of the agents, of better models, or of more analysis.*⁴⁷

⁴⁵ Vgl. Borgetto/Kälble: Medizinsoziologie, S. 178-181, 2007

⁴⁶ The World Bank: a.a.O., S. 1, 2007

⁴⁷ Plesek/Greenhalgh: Complexity Science: The challenge of complexity in health care, 2001

Fazit: Ein Gesundheitssystem ist ein komplexes Gebilde mit vier Aufgabenbereichen bzw. Kernfunktionen: Gesundheitsversorgung, Finanzierung, Regulierung und Akquirierung eines ausreichenden Mittelzuflusses von außen. Diese vier Elemente bilden jedoch keine einfache Maschinerie, sondern eine sensible Einheit, die nur dann verstanden werden kann, wenn sie im Kontext mit anderen, sie umgebenden Systemen betrachtet wird. Veränderungen im Gesundheitssystem können nur dann erreicht werden, wenn auch andere Systeme einbezogen werden und unter Beachtung der Tatsache, dass die Folgen im Detail nicht immer vollständig vorhersehbar sind. Bezogen auf die Versorgung von Randgruppen gilt es deshalb bei Reformen zu berücksichtigen, dass die Auswirkungen zum einen nicht zwangsläufig vorhersehbar sind, zum anderen eventuell Nachbesserungen erfolgen müssen, um unerwünschte Folgen auszuschließen. Gerade bei der Versorgung von Obdachlosen zeigt sich zudem, dass die gesundheitliche Versorgung nicht losgelöst von den anderen Hilfesystemen (z.B. Wohnraum- und Arbeitsplatzbeschaffung oder soziale Hilfen) betrachtet werden kann und dass Maßnahmen im einen Bereich immer auch Auswirkungen auf angrenzende Systeme haben.

3.2 Grundlagen des britischen National Health Services (NHS)

Society becomes more wholesome, more serene, and spiritually healthier, if it knows that its citizens have at the back of their consciousness the knowledge that not only themselves, but all their fellows, have access, when ill, to the best that medical skill can provide
(Aneurin Bevan, 1897-1960)

In England gründete sich lange Zeit der gesellschaftliche Unterstützungsgedanke nicht auf Bedürftigkeit, sondern auf den Faktor Armut (*pauperism*). Kranke wurden in öffentlich finanzierten Spitälern behandelt, die, unter dem Poor Law Amendment Act von 1834 von den Gemeinden errichtet, meist im selben Gebäude wie die *workhouses* entstanden. Zugangsvoraussetzung war die offizielle Anerkennung als Armer (*pauper*), mit der der Verlust des Wahlrechts einherging. Die restliche Bevölkerung wurde entweder auf Honorarbasis von selbständigen Hausärzten (*General Practitioner, GP*) oder in gemeinnützigen Krankenhäusern behandelt, die aus Wohltätigkeit gestiftet und durch Spenden finanziert wurden. Häufig waren hier Ärzte tätig, die aus Prestige Gründen der Stiftung angehören wollten. Sie verdienten ihren Lebensunterhalt durch die Versorgung der Reichen gegen

Honorar und arbeiteten auf ehrenamtlicher Basis in den Krankenhäusern. Vor Einführung des Nationalen Gesundheitsdienstes (NHS) beruhte die Versorgung der Bevölkerung somit auf einem komplexen System aus privaten, öffentlichen und gemeinnützigen Versorgungsstrukturen. Erkennbar waren jedoch schon immer die auch später für den NHS maßgeblichen drei Säulen: Hausärztliche Versorgung durch *GPs (primary care)*, fachärztliche und stationäre Behandlung in Krankenhäusern (*secondary care*) sowie die Versorgung auf Gemeindeebene (*community care*). Zusätzlich etablierte sich schon früh der Gedanke einer Bevölkerungsmedizin (Public Health) als wesentlicher Bestandteil des Gesundheitswesens. Aufgrund der unzulänglichen Zustände in den Spitälern und *workhouses* der Armen wurden umfangreiche Untersuchungen zu den Zusammenhängen zwischen Lebens- und Umweltbedingungen und der Gesundheit der Bevölkerung durchgeführt. Darauf gründete sich der 1848 in Kraft getretene *Public Health Act*, der den Gemeinden die Verantwortung für die gesundheitliche Versorgung seiner Bevölkerung übertrug. Verpflichtend war die Einrichtung einer lokalen Gesundheitsbehörde (*Local Board of Health*), die sich neben der gesundheitlichen Versorgung auch um die Bereitstellung von sauberem Trinkwasser, Abwasserkanälen, Entwässerungsanlagen und Straßenbepflasterung zu kümmern hatte. Mit Abschaffung der *workhouses* 1929 ging die Verantwortung für die angegliederten Spitälern der Armenfürsorge auf die lokalen Gesundheitsbehörden über und sie wurden zu städtischen Krankenhäusern. Bereits 1911 führte die Regierung eine verpflichtende Krankenversicherung für lohnabhängig Beschäftigte ein, in die Arbeitnehmer, Arbeitgeber und die Regierung anteilig einzahlten. Die Versicherten hatten freien Zugang zu *GPs*, erhielten Medikamente ohne Zuzahlung und hatten Anrecht auf Krankengeld. Die Versorgung durch Spezialisten in Krankenhäusern musste jedoch durch Zusatzversicherungen abgedeckt werden. Hinzu kam, dass die öffentliche Versicherung ausschließlich für Beschäftigte galt und ihre Angehörigen sowie Arbeitslose nicht abgesichert waren. Sie waren auch weiterhin abhängig von ehrenamtlichen Einrichtungen. Nach dem ersten Weltkrieg wurde die Kritik an der unzureichenden und unübersichtlichen gesundheitlichen Versorgung immer lauter. Zunehmend mehr Menschen verloren ihre Arbeit und waren nicht mehr versichert. Das Nebeneinander von öffentlichen Krankenhäusern, selbständigen Hausärzten, Freiwilligenorganisationen, die Krankenhäuser unterhielten und

Gemeindefürsorge anboten, sowie die wachsende Verpflichtung des Einzelnen, für seine Gesundheitsversorgung privat zu bezahlen, machte das System unübersichtlich und es herrschte wenig Kooperation zwischen den verschiedenen Anbietern. Annähernd 50% der Bevölkerung (zumeist Kinder, Frauen und Ältere) fielen nahezu vollständig aus der Versorgung heraus, außerdem war die Qualität der angebotenen Leistungen regional sehr unterschiedlich.⁴⁸ Der Ruf nach einer umfassenden, gerechten Gesundheitsversorgung wurde lauter und vor allem die Erfahrungen im zweiten Weltkrieg, als viele Menschen durch das bestehende System nicht versorgt werden konnten, machten den Weg frei für die Errichtung eines staatlichen, nationalen Gesundheitsdienstes.⁴⁹ 1948 war die Geburtsstunde des NHS, eines durch Steuern finanzierten, staatlichen Gesundheitssystems, das auf 4 Grundgedanken beruht:

- Gesundheitsversorgung für jedermann zugänglich
- umfassend
- kostenfrei
- unabhängig vom persönlichen Vermögensstand

Der britische NHS ist ein zentralistisch organisiertes, staatlich reguliertes und finanziertes Gesundheitssystem mit dem Ziel, allen Bevölkerungsmitgliedern den gleichen Zugang zu einheitlichen medizinischen Leistungen zu gewähren. Die Finanzierung erfolgt aus Steuermitteln⁵⁰, was den Gesundheitsbereich bei der dreijährlichen Verteilung dieser Mittel in direkte Konkurrenz zu anderen staatlichen Versorgungsaufgaben stellt. Trotzdem gilt die Steuerfinanzierung als äußerst effizient, denn sie verursacht geringe administrative Kosten und steht auf einer breiten Finanzierungsbasis, da alle Einkommensformen berücksichtigt werden. Kritiker bemängeln, dass die Transparenz durch Steuerfinanzierung verloren geht.⁵¹ Die Bevölkerung weiß nicht in welcher Höhe die von ihnen eingezogenen Steuerbeiträge in die Gesundheitsversorgung fließen. Andererseits gilt die Steuerfinanzierung als ausgesprochen faires System, da Steuern, wenn sie

⁴⁸ Vgl. *Talbot-Smith/Pollock: The New NHS. A Guide*, S. 2, 2007

⁴⁹ Vgl. zur geschichtlichen Entwicklung: *Baggott: Health and Health Care in Britain*, S. 79-83, 2004

⁵⁰ Die Einnahmen bestehen zu 81,5 % aus Steuermitteln. Der Rest setzt sich zusammen aus 12,2% aus der obligatorischen Sozialversicherung sowie 6,3 % durch Zuzahlungen der Patienten (z.B. Rezeptgebühren)

⁵¹ Vgl. *European Observatory on Health Care Systems: HIT-Report UK*, S. 33, 1999

progressiv erhoben werden, der Zahlungsfähigkeit entsprechen. Wichtigster Punkt jedoch ist die starke Verankerung des NHS in der Gesellschaft, da er als ein verbindendes Element wahrgenommen wird und einen hohen gesellschaftlichen Wert darstellt.⁵²

3.2.1 Der NHS in England

Dem Staat gehörten bis Ende der 80er Jahre – bis auf wenige private Leistungserbringer – alle wesentlichen Einrichtungen der Gesundheitsversorgung. Damit war er sowohl Einkäufer (*purchaser*) als auch Anbieter (*provider*) in einer Funktion. Die Hauptverantwortung und strategische Steuerung unterlag dem Gesundheitsministerium (*Department of Health - DoH*), dem gegenüber alle Einrichtungen rechenschaftspflichtig waren. Prozesse und Entscheidungen durchliefen eine strikte bürokratische Hierarchie von unterschiedlichen Verwaltungsebenen, an deren Ende die lokalen Gesundheitsbehörden (*District Health Authorities – DHAs*) standen, denen die Umsetzung der politischen Maßgaben in ihren jeweiligen Gemeinden oblag. Sie steuerten das Angebot an Gesundheitsleistungen und orientierten sich dabei an dem zugeteilten Budget. Damit mussten zwei Bereiche der medizinischen Versorgung finanziert werden: Der Primärsektor mit den so genannten *Family Health Services (primary care* wie z.B. Zahnärzte, Hausärzte, Optiker, Apotheker) und der Sekundärsektor, der so genannte *Hospital and Community Health Service (secondary care* wie z.B. fachärztliche Versorgung, spezielle Untersuchungsmethoden, aber auch ambulante Versorgung mit Gemeindeschwestern).⁵³ Zentraler Dreh- und Angelpunkt der Primärversorgung sind die niedergelassenen Allgemeinärzte (*GPs*). Diese sind bis heute freie Mitarbeiter im Gesundheitswesen, die über Hausarztverträge mit den lokalen Gesundheitsbehörden die Primärversorgung übernehmen. Sie stehen für die so genannte „*Gatekeeper-Funktion*“, da sie der erste Ansprechpartner für den Patienten sind und ihn durch das System leiten. So ist es z.B. dem Patienten nicht möglich, ohne Überweisung vom Hausarzt einen Spezialisten aufzusuchen, die als angestellte Ärzte in den Krankenhäusern tätig

⁵² Vgl. *Talbot-Smith/Pollock*, a.a.O. sowie *Blank/Burau: Comparative Health Policy*, S.45, 2004

⁵³ Den dritten Bereich bildet die so genannte *tertiary care* Versorgung. Hierunter fällt die Behandlung von Erkrankungen wie z.B. Krebs oder Hämophilie, die eine spezielle, meist sehr teure Versorgung erfordern. In Wales ist *Health Commission Wales* eine extra dafür eingerichtete Organisation, die an überregionalen Zentren (meist Universitätskliniken) diese Behandlungen anbietet. Als Einkäufer schließen sich mehrere regionale Gesundheitsbehörden (LHBs) zusammen.

sind. Bis zur Einführung des internen Marktes waren somit Anbieter und Nachfrager von Gesundheitsdienstleistungen behördliche Institutionen, die vor allem dem Budget und nicht der individuellen Nachfrage verpflichtet waren. In der Folge kam es immer wieder zu Unterversorgungen, Ineffizienz und mangelnder Leistungsqualität. Auch der NHS unterlag deshalb seit seiner Gründung 1948 zahlreichen Reformen, die vor allem dem Kostendruck und mangelnder Patientenzufriedenheit geschuldet waren. Die radikalste Umstrukturierung erfolgte mit Einführung des Internen Marktes (*internal market*) und dem damit verbundenen *purchaser-provider-split* 1991. Die Lokalen Gesundheitsbehörden bekamen den Status der Bevollmächtigten (*commissioners*) bzw. Einkäufer (*purchasers*) von Gesundheitsleistungen und sind nun als eigenständige Organisationen für die Befriedigung der gesundheitlichen Bedürfnisse ihrer zugeordneten Bezirke zuständig. Im Zuge dessen wurden sie in *Primary Care Trusts (PCTs)* umbenannt. Auch die vormals öffentlichen Krankenhäuser sind jetzt organisatorisch unabhängige so genannte *NHS-Trusts* und haben damit die Rolle des Anbieters (*providers* oder *sellers*) von Leistungen der Sekundärversorgung. Damit entfiel ihr jährliches, festes Budget und sie müssen jetzt mit anderen Anbietern auf einem Quasi-Markt um die von den *PCTs* ausgeschriebenen Leistungspakete in den Wettbewerb treten. Ziel ist es, dass die Sekundärversorgung sowohl effizient als auch durch die Nachfrage gesteuert erbracht wird. *PCTs* sollen individuelle, dem Gesundheitszustand ihrer lokalen Bevölkerung entsprechende Anforderungen (*needs assessment*) formulieren, die dann vom ausgewählten Leistungserbringer erbracht werden. Das *Department of Health* gibt die Rahmenbedingungen vor und überwacht die Einhaltung ihrer politischen Vorgaben (z.B. Servicestandards und Qualitätsrichtlinien) durch regionale *Statutory Health Authorities (SHAs)*. Das Prinzip des Internen Marktes ist immer wieder Mittelpunkt von Reformen geworden. Seit dem Jahr 2000 gewinnen zunehmend auch private Anbieter auf dem englischen Markt an Bedeutung. Hatte der *purchaser-provider-split* anfänglich nur zur Folge, dass sich der Wettbewerb vornehmlich zwischen mehr oder weniger eigenständigen öffentlichen Einrichtungen abspielte, drängen nun auch private Anbieter auf den Markt, die ihre Leistungen nicht auf Grundlage politischer Rechenschaft gegenüber dem Gesundheitsministerium erbringen, sondern aufgrund von zivilrechtlichen Verträgen. Für das Gesundheitssystem an sich bedeutet dies, dass

es zwar immer noch ein staatlich finanziertes System ist, der Staat als Anbieter von Leistungen jedoch mehr und mehr in den Hintergrund rückt. Vor allem die so genannten *Private Public Partnerships (PPPs)* gewinnen an Bedeutung. Dabei handelt es sich vereinfacht um die Übernahme von staatlichen Versorgungsaufträgen durch private Anbieter, die damit die öffentliche Hand entlasten, da sie auf eigenes Risiko im Rahmen unterschiedlicher Vertragsmodelle die eigentlich in öffentlicher Verantwortung liegende Versorgung übernehmen.

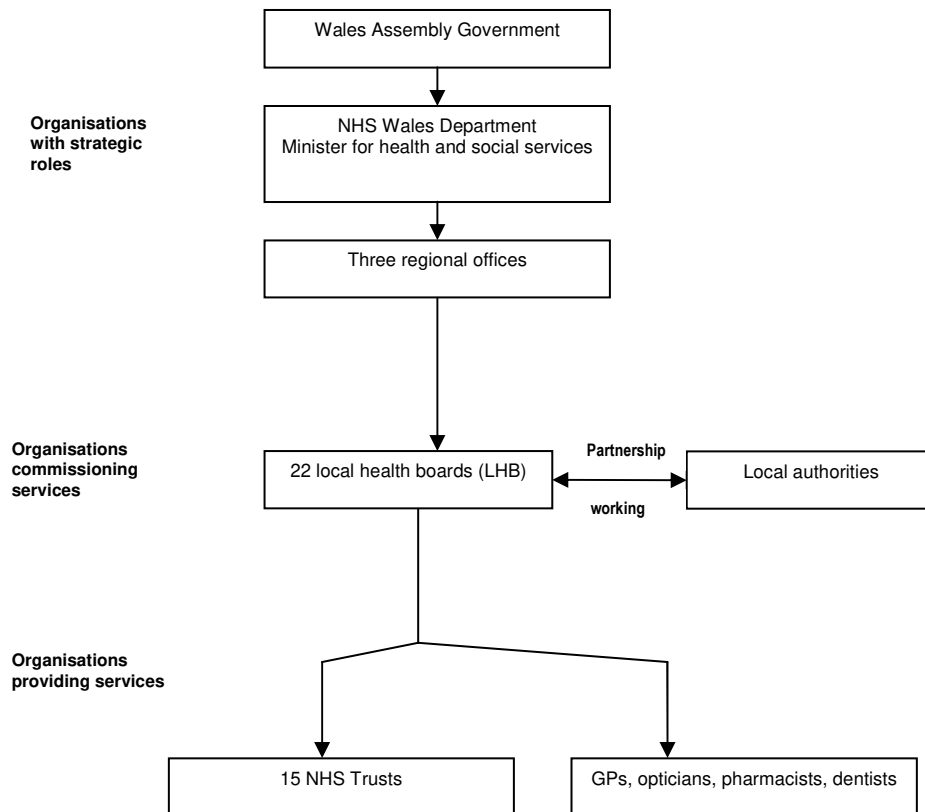
3.2.2 Der NHS in Wales

Wie bereits in Kapitel 1.2 kurz erläutert, entwickeln sich Wales, Schottland und Nordirland im Rahmen des seit 1998 andauernden Dezentralisierungsprozesses zunehmend in eine andere Richtung als England. Mit der Übertragung bestimmter Rechte zur Gesetzgebung an die lokalen Parlamente ist vor allem der Gesundheitsbereich im Fokus der lokalen Politik. In der Folge entwickelt sich in allen vier Staaten eine individuelle Form des NHS mit unterschiedlichen Schwerpunkten. Für Wales bedeutet die Übertragung von administrativer Unabhängigkeit, dass seit 1999 alle vier Jahre ein *Welsh Assembly Government (WAG)* gewählt wird, das mit rund 60 Mitgliedern zwar keine finanzielle und primäre gesetzgebende Unabhängigkeit von Westminster hat, jedoch im Bereich der untergeordneten Gesetzgebung richtungweisende Veränderungen in den Gebieten Gesundheit, Bildung und Soziales vornehmen kann. Wales ist ein Land mit rund 3 Millionen Einwohnern, von denen sich zwei Drittel der Bevölkerung auf den Süden des Landes verteilen. Noch immer trägt es schwer an seiner Geschichte, die vom Bergbau und großer Arbeitslosigkeit geprägt ist. Viele Menschen leben einen ungesunden Lebensstil in sozialen und wirtschaftlichen Verhältnissen, welche für die Gesundheit des Einzelnen nicht förderlich sind.⁵⁴ Die daraus resultierende gesundheitliche Benachteiligung begründet den Fokus des walisischen NHS auf die klassischen Public Health Felder Prävention und Gesundheitsförderung. Mit Veröffentlichung der Regierungsstrategie *Designed for Life 2005* wurde klar, dass Wales nicht auf den internen Markt, sondern auf partnerschaftliche Zusammenarbeit von Gesundheits- und Sozialbehörden, Patientenmitbestimmung und den präventiven Einfluss von Public Health setzt.

⁵⁴ Vgl. *Wanless: The Review of Health and Social Care in Wales, 2003*

[...] by 2011 the long-term benefit of investing in partnership, in engagement with the public, and in policy led by public health and wellbeing will result in better health for the people in Wales.⁵⁵

Die äußere Struktur des NHS in England und Wales ist sehr ähnlich. Die Aufgaben und Verantwortlichkeiten sowie die politischen Strategien unterscheiden sich jedoch innerhalb der Institutionen.



Quelle: Talbot-Smith/Pollock, The New NHS, 2007

Tabelle 5: Die Struktur des NHS Wales

Analog zu den *PCTs* in England wurden 2003 in Wales 22 *Local Health Boards (LHBs)* errichtet, die entlang der gleichen geographischen Grenzen wie die regionalen Behörden (*local authorities*) für die gesundheitliche Versorgung dieser Bevölkerungsgruppe zuständig sind. *LHBs* ermitteln den Versorgungsbedarf in ihrer Region und planen in Absprache mit den *local authorities*, welche Angebote erbracht werden sollen. Ziel ist es, den NHS vor allem mit den sozialen Diensten zu vernetzen und *primary und secondary care* entsprechend den regionalen

⁵⁵ *Welsh Assembly Government: Designed for life, 2005*

Bedürfnissen bei lokalen Anbietern (*GPs, NHS-Trusts*) „einzukaufen“. Doch während England auf Marktstrukturen, private Anbieter und Steuerung durch mehr Wahlmöglichkeiten für Patienten setzt, lehnt Wales Profitstreben und privaten Wettbewerb konsequent ab. Die Patienten sollen nicht durch mehr Wahlmöglichkeiten an der Gestaltung des Systems beteiligt werden, sondern durch eine stärkere Einbindung in die Planung der Strukturen durch öffentliche Diskussionen. Patientenverbände (*Community Health Councils*) und gewählte Patientenvertreter im Vorstand der *Local Health Boards* sollen dafür sorgen, dass die Stimme der Bevölkerung Gewicht bekommt. Wales leidet, genau wie England, unter der starken Fixierung des Systems auf teure stationäre Versorgungsangebote, da die ambulanten Alternativen oftmals fehlen. Ins Zentrum der Politik rücken deshalb Bemühungen, *GPs*, lokale Gemeindeangebote und von Krankenschwestern geleitete Versorgungszentren (*walk-in-centres*) verstärkt zu nutzen, um Patienten schneller und kostengünstiger zu versorgen. Dabei stehen die niedergelassenen Allgemeinärzte im Konflikt mit den angestellten Spezialisten im Krankenhaus, denn die *NHS-Trusts* als deren Arbeitgeber sehen nur ungern, wie zunehmend Leistungen aus dem stationären in den ambulanten Bereich abwandern und ihnen damit die Einnahmequellen verloren gehen. Andererseits wollen auch die niedergelassenen Ärzte für zusätzlich übernommene Aufgaben angemessen entlohnt werden, was für die *LHBs* bedeutet, dass sie sich verstärkt darum bemühen, eigene lokale Polikliniken zu eröffnen, in denen Ärzte als Angestellte tätig sind. Aufgrund des herrschenden Ärztemangels in Großbritannien und der starken Vormachtsstellung der ärztlichen Standesvertreter ist dieser Lösungsweg nur begrenzt erfolgreich. Noch während der Entstehung dieser Arbeit kündigte die Gesundheitsministerin von Wales, Edwina Hart, eine erneute Reform des Walisischen NHS an.⁵⁶ Im Zuge dessen wird der *purchaser-provider split* aufgegeben und bis Oktober 2009 werden die bislang 22 *LHBs* auf sieben verringert. Diese bilden dann gemeinsam mit jeweils einem *NHS-Trust* eine organisatorische Einheit. Jede dieser sieben Einheiten wird zuständig sein für mehrere *local authorities*, was das Problem birgt, dass unterschiedliche lokale Bedürfnisse erfüllt werden müssen. Dadurch, dass *NHS-Trusts* vor allem

⁵⁶ Vgl. zur aktuellen Reform des NHS Wales:

<http://wales.gov.uk/publications/accessinfo/drnewhomepage/healthdrs/Healthdrs2009/lhbregs09/?ng=en> Letzter Zugriff: 04.06.2009

stationäre Leistungen anbieten (obwohl sie auch für *community care* in Form von Gemeindeschwestern, Physiotherapeuten oder Diätassistenten zuständig sind), wird sich zeigen müssen, ob der Leitgedanke, mehr ambulante Versorgung und Prävention anzubieten, gegen eventuell konträre Eigeninteressen innerhalb der Organisationen überhaupt umsetzbar ist. Patientenvertreter und die traditionell an der Basis tätigen Wohltätigkeitsorganisationen (*charity organisations*) werden ihre Rollen neu überdenken und durch vermehrte politische Aktivität stärker als konstruktiver Gegenspieler zu den *NHS-Trust* gestalterische Alternativen im ambulanten Bereich anbieten müssen.

Fazit: Im Zuge der Übereignung politischer Verantwortung an die regionalen Parlamente in Nordirland, Schottland und Wales haben sich in Großbritannien vier individuelle Varianten des Nationalen Gesundheitsdienstes mit unterschiedlichen Schwerpunkten herausgebildet. Während England auf ein Modell mit Wettbewerbsstrukturen zwischen privaten und staatlichen Anbietern in einem durch politische Vorgaben regulierten Markt setzt, konzentriert sich Wales auf lokale Kooperationen zwischen öffentlichen Einrichtungen, die durch regionale Verbundenheit eine qualitativ hochwertige Versorgung für die lokale Bevölkerung ermöglichen sollen. Profit wird nicht in wirtschaftlichem Sinne verstanden, sondern auf der Basis von gesellschaftlicher Verantwortung für ein gemeinsames Versorgungssystem, das nur dann erfolgreich sein kann, wenn sich alle in seine Gestaltung aktiv einbringen. Der NHS als steuerfinanziertes System hat trotz Wartelisten und teilweise offener Rationierungen eine tiefe Verwurzelung in der britischen Gesellschaft und damit einen Vorteil gegenüber dem deutschen System, wo sicher nur wenige sagen würden, dass das Gesundheitswesen den Menschen gehört.⁵⁷

3.3 Das deutsche Gesundheitssystem

Die Wurzeln des deutschen Gesundheitssystems lassen sich bis ins Mittelalter zurückverfolgen. Noch heute gültige Strukturen haben ihre Grundlage in der mittelalterlichen Gesellschaft und ihren Überzeugungen. Dazu gehört zum einen die zumeist von Kirchen oder Wohlfahrtsverbänden auf Spendenbasis finanzierte medizinische Versorgung in Krankenhäusern. Die unter dem Begriff „freigemeinnützige Träger“ zusammengefassten Versorgungseinrichtungen sind

⁵⁷ Vgl. *Van der Schee et al.*: Public trust in health care, 2007

auch heute noch ein wichtiger Bestandteil der deutschen Krankenhauslandschaft. Daneben entwickelten sich im 13. und 14. Jahrhundert die Städte als öffentliche Träger von Krankenhäusern, da sie mit zunehmender politischer Eigenständigkeit auch für die gesundheitliche Versorgung der Bevölkerung zuständig wurden. Ebenfalls prägend für das deutsche System waren die Gilden und Zünfte, aus deren Strukturen heraus sich später die gesetzliche Krankenversicherung entwickelte. Die so zusammengeschlossenen Handwerker und Kaufleute sicherten sich gegenseitige Unterstützung zu, was auch für den Fall von Krankheit oder Pflegebedürftigkeit galt. Mit den eingezahlten Beiträgen wurde so z.B. eine bestimmte Anzahl an Betten in Spitälern für die Behandlung der Mitglieder eingekauft. Aber auch Familienangehörige waren abgesichert und konnten sich im Fall von Krankheit auf eine medizinische Versorgung verlassen. Die soziale Sicherung im Krankheitsfall fußte jedoch nicht nur auf den Beiträgen der Arbeitnehmer, sondern schon frühzeitig auf der Überzeugung, dass auch Arbeitgeber eine Verantwortung für die Gesundheit ihrer Arbeiter hatten. Umfasste dies anfangs die Gewährung von Unterkunft und Verpflegung für ihre Mitarbeiter, entwickelte es sich im Laufe der Zeit zu einer rechtlich begründeten Zuschusspflicht des Arbeitgebers zur Krankenversicherung. Auf Basis der verschiedenartigen Zünfte entstanden im 19. Jahrhundert unterschiedliche Hilfskassen, die im Rahmen der Selbstverwaltung die gesundheitliche Versorgung ihrer Mitglieder organisierten. Das Prinzip der Selbstverwaltung ist ein bis heute geltendes wichtiges Merkmal des deutschen Gesundheitssystems. Die daraus resultierenden Grundlagen der gesetzlichen Krankenversicherung lassen sich wie folgt zusammenfassen:

- Anbindung an ein Arbeitsverhältnis
- Versicherungspflicht
- Beitragsfinanzierung
- Solidarausgleich (Die Beiträge richteten sich entweder nach dem Einkommen oder waren für alle Mitglieder gleich hoch. Das Krankheitsrisiko galt als nicht relevant)
- Familienversicherung
- Selbstverwaltung⁵⁸

⁵⁸ Vgl. *Simon*: Das Gesundheitssystem in Deutschland, S. 20, 2008

Boten die Hilfskassen zwar eine gewisse soziale Absicherung im Krankheitsfall, so konnten sie doch nicht verhindern, dass schwere und langandauernde Krankheiten noch immer zu Verarmung führten. Außerdem waren aufgrund der zunehmenden Industrialisierung in der ersten Hälfte des 19. Jahrhunderts nur Teile der arbeitenden Bevölkerung auch tatsächlich versichert. Es kam vermehrt zu Auseinandersetzungen zwischen der Arbeiterbewegung und den herrschenden Eliten. Die sich immer stärker entwickelnde Sozialdemokratie wurde zur politischen Kraft, die sich der Unterstützung der Arbeiter sicher sein konnte. Um diese zu schwächen verabschiedete daraufhin zwischen 1883 und 1889 der Reichstag unter Reichskanzler Otto von Bismarck das noch heute bestehende System der sozialen Sicherung, welches „das Gesetz betreffend die Krankenversicherung der Arbeiter“ (1883), „das Unfallversicherungsgesetz“ (1884) sowie „das Gesetz betreffend die Invaliditäts- und Alterssicherung“ (1889) umfasste. Im Zentrum der Entstehung der sozialen Sicherung in Deutschland stand also nicht die gesellschaftliche Demokratisierung, sondern vielmehr die Bekämpfung der Sozialdemokratie und die Sicherung der Machtansprüche der herrschenden Eliten.⁵⁹ Dennoch war das deutsche Reich der erste Staat, der ein derartiges System einführte und bis heute ist die Bismarck'sche Sozialversicherung Vorbild für soziale Sicherungssysteme in der ganzen Welt. In Deutschland stieg der Anteil der gesetzlich Krankenversicherten von gut 10 Prozent 1885⁶⁰ auf rund 85 Prozent im Jahr 2008.⁶¹ Auch das als Sachleistungen erbrachte Leistungsspektrum hat sich in den Jahren erweitert und bedeutet heute für die Versicherten einen umfassenden Rechtsanspruch auf alle Maßnahmen, die zur Krankenbehandlung medizinisch notwendig und im Rahmen des Wirtschaftlichkeitsgebotes angemessen sind. So entwickelte sich in Deutschland ein Beziehungsdreieck zwischen gesetzlichen Krankenkassen als Körperschaften des öffentlichen Rechts, den Versicherten und den Leistungserbringern (z.B. Ärzte und Krankenhäuser), die zumeist über Kollektivverträge mit den Kassen verbunden sind. Der Staat reguliert durch die im SGB V festgelegten gesetzlichen Rahmenbedingungen und überlässt die individuelle Ausgestaltung den

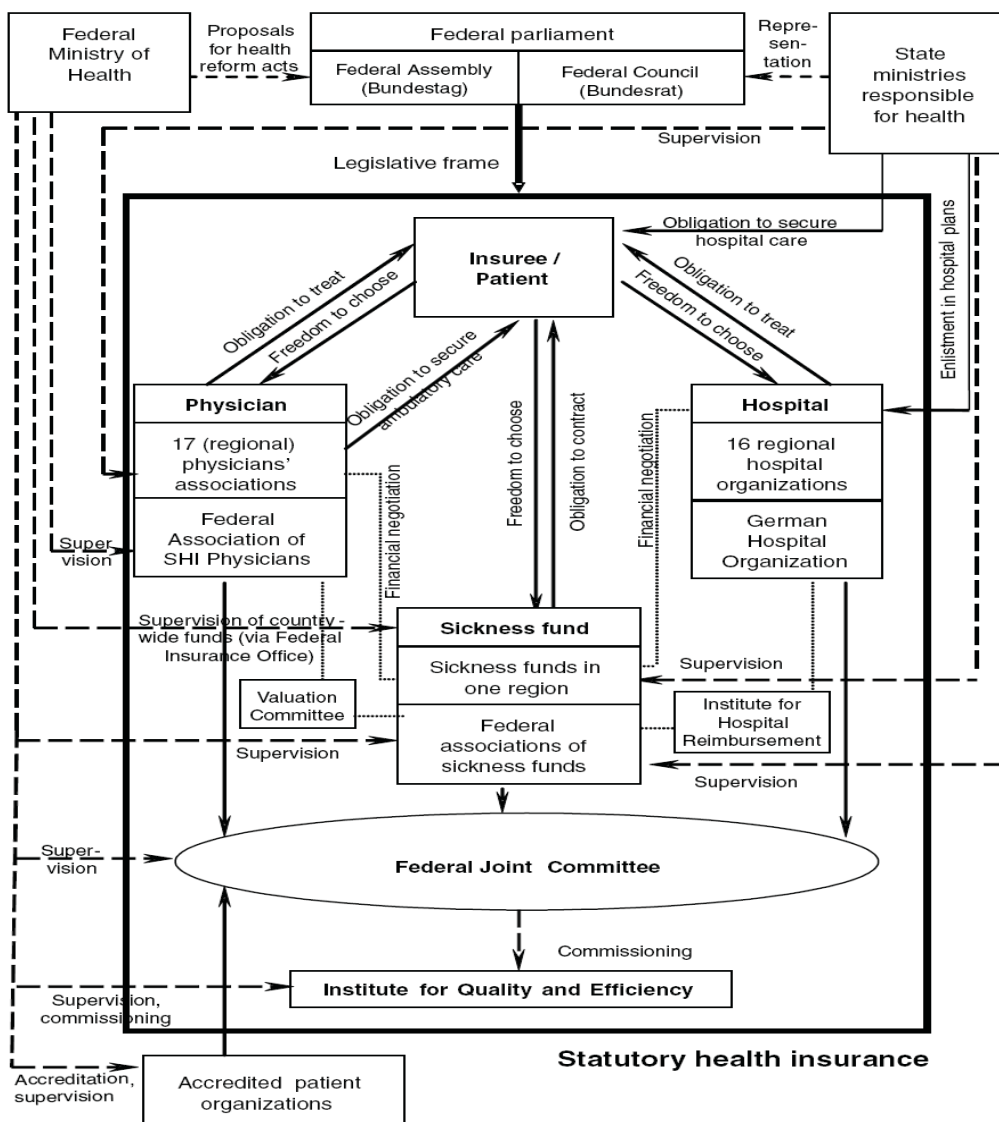
⁵⁹ Vgl. *Rosenbrock/Gerlinger: Gesundheitspolitik*, S. 34-35, 2006

⁶⁰ Vgl. ebd., S. 35

⁶¹ Bundesministerium für Gesundheit: Kennzahlen und Faustformeln.

http://www.bmg.bund.de/nn_1193098/DE/Gesundheit/Statistiken/Kennzahlen-und-Fausformeln/kennzahlen-und-fausformeln.html Letzter Zugriff 06.06.2009

Organisationen der Selbstverwaltung. Prägende Merkmale sind daneben die freie Arztwahl für den Patienten inklusive freiem Zugang zu niedergelassenen Fachärzten, die große Anzahl an Akteuren, die, häufig geleitet von Partialinteressen ihrer Mitglieder, untereinander in einem oftmals unübersichtlichen Beziehungsgeflecht stehen sowie das Nebeneinander von privater und gesetzlicher Krankenversicherung mit der Möglichkeit für Bezieher von Einkommen oberhalb einer festgelegten Versicherungspflichtgrenze, sich rein privat zu versichern.



Quelle: Busse/Riesberg: Health Care in Transition – Germany, 2004

Tabelle 6: Hauptakteure des deutschen Gesundheitssystems

Auch das deutsche Gesundheitssystem steht unter permanentem Reformdruck aufgrund von Ausgabensteigerungen, die einer verminderten Einnahmehbasis

gegenüber stehen. Die Diskussion um eine Loslösung vom Prinzip der an die Löhne gekoppelten prozentualen Beitragsfinanzierung hin zu einer alle Einkommensarten und alle Bürger umfassenden Finanzierung, mündete in die Gesundheitsreform von 2006 und die Einführung des Gesundheitsfonds. Seit Januar 2009 zahlen alle gesetzlich Krankenversicherten einen einheitlichen Beitragssatz von derzeit 15,5 % und sollen so die Kassen zu mehr Wettbewerb durch Leistung anstelle von Beitragssatzunterschieden bewegen. Über den so genannten morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich (Morbi-RSA) erhalten die Kassen entsprechend der Krankheitslast ihrer Versicherten eine festgelegte Summe aus dem Gesundheitsfond und müssen damit die Versorgung gewährleisten. Kassen, die mit dem Geld aus dem Fond nicht auskommen, können auf Antrag einen Zusatzbeitrag in Höhe von maximal 1% des Versicherteneinkommens erheben. Zusätzlich zu den Beitragseinnahmen aus Beschäftigungsverhältnissen erhält der Fond einen festen Steuerzuschuss, über den z.B. die Versorgung von Kindern als gesamtgesellschaftliche Aufgabe finanziert wird.

Fazit: Das deutsche Gesundheitswesen ist gekennzeichnet durch eine Koexistenz von korporatistischen und wettbewerblichen Steuerungsmechanismen.⁶² Der Staat zeigt seine öffentlich-rechtliche Verantwortung für eine umfassende medizinische Versorgung der Bevölkerung durch strikte Regelungen des Leistungskataloges im Rahmen des SGB V. Wettbewerb beschränkt sich somit auf das Verhältnis zwischen Kassen und Leistungserbringern, die nicht in erster Linie über die Art und Qualität, sondern über die Finanzierung der Versorgung verhandeln. Zunehmend geschieht dies im Rahmen von Einzelverträgen (z.B. Hausarztverträge, integrierte Versorgungsverträge) und verringert damit die Vormachtstellung von ehemals starken Systemsteuerungsakteuren wie z.B. den Kassenärztlichen Vereinigungen (KV). Die Regulierung der Ausgaben für Leistungserbringer über gedeckelte Budgets und Volumenpakete veranlasst die Anbieter vermehrt zur Privatisierung von Behandlungskosten. Zunehmend werden Leistungen privat mit den Patienten abgerechnet. Bestimmte Teile wurden aus dem Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung herausgelöst und müssen nun über private Zusatzversicherungen abgedeckt werden (z.B.

⁶² Vgl. *Borgetto/Kälble*: Medizinsoziologie, S. 175-176, 2007

Kostenübernahmen für Brillen und Mehrbedarfe beim Zahnersatz). Auch der Patient soll durch finanzielle Anreize wie Hausarztmodelle, Praxisgebühr und Kostenerstattungstarife zu verantwortlicher Nutzung der Versorgungsangebote veranlasst werden. Meist bleibt in Deutschland die Diskussion über die gesundheitliche Versorgung auf Fragen der Akutmedizin und unterschiedliche Finanzierungsmodelle beschränkt.⁶³ Qualitätsdebatten und ein verstärkt die Prävention umfassender Public Health Ansatz sind eher die Ausnahme.⁶⁴

3.4 Die Verzahnung des Gesundheitssystems mit dem Fürsorgesystem

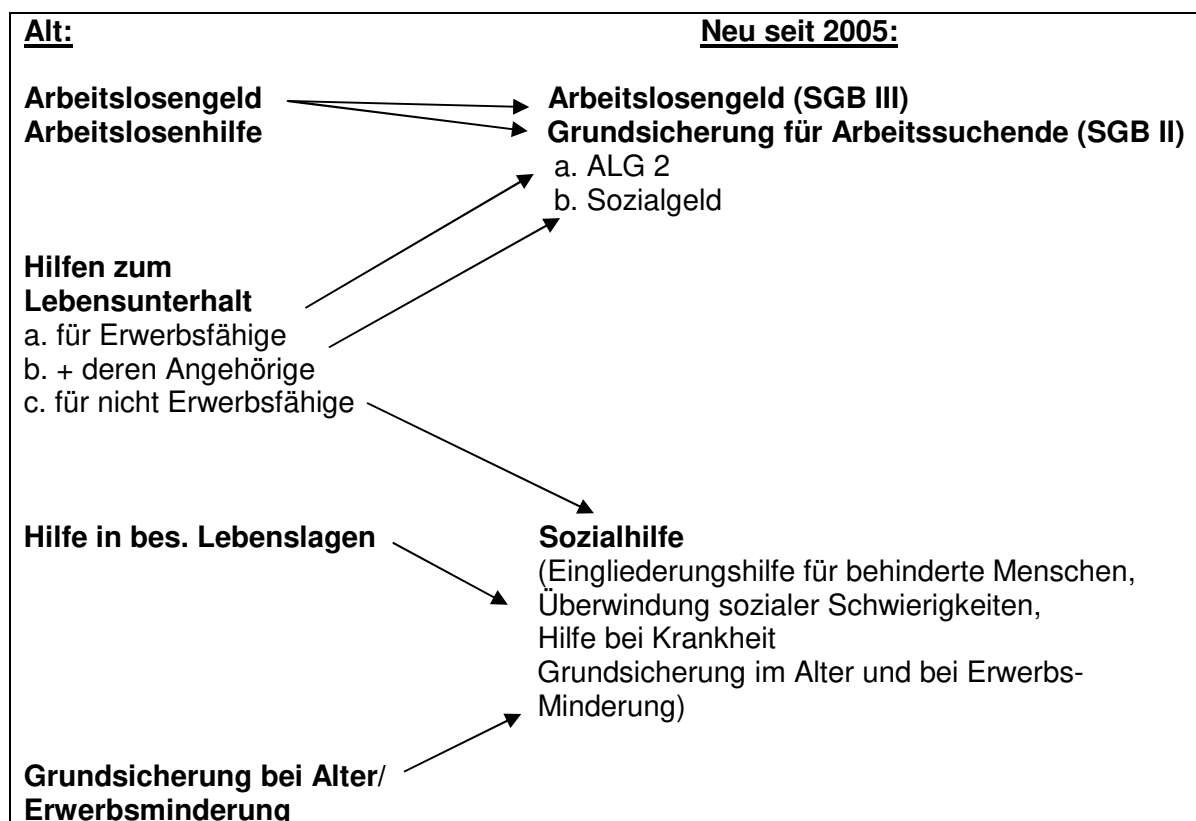
Vor allem in Deutschland lässt sich die gesundheitliche Versorgung Obdachloser nicht losgelöst vom Fürsorgesystem betrachten. Durch den Bezug staatlicher Transferleistungen werden der Versichertenstatus der Betroffenen und damit ihr Zugang zur medizinischen Versorgung direkt geregelt. 2003 wurde das Sozialhilferecht grundlegend reformiert und das ehemalige Bundessozialhilfegesetz (BSHG) als zwölftes Buch in die Sozialgesetzgebung (SGB XII) integriert. Durch die Zusammenlegung von Arbeitslosen- und Sozialhilfe für Erwerbsfähige zur neuen Leistung Arbeitslosengeld II (ALG II) im Rahmen des als Hartz-IV bezeichneten Gesetzgebungsverfahrens entstand das Sozialgesetzbuch II (SGB II). Dies regelt die Grundsicherung für Arbeitssuchende.⁶⁵ Der Kreis der Anspruchsberechtigten für Sozialhilfe, d.h. für Hilfen zum Lebensunterhalt nach den §§ 27-40 SGB XII, hat sich damit stark verringert, da jetzt nur noch Erwerbsunfähige auf Zeit einen Anspruch haben. Dauerhaft Erwerbsgeminderte (also Personen, die dauerhaft weniger als 3 Stunden am Tag arbeiten können) und Menschen über 65 erhalten Grundsicherung nach Kapitel 4 des SGB XII. Während sich also die Sozialhilfe auf die Grundsicherung für nicht Erwerbsfähige beschränkt, steht beim neuen SGB II

⁶³ Vgl. Dahlkamp et al.: Kollektiv verantwortungslos, 2006

⁶⁴ Auch im zweiten Anlauf scheiterte im März 2008 der Regierungsversuch, ein deutschlandweites Präventionsgesetz einzuführen. Geplant war es, kassenübergreifende Projekte zur Gesundheitsförderung nach bundeseinheitlichen Vorgaben aus einem gemeinsamen Topf der Kranken-, Renten-, Unfall- und Pflegekassen sowie der privaten Krankenversicherungen zu finanzieren. Im Streit über die Organisation und Finanzierung wurde das Projekt nach langen Diskussionen erneut vorerst auf Eis gelegt.

⁶⁵ Im allgemeinen Sprachgebrauch hat sich für das Arbeitslosengeld II die Bezeichnung „HARTZ IV“ durchgesetzt, obwohl darunter eigentlich nur das Gesetzgebungsverfahren fällt, unter dem das ALG II in Deutschland eingeführt wurde.

das Motto „Fördern und Fordern“ im Mittelpunkt mit dem Ziel, alle erwerbsfähigen Bezieher dieser Hilfeleistung wieder in den Arbeitsmarkt zu integrieren. Es sieht vor, dass in der Regel die Bundesagentur für Arbeit und die kommunalen Träger (meist kreisfreie Städte und Landkreise) in Arbeitsgemeinschaften (ARGE) bei der Eingliederung und der Erbringung der Geldleistung zusammenarbeiten. Der Bezieher von ALG II steht damit in der Pflicht, jeder Arbeitsgelegenheit nachzugehen, die seine Hilfebedürftigkeit verringert bzw. beendet. Weist er nicht regelmäßig seine Bemühungen um eine Beschäftigung nach, drohen Sanktionen, die bis zur vollständigen Streichung der Leistungen führen können. Als Referenzwert für die Höhe der bundeseinheitlichen Regelsätze des ALG II gilt der Sozialhilfesatz. Zusätzliche Leistungen richten sich nach der Bedürftigkeit des Antragstellers und können als Mehrbedarfe beantragt werden. Die wesentlichen Veränderungen seit 2005 lassen sich folgendermaßen darstellen:



Quelle: Lutz/Simon: Lehrbuch der Wohnungslosenhilfe, 2007

Tabelle 7: Schematische Darstellung der gesetzlichen Änderungen seit 2005

Für die Frage, ob ein Anspruch auf Arbeitslosengeld II oder Sozialhilfe besteht, ist die Erwerbsfähigkeit entscheidend. Für die Gruppe der Obdachlosen sind zusätzlich die „weitergehenden Hilfen in besonderen sozialen Schwierigkeiten“ (§§

67 ff. SGB XII) von Bedeutung. Egal, ob sie nun Leistungen als ALG II oder Sozialhilfe beziehen, ist es den Sozialhilfeträgern dadurch möglich, individuell auf zusätzliche Bedarfe der Gruppe der Betroffenen einzugehen. Während Leistungen nach SGB II grundsätzlich antragspflichtig sind, können Leistungen nach SGB XII und somit auch die erweiterten Hilfen ohne weiteren Antrag ausgelöst werden, sobald sie dem Sozialhilfeträger bekannt sind. Erschwerend wirkt sich jedoch aus, dass zwischen beiden Systemen kein Rangverhältnis besteht und somit nicht eindeutig geklärt ist, wer zu welchem Zeitpunkt zuständig ist und über den angemessenen Hilfebedarf entscheidet.⁶⁶ War früher der örtliche Sozialhilfeträger Ansprechpartner für alle Fragen, ist es jetzt ein komplexes System aus ARGE, Sozialamt und Beratungsstellen. Diese Komplexität an zuständigen Stellen sowie die möglichen Hilfeleistungen überfordern damit nicht nur die Betroffenen.

Die Art der staatlichen Transferleistung ist für Obdachlose entscheidend, da sie ihren Zugang zur gesundheitlichen Versorgung regelt. Betroffene, die ALG II beziehen, sind automatisch gesetzlich krankenversichert und haben über ihre Krankenversichertenkarte Zugang zum Versorgungssystem. Zum Ausgleich erhalten die Krankenkassen dafür pro ALG-II-Versichertem aus Steuermitteln finanzierte Pauschalen. Für Bezieher von Sozialhilfe dagegen ist die Bezugsdauer entscheidend für ihren Versichertenstatus. Wer mindestens einen Monat ununterbrochen Hilfen zum Lebensunterhalt gemäß SGB XII bekommt, ist krankenversichert und wird vom zuständigen Sozialhilfeträger bei einer frei wählbaren Krankenkasse angemeldet. Im Gegenzug erhält der Obdachlose eine Krankenversichertenkarte und ist nun leistungsrechtlich in vollem Umfang den GKV-Versicherten gleichgestellt. Die Abrechnung zwischen Krankenkasse und Sozialhilfeträger erfolgt allerdings nicht wie beim ALG II über Pauschalen, sondern es werden vierteljährlich die tatsächlichen Aufwendungen plus eines Verwaltungskostenzuschlags von 5% vom zuständigen Sozialhilfeträger an die jeweilige Krankenkasse abgeführt.⁶⁷ Obdachlose, die nicht ununterbrochen mindestens einen Monat lang Leistungen der Hilfe zum Lebensunterhalt beziehen, müssen sich auch weiterhin eine Kostenübernahmebescheinigung von ihrem zuständigen Sozialamt besorgen, bevor sie sich in ärztliche Behandlung begeben.

⁶⁶ Vgl. Lutz/Simon: Lehrbuch der Wohnungslosenhilfe, S. 79-83, 2007

⁶⁷ Vgl. § 264, Abs. 7 SGB V

Der Arzt rechnet die Behandlung meist entweder direkt mit dem Sozialhilfeträger ab, oder über die zuständige Kassenärztliche Vereinigung, die einen Vertrag mit dem örtlichen Sozialamt geschlossen hat. Dieses kommt dann für die tatsächlich entstandenen Kosten auf.⁶⁸ Der Vorteil für den Arzt liegt darin, dass die Behandlung nicht Teil seines Gesamtbudgets ist und somit keiner Deckelung unterliegt.

In England und Wales hat der Bezug von staatlichen Transferleistungen (*benefits*) keinerlei Auswirkungen auf den Zugang zum Gesundheitssystem, da hier für alle das Prinzip „*free at the point of use*“ gilt. In England entfällt jedoch die Verpflichtung zur Zuzahlung bei Medikamenten für Bezieher von bestimmten Sozialleistungen wie z.B. Arbeitslosengeld. In Wales sind seit April 2007 grundsätzlich keine Medikamentenzuzahlungen mehr zu leisten.

Fazit: Entsprechend dem Fürsorgeprinzip haben Obdachlose in Deutschland Anspruch auf Leistungen der Sozialhilfe, jedoch nur nach vorheriger Prüfung auf Bedürftigkeit. Es besteht ein Anspruch „dem Grunde nach“, nicht aber auf Art und Höhe der Leistung. Leistungen nach dem Fürsorgeprinzip sind das „letzte Netz“ der sozialen Sicherung, das erst dann greift, wenn alle anderen Sicherungssysteme nicht mehr zuständig sind und dem Betroffenen ohne Hilfe Anderer kein menschenwürdiges Leben möglich ist (Subsidiaritätsprinzip). Leistungen des Gesundheitssystems beruhen dagegen auf dem Versicherungsprinzip, wonach die Teilnehmer durch Beitragszahlungen einen Rechtsanspruch auf Leistungen in einer bestimmten Art und Höhe haben. Die Beitragshöhe ist bei gesetzlichen Krankenversicherungen unabhängig vom persönlichen Risiko und entsprechend dem Solidarprinzip erhalten alle die gleiche Leistung, unabhängig von der Höhe der geleisteten Beiträge. Bei der Versorgung Obdachloser im Gesundheitssystem greifen beide Prinzipien, denn obwohl sie meist keine Beitragsleistungen über ein Beschäftigungsverhältnis erbracht haben, sind sie aufgrund des Tatbestandes der Erwerbsfähigkeit über das ALG II dem Kreis der Anspruchsberechtigten zuzuzählen. Sozialhilfeberechtigte beziehen Leistungen ausschließlich nach dem Fürsorgeprinzip. Trotzdem haben auch sie Zugang zu gesundheitlicher Versorgung ohne vorherige individuelle

⁶⁸ Vgl. *Schmidt-Recla*: Rechtliche Probleme bei der ärztlichen Versorgung obdachloser Patienten, 2003

Bedürftigkeitsprüfung, da die für sie erbrachten Gesundheitsleistungen direkt mit dem Sozialhilfeträger abgerechnet werden. Das Versicherungsprinzip greift hier genau genommen also nicht. Die Betroffenen werden durch die Verquickung des Bezugs von Sozialhilfe, ALG II und den daraus resultierenden Zugangsmöglichkeiten zu Gesundheitsleistungen zu Versorgungsberechtigten zweier Klassen. Während ALG II und Sozialhilfebezieher mit einer Versichertenkarte ausgestattet den „normalen“ GKV-Versicherten gleichgestellt sind, sind die unregelmäßigen Bezieher von Sozialleistungen durch Vorlage des Krankenscheins beim Arzt deutlich als Sozialhilfeempfänger erkennbar. Die unklare Zuständigkeit der einzelnen Behörden (ARGE, Sozialamt) sowie die Fokussierung der Leistungen auf den Tatbestand der Erwerbsfähigkeit und dessen regelmäßige Nachweispflicht, machen es für die Gruppe der Obdachlosen in ihrer komplexen Lebenslage zusätzlich schwierig, den behördlichen Strukturen und Vorgaben zu folgen und somit überhaupt Zugang zu Sozialleistungen zu erhalten.

In England und Wales ist der Bezug der verschiedenartigen *social benefits* entweder an vorherige Beitragsleistungen im Rahmen der *National Insurance Contributions (non-means-tested benefits)* oder eine Bedürftigkeitsprüfung (*means-tested benefits*) gekoppelt. Jedoch ist im Gegensatz zu Deutschland der Zugang zum Gesundheitssystem frei und damit unabhängig von der Bezugsart sozialer Hilfeleistungen. Dies macht es für die Gruppe der Obdachlosen deutlich einfacher, Zugang zu medizinischer Versorgung zu bekommen. Dennoch gibt es auch hier Hindernisse, die im folgenden Kapitel beschrieben werden.

4. Hindernisse im Zugang zur gesundheitlichen Versorgung für Obdachlose

4.1 Zugangsbarrieren im Ländervergleich

Obdachlose bilden im Gesundheitssystem eine heterogene Zielgruppe mit multiplem Bedarf bei gleichzeitiger hoher Individualität. Obdachlosigkeit ist Ausdruck einer komplexen Lebenssituation, bei der nicht unbedingt die Gesundheit im Vordergrund steht, aber bei der ohne Verbesserung der

gesundheitlichen Situation häufig auch in den anderen Lebensbereichen (z.B. Unterkunft, Arbeit, soziale Kontakte) keine Wiedereingliederung in die Gesellschaft möglich ist. Wohnungslose sind eine Herausforderung für das System an sich und zeigen deutlich die Lücke zwischen dem Anspruch, eine umfassende medizinischen Versorgung für alle zu gewährleisten und der Realität, bei der bestimmte Bevölkerungsgruppen außen vor bleiben.

Die Hindernisse in der gesundheitlichen Versorgung Obdachloser lassen sich grob in zwei Bereiche einteilen: Barrieren von Seiten des Systems (Anbieter) und Barrieren von Seiten der Obdachlosen (Nutzer). Zwischen diesen beiden Bereichen gibt es eine Schnittmenge, denn Systemmerkmale, die auf den ersten Blick keine Hindernisse sind, werden häufig erst durch das Zusammentreffen mit dem Phänomen der Obdachlosigkeit zu einem Problem. Die systemseitigen Hindernisse beginnen mit der Frage nach der Zugangsberechtigung: Wer hat wie die Möglichkeit, in den Bereich der Gesundheitsversorgung zu gelangen? In Deutschland ist dies verknüpft mit dem Versicherungsstatus. In erster Linie gilt: Ohne Versicherung kein Zutritt. Wie aber kommen Obdachlose zu einer Versicherung? Durch die Verknüpfung des Versicherungsprinzips mit dem der Fürsorge, sind, wie im vorangegangenen Kapitel beschrieben, Obdachlose durch den Bezug von Sozialhilfe oder ALG-II auch krankenversichert. D.h., dass es ihnen auf den ersten Blick relativ einfach möglich ist, Zutritt zum Kreis der Versorgungsberechtigten zu bekommen. Bei genauerer Betrachtung fällt jedoch auf, dass, für den Bezug von ALG-II oder Sozialhilfe, bestimmte individuelle Voraussetzungen gegeben sein müssen. Hier kommt es zum eingangs angedeuteten Zusammentreffen zwischen Systemmerkmal und persönlicher Lebenslage, das manchmal in einem Teufelskreis endet. Um ALG-II oder Sozialhilfe beantragen zu können, müssen Nachweise wie feste Meldeadresse, Sozialversicherungsnummer, Abmeldung vom vorherigen Wohnort etc. erbracht werden. Für die Betroffenen sind das bürokratische Hürden, die nicht nur aufgrund ihrer Persönlichkeitsstruktur unüberwindlich erscheinen, sondern auch aus dem schlichten Nicht-Vorhandensein von entsprechenden Papieren resultieren. Dass viele der erforderlichen Unterlagen zusätzlich Geld bei der Beantragung kosten, erschwert den Zugang. Hinzu kommt, dass mit Einführung des ALG-II durch die Jobcenter (ARGE) eine neue Institution ins System eingeführt wurde, deren

Hauptziel die Rückführung in Arbeit ist. Bei Obdachlosen stehen aber nicht die fehlende Arbeitsintegration im Vordergrund, sondern die alle Lebensbereiche umfassenden sozialen Schwierigkeiten. Wenn die Bewilligung des ALG-II von dem Nachweis einer Krankenkassenzugehörigkeit abhängig ist, diese einen aber erst aufnimmt, wenn die Bewilligung über den Bezug von ALG-II nachgewiesen werden kann, dann ist der Teufelskreis perfekt und die Betroffenen verfügen selten über die persönliche Stabilität, sich in eine langwierige Auseinandersetzung mit Behörden zu begeben.⁶⁹ Gleiches gilt für die Frage der Erwerbsfähigkeit, die, solange ungeklärt, auch die Zuständigkeit der Institution (ARGE oder Sozialamt) offen lässt und somit die Betroffenen ohne Versicherungsstatus verbleiben. Ist der Obdachlose am Ende dann in Besitz einer Karte, heißt das noch nicht, dass er damit auch freien und einfachen Zugang zum Gesundheitssystem hat. Es folgt die nächste Hürde in Form der 2004 eingeführten Praxisgebühr von derzeit 10,- Euro, die auch der obdachlose Patient zahlen muss. Vielfach kommt es aber gar nicht erst so weit, da aufgrund des unsicheren Lebens auf der Straße und in Notunterkünften die persönlichen Papiere oft verloren gehen. Auch Obdachlose, die nicht über ALG-II oder Sozialhilfe gesetzlich krankenversichert sind, sondern über den vom Sozialamt bei Bedarf ausgestellten Krankenschein Gesundheitsleistungen beziehen können, müssen zumindest soweit ans System angegliedert sein, als dass sie wissen, welches Sozialamt für sie zuständig ist und wie die behördlichen Abläufe sind, um in den Besitz einer solchen Zugangsberechtigung zu kommen. Da einige der Betroffenen gar nicht mehr über behördliche Einrichtungen erreicht werden, sind sie von der staatlichen gesundheitlichen Versorgung völlig abgeschnitten.

In England und Wales gilt das Prinzip des freien Zugangs zum Gesundheitssystem und damit entfällt die Frage des Versicherungsstatus. Aber auch hier gibt es bürokratische Hürden. Der Allgemeinmediziner (*GP*) als *Gatekeeper* im System regelt den Zugang zu allen weiterführenden Behandlungen und ohne zugeordneten Hausarzt ist den Betroffenen somit keine gesundheitliche Versorgung möglich. Um sich bei einem *GP* registrieren lassen zu können ist eine Adresse erforderlich, die, um den Zugang für die Betroffenen zu erleichtern, aber

⁶⁹ Vgl. HAG: Über die Schwierigkeiten wohnungsloser Menschen, medizinische Angebote in Anspruch zu nehmen, 2007

auch einer sozialen Einrichtung oder Hilfsorganisation zugeordnet sein kann.⁷⁰ Viele *GPs* bestehen jedoch trotzdem auf einer festen Adresse und den Nachweis durch eine Telefonrechnung oder Bankverbindung – beides besitzen Obdachlose meist nicht.⁷¹ In der Folge ist die Wahrscheinlichkeit nicht bei einem Hausarzt eingeschrieben zu sein, bei Obdachlosen um das 40fache höher im Vergleich zur Normalbevölkerung.⁷² Viele Obdachlose wissen nicht um den formalen Ablauf einer *GP-Registrierung* und vermeiden den Aufwand aus Angst vor Bürokratie oder wegen schlechter Erfahrungen mit Behörden. Auch in diesem System, wo offiziell ein freier Zugang für alle gilt, verhindert also das Zusammentreffen von Systemvorgaben mit der Lebenssituation der Obdachlosigkeit einen einfachen Zugang.

Problematisch in beiden Ländern sind die Erreichbarkeit und Öffnungszeiten der Praxen. Obwohl in Deutschland die Pro-Kopf-Dichte der Ärzte mit 3,5 pro 1000 Einwohner höher liegt als in Großbritannien mit 2,5, ist die regionale Verteilung das Entscheidende.⁷³ Ländliche Regionen in Mecklenburg-Vorpommern oder Brandenburg haben eine deutlich geringere Arztdichte als Großstädte wie Hamburg oder München. Sind jedoch weite Strecken zu überwinden, um zu einem Arzt zu gelangen, müssen öffentliche Verkehrsmittel verwendet werden, die wiederum Geld kosten. Vor allem in Wales sind Teile der ehemaligen Bergbauregion im Süden des Landes teilweise sehr schlecht angebunden. Der Zugang zu ärztlicher Versorgung, egal ob Hausarzt oder Krankenhaus, ist hier abhängig von der individuellen Mobilität.⁷⁴

Um eine strukturierte Behandlung zu ermöglichen, erfordert es eine lückenlose Patientendokumentation. In England und Wales scheitert dies häufig daran, dass *GPs* aus Angst vor finanziellen Nachteilen Obdachlose häufig nur als vorübergehende Patienten registrieren, die dann für 3 Monate Anspruch auf Behandlung haben. Problem daran ist, dass keine Patientenakte von vorherigen

⁷⁰ Vgl. *CRISIS: Critical condition – vulnerable single homeless people and access to GPs*, 2002

⁷¹ Vgl. *Homeless Link Cymru: Homeless People's healthcare needs and access to healthcare provision in Wales*, S. 11-12, 2006

⁷² Vgl. *CRISIS: a.a.O.*, S. 8

⁷³ Zahlen erhältlich unter OECD-Health-Data 2008:

http://www.oecd.org/document/16/0,3343,en_2649_34631_2085200_1_1_1_37407,00.html

Letzter Zugriff: 18.06.2009

⁷⁴ Vgl. *Homeless Link Cymru: a.a.O.*, S. 21

Behandlungseinrichtungen angefordert werden kann. Dies ist nur bei einer dauerhaften Anmeldung bei einem Hausarzt möglich.⁷⁵ In Deutschland existiert diese Einschränkung nicht. Da freie Arztwahl besteht und bislang generell selten eine Institutionen übergreifende Dokumentation stattfindet, handelt es sich um ein allgemeines Problem, das alle Patienten betrifft. Für die Gruppe der Obdachlosen besonders ist jedoch, dass sie aufgrund der unsicheren Wohnsituation kaum Arztbriefe, Röntgenbilder oder sonstige Befunde aufbewahren können, um auf Nachfrage Behandlungen nachzuweisen.

In Deutschland sind es vor allem die persönlichen Zuzahlungen, die es den Betroffenen schwer machen, Zugang zu gesundheitlicher Versorgung zu bekommen. Mit der formalen Gleichstellung von Sozialhilfeempfängern mit anderen Krankenversicherten, müssen nun auch Obdachlose nicht nur die quartalsweise fällige Praxisgebühr, sondern ebenfalls die Zuzahlungen bei Medikamenten, Heil- und Hilfsmitteln sowie bei stationärer Krankenbehandlung leisten. Die auf das Sammeln von Zahlungsbelegen beruhenden Befreiungsmöglichkeiten sind für Obdachlose aufgrund ihrer unsicheren Lebensumstände kaum nutzbar, obwohl es auch für sie bedeuten würde, dass sie ab dem Erreichen von 2% (bei chronisch Kranken bereits bei 1%) ihres Jahreseinkommens von jeglichen Zuzahlungen befreit wären. Die weiteren Befreiungsmöglichkeiten wie Disease Management Programme, hausarztzentrierte Versorgungsangebote und integrierte Versorgungsprogramme, die eine Einschreibung sowie eine hohe Patient compliance erfordern, sind ebenfalls im praktischen Alltag Wohnungsloser nicht nutzbar. Mit Inkrafttreten des Gesetzes zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GMG) 2004 wurde zusätzlich die Verordnung und Kostenübernahme von rezeptfreien, apothekenpflichtigen Medikamenten (so genannte *Over-The-Counter*, OTC, Medikamente) durch die Krankenkassen ausgeschlossen. Viele der Mittel, die gerade bei Obdachlosen zu den Standardtherapeutika zählen (z.B. Mittel zur Behandlung bei Parasitenbefall) gehören dazu. Zwar wurde vom Gemeinsamen Bundesausschuss eine Ausnahmeliste beschlossen, diese umfasst aber fast ausschließlich Medikamente zur Behandlung einer schwerwiegenden chronischen

⁷⁵ Vgl. Reuler: Health Care for the Homeless in a National Health Program, 1989

Erkrankung, wenn diese dringend erforderlich sind, um den Erfolg der Therapie nicht zu gefährden.⁷⁶ Dazu gehört z.B. Aspirin, wenn es in der Nachsorge von Herzinfarkt oder Schlaganfällen als Therapeutikum eingesetzt wird. Für die in der Gruppe der Obdachlosen verwendeten Medikamente trifft diese Indikation meist nicht zu, so dass die Mittel privat in der Apotheke gekauft werden müssen. Der Gesetzgeber sieht dabei vor, dass 8% der Regelleistung für die Deckung solcher Mehrausgaben verwendet werden müssen. Nach fast 3 jähriger Verfahrenszeit traf jedoch kürzlich das Sozialgericht Lüneburg eine richtungsweisende Entscheidung mit bundesweiter Bedeutung für die Betroffenen. In einem rechtskräftigen Urteil verpflichtet das Gericht den Sozialleistungsträger unter Anwendung des § 73 SGB XII die Kosten für nichtverschreibungspflichtige Medikamente und Salben zu übernehmen, wenn diese medizinisch notwendig sind und der Gesunderhaltung dienen und solange sie nicht aus den 8% der Regelleistung gedeckt werden können. Nach § 73 SGB XII können Leistungen auch in sonstigen Lebenslagen erbracht werden, wenn sie den Einsatz öffentlicher Mittel rechtfertigen.⁷⁷

In Wales sind alle Medikamentenverordnungen rezeptgebührenfrei. Bei Zahnersatz und Brillenversorgungen gibt es Ausnahmeregelungen für Empfänger sozialer Unterstützungsleistungen. Heil- und Hilfsmittel wie Physiotherapie oder Rollstühle sind generell zuzahlungsfreie Leistungen des NHS.

Integrierte Behandlungen, die über die Akutversorgung hinausgehen, sind in beiden Systemen nur schwer zu leisten. Auf der einen Seite ist es die fehlende Patientendokumentation, auf der anderen jedoch, und damit deutlich schwerwiegender, die Schwierigkeit der Patientenüberweisung und Koordinierung der Behandlung. Für Behandlungen bei Fachärzten müssen Termine gemacht und eingehalten werden, was für die meisten Betroffenen aufgrund ihrer eingeschränkten psychischen Belastbarkeit nur schwer möglich ist.⁷⁸ In England und Wales kommt hinzu, dass der Zugang zu Spezialisten über Wartelisten geregelt ist und viele Obdachlose nicht mehr vor Ort sind, bis sie endlich die

⁷⁶ Richtlinie über die Versorgung von Arzneimitteln in der Vertragsärztlichen Versorgung unter www.g-ba.de/informationen/richtlinien/ Letzter Zugriff: 22.06.2009

⁷⁷ Urteil des Sozialgerichtes Lüneburg vom 23.04.09 mit dem Aktenzeichen S 30 AS 398/05

⁷⁸ Vgl. *Welsh Assembly Government: Homeless People's Access to Medical, Care and Support Services*, S. 18, 2003

Spitze der Liste erreicht haben. Vor allem die Plätze in Suchtkliniken sind rar und der Zugang zu psychologischer Betreuung aufgrund mangelnden Angebots erschwert. Dies ist ein Problem in Deutschland sowie in England und Wales und gilt nicht nur für die Gruppe der Obdachlosen. Für sie ist es jedoch besonders schwierig, da die ungünstige Kombination aus Suchterkrankung, psychischer Diagnose und körperlicher Erkrankung gepaart mit dem Leben auf der Straße die gesamte Lebenssituation beeinflusst und ohne begleitende psychologische Intervention die Lebenslage meist nicht veränderbar ist. Seit Einführung der Praxisgebühr benötigen Patienten in Deutschland einen Überweisungsschein vom Arzt, bei dem der Erstkontakt stattgefunden hat, um zu einem anderen Behandler ohne Zahlung einer erneuten Praxisgebühr zu gelangen. Viele Ärzte sind jedoch unsicher darin, wer welche Überweisung ausstellen darf, was häufig dazu führt, dass Patienten jedes Mal wieder zu ihrem Hausarzt geschickt werden, wenn sie von einem Facharzt zum anderen gehen sollen. Für Obdachlose sind diese Wege kaum einzuhalten.

Für die meisten Ärzte sind Obdachlose eine eher unattraktive Patientengruppe, was auch an der zu erzielenden Vergütung für die meist aufwendige Behandlung liegt. In beiden Systemen kommt es zu einem negativen finanziellen Anreiz für Ärzte, da die Behandlung Wohnungsloser Zeit, Geld und Einfühlungsvermögen kostet, die oft nicht im Verhältnis zum erzielten Einkommen stehen. In England und Wales wird die Effektivität des Gesundheitssystems über genaue Zielvorgaben gesteuert. Kommt in England noch eine Regulierung durch die Marktsituation hinzu, so sind es in Wales alleine die zu erreichenden Ziele, die mittels eines *Balanced Scorecard-Systems* überwacht werden. Ärzte genauso wie *NHS-Trusts* müssen kritische Erfolgsfaktoren nachweisen und festgelegte Kennzahlen erreichen. Multimorbide Patienten, die zusätzlich zu den schwer zu erzielenden Behandlungserfolgen auch noch aufgrund ihrer mangelnden Compliance Zeit kosten, sind da ein Hindernis auf dem Weg zur Erreichung der vorgegebenen klinischen Ziele.⁷⁹ Auch im deutschen System sind multimorbide Patientengruppen nicht attraktiv für Ärzte. Doch während der chronisch kranke Regelpatient noch über die Einschreibung in *Disease-Management-Programme*

⁷⁹ Vgl. *Anderson et al.: Barriers of Access to Health Services for Homeless People*, S.19, 2006

mehr Geld für erhöhten Aufwand bedeutet, sind Obdachlose aufgrund ihrer begrenzten Krankheitseinsicht und mangelnden Motivation zur Mitwirkung dazu kaum zu bewegen. Seitdem zusätzlich alle Sozialhilfeempfänger gesetzlich krankenversichert sind und nur noch eine kleine Gruppe über den Krankenschein vom Arzt direkt mit dem Sozialamt abgerechnet werden kann, ist die Gruppe der Betroffenen noch unattraktiver geworden. Im Unterschied zu früher fallen jetzt auch ihre aufwendigen Behandlungen unter die Budgetvorgaben und Regelleistungsvolumina der Krankenkassen und KVen, so dass der ehemals kleine Bonus der individuellen Vergütung, der über die negativen Begleiterscheinungen der Persönlichkeitsstruktur der Betroffenen hinweggeholfen hatte, entfällt und eine Behandlung vollends unattraktiv wird.

Die Lebenssituation Obdachlosigkeit bedeutet vielfach ein Stigma für die Betroffenen – auch wenn es manchen nicht gleich anzusehen ist. Für Wohnungslose in England und Wales hat die Zurückhaltung der *GPs* beim Einschreiben Obdachloser in ihre Patientenlisten zur Folge, dass ihnen damit jeglicher Zugang zum medizinischen Regelsystem, außer über die Notfallaufnahmen der Krankenhäuser, versperrt bleibt. Persönliche Vorbehalte haben aber nicht nur Ärzte und Mitarbeiter des britischen Gesundheitswesens. Während Menschen mit psychischen Erkrankungen, unabhängig von der Lebensform der Obdachlosigkeit, generell eher Stigmatisierung und Diskriminierung ausgesetzt sind, gelten Obdachlose zusätzlich gemeinhin noch als chaotisch, aggressiv, ungepflegt und aufgrund der häufig hinzukommenden Suchtproblematik oft als selbst schuld an ihrem Zustand.⁸⁰ Sie stoßen auf Ablehnung beim Verwaltungspersonal genauso wie bei Sprechstundenhilfen in der Arztpraxis. Aus Angst, dass sie durch ihre Erscheinung und ihr Verhalten die Mitpatienten verschrecken, sind sie ungern im Wartezimmer gesehen. Vieles resultiert aber auch aus reiner Unsicherheit seitens der Ärzte und des Pflegepersonals, die in ihrer Ausbildung kaum mit dieser Patientengruppe in

⁸⁰ Vgl. *Riley et al.*: Homelessness: A problem for primary care, 2003 sowie *Wright/Tompkins*: How can health care systems effectively deal with the major health care needs of homeless people, 2005

Kontakt gekommen sind und daher nie gelernt haben, wie sie mit den Betroffenen umgehen sollen.⁸¹

Obdachlose als Nutzer des Gesundheitswesens sehen sich in beiden Systemen administrativen Hürden gegenüber, die in Deutschland bereits mit einem zumeist ungeklärten Versicherungsstatus beginnen. In England und Wales bei der Herausforderung, einen Hausarzt zu finden, der sie auf seiner Behandlungsliste aufnimmt. Gepaart mit einem persönlichen Misstrauen gegenüber institutioneller Hilfe, schlechten Erfahrungen mit behördlichen Einrichtungen und einer geringen Frustrationstoleranz sorgt somit die Mischung aus Systemmerkmalen mit persönlichen Faktoren dafür, dass die vom System bereitgestellten Gesundheitsleistungen für viele unerreichbar bleiben. Zumal, wenn Gesundheit im Lebensalltag auf der Straße erst an hinterer Stelle steht und Krankheiten so lange ignoriert werden, bis sie nur noch mit hohem Aufwand behandelbar sind. Dabei könnten viele der Erkrankungen im Anfangsstadium gut im ambulanten, hausärztlichen Bereich behandelt werden, teilweise sogar durch ambulante Krankenpflege. Durch eine Verschleppung kommt es zu einer Verschlimmerung der Symptome, die oft eine stationäre Aufnahme im Krankenhaus erforderlich machen. Vielen Obdachlosen fehlt es an der so genannten „Gesundheitsbildung“ (*health literacy*), d.h., sie wissen nicht, wann sie zum Arzt gehen sollten, welche Zugangswege es gibt und welche Rechte sie haben. In beiden Ländern betreten deshalb die meisten Obdachlosen das Gesundheitssystem über die Notaufnahme in Krankenhäusern (*A+E Departments*). Der Weg ist attraktiv, da weder Öffnungszeiten noch feste Termine beachtet werden müssen und kaum Verwaltungshürden zu überwinden sind. Die Behandlung ist jedoch teuer und unangemessen, da sie in erster Linie als Akutbehandlung erfolgt, die mit einer Entlassung zurück in die Obdachlosigkeit endet. Für die Betroffenen ist der Vorteil, dass sie relativ anonym bleiben. Eine koordinierte Behandlungsstrategie bleibt jedoch aus, da keine Weiterbehandlung durch einen Hausarzt erfolgt. Eine Studie aus dem Jahr 1992 in London zeigt, dass 57% der Behandlungen Obdachloser im *A+E Department* der Londoner Universitätsklinik besser und kostengünstiger von

⁸¹ Vgl. *Willems et al: The GP's perception of poverty*, 2005

Allgemeinmedizinern im ambulanten Bereich hätten durchgeführt werden können.⁸²

Fazit: Die Hürden im Zugang zur gesundheitlichen Versorgung Obdachloser sind vielseitig und teilweise unabhängig von der Art des Gesundheitssystems. Dazu gehören vor allem die nutzerseitigen Barrieren, die sich in der ablehnenden Haltung der Betroffenen gegenüber dem normalen medizinischen Apparat und dessen Mitarbeiter, ihrer geringen Aufmerksamkeit gegenüber dem eigenen Körper und den Erkrankungssignalen sowie dem fehlenden Wissen um Zugang, Rechte und Hilfsangebote zeigen. Es überwiegen jedoch die Hürden, die das System aufstellt und welche für Ungleichheiten im Zugang sorgen. Dazu gehören administrative Hürden genauso wie Zuzahlungen, Stigmatisierung, mangelnde interdisziplinäre Zusammenarbeit und negativer finanzieller Anreiz für die Anbieter von Gesundheitsleistungen zur Behandlung Obdachloser. Diese Barrieren lassen sich in beiden Systemen erkennen, jedoch in unterschiedlicher Ausprägung. Dass die Betroffenen bei Erkrankungen vor allem die Notfallaufnahmen der Krankenhäuser für ihre Versorgung nutzen zeigt, dass diese Patientengruppe in erster Linie über niedrigschwellige Angebote ohne bürokratische und finanzielle Hürden erreicht werden kann.

4.2 Krankenhausbehandlung und Pflege Obdachloser – Reformen und ihre Auswirkungen

Mit Einführung des GMGs 2004 in Deutschland ging auch die Umstellung der Krankenhausfinanzierung von Tagespflegesätzen auf DRGs einher. In der Folge sind nicht mehr die Anzahl der Behandlungstage im Krankenhaus für die Rechnungsstellung maßgeblich, sondern so genannte diagnosebezogene Fallpauschalen. Dabei berechnet sich das Entgelt für eine Patientenbehandlung aus einem definierten Basisfallwert für die Haupterkrankung plus eines Komorbiditätswertes für Begleiterkrankungen. Eine Glättungsformel soll verhindern, dass bei zu vielen Zusatzerkrankungen der Wert ins Unermessliche steigt. An die für die Vergütung entscheidende Haupterkrankung ist eine feste Verweildauer geknüpft, so dass es für die Kliniken aus betriebswirtschaftlicher Sicht existenziell ist, die Patienten nach dieser Zeit wieder zu entlassen –

⁸² Crane/Warnes: Primary health care for single homeless people: defects and opportunities, 2001

unabhängig vom eigentlichen Gesundheitszustand der Betroffenen. Ziel ist es, den teuren stationären Sektor zu entlasten und die Nachsorge zunehmend in den ambulanten Bereich zu verlagern. Dieses Prinzip greift aber nur dann, wenn eine funktionierende ambulante Nachsorge auch gewährleistet wird. Für wohnungslose Menschen hat dieses System zweierlei Folgen: Zum einen werden sie zu einer unattraktiven Patientengruppe, da sich ihre Entlassung aufgrund ihrer Komorbidität häufig hinauszögert. Über die Fallpauschale hinausgehende Aufenthaltstage werden jedoch meist nicht vergütet. Zum anderen neigen Obdachlose zu einem vorzeitigen Abbruch der Behandlung, was für das Krankenhaus zur Folge hat, dass nicht der Basispreis, sondern ein niedrigeres Relativgewicht des Basispreises zur Anwendung kommt.⁸³

In Wales werden Krankenhäuser auf Grundlage individueller Verträge mit den zugehörigen *LHBs* vergütet. Darin werden Behandlungskontingente festgelegt, die zu einem frei ausgehandelten Preis von den *NHS-Trusts* erbracht werden. Im Gegenzug sichern die *LHBs* eine entsprechende Anzahl an Patienten zu. Da *NHS-Trusts* nicht nur Krankenhäuser betreiben, sondern auch z.B. für die ambulante Versorgung durch Krankenschwestern oder medizinische Hilfsberufe wie Physiotherapeuten und Ergotherapeuten zuständig sind, lässt sich die Finanzierung nur schwer mit der in Deutschland vergleichen. Selbst wenn *Trusts* die Krankenhausbehandlung günstiger als die festgelegte Summe erbringen und somit Gewinn machen, besteht kein finanzielles Interesse, den Patienten frühzeitig aus dem Krankenhaus zu entlassen, da auch die ambulante Nachsorge über *NHS-Trust-Angebote* geschieht. Die Kosten verbleiben somit in der Organisationseinheit *NHS-Trust*. Die Qualitätssteuerung der Leistungen erfolgt durch festgelegte Servicestandards und Zielvorgaben, wie z.B. maximale Wartezeiten oder Anzahl der stationären Wiederaufnahmen nach Herzinfarkt. DRGs haben sich nicht durchgesetzt, ihr Äquivalent, „*Health Resource Groups*“ (*HRGs*), wird nur genutzt, um über die darin klassifizierten Fallgruppen Vergleiche zwischen den Leistungserbringern anstellen zu können. In England dagegen sind *HRGs* Grundlage der Krankenhausvergütung über *national tariffs*, die feste

⁸³ Vgl. *BAG W*: Diagnosebezogene Fallpauschalen in Krankenhäusern gefährden medizinische Versorgung wohnungsloser und sozial ausgegrenzter Patienten, 2003

Pauschalen für definierte Leistungen umfassen und Inhalt der Verträge zwischen *PCTs* und *NHS-Trusts* sind.⁸⁴

Die medizinische Weiterbehandlung Wohnungsloser nach Entlassung aus dem Krankenhaus setzte in Deutschland lange Zeit laut Gesetzgeber eine Häuslichkeit voraus, da ambulante Krankenpflege nur im Rahmen der eigenen Wohnung erbracht werden konnte. Mit dem 2004 in Kraft getretenen GMG ist jedoch die Möglichkeit geschaffen worden, dass Wohnungslose in Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe oder ähnlichen Unterkünften häusliche Behandlungspflege erhalten können.⁸⁵ Doch auch für diese Leistungen müssen die Betroffenen für bis zu 28 Tage Kosten in Höhe von 10% der einzelnen Leistung sowie zusätzlich 10 Euro pro Verordnung selber aufbringen. Obdachlosenprojekte berichten in der Praxis davon, dass es trotz neuer Regelungen schwierig ist, Pflegeleistungen vom Kostenträger anerkannt und finanziert zu bekommen.⁸⁶ Außerdem gibt es nur wenige Orte, an denen tage- oder wochenweise Pflegeplätze speziell für Wohnungslose angeboten werden. Aufgrund dieser Lücke im Versorgungssystem werden Obdachlose meist aus dem Krankenhaus direkt zurück auf die Straße entlassen, ohne dass die Möglichkeit besteht, die Erkrankung in einer Pflegeeinrichtung ausheilen zu lassen. Ist eine langfristige Unterbringung in einem Pflegeheim erforderlich, so gelingt dies nur, wenn die Unterkunft speziell auf die Bedürfnisse Obdachloser ausgerichtet ist. In ganz Deutschland gibt es zur Zeit jedoch nur in vier Städten ein solches Angebot.⁸⁷ Die Finanzierung über die Pflegeversicherung ist schwierig, da die Betroffenen nicht dem gewohnten Bild eines Patienten im Pflegeheim entsprechen: Meist sind sie deutlich jünger und leiden zusätzlich an psychischen Problemen und/oder Suchterkrankungen. Ihre Bedürfnisse entsprechen nicht den Hilfeanforderungen eines klassischen

⁸⁴ Zum Vergleich verschiedener EU-Länder und ihrem Stand hinsichtlich der Einführung von DRGs siehe *HOPE (Hospitals for Europe)* http://www.hope.be/05eventsandpublications/docpublications/77_drg_report/77_drg_report_2006.pdf Letzter Zugriff: 22.06.2009

⁸⁵ Vgl. *Bundesministerium für Arbeit und Soziales*: Der dritte Armuts- und Reichtumsbericht, S.169, 2008

⁸⁶ Vgl. *Kunstmann*: Das GKV-Modernisierungsgesetz und seine Auswirkungen auf die medizinische Versorgung Wohnungsloser, 2006

⁸⁷ Zurzeit existieren nur in München, Düsseldorf, Bremen und Reken spezielle Pflegeheime für obdachlose Menschen. In Hamburg wurde im Mai 2009 dem Konzept des Diakonischen Werkes zugestimmt, das die Errichtung einer Pflegeeinrichtung in Hamburg-Altona vorsieht. Siehe: *Diakonie Hilfswerk Hamburg*: Pflegeeinrichtung für wohnungslose Menschen, 2008

Pflegeheimbewohners, was sich z.B. darin zeigt, dass sie hohen Unterstützungsbedarf bei der Körperhygiene, der Strukturierung des Tagesablaufes sowie bei der Entwicklung eines Krankheitsbewusstseins haben. Zusammengenommen sorgen die unklare Finanzierung und die fehlenden Angebote dafür, dass die meisten Obdachlosen ohne pflegerische Versorgung bleiben und die Erkrankungen nicht ausheilen.

In England und Wales ist das Konzept der Pflegeversicherung unbekannt. Gesundheit und Soziales (und damit auch der Bereich der Pflege) kooperieren je nach Gemeinde und zuständiger Verwaltung mehr oder weniger gut miteinander. In Wales arbeiten in jedem *Local Health Board* auch einige Vertreter der Sozialbehörden, um eine bessere Koordinierung von Gesundheits- und Sozialdienstleistungen zu ermöglichen. Hauptansprechpartner als Erbringer für Sozialleistungen bleiben jedoch die *Local Authorities*. Auf Regierungsebene zeigt sich die enge Kooperation und das im Zentrum aller Regierungsstrategien stehende *partnership working* darin, dass das leitende Ministerium des *Welsh Assembly Government* mit seiner vorstehenden Ministerin Edwina Hart verantwortlich ist für *Health and Social Services*. Doch auch hier kommt es zu Überschneidungen und der ewigen Frage: Wer ist wofür zuständig? Die Behandlungspflege nach dem Krankenhausaufenthalt wird durch ambulante Pflegedienste von *NHS-Trusts* übernommen und ist somit Aufgabe des Gesundheitssystems. Die häusliche Pflege liegt im Verantwortungsbereich der Sozialbehörden. Hier greifen die gesetzlichen Vorgaben zur Wohnraumbeschaffung mit den sozialen Diensten ineinander. Im Rahmen der *Homelessness Strategy for Wales* sowie des *Supporting People Programme* sind alle Gemeinden verpflichtet, nicht nur Wohnungslosigkeit frühzeitig durch geeignete Maßnahmen zu verhindern, sondern auch, genügend Unterkünfte für Obdachlose in ihrer Region bereit zu stellen.⁸⁸ Das *Supporting People Programme* ermöglicht es Wohnungslosen, für bis zu zwei Jahre in einem *Hostel* zu leben und dort Pflegeleistungen zu beziehen. Diese werden als ein so genanntes *care package* erbracht, welches durch die Sozialbehörde nach vorheriger Bedarfsfestsetzung finanziert wird. Dazu müssen die Betroffenen beim

⁸⁸ Ziele und Hintergründe des staatlichen supporting people programme auf der offiziellen Website <http://www.spkweb.org.uk/> Letzter Zugriff: 23.06.2009

zuständigen Sozialamt Pflegeleistungen beantragen, über die dann individuell entschieden wird. Die Erbringung der Leistungen erfolgt häufig über Drittanbieter, wie Wohlfahrtseinrichtungen oder auch über *NHS-Trusts*, die dafür gesondert bezahlt werden. In England können alternativ Pflegebudgets ausgezahlt werden, die der Betroffene eigenverantwortlich für den Einkauf von Leistungen verwenden kann. In der Kritik steht das System, da die Pflegeleistungen individuell gewährt werden und der Bewilligung häufig lange Auseinandersetzungen über die Zuständigkeit von Gesundheits- und Sozialbehörde vorausgehen. Die Bedarfsprüfung kann je nach Gutachter unterschiedliche Ergebnisse hervorbringen, da die Kriterien nicht einheitlich geregelt sind. Für die Gruppe der Obdachlosen kommt hinzu, dass eine Bedarfsprüfung aufgrund ihrer komplexen Hilfeanforderungen und ihrer Persönlichkeitsstruktur große Erfahrung und Einfühlungsvermögen erfordert. Viele Bedarfe werden dabei übersehen und später im Rahmen der gewährten Leistungen nicht abgedeckt.

Fazit: Seit Einführung der DRGs in Deutschland sind Obdachlose aufgrund ihrer Multimorbidität und schlechten Compliance auch für Krankenhäuser eine unattraktive Patientengruppe. Das Kernziel, die Nachsorge aus dem teuren stationären Bereich in das ambulante Setting zu verlagern, hat bei Obdachlosen gravierende Folgen, da sie nicht in das ambulante Regelsystem eingebunden sind. Trotz der 2004 geschaffenen Möglichkeit, Wohnungslose auch in Notunterkünften über die im SGB V vorgesehene Behandlungspflege zu versorgen, zeigt die Praxis, dass noch immer viele Kostenträger nicht bereit sind, die Ausgaben zu übernehmen. Hinzu kommen auch hier die Hürden der persönlichen Zuzahlung. Der Mangel an geeigneten Einrichtungen sowohl für die kurzzeitige als auch langfristige Pflege bewirkt, dass die meisten Obdachlosen aus dem Krankenhaus mangels Alternativen zurück auf die Straße entlassen werden.

In walisischen Krankenhäusern kommen diagnosebezogene Fallpauschalen im Gegensatz zu England nicht zum Einsatz. Die Krankenhausbehandlung wird durch Verträge zwischen *LHBs* und *NHS-Trusts* auf Grundlage fester Kontingente geregelt. Da *Trusts* als organisatorische Einheit bei Bedarf auch für die ambulante Nachsorge zuständig sind, besteht kein finanzieller Anreiz, Patienten frühzeitig aus dem Krankenhaus zu entlassen. In beiden Ländern findet die notwendige pflegerische Versorgung Obdachloser in *Hostels* oder anderen Unterkünften statt,

die für bis zu zwei Jahre fest von den Betroffenen bewohnt werden können. Da die Gemeinden per Gesetz verpflichtet sind für angemessenen Wohnraum zu sorgen, steht in dieser Zeit neben der pflegerischen Versorgung das Bemühen um angemessenen Wohnraum im Vordergrund. Pflegeleistungen, die in Deutschland über die Pflegeversicherung erbracht werden, sind Teil eines individuell vom Sozialamt bewilligten *care packages*. Da die Bewilligungskriterien nicht einheitlich festgelegt sind, kann es aufgrund der vielschichtigen Erkrankungen Wohnungsloser in der Folge dazu kommen, dass bestimmte Pflegeleistungen nicht erbracht werden, weil sie vorher nicht als Bedarf erkannt wurden. Auch die Frage der Zuständigkeit zwischen Gesundheits- und Sozialamt ist häufig Ursache für lange Wartezeiten und kann regional unterschiedliche Bewilligungen zur Folge haben. Die für Deutschland charakteristische ungünstige Verkettung zwischen frühzeitiger Entlassung aus dem Krankenhaus aus Kostengründen und fehlender Anschlussbehandlung im ambulanten Setting ergibt sich jedoch nicht.

4.3 Lösungsansätze

Aufgrund der beschriebenen Ursachen werden Obdachlose von den vorhandenen Versorgungsstrukturen in beiden Systemen nur schwer erreicht. Die alternativ aufgesuchten Notfallambulanzen von Krankenhäusern bieten einen kostenintensiven Ersatz bei akuten Problemen, führen jedoch weder langfristig zurück ins Regelsystem, noch entsprechen sie den Behandlungserfordernissen des Erkrankungsspektrums der Betroffenen. Beide Systeme sind geprägt von ihrer „Komm-Struktur“, die von einem Regelpatienten ausgeht, der sich gut ausdrücken und seine Anforderungen genau formulieren kann. Randgruppen ohne diese Fähigkeiten besitzen kaum die Möglichkeit, das System für ihre Bedürfnisse zu nutzen oder zu formen. Um die entstandenen Versorgungslücken zu schließen, haben sich in beiden Ländern zielgruppenspezifische Angebote entwickelt, die durch ihr niedrighwelliges Hilfeangebot gekennzeichnet sind. Die Betroffenen sollen durch aufsuchende, ambulante Hilfen dort erreicht werden, wo sie sich aufhalten.⁸⁹ Um den individuellen Zugangsvoraussetzungen Wohnungsloser gerecht zu werden, müssen diese Angebote in gestufter Form erfolgen, denn selbst wenn eine medizinische Grundversorgung im *Hostel-Setting* angeboten wird, erreicht man auch hier nur diejenigen, die eine Notunterkunft überhaupt

⁸⁹ Vgl. Merten: Medizinische Versorgung Obdachloser – ohne Netzwerk unmöglich, 2004

regelmäßig nutzen. Jene, die dauerhaft auf der Straße leben, bleiben auch weiterhin unversorgt. Die BAG W hat ein Stufenmodell entwickelt, bei dem sich

die einzelnen Stufen hinsichtlich der Intensität, der Strukturierung, der Behandlungssituation und der Zugangsbarrieren unterscheiden:

- *Straßenbesuche (medical streetwork)*
- *Einsätze einer fahrbaren Ambulanz*
- *Sprechstunden in Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe*
- *Behandlung in Krankenwohnungen*
- *Kooperationen mit Partnern im Regelversorgungssystem*⁹⁰

Im Mittelpunkt aller Bemühungen muss die Rückführung der Betroffenen ins Regelsystem stehen, um zu verhindern, dass sich eine Versorgung zweiter Klasse für Randgruppen entwickelt.⁹¹ Obdachlosigkeit als Lebenslage umfasst vielschichtige Probleme, die eine umfassende Herangehensweise erforderlich machen. Medizinische Versorgung kann deshalb nicht alleine stehen, sondern muss immer auch einhergehen mit sozialen Unterstützungsangeboten. Wohnungslose stellen das System vor die Herausforderung, Professionen übergreifend arbeiten zu müssen und Strukturbarrieren zwischen Gesundheits- und Sozialwesen zu überwinden. Es ist ein integrierter Lösungsansatz erforderlich, bei dem nicht nur staatliche Einrichtungen Berücksichtigung finden, sondern auch der Wohlfahrtssektor mit seinen verschiedenen Hilfsangeboten genutzt werden muss. Wohnungslose bedürfen eines interdisziplinären Behandlungsteams aus Medizinern, Pflegekräften, sozialpädagogischen Fachkräften sowie der Unterstützung von ehrenamtlichen Helfern. Die Versorgung Obdachloser ist nicht nur kosten- und zeitaufwendig, sondern auch personalintensiv und sieht in der Praxis häufig so aus, dass die Betroffenen auf die umfassende Hilfe eines Sozialarbeiters angewiesen sind, der sie durch das System leitet.

Das deutsche Gesundheitswesen ist aufgrund seiner Komplexität bei der Frage nach Problemlösungen in erster Linie mit der Finanzierung und Zuständigkeit

⁹⁰ Rosenke: Anforderungen an die medizinische Versorgung wohnungsloser Menschen aus der Sicht der BAG Wohnungslosenhilfe e.V., S. 3, 2007

⁹¹ Vgl. Trabert: Aufsuchende ambulante medizinische Versorgung, S. 98, 2000

beschäftigt. Kleinräumige, lokale Projekte dienen häufig als Ausweg, da sie aus der Initiative von Wohlfahrtseinrichtungen oder Freiwilligenorganisationen erwachsen, die konkrete Bedarfe erkennen und zügig handeln. Als Beispiel für die Probleme solcher Projekte und eines möglichen Lösungsansatzes wird im Folgenden ein Konzept aus Nordrhein-Westfalen beschrieben. Auch hier beruhten lange Zeit die verschiedenen Projekte zur aufsuchenden medizinischen Versorgung Wohnungsloser auf ehrenamtlicher Initiative ärztlicher und pflegerischer Helfer. Nachhaltige Hilfe mit Perspektive ist aber nur dann möglich, wenn die Hilfsangebote langfristig finanziell abgesichert und damit planbar sind. Die meisten Projekte sind zu einem großen Teil auf Spendenmittel angewiesen, die teilweise mehr als 50% ihrer Gesamtfinanzierung ausmachen.⁹² In manchen Projekten ist die ärztliche Versorgung durch eine Instituts-/bzw. Einzelermächtigung oder eine Zweitsprechstundenzulassung über die regionale KV möglich. In diesen Fällen erfolgt eine Leistungsabrechnung über das Gesamtbudget der gesetzlichen Krankenkassen. Es gibt aber nur wenige Ärzte, die sich dauerhaft auf die Behandlung Obdachloser festlegen wollen. Zum einen ist das mit dem hohen persönlichen Einsatz begründet, der oft zum Burn-Out führt, zum anderen mit der Diskrepanz zwischen erbrachter Leistung und daraus resultierender Vergütung. Den Projekten fehlt es an einem wirtschaftlich attraktiven Mix aus gesunden und kranken Patienten, die eine reguläre Allgemeinarztpraxis tragbar machen. Die Behandlung Obdachloser erbringt gerade mal 2/5 der normalerweise in einer Praxis erwirtschafteten Vergütung, die erforderlich ist, um die ärztliche Versorgung zu finanzieren.⁹³ Die Diskrepanz zwischen Aufwand und Vergütung, die emotionale Belastung und die hohe Anzahl an multimorbiden Patienten mit Suchterkrankungen und psychosozialen Problemen stellen die Projekte vor eine große Herausforderung. Um die Unsicherheit der Finanzierung zu beenden und langfristige Hilfe möglich zu machen, begannen 2001 Verhandlungen zwischen dem nordrhein-westfälischen Gesundheitsministerium sowie den KVen, den Städte- und Landkreistagen und den Krankenversicherungsgesellschaften, um ein tragfähiges Finanzierungskonzept zu schaffen. 5 Jahre später konnte im Januar 2006 das

⁹² Vgl. *Kunstmann/Ostermann*: Abschlußbericht der wissenschaftlichen Studie zur „Medizinischen Versorgung Obdachloser in Nordrhein-Westfalen“, S. 7, 2008

⁹³ Vgl. Behnsen, S.: Die Finanzierung niedrigschwelliger medizinischer Projekte für Wohnungslose in Nordrhein-Westfalen, 2006

„Umsetzungskonzept zur medizinischen Versorgung Wohnungsloser in NRW“ vorgestellt werden. Projekte, die definierten Anforderungskriterien entsprechen, werden auf Antrag zukünftig vollständig durch die finanzielle Beteiligung von Kommunen, KVen und gesetzlichen Krankenversicherern getragen.⁹⁴

Die Versorgung Obdachloser im NHS ist weniger eine Frage der Finanzierung, als vielmehr der Zusammenarbeit und Umsetzung. In den letzten Jahren hat sich der Schwerpunkt der gesundheitlichen Versorgung zunehmend aus dem *secondary care* Bereich der Krankenhäuser in den *primary and community care* Bereich der Gemeinden verlagert. Dabei geht es nicht nur um finanzielle Einsparungen, sondern auch darum, die vor Ort vorhandenen Möglichkeiten effektiver zu nutzen und den Menschen wohnortnahe, qualitativ hochwertige Versorgungen anzubieten. Im Zuge dessen haben vor allem *GPs* mehr Kompetenzen bekommen und können bei persönlichem Interesse Zusatzleistungen anbieten, die früher im Krankenhaussetting durchgeführt wurden (z.B. kleine operative Eingriffe). Ziel ist es, individuell auf lokale Bedarfe zu reagieren und durch innovative Finanzierungs- und Umsetzungsmodelle Anreize für Anbieter zu schaffen, Leistungen über den Standard hinaus zu erbringen. So bietet der *National Enhanced Service Vertrag (NES)* *GPs* die Möglichkeit, nicht nur nach der Zahl der Patienten auf der Liste und der Anzahl der erbrachten Leistungen bezahlt zu werden, sondern einen individuellen Vertrag mit dem zuständigen *LHB* abzuschließen. Die Vergütung erfolgt nach festgesetzten Servicestandards und Qualitätsoutcomes, bezogen auf die zu versorgende Bevölkerungsgruppe. So können Ärzte für die Behandlung Obdachloser angemessener bezahlt werden. Noch weiter gehen die Möglichkeiten beim *Alternative Provider Medical Service Programme (APMS)*, bei dem Nichtregierungsorganisationen direkt beim zuständigen *LHB* die Kostenübernahme für von ihnen eingestellte *GPs* oder anderes medizinisches Personal beantragen können. Über diesen Weg erbringen z.B. Allgemeinmediziner Versorgungsleistungen in Notunterkünften und Tagesstätten oder Pflegepersonal Primärversorgungen direkt auf der Straße. Doch während die finanziellen Rahmenbedingungen gegeben sind, fehlt es oft an qualifizierten Bewerbern. Großbritannien leidet unter einem Ärztemangel und die ärztliche

⁹⁴ Der Vertrag, seine Inhalte und eine kurze thematische Einführung sind erhältlich unter http://www.mags.nrw.de/08_PDF/002/konzept-und-zielsetzung.pdf Letzter Zugriff: 24.06.2009

Standesvertretung (*British Medical Association*) sieht es nur ungern, wenn der Freiberuflerstatus von *GPs* durch Individualverträge, die nicht selten einem Angestelltenverhältnis ähneln, unterhöhlt wird. Hinzu kommt, dass mit Verlagerung von Diensten aus dem stationären in den ambulanten Bereich die Konkurrenz um knappe Ressourcen zwischen *GPs* und im Krankenhaus angestellten Fachärzten geschürt wird.

Die Behandlung der Betroffenen erfordert nicht nur hohe psychische Belastbarkeit, sondern auch die Fähigkeit, interdisziplinär zusammen zu arbeiten. Viele *GPs* sind „Einzelkämpfer“ in ihrer Praxis und es nicht gewohnt, mit anderen Berufsgruppen zu kooperieren. In der walisischen Hauptstadt Cardiff gibt es eine Allgemeinarztpraxis, die sich auf die medizinische Versorgung Obdachloser spezialisiert hat. Die leitende Ärztin Dr. Kay Saunders hat die sich aus ihrer Arbeit ergebenden Anforderungen treffend und kurz zusammengefasst:

In summary, working with homeless people needs a solid practice team, confidence, tolerance, trust, setting of clear boundaries, time, patience, communication skills, common sense, specialist knowledge (especially of psychiatry in the widest sense, substance dependencies and dual diagnosis), co-morbidities, networking with many agencies, administrative tasks outside the normal, and a solidity of personality and outlook to cope with work that can be distressing.

*Not all GPs and their staff can be expected to have such qualities.*⁹⁵

Fazit: Der Ländervergleich zeigt, dass bei der Versorgung Obdachloser keine eindimensionale Lösung möglich ist. Behandler und Betroffene stellen unterschiedliche Anforderungen, denen das System auf seinen Ebenen individuell begegnen muss. Selbst, wenn die Finanzierung der Projekte auf sicheren Beinen steht, bedarf es genügend qualifizierter Behandler, die bereit sind, in einem multidisziplinären Team in einem psychisch stark belastenden Umfeld zu arbeiten. Die Betroffenen wiederum benötigen nicht nur einen kostenlosen, unbürokratischen Zugang zu gesundheitlicher Versorgung, sondern auch intensive Unterstützung, um das System für ihre Bedarfe nutzen zu können. Die Versorgungsangebote müssen sich verabschieden von der Komm-Struktur des

⁹⁵ Saunders, K.: Good practice in healthcare for homeless people, 2006

Regelsystems. Aufsuchende Arbeit an den Orten, wo die Betroffenen sich aufhalten erfordert Zeit, Geld und eine lange Phase der Vertrauensbildung. Das System steuert hier nicht nur durch finanzielle Anreize, sondern vor allem mit der Möglichkeit der unkomplizierten, Professionen übergreifenden Zusammenarbeit in einem politisch definierten Rahmen, welcher der Bekämpfung von Obdachlosigkeit eine entsprechende gesellschaftliche Bedeutung zuschreibt. Die Lebenslage wohnungsloser Menschen ist nicht auf ihre gesundheitlichen Bedarfe reduziert, sondern erfordert eine Behandlungsstrategie auch für die darunter liegenden Ursachen. Wohnraumbeschaffung, soziale Unterstützung und entsprechende politische Rahmenkonzepte sind notwendig, damit Obdachlose nicht auf Dauer in einem medizinischen Versorgungssystem zweiter Klasse verbleiben, mit dem sie zwar fit für das Leben auf der Straße sind, aber keine langfristige Perspektive entwickeln können.

5. Zusammenfassung und Diskussion

The availability of good medical care tends to vary inversely with the need for it in the population served
(Tudor Hart)

Dieses als „*Inverse Care Law*“ bekannt gewordene Phänomen beschrieb Tudor Hart bereits in den 70er Jahren in Großbritannien und entfachte damit die Diskussion um Versorgungsungleichheiten und Zugangschancen zu gesundheitlicher Versorgung im angloamerikanischen Raum. Die Tatsache, dass die Verfügbarkeit guter medizinischer Betreuung der Bevölkerung im umgekehrten Verhältnis zu ihrem Bedarf steht, hat auch nach mehr als 30 Jahren nichts an ihrer Aktualität verloren und ist inzwischen ein Problem für viele Gesundheitssysteme. Die hier vorliegende Untersuchung hat am Beispiel der Obdachlosen gezeigt, dass unterprivilegierte Gruppen trotz hoher Bedarfe noch immer einen schlechteren Zugang zu medizinischer Versorgung haben und sich in der Folge die gesundheitlichen Ungleichheiten zwischen sozialen Gruppen verschärfen. Durch den Ländervergleich wurde jedoch auch deutlich, dass sich durch geeignete politische Steuerungsmaßnahmen die Diskrepanz sowohl in der Versorgung als auch im Zugang für die betroffenen Gruppen abmildern lässt. Für die

Zusammenfassung und Diskussion werden die Forschungsfragen (vgl. Abschn. 1.2) erneut aufgegriffen.

Wie sehen die Hürden aus, die Obdachlosen den Zugang zur gesundheitlichen Versorgung erschweren?

Zugangshindernisse für Obdachlose zum Gesundheitssystem lassen sich vereinfacht in zwei Kategorien unterteilen: Hindernisse von Seiten der Nutzer und Hindernisse von Seiten des Systems:

| Hürden von Seiten der Obdachlosen | Hürden von Seiten des Systems |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • mangelnde Krankheitseinsicht • ablehnende Haltung gegenüber dem bestehenden Regelsystem (häufig aufgrund schlechter persönlicher Erfahrungen) • geringe Frustrationstoleranz • Angst vor Ablehnung und Stigmatisierung • Scham • psychische Probleme, häufig gepaart mit einer Suchterkrankung, und daraus resultierende chaotische Lebensführung • geringes Wissen um eigene Rechte im System und fehlende Gesundheitskompetenz (health literacy) | <ul style="list-style-type: none"> • administrative Hürden • Probleme bei der interdisziplinären Zusammenarbeit • offene Fragen bei der Zuständigkeit • finanzielle Hürden • Obdachlosigkeit als fehlender Punkt auf der politischen Agenda • negative/fehlende (finanzielle) Behandlungsanreize für die Leistungserbringer • Vorurteile und persönliche Ablehnung gegenüber der Gruppe der Betroffenen • Geografische Hürden |

Quelle: Eigene Zusammenstellung

Tabelle 8: Zugangshindernisse für Obdachlose zu gesundheitlicher Versorgung

Die nutzerseitigen Hemmnisse kennzeichnen die individuellen Bedürfnisse der Betroffenen und damit ihre Anforderungen an eine umfassende gesundheitliche Versorgung. Das Gesundheitsverhalten Wohnungsloser ist von verschiedenen Faktoren geprägt und in der Konsequenz suchen sie nur selten Einrichtungen des

medizinischen Regelsystems auf. Die Zugangshürden, welche von Seiten des Systems hinzukommen, verschärfen diese Tendenz.

Gibt es Unterschiede zwischen den Systemen in der Art der Zugangsbarrieren?

Nein. Vor allem die Barrieren von Seiten der Obdachlosen sind universell und damit unabhängig vom Gesundheitssystem an sich. Auch die systemseitigen Hürden sind in ihrem Wesen gleich. Erst bei genauerer Betrachtung wird deutlich, dass es nicht die Art der Hürde ist, die den Unterschied zwischen den Systemen ausmacht. Vergleicht man das Gesundheitssystem mit einem Hürdenlauf und den Obdachlosen mit dem Sportler, so zeigt sich, dass die Hürden zwar in allen Systemen von gleicher Art sind, sich in ihrer Höhe (Ausprägung) und Reihenfolge (wann trifft der Betroffene auf diese Hürde) jedoch deutlich unterscheiden und somit den größten Einfluss auf die Zugangschancen der Betroffenen haben. Diese Tatsache lässt sich an den administrativen und finanziellen Hürden verdeutlichen: In beiden Systemen gibt es finanzielle Zugangshindernisse zu gesundheitlicher Versorgung, auch wenn der NHS offiziell einen freien Zugang gewährt. Während man jedoch in Deutschland bereits am Anfang auf die finanzielle Barriere in Form der 10,- Euro Praxisgebühr trifft und damit schon frühzeitig der Eintritt ins System mit einem hohen Hindernis verstellt ist, taucht die finanzielle Belastungshürde im NHS erst sehr viel später und auch nur eingeschränkt auf. Grund ist der in England und Wales herrschende Mangel an Zahnärzten, die auf NHS-Kosten behandeln. In der Folge sind die Wartelisten lang, die Plätze begehrt und manche Zahnärzte behandeln nur noch auf private Rechnung oder wenn die Patienten eine Zusatzversicherung abgeschlossen haben. Für Obdachlose zeigt sich die finanzielle Hürde also erst spät im System und auch nur in einem sehr begrenzten Bereich. Anders ist es mit der administrativen Hürde. In England und Wales ist sie es, die gleich am Anfang eine hohe Barriere bildet in Form der notwendigen Einschreibung beim Hausarzt, die oft abhängig ist von einer Meldeadresse. Ohne Adresse keine Einschreibung und somit kein Zugang zu gesundheitlicher Versorgung. In Deutschland dagegen zeigt sich diese administrative Hürde erst später, z.B. bei der Rückerstattungsmöglichkeit von Zuzahlungen durch das aufwendige Sammeln von Belegen. Auf diese Weise lassen sich in allen Systemen Beispiele für die in Tabelle 8 genannten systemseitigen Hürden finden.

Ableitend aus dieser Beobachtung stellt sich die Frage, wieso die Hürden so unterschiedlich hoch sind und an so verschiedenen Stellen im System auftreten. Maßgeblichen Einfluss auf diese Entwicklung haben die gesundheitspolitischen Ziele. Vor allem die Entscheidung, in wie weit marktwirtschaftliche Grundsätze Einzug in das System halten sollen, ist dafür mit verantwortlich. Die Rolle des Patienten, die er zukünftig (staatlich gewollt) im System übernehmen soll wird darüber neu definiert. Am Beispiel der Patientenbeteiligung lässt sich dies verdeutlichen: Unter dem Argument der stärkeren Eigenverantwortung ist besonders in Deutschland ein zunehmender Trend zur Entsolidarisierung im Gesundheitssystem erkennbar. Im neuen „Gesundheitsmarkt“ sollen Patienten zu Kunden und Anbieter zu Dienstleistern werden. Leistungen aus der Regelversorgung werden in den Bereich der Zusatzversicherungen ausgelagert und niedergelassene Ärzte erkennen das wirtschaftliche Potential von IGeL-Leistungen, mit denen sie ihre Patienten zu Einkäufern von Gesundheitsangeboten abhängig von deren individuellen finanziellen Möglichkeiten machen.⁹⁶ Die Rolle des eigenverantwortlichen, aufgeklärten Konsumenten setzt jedoch unter anderem zwei Dinge voraus: Erstens, dass der Patient ausreichend Kenntnisse über die Materie besitzt, um aufgeklärte Entscheidungen treffen zu können. Zweitens, dass es ihm möglich ist, das System für seine Bedürfnisse aktiv mitzugestalten und zu nutzen. Vor allem die Möglichkeit der Patientenmitbestimmung ist jedoch in Deutschland erst in der Entwicklung. Bestehen auf internationaler und europäischer Ebene bereits seit den 90er Jahren Konzepte für mehr Patientenbeteiligung, so gibt es in Deutschland erst seit 2004 im Zentralorgan der Selbstverwaltung, dem G-BA, das Amt eines Patientenbeauftragten sowie Interessenvertretungen der Patientenorganisationen. Beide haben allerdings kein aktives Stimm- sondern lediglich Antragsrecht. Es fehlt zudem eine „einheitliche Stimme der

⁹⁶ IGeL steht für „Individuelle Gesundheitsleistungen“ und umfasst all jene medizinischen Angebote, die der gesetzlich Krankenversicherte privat bezahlen muss, weil sie zwar evtl. wünschenswert sind, jedoch das vom Gesetzgeber vorgeschriebene Maß des Notwendigen überschreiten. Kritiker befürchten, dass Ärzte lieber IGeL abrechnen, weil diese privat und damit höher vergütet werden, anstatt Regelleistungen, die, wenn medizinisch notwendig, auch weiterhin GKV-Leistungen sind. Die Arzt-Patienten-Beziehung wird darüber immer mehr zu einer wirtschaftlichen Abhängigkeitsbeziehung, in der der Patient häufig nicht abschätzen kann, ob die vorgeschlagene Leistung notwendig ist oder allein dem lukrativen Gewinnstreben des Arztes entspringt. Ärztevertreter argumentieren, dass durch IGeL-Leistungen nur der Druck aus dem System genommen wird, da das wachsende Anspruchsdenken der Patienten nicht mehr auf Kosten aller GKV-Versicherten befriedigt werden muss

Patientenverbände“, die entsprechende Rechte im Bundesausschuss wahrnehmen könnte.⁹⁷ Bislang versucht jede einzelne Organisation die Interessen ihrer Mitglieder auf Ausschussebene durchzusetzen. Das deutsche System ist somit geprägt von der Durchsetzungsmacht starker Interessengruppen, die zuvorderst einen Fokus auf medizinisch-technische (Akut-)Versorgung haben. Prävention, Pflege, Fragen nach der Qualität in der Versorgung und Zugangsmöglichkeiten sowie die Stärkung der Patientenrechte bleiben oft hinter Diskussionen um die Finanzierbarkeit rein medizinischer Angebote zurück. Vor diesem Hintergrund ist es für unterprivilegierte Gruppen besonders schwer, ihre Interessen durchzusetzen – verstärkt, wenn es ihnen an einem umfassenden Wissen um Gesundheitsthemen und Gesundheitskompetenz mangelt.

In England und Wales hat Patientenmitbestimmung eine lange Tradition. Der NHS ist eine gesamtgesellschaftliche Errungenschaft und die Stimme der Patienten bei Versorgungsfragen wird in Wales in jeder Region durch die lokalen so genannten *Community Health Councils (CHCs)* vertreten. Aufgabe der offiziell gewählten, ortsansässigen Freiwilligen ist es, bei Veränderungsprozessen sowie bei der Qualitätsüberwachung der Serviceleistungen des lokalen NHS aktiv die Meinung der Patienten einzubringen. Patientenbeteiligung für Obdachlose bedeutet, dass *Local Health Boards* im Rahmen der *Homelessness Strategy* explizit dazu aufgefordert sind, bei Treffen von lokalen Obdachlosenforen eigene Vertreter zu entsenden und somit eine aktive Mitgestaltung des Systems gerade auch für diese Bevölkerungsgruppe zu ermöglichen. Doch was auf dem Papier im Rahmen einer offiziellen Strategie attraktiv erscheint, zeigt oft Probleme in der praktischen Umsetzung. So beklagen verschiedene Einrichtungen der Obdachlosenhilfe, dass zwar eine solche Strategie existiere, es den Zuständigen jedoch am Willen mangle, sie auch in die Tat umzusetzen.⁹⁸ Trotz dieser Kritik wird deutlich, dass das Thema Obdachlosigkeit in England und Wales im Vergleich zu Deutschland weit oben auf der politischen Agenda steht und somit auch die gesellschaftliche Sensibilisierung für soziale Randgruppen beeinflusst. Jede Gemeinde ist verpflichtet, eine individuelle Strategie zur Bekämpfung der Obdachlosigkeit zu

⁹⁷ Vgl. Gellner/Wilhelm: Vom klassischen Patienten zum Entrepreneur?, 2006

⁹⁸ Vgl. Homeless Link Cymru: Homeless people's healthcare needs and access to healthcare provision in Wales, S. 19, 2006

entwickeln und umzusetzen. Wohnungslosigkeit wird somit als Ausdruck einer komplexen Lebenslage anerkannt, bei der die gesundheitliche Versorgung Teil einer umfangreichen, auch Ursachen umfassenden, Lösungsstrategie ist. In Deutschland existiert lediglich in Nordrhein-Westfalen ein solcher Ansatz.

Wie das Beispiel zeigt, wird die Rolle des Patienten in Deutschland zunehmend über seine finanziellen Möglichkeiten definiert, so dass hier vor allem monetäre Hürden den Zugang zur Gesundheitsversorgung beeinflussen. In England und Wales ist das erklärte Ziel, allen Patientengruppen durch mehr Aufklärung und Mitsprache eine aktive Rolle im System zu ermöglichen. In der Folge entstehen hier eher in der Organisationsstruktur begründete Hürden im Moment der aktiven Umsetzung einer gut gedachten Strategie.

Ist allein die Beseitigung von finanziellen Hürden die Lösung für eine umfassende und angemessene gesundheitliche Versorgung Obdachloser?

Selbst der in England und Wales gewährte universelle Zugang zu Gesundheitsdiensten beseitigt die Ungleichheiten nicht vollständig. Allein die Abschaffung finanzieller Hürden entlässt die Politik nicht aus der Verantwortung, das System so zu gestalten, dass es den verschiedenen Bevölkerungsgruppen mit ihren spezifischen Bedürfnissen hinsichtlich der Gesundheitsversorgung entgegenkommt. Wenn Obdachlose von der medizinischen Grundversorgung ausgeschlossen sind, weil sie sich aufgrund einer fehlenden Adresse nicht bei einem Allgemeinarzt registrieren lassen können, so zeigt sich, dass bürokratische Regeln ähnliche Auswirkungen haben können wie finanzielle Zugangshürden. Erschwerend kommt hinzu, dass den Betroffenen aufgrund einer fehlenden Einschreibung beim Hausarzt auch der Zugang zur Behandlung durch Spezialisten unmöglich ist, so dass der Eintritt ins Gesundheitssystem über die Notfallaufnahme im Krankenhaus der einzige Weg bleibt.

Die Attraktivität von Notaufnahmen für Obdachlose liegt jedoch nicht allein im einfachen Zugang, sondern auch in der Anonymität und den unbegrenzten Öffnungszeiten. Dies trifft für alle Beispielländer zu. Die Notfallzentren der Kliniken werden zunehmend auch von Regelpatienten genutzt, da kürzere Wartezeiten und bessere zeitliche Erreichbarkeit gegeben sind. England und Wales reagieren auf

diesen Trend mit der Einrichtung von rund um die Uhr zugänglichen medizinischen Zentren (*walk-in-centres*), die zumeist von Krankenpflegepersonal geleitet werden und medizinische Grundversorgung für alle Patientengruppen anbieten. Hier zeigt sich ein weiterer Unterschied zum deutschen System, das stark auf die medizinische Akutversorgung durch hochqualifizierte Ärzte setzt. Versorgungsangebote durch Krankenpflegepersonal sind die Ausnahme und wie alle medizinischen Hilfsangebote sind auch sie zumeist abhängig von der Anweisung durch einen Arzt. Dabei ist es gerade die frühzeitige Behandlung von Bagatellerkrankungen, die eine Verschlimmerung der gesundheitlichen Situation Obdachloser verhindern könnte. Hinzu kommt, dass durch Krankenpflegepersonal angebotene Versorgungsleistungen aufgrund des einfacheren sprachlichen Zugangs (keine Akademikersprache wie bei Ärzten) von den Betroffenen oft besser angenommen werden können.

Die Zugangschancen und die Versorgungsqualität medizinischer Leistungen für Obdachlose sind zusätzlich abhängig von den durch die Politik gesetzten monetären Systemanreizen für die Leistungserbringer. Wie sich im Rahmen dieser Arbeit gezeigt hat, reicht es nicht allein, die Versorgungsangebote finanziell abzusichern. Wo geeignete Behandler fehlen, die trotz hoher emotionaler Anforderungen diese Aufgabe übernehmen wollen, können allein wirtschaftliche Anreize nicht zu einer Verbesserung der Situation beitragen. Dennoch bleibt die finanzielle Sicherheit und Planbarkeit für alle Angebote der wichtigste Grundpfeiler. In den hier betrachteten Vergleichsländern werden die Versorgungsangebote für Obdachlose zumeist vom Freiwilligensektor (NGOs) getragen. Diese sind von öffentlichen Geldern abhängig und wie sich gerade in Deutschland zeigt, dadurch auch von unterschiedlichen Geldquellen, die wiederum zeitlich und mengenmäßig begrenzt sein können. In der Folge kommt es zu einer schlechteren Planbarkeit, geringerer Innovationsfreude und Qualität der Projekte. Dabei benötigt gerade die Versorgung Obdachloser eine lange Phase der Vertrauensbildung. In England und Wales gibt es unterschiedliche Finanzierungsmöglichkeiten im Rahmen ärztlicher Versorgungsverträge. Da die regionalen *Local Health Boards* für den Einkauf von Gesundheitsleistungen ihrer Bevölkerung zuständig sind, ist es immer auch eine Frage, welche Summe aus den begrenzten Ressourcen für die Versorgung Obdachloser bereitgestellt werden

soll. Eine Folge kann sein, dass nur Obdachlose mit regionalem Bezug Zugang zu den angebotenen Leistungen erhalten. Gerade bei sehr begrenzten Kontingenten wie psychologischer Betreuung und Plätzen in Suchtkliniken kann es außerdem passieren, dass Obdachlose aufgrund ihrer komplexen Problematik zwischen die Zuständigkeiten geraten. Wenn z.B. die Suchtklinik der Auffassung ist, dass zuerst eine psychologische Behandlung erforderlich ist, um die Ursachen der Sucht zu erarbeiten, Psychotherapeuten dagegen die Ansicht vertreten, dass ohne vorherigen Entzug keine Therapie durchführbar sei, bleibt der Betroffene ohne Hilfsangebot zurück. Schnell gerät der Zugang zu Gesundheitsleistungen dann in Abhängigkeit von der persönlichen Bedürftigkeit, die nach sehr subjektiven Kriterien festgelegt sein kann und je nach Region unterschiedlich entschieden wird.

Die Auswirkungen der finanziellen, politischen Systemsteuerungsmaßnahmen auf Obdachlose zeigen sich in Deutschland vor allem am Beispiel der für die Abrechnung von Krankenhausbehandlungen eingeführten DRGs. Obdachlose sind häufig multimorbide Patienten mit einem hohen Pflegeaufwand und geringer Compliance. Die über die Fallpauschalen abgerechneten Behandlungen enthalten jedoch schon jetzt nur einen äußerst geringen Anteil für die Pflege der Patienten. Komorbidität und längere Liegezeiten sind für Krankenhäuser eine betriebswirtschaftliche Belastung und führen dazu, dass Obdachlose eine äußerst unattraktive Patientengruppe darstellen. Der Systemansatz, die Versorgung aus dem teureren stationären Sektor in den ambulanten Bereich zu verlagern, lässt sich bei dieser Patientengruppe nicht umsetzen, da weder eine ambulante Betreuung vorhanden ist, noch ein privates Hilfenetzwerk existiert. Aber auch im NHS kann es trotz Abrechnung über individuelle Tarife zu ungünstigen Folgen kommen, wenn die politisch geplanten Zielvorgaben eine negative Systemsteuerung bewirken. Wenn für Krankenhäuser der finanzielle Erfolg zusätzlich von kurzen Patienten-Wartezeiten auf Operationen abhängt, Betten aber aufgrund fehlender ambulanter Betreuungsmöglichkeiten nicht freigegeben werden können, werden auch hier multimorbide, betreuungsaufwendige Patienten zu einer Belastung, die möglichst gar nicht erst stationär aufgenommen werden. In sofern sind auch hier die politischen Vorgaben maßgeblich für die Auswirkungen

auf den unterschiedlichen Systemebenen. Steuerungsansätze müssen deshalb grundsätzlich auf ihre Gesamtwirkung hin überprüft werden.

Kann eine wirksame Gesundheitsversorgung Obdachloser gelingen und wenn ja, wie?

In Abschnitt 4.2 wurden Lösungsansätze aus den Ländern vorgestellt, die zeigen, dass dies nur unter folgenden Bedingungen möglich ist:

- niedrigschwellige, aufsuchende Angebote
- wenig Bürokratie für die Betroffenen
- frühzeitige, ambulante Behandlungsmöglichkeiten
- keine finanziellen Zugangshürden
- professionelle Zusammenarbeit
- unterstützende, heranführende Hilfe im System durch Sozialarbeiter
- Aufklärung der Betroffenen über ihre Rechte
- Finanzierungs- und Planungssicherheit der Projekte
- attraktive Vergütungs- und Arbeitsmodelle für die Leistungsanbieter
- eine alle Lebensbereiche umfassende Strategie für die Rückführung ins Regelsystem

Obdachlosigkeit umfasst mehr als das Leben auf der Straße und der Bereich Gesundheit stellt nur eines von vielen Handlungsfeldern dar. Somit ist Obdachlosigkeit ein soziales Problem, das die Zusammenarbeit vieler Einrichtungen, egal ob spezialisiert oder generalisiert, erfordert. Je einfacher in den Ländern Sektoren übergreifend und unbürokratisch reagiert werden kann, desto leichter ist eine medizinische Versorgung umsetzbar. Nur durch eine wirksame Koordination zwischen verschiedenen Akteuren aus unterschiedlichen Bereichen auf verschiedenen Ebenen lässt sich das Ziel der Rückführung der Betroffenen ins Regelsystem erreichen. Umfassende Lösungen setzen jedoch bereits frühzeitig bei der Prävention von Wohnungslosigkeit an und sind eingebettet in eine regionale Strategie, die Obdachlosigkeit sowohl im öffentlichen als auch im politischen Bewusstsein verankert. Entscheidend ist aber auch die Rolle des Staates, der, wenn er die Verantwortung für die Versorgung Obdachloser an Freiwilligenorganisationen abgibt, häufig nicht mehr die Qualität

der Leistungen überwacht. Es besteht die Gefahr, dass sich die Versorgung sowohl aufgrund der Qualität als auch aufgrund der unsicheren Finanzierung zu einer Medizin zweiter Klasse entwickelt. Da Obdachlosigkeit nicht nur Auswirkungen auf die Gesundheit hat, ist es wichtig, einen umfassenden Hilfeansatz zu wählen, bei dem angrenzende Disziplinen mit einbezogen werden können. Hier zeigt sich die Notwendigkeit einer koordinierend verantwortlichen Stelle, die alle beteiligten Institutionen zusammen bringt und in staatlicher Hand liegen sollte. Setzt man hier auf Freiwilligkeit, so kann leicht die Konkurrenz um die begrenzten Mittel und Zuständigkeiten zu einer Ablehnung der Zusammenarbeit führen, aus Angst, die finanzielle Unterstützung zu verlieren.

5.1 Fazit

Im Laufe der letzten Jahre geht die Entwicklung der Gesundheitssysteme weltweit in eine ähnliche Richtung – unabhängig von ihrer Finanzierungsstruktur. Alle Systeme kämpfen mit geringen Ressourcen bei gleichzeitig hohen Anforderungen. Eine der Lösungen innerhalb dieses Prozesses ist für viele Länder die wachsende Eigenverantwortung des Einzelnen: Jeder wird so zu seinem eigenen, persönlichen Risiko-Manager. Dies geht jedoch zu Lasten derjenigen, die, wie die Gruppe der Obdachlosen zeigt, die Befähigung zu einer solchen individuellen Entscheidungsleistung nicht haben. Der hier durchgeführte Vergleich zwischen den Gesundheitssystemen Deutschlands, Englands und Wales zeigt jedoch auch, dass Eigenverantwortung unterschiedliche Bedeutungen haben kann. Während in Deutschland durch Zuzahlungen und private Zusatzversicherungen Eigenverantwortung eher im Sinne von finanzieller Zusatzbelastung zu verstehen ist, bedeutet es in Wales, dass durch Prävention und Aufklärung die Patienten in die Lage versetzt werden, gut informiert über ihre Gesundheitsleistungen zu entscheiden und durch Patientenmitsprache das System für ihre Bedürfnisse zu gestalten. England geht hier einen Mittelweg, indem es einen Markt unter strengen gesetzlichen Auflagen zulässt, bei dem neben staatlichen Institutionen auch einige wenige private Anbieter konkurrieren. Patienten sollen auch hier mitbestimmen, wie ihr Gesundheitssystem gestaltet ist, jedoch eher durch größere persönliche Wahlmöglichkeiten innerhalb der Gruppe der Leistungsanbieter.

Wie das Beispiel Deutschlands zeigt, bedeutet der Versuch, durch finanzielle Eigenbeteiligung die Patienten zu einem bewussteren Umgang mit den knappen Ressourcen im Gesundheitswesen zu bewegen eine weitere Verschärfung der gesundheitlichen Ungleichheiten. Schlechte Gesundheit wird so zunehmend zu einem Armutsrisiko.⁹⁹ Wenn (Gesundheits-)Angebote für Obdachlose verstärkt von armen Bevölkerungsgruppen genutzt werden, die noch über Wohnraum verfügen, sich die Regelversorgung aber nicht mehr leisten können, so zeigen sich auch darin wachsende gesellschaftliche Schief lagen. Zuzahlungen bei der Gesundheit müssen deshalb zur Folge haben, dass Mehrbedarfe im Zusammenhang mit Krankheit und Behinderung durch andere staatliche Transferleistungen für arme und sozial benachteiligte Gruppen aufgefangen werden. Wo dies nicht geschieht, kommt es zu einer Entsolidarisierung und Spaltung der Gesellschaft in solche Gruppen, die sich eine vollständige Gesundheitsversorgung leisten können und jene, die außen vor bleiben.

Die Zufriedenheit mit dem Gesundheitssystem und damit verbunden der Bedarf nach Reformen ist stark abhängig von den persönlichen Erfahrungen beim Zugang und der Qualität der erhaltenen Leistungen. Entscheidend ist dabei die Frage, in wieweit die eigenen finanziellen Mittel Einfluss auf diese Parameter haben. Eine Studie aus dem Jahr 1999 des Commonwealth Funds zeigt beim Vergleich der Gesundheitssysteme von England, Amerika, Australien, Kanada und Neuseeland, dass Großbritannien das einzige Land ist, in dem kein Unterschied zwischen der Einkommenshöhe und den persönlichen Erfahrungen im Bezug von Gesundheitsleistungen besteht. Bei allen dreien der für die Studie maßgeblichen gewählten Zugangskriterien (keine medizinische Versorgung unmittelbar bei Bedarf, Schwierigkeiten beim Zugang zu Fachärzten und Schwierigkeiten beim Zugang zu Pflegeleistungen) waren Patienten der oberen und unteren Einkommensklassen gleichgestellt. Traten Probleme auf, so waren sie in beiden Gruppen gleich stark ausgeprägt, unabhängig von der Höhe des persönlichen Einkommens. Auch gaben allein britische Patienten an, notwendige Medikamentenrezepte nicht aus finanziellen Gründen ungenutzt zu lassen. Hier bestanden genügend Befreiungsmöglichkeiten für Zuzahlungen, so dass alle

⁹⁹ Vgl. Butterwegge: Krise und Zukunft des Sozialstaates in einer sich spaltenden Gesellschaft, S.13, 2006

Rezepte auch eingelöst werden konnten. Auch bei der Qualität der erlebten Gesundheitsdienstleistungen gaben die Einkommensgruppen ähnliche Erfahrungen an. Im Gegensatz dazu beschrieben vor allem in Systemen mit starken Marktmechanismen Patienten der unteren Einkommensklassen, dass sie Benachteiligungen sowohl im Zugang, als auch in der Qualität der Behandlung aufgrund fehlender finanzieller Eigenmittel erfahren hätten. In diesen Ländern war der Ruf nach weitreichenden Reformen im Gesundheitswesen am stärksten.¹⁰⁰

Der Reformdruck auf die Gesundheitssysteme darf nicht dazu führen, dass bei dem Bemühen um finanzielle Zukunftsfähigkeit und Verbesserung der Qualität in der Versorgung die Frage der Zugangsgerechtigkeit für benachteiligte Gruppen vernachlässigt wird. Die Zufriedenheit mit dem Gesundheitssystem gründet sich auf die persönlichen Erfahrungen und damit wiederum auch auf die Möglichkeit, das System für die eigenen Bedürfnisse zu gestalten und zu nutzen. Je mehr dies von den individuellen finanziellen Mitteln abhängt, desto größer wird die gesellschaftliche Spaltung.

5.2 Persönliche Reflexion und Ausblick

Die vorliegende Arbeit hat gezeigt, dass der Zugang zum Gesundheitssystem für unterprivilegierte Gruppen allgemein schwierig ist. Gerade das Beispiel der Versorgung Obdachloser lässt die Lücken und Schwachstellen der Gesundheitssysteme in den Ländern zutage treten. Uneingeschränkter Zugang für alle Bevölkerungsgruppen zu gesundheitlichen Leistungen unabhängig von ihren persönlichen finanziellen Möglichkeiten ist ein wichtiger Teil der gesellschaftlichen Chancengleichheit. Im Vergleich zu England und Wales schneidet Deutschland hier zunehmend schlechter ab. Dabei beweist der britische NHS, dass ein Gesundheitssystem nicht nur ein Wirtschaftszweig, sondern ein gesamtgesellschaftlicher, zu schützender Wert sein kann. Fragt man britische Patienten, so gehört das Gesundheitssystem den Menschen. In Deutschland wird man diese Antwort wohl eher selten hören. Folgt man den aktuellen Reformdebatten, so gewinnt man den Eindruck, hier sei alles ausschließlich eine Frage der Finanzierung. Mehr Geld im System würde demnach auch umfangreichere und innovativere Leistungen für alle nach sich ziehen. Dass, nur

¹⁰⁰ Vgl. Schoen et al.: Health insurance markets and income inequality, 1999

weil etwas neu ist, es noch lange nicht qualitativ besser sein muss, wird dabei gerne übersehen und ist nur selten Teil der Debatte. Das individuelle Anspruchsdenken orientiert sich an den ewig gleichen Versprechungen von mehr und besserer Leistung bei größerer persönlicher (Zu-)Zahlungsbereitschaft. Staatliche Systeme wie der NHS sind in ihren Reformbemühungen hier deutlich weiter. Sie sehen die Chance auf Veränderung in der Qualitätsverbesserung und in einer gesamtgesellschaftlichen Diskussion über die eingeschränkte Bezahlbarkeit von Leistungen. Im Deutschen Gesundheitswesen dagegen ist gerade das Thema „Rationierung“ ein Reizwort, da sie angeblich nicht existiert, verdeckt jedoch schon lange Teil der medizinischen Versorgung ist. Doch nur, wenn die Regeln, nach denen die begrenzten Ressourcen verteilt werden, für alle klar ersichtlich und nachvollziehbar sind, können sie auch auf gesellschaftliche Akzeptanz treffen und den Reformprozess voran bringen.

Literaturverzeichnis

- ANDERSON, I. et al. (2006): *Addressing homelessness in Europe. The changing role of service provision: Barriers of access to health services for homeless people*, Brussels: European Federation of National Organisations Working with the Homeless (FEANTSA).
- BAGGOTT, R. (2004): *Health and Health Care in Britain*, Third Edition, Basingstoke: PALGRAVE MACMILLAN.
- BAHLE, T. (2007): *Wege zum Dienstleistungsstaat: Deutschland, Frankreich und Großbritannien im Vergleich*, Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- BEHNSEN, S. (1995): *Wege zu einer sozialen Medizin für Wohnungslose*. In: LUTZ, R. (Hrsg.) *Wohnungslose und ihre Helfer*, Bielefeld: VSH Verlag Soziale Hilfe, S. 203-219.
- BEHNSEN, S. (2007): *Die Finanzierung niedrighschwelliger medizinischer Projekte für Wohnungslose in Nordrhein-Westfalen*, Berlin: Gesundheit Berlin.
- BLANK, R., BURAU, V. (2004): *Comparative Health Policy*, Basingstoke: PALGRAVE MACMILLAN.
- BORGETTO B., Kälble, K. (2007): *Medizinsoziologie. Sozialer Wandel, Krankheit, Gesundheit und das Gesundheitssystem*, Weinheim und München: Juventa Verlag.
- BUNDESARBEITSGEMEINSCHAFT WOHNUNGSLOSENHILFE E.V. (2003): *Diagnosebezogene Fallpauschalen in Krankenhäusern gefährden medizinische Versorgung wohnungsloser und sozial ausgegrenzter Patienten*, <http://www.bag-wohnungslosenhilfe.de/presse/pa.phtml?ID=20030917>
Stand: 17.04.2009
- BUNDESARBEITSGEMEINSCHAFT WOHNUNGSLOSENHILFE E.V. (2006): *Sicherstellung der medizinischen Versorgung wohnungsloser Männer und Frauen*, Bielefeld: Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnungslosenhilfe e.V.
- BUNDESMINISTERIUM FÜR ARBEIT UND SOZIALES (2008): *Der dritte Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung*, Berlin: Bundesanzeiger Verlag.

- BUSSE R., RIESBERG, A. (2004): *Health care systems in transition: Germany*, Copenhagen: WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies.
- BUTTERWEGGE, C. (2006): *Krise und Zukunft des Sozialstaates in einer sich spaltenden Gesellschaft*. In: HAG (Hrsg.) *Eigenverantwortung in der Mittellosigkeit?! Auswirkungen des Reformprozesses auf die gesundheitliche Lage von Wohnungslosen*, Dokumentation der Fachtagung des regionalen Knoten „Wohnungslosigkeit und Gesundheit“, Hamburg: HAG, S. 11-16.
- CRANE, M., WARNES, A. (2001): *Primary health care services for single homeless people: defects and opportunities*, Family Practice, 18(3), S. 272-276.
- CRISIS (2002): *Policy brief: Critical condition – Vulnerable single homeless people and access to GPs*, London: Crisis.
- DAHLKAMP J. et al. (2006): *Kollektiv verantwortungslos*, Der Spiegel, 27, S. 18-35.
- DAVÍDSDÓTTIR, S. (2003): *Fallstudie 3. Das Mainzer Modell: Versorgung der Obdachlosen vor Ort*, In: WHO-Europa. *Gesundheitssysteme stellen sich der Armut, PH-Fallstudien Nr. 1*, Kopenhagen: WHO-Regionalbüro für Europa, S. 45-55.
- DEPARTMENT FOR COMMUNITIES AND LOCAL GOVERNMENT (2009): *Housing Statistical Release*.
<http://www.communities.gov.uk/housing/homelessness/> Stand: 21.05.2009
- DIAKONIE HILFSWERK HAMBURG (2008): *Pflegeeinrichtung für wohnungslose Menschen*, Hamburg: Diakonie Hilfswerk.
- EUROPEAN COMMISSION (2007): *Measurement of homelessness at European Union Level*,
http://ec.europa.eu/employment_social/social_inclusion/docs/2007/study_homelessness_en.pdf Stand 27.04.2009
- EUROPEAN FEDERATION OF NATIONAL ORGANISATIONS WORKING WITH THE HOMELESS (FEANTSA) (2004): *How Health Professionals Can Work Towards Meeting the Health Needs of Homeless People*,
http://www.feantsaresearch.org/files/Health%20and%20Social%20Protection/FINAL%20Health%20professionals_health%20Needs%20of%20Homeless%20People.pdf: Stand 27.04.2009

- EUROPEAN OBSERVATORY ON HEALTH CARE SYSTEMS (1999): *Health Care Systems in Transition: United Kingdom*, Copenhagen: European Observatory on Health Care Systems.
- EVANGELISCHE OBdachLOSENHILFE e.V. (Hrsg.) (2007): *Arme habt ihr allezeit. Vom Leben obdachloser Menschen in einem wohlhabenden Land*, Frankfurt: Edition Chrismon.
- FITZPATRICK, S., KEMP, P. and KLINKER, S. (2000): *Single homelessness: An Overview of Research in Britain*, Bristol: Policy Press.
- GEENE, R., GOLD, C., HANS, Ch., (Hrsg.) (2003): *Armut und Gesundheit. Gesundheitsziele gegen Armut: Netzwerke für Menschen in schwierigen Lebenslagen*, Berlin: b_books.
- GELLNER, W., WILHELM, A., (Hrsg.) (2006): *Vom klassischen Patienten zum Entrepreneur? Gesundheitspolitik und Patienteninteresse im deutschen Gesundheitssystem*, 1. Ausgabe, Baden-Baden: Nomos Verlagsgesellschaft.
- GRABS, J., ISHORST-WITTE, F., PÜSCHEL, K. (2008): *Todesursachen wohnungsloser Menschen in Hamburg - "Krank bin ich, wenn nichts mehr geht!"* <http://www.aerztekammer-hamburg.de/funktionen/aebonline/pdfs/1210333014.pdf>.
Hamburg: Hamburgisches Ärzteblatt. Stand 30.04.2009
- HAMBURGISCHE ARBEITSGEMEINSCHAFT FÜR GESUNDHEITSFÖRDERUNG E.V. (HAG), et al. (Hrsg.) (2007): *Hamburger Geschichten. Über die Schwierigkeiten wohnungsloser Menschen, medizinische Angebote in Anspruch zu nehmen*, Hamburg: HAG
- HART, T. (1971): *The Inverse Care Law*, *The Lancet*, 297 (7696), S. 405-412.
- HIGGINBOTHAM, P (2009): *The Workhouse*, <http://www.workhouses.org.uk/>
Stand: 19.05.2009
- HOMELESS LINK CYMRU (2006): *Homeless People's healthcare needs and access to healthcare provision in Wales*,
<http://www.homeless.org.uk/inyourarea/cymru> Stand 28.03.2009
- KUNSTMANN, W. (2006): *Das GKV-Modernisierungsgesetz (GMG) und seine Auswirkungen auf die medizinische Versorgung Wohnungsloser. Wohnungslose: autonome Patienten und Patientinnen oder Opfer von Ökonomisierung und Wettbewerb? Eine Zwischenbilanz der Reformen im*

- Gesundheitswesen*, Hamburg: Hamburgische Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung e.V. (HAG).
- KUNSTMANN, W., OSTERMANN, T. (2008): *Abschlußbericht der wissenschaftlichen Studie zur "Medizinischen Versorgung Obdachloser in Nordrhein-Westfalen"*, Düsseldorf: Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen.
- LAMPERT, T., ZIESE, T. (2005): *Armut, soziale Ungleichheit und Gesundheit. Expertise des Robert Koch-Instituts zum 2. Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung*, Berlin: Robert Koch Institut.
- LANDESREGIERUNG NORDRHEIN-WESTFALEN (2009): *Neues Programm gegen Obdachlosigkeit / Minister Armin Laschet: Unterstützung der Kommunen bei der Bekämpfung der Wohnungslosigkeit*, Presseinformation 236/2/2009. http://www.integration.nrw.de/aktuelles/pm2009/pm090226-Neues_Programm_gegen_Obdachlosigkeit/mgffi26022009a_Obdachlosigkeit1.pdf Stand: 21.05.2009
- LUTZ, R., SIMON, T. (2007): *Lehrbuch der Wohnungslosenhilfe. Eine Einführung in Praxis, Positionen und Perspektiven*, Weinheim und München: Juventa Verlag.
- LUTZ, R. (Hrsg.) (1995): *Wohnungslose und ihre Helfer*, Bielefeld: VSH Verlag Soziale Hilfe GmbH.
- MERTEN, M. (2004): *Medizinische Versorgung Obdachloser – Ohne Netzwerk unmöglich*, Deutsches Ärzteblatt, 101 (43), S. A2866-A2870.
- MIELCK, A. (2005): *Soziale Ungleichheit und Gesundheit. Eine Einführung in die aktuelle Diskussion*, Bern: Verlag Hans Huber.
- MURRAY, C.J.L., FRENK, J. (2000): *A framework for assessing the performance of health systems*, Bull World Health Organ. [online], vol. 78, no. 6, S. 717-731. [http://www.who.int/bulletin/archives/78\(6\)717.pdf](http://www.who.int/bulletin/archives/78(6)717.pdf) Stand: 01.06.2009
- NOLTE, E., McKee, M., WAIT, S. (2006): *Describing and evaluating health systems*. In: BOWLING, A., EBRAHIM, S. (Hrsg.) *Handbook of health research methods. Investigation, Measurement and Analysis*, Berkshire: Open University Press, S. 12-43.
- PLSEK, P.E., WILSON, T. (2001): *Complexity Science: Complexity, leadership, and management in healthcare organisations*, BMJ, 323, S.746-749.

- PLSEK, P.E., GREENHALGH, T. (2001): *Complexity Science: The challenge of complexity in health care*, BMJ, 323, S. 625-628.
- REULER, J. (1989): *Health Care for the Homeless in a National Health Program*, American Journal of Public Health, 79(08), S. 1033-1035.
- RILEY, A., HARDING, G., UNDERWOOD, M., CARTER, Y. (2003): *Homelessness: a problem for primary care?* British Journal of General Practice, 53, S. 473-479.
- ROSENBROCK, R., GERLINGER, T. (2006): *Gesundheitspolitik. Eine systematische Einführung*, Bern: Verlag Hans Huber.
- ROSENKE, W. (2007): *Anforderungen an die medizinische Versorgung wohnungsloser Menschen aus der Sicht der BAG Wohnungslosenhilfe e.V.*, Dokumentation 13. bundesweiter Kongress Armut und Gesundheit, Berlin: Gesundheit Berlin.
- SAUNDERS, K. (2006): *Good practice in healthcare for homeless people*, Vortrag im Rahmen des Social Justice and Regeneration Committee, Cardiff: National Assembly for Wales.
<http://www.cynulliadcymru.org/400a72bb6c417de26cc96cd6ae71ee17.pdf>
 Stand: 25.06.2009
- SCHOEN, C. et al. (1999): *Health insurance markets and income inequality: findings from an international health policy survey*, Health Policy, 51, S. 67-85.
- SCHMIDT-RECLA, A. (2003): *Rechtliche Probleme bei der ärztlichen Versorgung obdachloser Patienten?* Zeitschrift für Medizin Recht (MedR), Heft 8, S 438-441.
- SCHRÖDER, HELMUT (2008): *Statistikbericht 2004-2006*, Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnungslosenhilfe e.V. (Hrsg.). Bielefeld: BAG W Verlag.
- SHELTER ENGLAND (2007): *Homelessness Fact sheet*,
http://england.shelter.org.uk/professional_resources/policy_library/policy_library_folder/homelessness_factsheet Stand: 22.05.2009
- SIMON, M. (2008): *Das Gesundheitssystem in Deutschland. Eine Einführung in Struktur und Funktionsweise*, Bern: Verlag Hans Huber.
- SPICKER, P. (2008): *An introduction to social policy*, Aberdeen, Scotland: The Robert Gordon University.
<http://www2.rgu.ac.uk/publicpolicy/introduction/historyf> Stand 19.05.2009

- STADT MANNHEIM (Hrsg.) (1996): *Alleinstehende Wohnungslose in Mannheim. Sozialbericht 1996*, Mannheim: Dezernat für Jugend, Soziales und Gesundheit.
- TALBOT-SMITH, A., POLLOCK, A. (2007): *The New NHS. A Guide*, New York: Routledge.
- THE WORLD BANK (2007): *Healthy Development: The World Bank Strategy for HNP Results, Annex L*,
<http://siteresources.worldbank.org/HEALTHNUTRITIONANDPOPULATION/Resources/281627-1154048816360/AnnexLHNPStrategyWhatisaHealthSystemApril242007.pdf>
 Stand: 06.06.2009
- TRABERT, G. (1997): *Gesundheitsstatus und medizinische Versorgungssituation von alleinstehenden, wohnungslosen Menschen*. Gesundheitswesen, 59, S. 378-386
- TRABERT, G. (2000): *Aufsuchende ambulante medizinische Versorgung (medical streetwork)*. In: HINZ, P., SIMON, T., WOLLSCHLÄGER, T. *Streetwork in der Wohnungslosenhilfe*, Hohengehren: Schneider-Verlag. S. 93-104.
- VAN DER SCHEE et al. (2007): Public trust in health care: a comparison of Germany, The Netherlands, and England and Wales, *Health Policy*, 81, S. 56-67.
- WANLESS, D. (2003): *The Review of Health and Social Care in Wales*, Cardiff: Welsh Assembly Government.
- WEBER, M. (1920): *Die Protestantische Ethik und der Geist des Kapitalismus*. In: Ders. *Gesammelte Aufsätze zur Religionssoziologie, Band 1*, Nachdruck der Originalausgabe von 1920 (1. Januar 1988), Stuttgart: UTB.
- WELSH ASSEMBLY GOVERNMENT (2003): *Homeless People's Access to Medical, Care and Support Services. A Review of the Literature*, Cardiff: Housing Research Report HRR 5/03.
- WELSH ASSEMBLY GOVERNMENT (2005): *Designed for Life: Creating world class Health and Social Care for Wales in the 21st Century*, Cardiff: Welsh Assembly Government.
- WELSH ASSEMBLY GOVERNMENT (2009): *Statistics for Wales*,
www.wales.gov.uk/statistics . Stand: 21.05.2009

- WENDT, C. (2005): *Der Gesundheitssystemvergleich: Konzepte und Perspektiven. Arbeitspapiere – Working Papers, Nr. 88*, Mannheim: Mannheimer Zentrum für Europäische Sozialforschung (MZES).
- WHO-Regionalbüro für Europa (2003): *Gesundheitssysteme stellen sich der Armut. Public-Health-Fallstudien Nr. 1*, Kopenhagen: WHO-Bibliothek.
- WILLEMS, S., SWINNEN, W., DE MAESENEER, J.M. (2005): *The GP's perception of poverty: a qualitative study*, Family Practice, 22, S. 177-183.
- WRIGHT, N., TOMPKINS, C., OLDHAM, N., KAY, D. (2004): *Homelessness and health: what can be done in general practice?* Journal Of The Royal Society Of Medicine, 97, S. 170-173.
- WRIGHT, N., TOMPKINS, C. (2005): *How can health care systems effectively deal with the major health care needs of homeless people?* Health Evidence Network report, <http://www.euro.who.int/document/e85482.pdf>. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe. Stand 15.04.09

Eidesstattliche Erklärung

Ich versichere, dass ich die vorliegende Arbeit ohne fremde Hilfe selbstständig verfasst und nur die angegebenen Hilfsmittel benutzt habe. Wörtlich oder dem Sinn nach aus anderen Werken entnommene Stellen sind unter Angabe der Quelle kenntlich gemacht.

Hamburg, 24. August 2009

Birte Bahlmann