

Ernst-Abbe-Hochschule Jena

Fachbereich Betriebswirtschaft

Masterstudiengang Health Care Management (MBA)

Masterarbeit zum Thema:

Das deutsche und libanesische Gesundheitssystem – ein Vergleich

06. Januar – 08. Juni 2021

vorgelegt bei

Prof. Dr. rer. nat./med. habil. Michael Hartmann

Frau Prof. Dr. Heike Kraußlach

von

Dr. med. Hassan Allouch

Lyonel-Feininger Str. 1

99425 Weimar

Tel: 03643/7718818
hassanallouch@hotmail.com

Matr.-Nr. 642162

Inhaltsverzeichnis

ABBILDUNGSVERZEICHNIS	IV
TABELLENVERZEICHNIS	VI
ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS.....	VII
1. EINLEITUNG.....	1
1.1. EINFÜHRUNG	1
1.2. KLASSIFIKATION DER GESUNDHEITSSYSTEME	2
1.2.1. Staatliche Gesundheitssysteme (Beveridge-Modell)	2
1.2.2. Gesundheitssystem nach dem Bismarck-Modell.....	3
1.2.3. Markt-Modell	3
1.3. ZIELBESTIMMUNG DER ARBEIT	4
2. DEUTSCHLAND	5
2.1. ALLGEMEINE STRUKTUR.....	5
2.2. FINANZIERUNG	10
2.2.1. Gesetzliche Krankenversicherung (GKV).....	12
2.2.2. Private Krankenversicherung (PKV)	14
2.3. DEUTSCHE GESUNDHEITSPOLITIK	14
2.3.1. Akteure des Gesundheitssystems	15
2.3.1.1. Gesetzliche Ebene	15
2.3.1.1.1. Das Bundesministerium für Gesundheit (BMG)	15
2.3.1.1.2. Die Bundesländer	16
2.3.1.1.3. Die Kommunen	16
2.3.1.2. vertragliche Ebene unter Einbezug von Verbänden auf Bundesebene	17
2.3.1.2.1. Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA)	17
2.3.1.2.2. Spitzenverband Bund der Krankenkassen (GKV-Spitzenverband)	19
2.3.1.2.3. Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG).....	19
2.3.1.2.4. Kassenärztliche Bundesvereinigungen (KBV)	19
2.3.1.3. Ebene der Individualverträge	20
2.3.1.3.1. Kassenärztliche Vereinigung (KV).....	20
2.3.1.3.2. Vertragsärzte.....	20
2.3.1.3.3. Landesverbände der Krankenkassen	20
2.3.1.3.4. Medizinischer Dienst der Krankenversicherung (MDK)	21
2.3.1.3.5. Landeskrankenhausgesellschaft	21
2.3.1.3.6. Krankenhausplanung	22
2.3.1.3.7. Krankenhausfinanzierung.....	22
2.4. GESUNDHEITSINDIKATOREN UND KENNZAHLEN	23
2.4.1. Krankenhausbetten pro 1.000 Personen	24
2.4.2. Gesundheitsausgaben	25
2.4.3. Lebenserwartung	26
2.4.4. Kindersterblichkeitsrate.....	27
3. LIBANON.....	28
3.1. ALLGEMEINE STRUKTUR.....	28
3.2. FINANZIERUNG DES LIBANESISCHEN GESUNDHEITSSYSTEMS.....	30
3.2.1. Sozialversicherungen.....	30
3.2.1.1. Nationaler Sozialversicherungsfond (NSSF)	31
3.2.1.2. Beamten-Genossenschaft (CSC)	32
3.2.1.3. Militärische Systeme (MS).....	32
3.2.2. Private Versicherungen	32

3.2.3.	<i>Gesundheitsministerium (MOPH)</i>	33
3.2.4.	<i>Nichtregierungsorganisationen (NGO)</i>	34
3.2.5.	<i>Out-of-pocket expenditures (OOP)</i>	35
3.3.	LIBANESISCHE GESUNDHEITSPOLITIK	36
3.4.	GESUNDHEITSINDIKATOREN UND KENNZAHLEN	37
3.4.1.	<i>Krankenhausbetten pro 1.000 Personen</i>	37
3.4.2.	<i>Gesundheitsausgaben</i>	38
3.4.3.	<i>Lebenserwartung</i>	39
3.4.4.	<i>Kindersterblichkeitsrate</i>	39
4.	VERGLEICH DER GESUNDHEITSSYSTEME	40
4.1.	GESUNDHEITSINDIKATOREN UND KENNZAHLEN	40
4.1.1.	<i>Lebenserwartung</i>	40
4.1.2.	<i>Gesunde Lebenserwartung bei Geburt</i>	41
4.1.3.	<i>Mortalitätsindikatoren</i>	42
4.2.	VERGLEICH DER GESUNDHEITSSYSTEMBEZOGENEN INDIKATOREN	46
4.2.1.	<i>Krankenhausbetten</i>	46
4.2.2.	<i>Gesundheitsausgaben</i>	47
4.2.3.	<i>Zahl der Ärzte pro Kopf</i>	51
4.2.4.	<i>Qualität des Gesundheitswesens</i>	53
4.3.	VERGLEICH DER NICHT-MEDIZINISCHEN DETERMINANTEN DER GESUNDHEIT	55
4.3.1.	<i>Sozioökonomische Faktoren</i>	55
4.3.2.	<i>Lebensstilbezogene Faktoren</i>	55
5.	DISKUSSION	58
6.	ZUSAMMENFASSUNG	67
	LITERATURVERZEICHNIS.....	70

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1:	Säulen der deutschen Sozialversicherung
Abbildung 2:	Krankenversicherungsschutz der deutschen Bevölkerung in Prozent und in Millionen Einwohner im Jahr 2018
Abbildung 3:	Finanzierung des deutschen Gesundheitssystems im Jahr 2019
Abbildung 4:	Finanzielle Zuflüsse und Abflüsse an den bzw. aus dem Gesundheitsfonds
Abbildung 5:	Rechtstellung des G-BA
Abbildung 6:	Fördermittel und Gesamtausgaben der Krankenhäuser in Deutschland
Abbildung 7:	Verlauf der Gesundheitsausgaben in Deutschland im Zeitraum von 2000 bis 2018
Abbildung 8:	Gesundheitsausgaben in Deutschland nach Art der Einrichtung, in Millionen € im Jahr 2018
Abbildung 9:	Finanzmittel im Libanon aus Steuerquellen
Abbildung 10:	Direkte Zahlungen privater Haushalte (OOP) - Libanon
Abbildung 11:	Verteilung der privaten Krankenhäuser innerhalb des Landes Libanon
Abbildung 12:	Verlauf der Gesundheitsausgaben 2000-2018 – Libanon
Abbildung 13:	Lebenserwartung bei Geburt (Jahre) -Deutschland und Libanon
Abbildung 14:	Verlauf der Kindersterblichkeit in beiden Ländern
Abbildung 15:	Verlauf der Müttersterblichkeitsrate (MMR) in beiden Ländern
Abbildung 16:	Verteilung der Müttersterblichkeit im Libanon nach Regionen, 2010–2018
Abbildung 17:	Hauptursachen (%) der Todesfälle in Deutschland und Libanon
Abbildung 18:	Krankenhausbetten-Verlauf in beiden Ländern von 2000 bis 2017

- Abbildung 19: Gesundheitsausgaben zur Zahl der Bevölkerung (Pro-Kopf-Ausgaben)
- Abbildung 20: Gesundheitsausgaben (BIP) in Deutschland und Libanon
- Abbildung 21: Gesundheitsausgaben aus inländischen privaten Quellen in Deutschland und Libanon von 2000 bis 2018
- Abbildung 23: Gesundheitsausgaben aus inländischen öffentlichen Quellen in Deutschland und Libanon von 2000 bis 2018

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Aktive Nichtregierungsorganisationen (NGO) in den einzelnen Mohafazats (entspricht Bezirken)

Tabelle 2: Lebenserwartung in Gesundheit bei Geburt in Deutschland und Libanon

Abkürzungsverzeichnis

Abb.	Abbildung
BfArM	Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte
BZgA	Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung
BGB	Bürgerliches Gesetzbuch
BIP	Bruttoinlandprodukt
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
BMI	Body-Mass-Index
CSC	Cooperative of Civil Servants, Beamten-Genossenschaft
DKG	Deutsche Krankenhausgesellschaft
DRG	Diagnosis Related Groups
EU	Europäische Union
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
GRV	Gesetzliche Rentenversicherung
GUV	Gesetzliche Unfallversicherung
HALE	Health Life Expectancy at Birth, Lebenserwartung in Gesundheit zum Zeitpunkt der Geburt
Hrsg.	Herausgeber
IQWiG	Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen
IQTIG	Institut für Qualität und Transparenz im Gesundheitswesen
KBV	Kassenärztlichen Bundesvereinigung
KV	Kassenärztliche Vereinigung
NGO	Non-Governmental Organisation, Nichtregierungsorganisation
NHS	National Health Service, nationaler Gesundheitsdienst
NSSF	National Social Security Fund, nationaler Sozialversicherungsfond
MDK	Medizinische Dienst der Krankenversicherung
MF	Mutual Funds, Investmentfonds
MENA	Middle East and North Africa, Länder des Nahen Ostens und Nordafrikas
MMR	Mother Mortality Ratio, Müttersterblichkeitsrate
MOPH	Ministry of Public Health, Gesundheitsministerium

MS	Military Schemes, militärische Systeme
OECD	Organisation for Economic Co-operation and Development, Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung
OOP	Out-of-pocket expenditures, direkte Zahlungen privater Haushalte
PEPP	Pauschalierendes Entgeltsystem Psychiatrie und Psychosomatik
PKV	Private Krankenversicherung
RKI	Robert-Koch-Institut
SGB	Sozialgesetzbuch
SK	Sicherheitskräfte
SPV	Soziale Pflegeversicherung
UHC	Universal Health Coverage, Universelle Krankenversicherung
UN	United Nations, Vereinte Nationen
WHO	World Health Organisation, Weltgesundheitsorganisation

1. Einleitung

1.1. Einführung

*Die Gesundheit ist zwar nicht alles, aber ohne Gesundheit ist alles nichts.
(Arthur Schopenhauer)*

Das Ziel „Überleben“ ist ein instinktives Verhalten. So haben Tiere jeweils bestimmte Ansprüche an ihren Lebensraum, wie z. B. das Töten von schwächeren Tieren zur Nahrung und Schutz vor Feinden. Auch Menschen suchten seit Beginn der Menschheitsgeschichte neben der Nahrung zum Leben nach Sicherheit und versuchten, sich gegen die verschiedenen Gefahren, wie die Natur und wilde Tiere, die zu dieser Zeit ein eminentes Risiko darstellten, zu schützen.

Der erste Schritt in die Solidarität war zu Beginn des gesellschaftlichen Lebens die Familiensolidarität. Im Rahmen der Entwicklung der Menschheit im Laufe der Jahre konnten weitere Prioritäten des menschlichen Zusammenlebens definiert werden. Somit wurden die Begriffe Gesundheit, Arbeitsplatzsicherheit und Absicherung im Ruhestand die drei wesentlichen, zu schützenden Säulen.

Weitere Schritte in der Entwicklung des gesellschaftlichen Zusammenhalts waren die sogenannte „religiöse“ und die sogenannte „staatliche“ Solidarität. Im Zuge einer sukzessiven Verbesserung von medizinischen Leistungen kam es zu einer Steigerung von Kosten im Zusammenhang mit Gesundheit, die oftmals im Krankheitsfalle nicht von einer Person allein getragen werden können. Daraufhin und aufgrund der Schwächung der Familiensolidarität und des ständig steigenden Bevölkerungswachstums durch zunehmende Urbanisierung im Rahmen des Strukturwandels, war es wichtig, Wege zu finden, um Menschen sozial abzusichern.

Die soziökonomischen und die verschiedenen geschichtlichen Einflüsse führten zur Entwicklung von verschiedenen Gesundheitssystemen in den einzelnen Nationen. Dabei

konnten unterschiedliche Zielvorstellungen von beteiligten unterschiedlichen Akteuren entstehen. In diesem Zusammenhang wurde in einer Reihe von Ländern, einschließlich Deutschland und Libanon, die Schaffung einer allgemeinen sozialen Solidarität beschlossen. Ein zentrales Prinzip dieser ist die Solidarität im Krankheitsfall. Daneben wurden weltweit verschiedene Gesundheitssysteme entwickelt. Damit einher geht die Frage, ob es ein ideales Gesundheitssystem gibt. Ein ideales Gesundheitssystem sollte sich unter anderem durch einen freien Zugang für alle Bürger, Effektivität und Effizienz sowie angemessene Kostenkontrolle auszeichnen (1). Da alle Gesundheitssysteme Stärken und Schwächen haben (1), ist es unmöglich, ein so idealtypisches Gesundheitssystem zu finden. Mittlerweile verfügen fast alle Staaten weltweit über ein Gesundheitssystem in der einen oder anderen Form, um eine Gesundheitsversorgung und die Verbesserung der Gesundheit der Bevölkerung in einem bestimmten Maß bereitzustellen (2).

1.2. Klassifikation der Gesundheitssysteme

Die historische und bekannteste Klassifikation, die immer noch angewendet wird, ist die Klassifikation, die 1987 von der Organisation für Kooperation und Wirtschaftliche Zusammenarbeit (OECD) vorgestellt wurde (2). Die Typologie klassifiziert Gesundheitssysteme anhand des Schwerpunktes der Finanzierung der Gesundheitsversorgung und entsprechenden Unterschieden in der Gesundheitsversorgung. Diese Klassifizierung führt zu drei Grundmodellen des Gesundheitssystems (3): Das staatliche Gesundheitssystem nach dem Beveridge-Modell, das Gesundheitssystem nach dem Bismarck-Modell sowie das Markt-Modell.

1.2.1. Staatliche Gesundheitssysteme (Beveridge-Modell)

Das Modell des Nationalen Gesundheitsdienstes (NHS), benannt nach dem britischen Ökonomen William Henry Beveridge, zeichnet sich durch eine universelle Abdeckung, die Finanzierung aus allgemeinen Steuern sowie öffentliches Eigentum und / oder öffentliche Kontrolle der Gesundheitsversorgung aus. Grundprinzip ist dabei das Versorgungsprinzip, das eine medizinische Basissicherung für die gesamte Bevölkerung garantieren soll (3). Auf diesem Modell basieren Länder wie Großbritannien, Irland und Portugal.

Die Planung der Gesundheitsversorgung wird zentral, politisch reguliert, durchgeführt und in Form von Sachleistungen durch die Institutionen gestellt. Die Leistungserbringer sind öffentliche Leistungsanbieter (4). Rationierung, staatliche Reglementierung der Leistung, steigende Selbstbeteiligung bei fehlenden Steuerannahmen, fehlende zusätzliche Leistungsanreize und Einschränkung der Arztwahl sind wiederholte Kritikpunkte dieses Modells.

1.2.2. Gesundheitssystem nach dem Bismarck-Modell

Das Sozialversicherungssystem wurde in Deutschland am Ende des 19. Jahrhunderts durch Otto von Bismarck eingeführt, mit dem Ziel einer Beitrags- und Leistungsgerechtigkeit. Später haben andere Länder wie Österreich, die Schweiz, Niederlande, Belgien und Frankreich dieses Modell übernommen. Die Finanzierung erfolgt bei diesem Modell über Beiträge in Abhängigkeit vom Einkommen. Die Leistungen werden nach medizinischem Bedarf abgerufen. Im Gegensatz zum Beveridge-Modell ist beim Bismarck-Modell eine freie Arztwahl in der Regel zugelassen. Die Regulierung erfolgt durch die Selbstverwaltung der Krankenkassen und Leistungserbringer, der Staat hat dabei nur indirekten Einfluss (4). Letztendlich ist das Modell ein anbieterorientiertes System und kann, theoretisch durch ungebremstes Nachfragen sinnloser Leistungen missbraucht werden.

Zu den sozialen Sicherungssystemen gehören auch die Mischformen (Beveridge-Bismarck), in denen die Finanzierung sowohl über Steuern als auch über Sozialversicherungsbeiträge geleistet wird, beispielhaft dafür sind Italien und Spanien sowie das osteuropäische Semashko-Modell mit einem zentral geplanten, staatlichen Versorgungssystem mit freiem Zugang für die gesamte Bevölkerung. Bei diesem Modell spielt der private Sektor keine Rolle, der Staat selbst ist Leistungsträger und beschäftigt das Gesundheitspersonal in einer Einheit von Ökonomie und Sozialpolitik (5).

1.2.3. Markt-Modell

Bei diesem Modell zieht sich der Staat aus dem Gesundheitssystem zurück. Dabei ist die staatliche Kontrolle, wie zum Beispiel im US-amerikanischen Gesundheitssystem, auf

ein Minimum reduziert. Ziel dieses Modells ist es, die Minimalversorgung der Bevölkerung im Krankheitsfall, nach Bedürftigkeit und dem Fürsorgeprinzip, zu gewährleisten. Da die Krankenversicherung nicht obligatorisch ist und die Gesundheitsausgaben zum großen Teil privat finanziert werden, werden viele Menschen die teuren Gesundheitsleistungen nicht erhalten können oder wollen. Mit dem sogenannten „Obama Care“-Programm sollte die Mehrheit der amerikanischen Bevölkerung abgesichert werden.

1.3. Zielbestimmung der Arbeit

Die Organisation der Gesundheitsversorgung inklusive Gesundheitspolitik, Finanzierung und Gesundheitsausgaben in den einzelnen Ländern weist wesentliche Unterschiede auf. Damit stellt sich die Frage, wie stark sich die teils erheblichen Unterschiede in der Organisation des Gesundheitswesens in zwei wirtschaftlich unterschiedlichen Ländern auf die Gesundheitsversorgung der Bevölkerung auswirken. Die vorliegende Masterarbeit beschäftigt sich mit dieser Problematik anhand des konkreten Vergleiches zweier kulturell und wirtschaftlich unterschiedlicher Länder und versucht Auswirkungen der differenten Versorgungsrealitäten auf die Gesundheitsfürsorge mittels verschiedener Indikatoren darzustellen. So soll das Gesundheitssystem und die Patientenversorgung eines Landes mit mittlerem Einkommen (Libanon) mit dem Gesundheitssystem und der Patientenversorgung eines reichen Landes mit hohem Lebensstandard (Deutschland) verglichen werden. Es soll versucht werden die Qualität der Gesundheitsfürsorge der Bevölkerung in beiden Ländern über geeignete Kennzahlen zu reflektieren.

2. Deutschland

2.1. Allgemeine Struktur

Das deutsche Gesundheitssystem gilt als Prototyp des sozialversicherungsfinanzierten Gesundheitswesens. Dieses System baut, als System der Sicherung im Krankheitsfall, auf einer Reihe von Grundprinzipien auf. Diese umfassen das Sozialstaatsprinzip, das Versicherungsprinzip, das Solidarprinzip, das Sachleistungsprinzip, das Kostenerstattungsprinzip, das Selbstverwaltungsprinzip, das Bedarfsdeckungsprinzip, das Subsidiaritätsprinzip, das Paritäts- und das Pluralitätsprinzip.

Sozialstaatsprinzip: Deutschland ist ein demokratischer und sozialer Bundesstaat (Artikel 20 Abs. 1 Grundgesetz) sowie ein sozialer Rechtsstaat (Artikel 28 Abs. 1 Grundgesetz). In der Bundesrepublik Deutschland gibt es 12 Sozialgesetzbücher (SGB I-XII), in denen die Bereiche, die dem Sozialrecht zugeordnet werden, geregelt sind. Das Sozialstaatsprinzip dient dazu, die Normen der sozialen Sicherheit und sozialen Gerechtigkeit zu garantieren. Die sozialen Sicherungssysteme in diesem Land bestehen aus 5 Säulen (Abb.1). Das Sozialstaatsprinzip ist als unveränderlich in der Verfassung der Bundesrepublik Deutschland verankert, andernfalls könnten die derzeit geltenden Grundprinzipien mit einer entsprechenden Parlamentsmehrheit jederzeit modifiziert oder vollständig abgeschafft werden (6).



Abbildung 1: Säulen der deutschen Sozialversicherung, eigene Abbildung

Versicherungsprinzip: Eine Versicherungspflicht in der GKV besteht für Angestellte mit einem Einkommen unterhalb der Versicherungspflichtgrenze (Versicherungspflichtgrenze 2020: Einkommen von 5.212,50 Euro brutto monatlich) (7). Überschreitet das monatliche Einkommen die Versicherungspflichtgrenze, können Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer freiwillig in der GKV bleiben oder eine private Krankenversicherung wählen. Bestimmte Personenkreise (wie z. B. Beamtinnen und Beamte sowie Selbstständige) sind von der Versicherungspflicht in der gesetzlichen Krankenversicherung unabhängig von ihrem Einkommen befreit. Hier besteht die Möglichkeit einer privaten Krankenversicherung zur regulären bzw. vollständigen Absicherung.

Da eine Einschränkung der Rückkehrmöglichkeiten für zuvor Privatversicherte in die GKV seit Ende 90er Jahren besteht, gibt es zunehmend nichtversicherte Personen, die die Beiträge für ihre PKV nicht mehr bezahlen können. Das führte dazu, dass die privaten Krankenversicherungen seit 2013 einen preiswerten, sogenannten Basistarif anbieten. Daneben existiert für Mitglieder, die die Beiträge zur privaten Krankenversicherung nicht

zahlen können, ein sogenannter Notlagentarif. Dieser deckt aber lediglich medizinische Leistungen der Akut- und Schmerzversorgung sowie Leistungen bei chronischen Krankheiten ab ähnlich wie bei GKV-Versicherten ab. (8).

Im Jahr 2018 wurden allein durch die GKV circa 88% der gesamten Gesundheitsabsicherung der Bevölkerung erreicht. Die PKV gewährleistete die Absicherung von 10.5% der Bevölkerung (Abb. 2). Zusätzliche Leistungen, die im Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung nicht enthalten sind, können durch private Anbieter mittels Zuzahlungen abgedeckt werden. Circa ein Fünftel der Bevölkerung (23%) hat eine private Zusatzversicherung (9). Sowohl GKV als auch PKV finanzieren sich über die Beiträge ihrer Mitglieder (Beitragsfinanzierung). Die Beiträge in der GKV richten sich nach dem Einkommen des Mitglieds. Der Beitragssatz liegt in der GKV bei 14,6% des steuerpflichtigen Einkommens. Jede Krankenkasse kann noch einen Zusatzbeitrag (bis zu 2%) erheben (7). Dabei ist der GKV-Spitzenverband verpflichtet, eine laufend aktualisierte Übersicht der Zusatzbeitragssätze der Krankenkassen im Internet zu veröffentlichen (§ 242 Abs. 5 SGB V) (10).

Im Gegensatz zur PKV sind Familienmitglieder, die kein oder nur ein geringes eigenes Einkommen haben, in der GKV mitversichert.

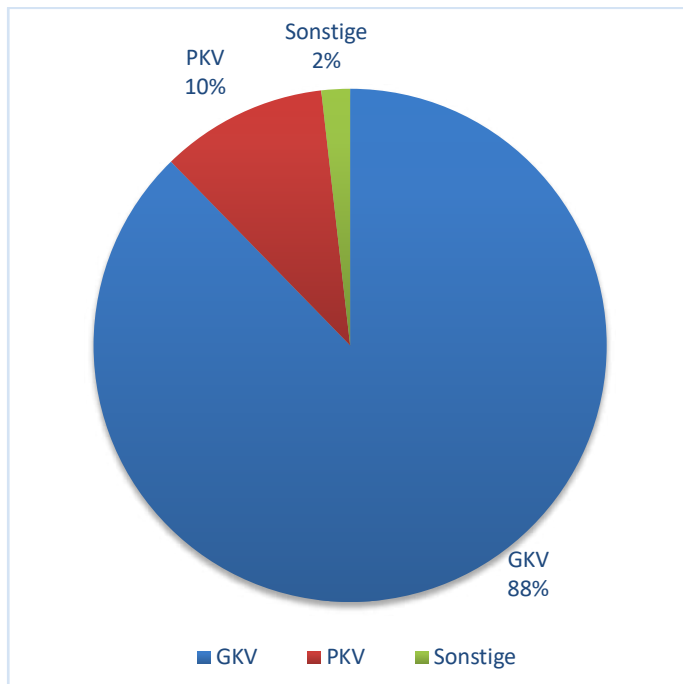


Abbildung 2: Krankenversicherungsschutz der Bevölkerung in Prozent und in Millionen Einwohner im Jahr 2018, Quelle: Bundesgesundheitsministerium

Solidarprinzip: Unter Solidarität versteht man, dass jeder für den anderen einsteht, das heißt Gesunde für Kranke, Reiche für Arme und kinderlose Singles für Familien. Dazu gehört auch, dass jede gesetzlich versicherte Person, unabhängig von der bezahlten Beitragshöhe, den gleichen Anspruch auf medizinische Versorgung hat, und dass Berufstätige bei einer Erkrankung weiter ihren Lohn bekommen. Das bedeutet, dass die Arbeitgeber gesetzlich verpflichtet sind, das Gehalt bei einer krankheitsbedingten Arbeitsunfähigkeit weiter an den erkrankten Arbeitnehmer zu bezahlen (Lohnfortzahlung in der Regel für 6 Wochen, wenn nicht gesondert im Arbeitsvertrag festgelegt). Wenn die Arbeitsunfähigkeit länger besteht, erhält der Erkrankte von seiner Krankenkasse ein sogenanntes Krankengeld (etwa 70% des Bruttolohns).

Sachleistungsprinzip: Gesetzlich Versicherte haben, abgesehen von einzelnen Zuzahlungen, z. B. Zuzahlung zu Heil- und Hilfsmitteln sowie Krankenfahrten, Anspruch auf eine kostenfreie Behandlung und werden ärztlich behandelt, ohne dass sie dafür in finanzielle Vorleistung gehen müssen. Das Sachleistungsprinzip umfasst dabei Maßnahmen der Prävention und Gesundheitsförderung, Früherkennungsleistungen, ambulante ärztliche und zahnärztliche Behandlungen, Medikamente, Heil- und Hilfsmittel, stationäre Behandlungen, häusliche Krankenpflege, medizinische Rehabilitation und Soziotherapie, und unter

bestimmten Voraussetzungen auch Sehhilfen und Krankentransporte. Im Sinne einer besseren Transparenz gibt es seit länger Zeit Diskussionen darüber, ob gesetzlich Versicherte ein Rechnungsduplikat von ihrer Ärztin/ihrem Arzt erhalten sollten (8). In der privaten Krankenversicherung gilt das *Kostenerstattungsprinzip*, d. h. der Versicherte tritt in Vorleistung und reicht die Rechnung später bei seiner Versicherung ein.

Selbstverwaltungsprinzip: Obwohl der Staat die gesetzlichen Rahmenbedingungen und Aufgaben für die medizinische Versorgung vorgibt, liegt die konkrete Ausgestaltung, Organisation und Finanzierung einzelner medizinischer Gesundheitsleistungen nicht in seiner Verantwortung. Die nichtstaatlichen Akteure, die Vertreterinnen und Vertreter der Ärzte-, Zahnärzte- und Psychotherapeutenschaft, der Krankenhäuser, Krankenkassen und Versicherten übernehmen die gemeinsame Selbstverwaltung im Gesundheitswesen. Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) ist das wichtigste Gremium der gemeinsamen Selbstverwaltung im Gesundheitswesen. Zentrale Aufgabe des G-BA ist es, den Leistungskatalog der GKV durch Richtlinien zu konkretisieren und sicherzustellen, dass die Versorgung ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich ist. Dabei sollen alle Versicherten einen Rechtsanspruch auf die Gewährung aller medizinisch notwendigen Leistungen haben (*Bedarfsdeckungsprinzip*).

Subsidiaritätsprinzip: Unter Subsidiarität versteht man, dass die öffentlichen Aufgaben möglichst bürgernah geregelt werden sollen (11). Wenn diese Aufgaben von einer untergeordneten Organisation, z. B. den Familien der Betroffenen, den Kommunen oder den Bundesländern nicht erfüllt werden können, springen höhere staatliche Organe ein, um die notwendige Leistung zu erbringen. Das bedeutet, dass der Staat auf der obersten Ebene nur das regeln soll, was von den unteren Ebenen nicht gewährleistet werden kann. Die finanzielle Belastung wird im Rahmen der Zumutbarkeit primär vom Betroffenen beziehungsweise seinen Familienangehörigen getragen. Dies wird in Form der Belastungsgrenze gesetzlich definiert. Im SGB V § 62 ist die Belastungsgrenze geregelt, sie liegt bei 2% des jährlichen Bruttoeinkommens und bei chronischer Krankheit bei einem Prozent (8).

Paritätsprinzip: Unter Paritätsprinzip versteht man, dass sich Arbeitgeber und Arbeitnehmer die Kosten für die Beiträge zur gesetzlichen Krankenversicherung jeweils zur Hälfte teilen. Im Jahr 2005 wurde ein zusätzlicher Beitragssatz in Höhe von 0,9% der beitragspflichtigen Bruttoeinnahmen eingeführt und damit das Paritätsprinzip aufgehoben. Der Zusatzbeitrag war bis zum 31.12.2018 allein von den Versicherten zu tragen. Zum 01.01.2019 erfolgte die Rückkehr zur Beitragsparität, wonach auch der Zusatzbeitrag wieder zur Hälfte von den Arbeitgebern übernommen werden muss (12).

Diese Zusatzbeiträge können von Krankenkasse zu Krankenkasse unterschiedlich ausfallen. Dies sollte den Wettbewerb unter den Krankenkassen stärken. Die Versicherten in der Bundesrepublik Deutschland haben die freie Auswahl zwischen verschiedenen Krankenkassen (*Pluralitätsprinzip*).

2.2. Finanzierung

Die Finanzierung des Gesundheitswesens erfolgt in Deutschland über die gesetzliche und die private Krankenversicherung. Der hauptsächliche Finanzierungsträger ist die Sozialversicherung mit den verschiedenen Zweigen. Der größte Teil davon liegt bei der gesetzlichen Krankenversicherung (Abb. 3).

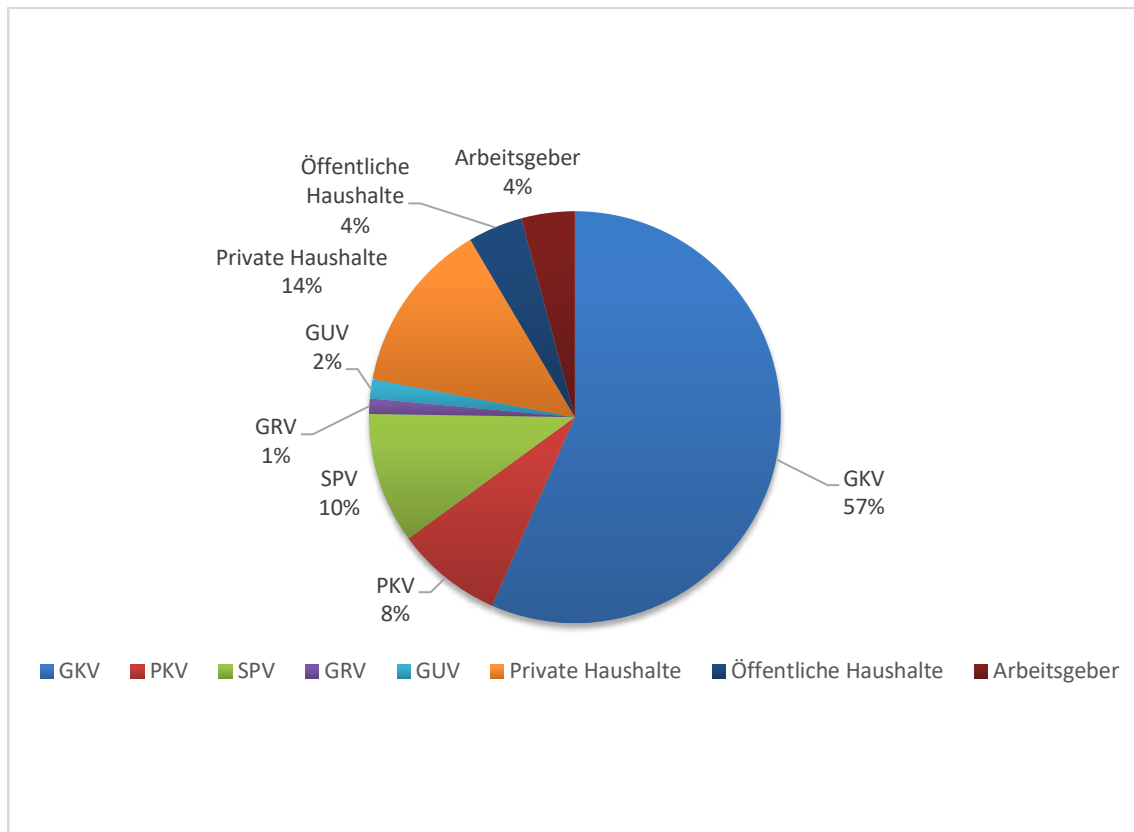


Abbildung 3: Finanzierung des deutschen Gesundheitssystems im Jahr 2019, Quelle: vdek (13)

Die gesetzliche Krankenversicherung wird durch die gesetzlichen Krankenkassen gebildet, diese dürfen keine Gewinne erzielen, dienen der Erfüllung staatlicher Aufgaben und unterstehen der staatlichen Aufsicht.

Die privaten Haushalte und Organisationen sind der zweitgrößte Finanzierungsträger. Darunter fallen vor allem die Zuzahlungen im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung und die Finanzierung individueller Gesundheitsausgaben, beispielsweise für nicht rezeptpflichtige Arzneimittel oder zusätzliche, nicht von der Krankenversicherung finanzierte Gesundheitsleistungen (6).

Rund 88 Prozent der Bevölkerung (72,8 Millionen Bürgerinnen und Bürger, Stand 2018) sind in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert (7).

In Deutschland gab es 2015 gemäß der Statistik des Gesamtverbands der Deutschen Versicherungswirtschaft insgesamt 47 private Krankenversicherungen (24 Aktiengesellschaften und 23 Versicherungsvereine auf Gegenseitigkeit). Zum damaligen Zeitpunkt umfasste die GKV 124 Krankenkassen. Historisch gesehen hat sich die Gesamtzahl der

gesetzlichen Krankenkassen seit 1970, von 1815 auf 103 im Jahr 2021, dramatisch reduziert (14).

2.2.1. Gesetzliche Krankenversicherung (GKV)

Die Gesetzliche Krankenversicherung ist ein zentrales Element des deutschen Gesundheitssystems. Die gesetzlichen Regelungen der GKV sind im Fünften Sozialgesetzbuch festgehalten.

Die GKV finanziert sich hauptsächlich über Beiträge der Versicherten und Arbeitgeber, basierend auf dem Bruttolohn bis zur sogenannten Beitragsbemessungsgrenze und beruht auf dem Umlagesystem sowie zusätzlich aus staatlichen Zuschüssen durch Steuereinnahmen.

Das Prinzip des Umlageverfahrens bedeutet, dass alle laufenden Ausgaben aus den aktuellen Einnahmen finanziert werden, d.h. es werden keine Altersrückstellungen gebildet, um zukünftig zu erwartende Ausgaben durch jetzt entstehende Einnahmenüberschüsse zu finanzieren.

Der allgemeine Beitragssatz, der zu gleichen Anteilen von Arbeitgebern und Beschäftigten finanziert und von der Bundesregierung festgelegt wird, gilt seit 2015 und ist für alle Krankenkassen identisch. Dieser liegt bei 14,6%, wovon Arbeitgeber und Beschäftigte jeweils 7,3% tragen.

Die Krankenversicherungsbeiträge aller gesetzlich versicherten Beitragszahler und zusätzliche Steuermittel fließen in den sogenannten Gesundheitsfonds (Abb. 4). Aus diesem Fonds wird den einzelnen gesetzlichen Krankenkassen eine monatliche Grundpauschale pro Versicherten zugeteilt. Durch den sogenannten morbiditätsjustierten Risikostrukturausgleich (Morbi-RSA) erhalten Krankenkassen für ältere oder chronisch kranke Versicherte einen Zuschlag aus dem Gesundheitsfonds. Es gibt 80 Krankheiten, für die die Krankenkassen mehr Geld aus dem Gesundheitsfonds erhalten, z. B. Diabetes mellitus oder bösartige Tumorerkrankungen (8).

Das Bundesamt für soziale Sicherung verwaltet den Gesundheitsfonds und informiert die Krankenkassen über die Höhe der Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds (Grundlagenbescheid und Zuweisungsbescheid) (15). Darüber hinaus erhalten die Krankenkassen

weitere Zuweisungen zur Deckung der sonstigen standardisierten Ausgaben, z. B. Verwaltungsausgaben, Satzungs- und Ermessensleistungen (16).

Die monatliche Grundpauschale ist die Basis für die finanziellen Zuweisungen des Gesundheitsfonds an die Krankenkassen. Diese beträgt für das Jahr 2021 einheitlich für alle gesetzlichen Krankenkassen 294,46 € je Versicherten. Die Krankenkassen müssen ihren Versicherten die Höhe dieser Grundpauschale mitteilen (17).

Seit 2004 bekommt die gesetzliche Krankenversicherung aus dem Bundeshaushalt einen steuerfinanzierten Zuschuss. Der Bundeszuschuss an den Gesundheitsfonds macht den mit Abstand größten Posten im Etat aus. Der Zuschuss ist seit 2017 bei 14,5 Milliarden Euro festgeschrieben. Mit dem Steuergeld werden Aufwendungen der Krankenkassen für die beitragsfreie Familienversicherung von Kindern und Ehepartnern sowie Leistungen für Mutterschaft und Schwangerschaft pauschal abgegolten. In der Coronakrise stockte der Bund seine Zuschüsse an den Gesundheitsfonds für 2021 allerdings um fünf Milliarden Euro auf (18). Einen zusätzlichen Finanzbedarf sollen die Krankenkassen durch die Erhebung von kassenindividuellen Zusatzbeiträgen decken.

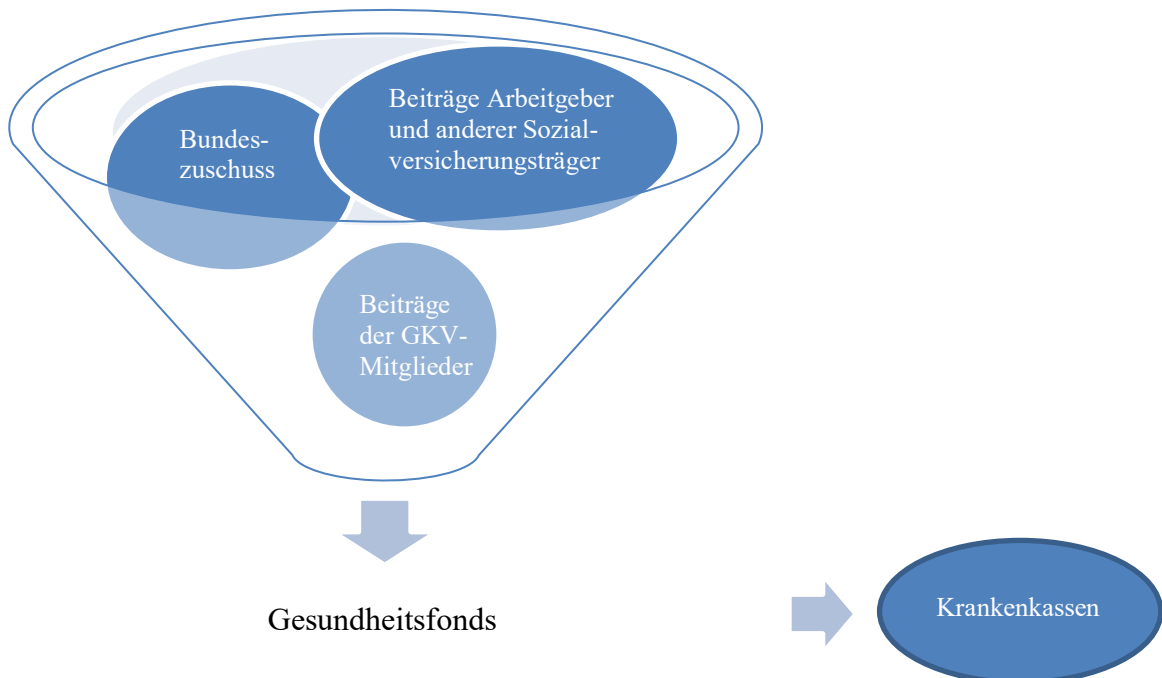


Abbildung 4: Finanzielle Zuflüsse und Abflüsse an den bzw. aus dem Gesundheitsfonds, eigene Abbildung

2.2.2. Private Krankenversicherung (PKV)

Die Rechtsgrundlage der privaten Krankenversicherung bilden gesetzliche und vertragliche Bestimmungen. Im Gegensatz zur gesetzlichen Krankenversicherung finanziert sich die private Krankenversicherung über Beiträge ohne Bezug zum Einkommen des Versicherten. Die Beiträge orientieren sich neben dem versicherten Leistungsumfang am Alter und dem Gesundheitsrisiko des Versicherten bei Vertragsabschluss. Der verbliebene Teil nach Finanzierung der aktuellen Leistungsausgaben des Beitrags wird erst im Alter verwendet. Vorher wird dieser auf dem Kapitalmarkt angelegt und als Altersrückstellung bezeichnet. Im Gegensatz zur GKV beteiligt sich die PKV an der Finanzierung der Solidarlaster nicht, das erklärt, warum der Beitrag eines gesunden Menschen mit höherem Einkommen für seine private Krankenversicherung manchmal niedriger als in der GKV ist (4). Ein Wechsel von der privaten Krankenversicherung in die gesetzliche Krankenversicherung durch Mitglieder der PKV wurde im Laufe der Zeit aufgrund der fehlenden Teilnahme am Sozialausgleich der Versicherten zunehmend erschwert (19).

2.3. Deutsche Gesundheitspolitik

Gesundheitspolitik bezeichnet die Institutionen, Prozesse und Entscheidungen zur Gestaltung und Finanzierung von Maßnahmen zur Verhinderung, Abwehr und Linderung von Krankheiten. Die Sicherung der Solidarität im Gesundheitswesen gehört zu den zentralen Zielen der Gesundheitspolitik (20).

Im Mittelalter spielten die Klöster, die häufig Abteilungen für die Pflege Kranker unterhielten, in der Regel getrennt nach ihrem sozialen Status, eine wesentliche Rolle bei der Krankenversorgung. Neben der Kirche nahmen sich auch weltliche Orden, z. B. die Johanniterorden, der Krankenversorgung an. Ab dem 13. Jahrhundert hatten sich die Städte zunehmend zu eigenständigen politischen Akteuren entwickelt, so dass die Krankenversicherung sich in den folgenden Jahrhunderten zunehmend auf städtische Versorgungsinstitutionen verlagerte (6).

Durch Reichskanzler Bismarck wurde 1883 die erste obligatorische Krankenversicherung eingeführt, zunächst nur für die Gruppe der Industriearbeiter. Danach wurde der von der Krankenabsicherung umfasste Personenkreis zunehmend erweitert (9).

Am 1. September 1948 traf in Bonn zum ersten Mal der Parlamentarische Rat zusammen, um das Grundgesetz für die Bundesrepublik Deutschland auszuarbeiten (20).

Im Jahr 1973 ist Deutschland den Vereinten Nationen beigetreten und ratifizierte den UN-Sozialpakt im gleichen Jahr. Damit ist der UN-Sozialpakt in Deutschland bereits geltendes Recht (Deutscher Bundestag, 18. Wahlperiode, Drucksache 18/4332 18.03.2015). Im Internationalen Pakt über wirtschaftliche, soziale und kulturelle Rechte der Vereinten Nationen (UN-Sozialpakt) heißt es in Artikel 12: "Die Vertragsstaaten erkennen das Recht eines jeden auf das für ihn erreichbare Höchstmaß an körperlicher und geistiger Gesundheit an". Das Bundesministerium für Gesundheitswesen wurde 1961 gegründet und heißt nach mehreren Umstrukturierungen seit 1991 Bundesministerium für Gesundheit (8).

Zentrale Kriterien heute sind die Vielfachsteuerung und der Korporatismus (21). Der ordnungspolitische Rahmen wird dabei durch den Bund vorgegeben, die Planung und Finanzierung der stationären Versorgung obliegt den Ländern. Die Aufgabe der Gesundheitsversorgung zwischen den Leistungspartnern ist korporatistisch. Der gesetzliche Rahmen der Krankenversicherung und damit der Umfang der gesundheitsrelevanten, von der GKV zu finanzierender Versorgung, wird maßgeblich durch das Sozialgesetzbuch V determiniert (21).

2.3.1. Akteure des Gesundheitssystems

Das deutsche Gesundheitssystem ist komplex und lässt sich in 3 Ebenen unterteilen (7): Eine gesetzliche Ebene, eine vertragliche Ebene unter Einbezug von Verbänden auf Bundesebene sowie eine Ebene von Individualverträgen.

2.3.1.1. Gesetzliche Ebene

2.3.1.1.1. Das Bundesministerium für Gesundheit (BMG)

Das BMG ist maßgeblich für Entscheidungen im Bereich der Gesundheitspolitik. Die Ausarbeitung der entsprechenden Gesetzesvorhaben, Verordnungen und Verwaltungsvorschriften fällt in die Zuständigkeit des BMG. Vorrangige Aufgabe des BMG ist die Sicherung der Funktionsfähigkeit der gesetzlichen Krankenversicherung. Andere Aufgaben des BMG sind u.a. die Erarbeitung von Vorschriften für die Herstellung, klinische Prüfung, Zulassung und Überwachung von Arzneimitteln und Medizinprodukten, die Qualitätssicherung der Ausbildungsregelungen und der Berufsausübung von Heil- und

Gesundheitsberufen im Rahmen der Berufsgesetze, jegliche Präventionen (Drogen, Suchtgefahren und Rehabilitation) sowie die europäische und internationale Gesundheitspolitik (8). Dem auf Bundesebene zuständigen Bundesgesundheitsministerium untersteht eine Reihe von Institutionen, die sich mit übergeordneten gesundheitlichen Aufgabenstellungen befassen: das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM), das Paul-Ehrlich-Institut (Bundesinstitut für Impfstoffe und biomedizinische Arzneimittel, kurz PEI), das Robert Koch-Institut (RKI) und die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (7). Dem BMG zugeordnet sind außerdem die Drogen- und die Patientenbeauftragte der Bundesregierung (22).

Auf Bundesebene ist der Bundesrat, nach dem deutschen Bundestag und der Bundesregierung, der dritte entscheidende Akteur der Gesundheitspolitik.

2.3.1.1.2. Die Bundesländer

Institutionell ist die Zuständigkeit für Landesgesundheitspolitik in einem Landesministerium gebündelt. Im normalen Fall werden einmal jährlich Gesundheitskonferenzen organisiert, wobei sich die Gesundheitsminister der Bundesländer treffen, um gesundheitspolitische Fragestellungen länderübergreifend zu diskutieren und zu koordinieren. Die Bundesländer sind verantwortlich für die Einhaltung der Bundesgesetze sowie für die Planung und Finanzierung der stationären Versorgung und verfügen über eigene Kompetenzen zur Gesetzgebung. Sie haben über die Landesgesundheitsämter und die Landesuntersuchungsämter die Fach- und Dienstaufsicht über den kommunalen Öffentlichen Gesundheitsdienst und sind für die Aufsicht über die regionalen Kassen zuständig. Darüber hinaus fällt die Aufsicht der Heilberufe-Kammern (Landesärzte-, Landeszahnärzte-, Landesapotheker- sowie Landespsychotherapeutenkammern) sowie der Kassenärztlichen und Kassenzahnärztlichen Vereinigungen in die Zuständigkeit der Länder (7).

2.3.1.1.3. Die Kommunen

Die Kommunen sind als kleinster politischer Ordnungsrahmen die „natürliche Handlungsebene“ zur Umsetzung öffentlicher Gesundheitsziele und durch die kommunalen Gesundheitsämter wichtiger Bestandteil der deutschen Gesundheitsvorsorge. Ihre Aufgaben können von Bundesland zu Bundesland in ihren Schwerpunkten unterschiedlich sein. Zu den Aufgaben der deutschen Kommunen gehören u. a.:

- Die Durchführung von Schuleingangsuntersuchungen bei Kindern vor dem Schuleintritt
- Das Bereitstellen von gesundheitlichen Informationen (Aufklärungen und Gesundheitserziehung)
- Die Verhütung und Bekämpfung übertragbarer Krankheiten
- Die Überwachung von Wasser, Boden und Luft
- Die Überwachung der Mitarbeiter aller Berufe im Gesundheitswesen
- Das kostenlose Angebot von Beratung für alle Bürgerinnen und Bürger (Schwangerschaftsberatung, HIV-Vorsorge, Suchtberatung und psychologische und psychiatrische Hilfe) und damit die Herstellung von Chancengleichheit im deutschen Gesundheitswesen

Wenn man die Coronapandemie als Beispiel nimmt, dokumentieren die Kommunen über die Gesundheitsämter alle Neuinfektionen und verfolgen Infektionsketten nach und sprechen Quarantänen aus, um die Virusverbreitung in ihrer Kommune zu beobachten, an übergeordnete Stellen zu melden und möglichst zu vermindern.

2.3.1.2. vertragliche Ebene unter Einbezug von Verbänden auf Bundesebene

Diese Ebene ist besonders charakteristisch für das deutsche Gesundheitssystem. Sie wird durch den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA), GKV-Spitzenverband, Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) und die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) gebildet.

2.3.1.2.1. Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA)

Das oberste Gremium der vertraglichen Ebene auf Bundesebene ist der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) auch als „kleiner Gesetzgeber“ bezeichnet. Rechtsgrundlage seiner Arbeit ist das fünfte Sozialgesetzbuch (SGB V). Die Rechtstellung des G-BA ist in Abbildung 5 dargestellt.

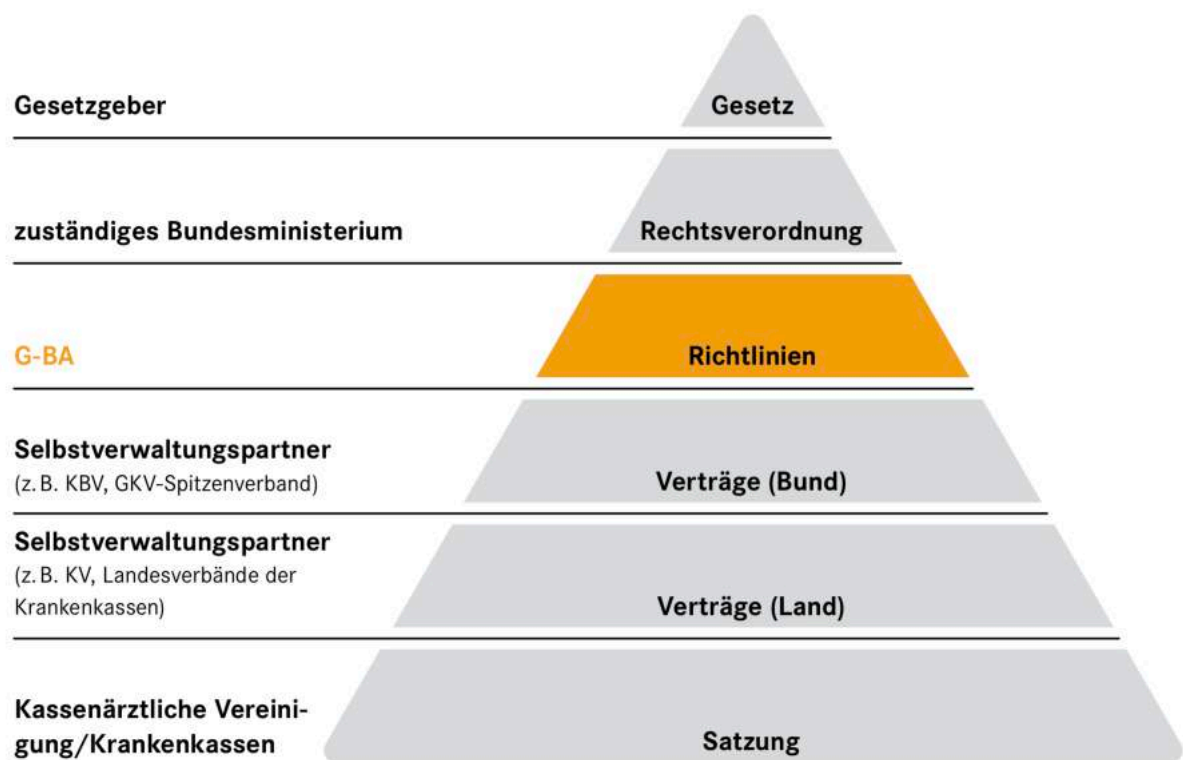


Abbildung 5: Rechtstellung des G-BA, Quelle: www.g-ba.de, Aufruf am 02.05.2021

Die Mitglieder des GBA sind der GKV-Spitzenverband, die Kassenärztliche und die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung sowie die deutsche Krankenhausgesellschaft. Vertreterinnen und Vertreter von Patientenorganisationen haben ein Antrags- und Mitberatungsrecht, im G-BA jedoch kein Stimmrecht. Das Plenum, also das Beschlussgremium des G-BA, setzt sich aus 13 stimmberechtigten Mitgliedern zusammen: Ein unparteiischer Vorsitzender, zwei weitere unparteiische Mitglieder, fünf Vertreter der gesetzlichen Krankenkassen und fünf Vertreter der Leistungserbringer. Im G-BA wird beraten, ob die Krankenkassen neue Behandlungsmethoden, moderne Medizintechnik, neue Heilmittel oder alternative Heilmethoden bezahlen sollen. Für neue Arzneimittel wird eine Nutzenbewertung durchgeführt. (7). Zudem hat er Aufgaben im Bereich des Qualitätsmanagements und der Qualitätssicherung in der vertragsärztlichen, vertragszahnärztlichen und stationären medizinischen Versorgung (22).

Das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit (IQWiG) und das Institut für Qualität und Transparenz (IQTIG) unterstützen den G-BA in seiner Arbeit.

2.3.1.2.2. Spitzenverband Bund der Krankenkassen (GKV-Spitzenverband)

Der GKV-Spitzenverband ist die zentrale Interessenvertretung aller 105 gesetzlichen Krankenkassen und gleichzeitig der Pflegekassen in Deutschland, auf europäischer und internationaler Ebene. Seine Gründung geht zurück auf die Gesundheitsreform 2007. Der GKV-Spitzenverband berät die Parlamente und Ministerien im Rahmen aktueller Gesetzgebungsverfahren und ist stimmberechtigtes Mitglied im Gemeinsamen Bundesausschuss. Somit gestaltet er die Rahmenbedingungen für die gesundheitliche und pflegerische Versorgung mit. Er vertritt die Interessen der gesetzlich Versicherten gegenüber Leistungserbringenden und Politik und ist für wesentliche Finanzierungsfragen und einen Großteil des Datenmanagements innerhalb der GKV zuständig (23).

2.3.1.2.3. Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG)

Die DKG als Dachverband der Krankenhausträger und Mitglied im Gemeinsamen Bundesausschuss ist Teil der Selbstverwaltung im Gesundheitswesen. Sie repräsentiert die gesamte Breite der Krankenhausinteressen. Ihre zentrale Aufgabe ist die Unterstützung der Krankenhäuser nach sorgfältiger Analyse der aktuellen Gesundheitspolitik auf Bundesebene. Darüber hinaus hat sich die DKG den öffentlichen Dialog, den Erfahrungsaustausch und die Unterstützung der wissenschaftlichen Forschung zum Ziel gesetzt. Durch die enge Zusammenarbeit mit ihren 28 Mitgliedern (16 Landesverbände und 12 Spitzenverbände) kann die DKG gesetzliche Entwicklungen krankenhaushnah vorbereiten und umsetzen. Auf europäischer und internationaler Ebene vertritt die DKG die deutschen Krankenhäuser in der International Hospital Federation und im Europäischen Krankenhausverband (24).

2.3.1.2.4. Kassenärztliche Bundesvereinigungen (KBV)

Die KBV ist die Interessenvertretung der freiberuflichen, in Praxen ambulant tätigen Ärzte und Psychotherapeuten. Ihre Hauptaufgaben sind die Sicherstellung der medizinischen beziehungsweise psychotherapeutischen Versorgung der gesetzlich Krankenversicherten in Deutschland sowie die Organisation und Verbesserung der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung (25). Darüber hinaus ist die KBV verantwortlich für die Mitwirkung im G-BA und im Bundesschiedsamt sowie für die Führung des Bundesarztregistars (22). Weiterhin erfolgt über die KBV der finanzielle Ausgleich zwischen den einzelnen Kassenärztlichen Vereinigungen infolge der Behandlung von Patienten bei denen

die Wohnort-KV nicht mit der Leistungserbringer-KV übereinstimmt (sogenannter Fremdkassenzahlungsausgleich) (22).

2.3.1.3. Ebene der Individualverträge

In der Ebene der Individualverträge sind die Bundes- und Landeskammern der verschiedenen Heilberufe, die Patientenorganisationen, die Berufs- und Interessenverbände der Ärzteschaft, die Verbände der nicht ärztlichen Heilberufe, der Verband der Privaten Krankenversicherung und die Verbände der Arzneimittelhersteller zusammengefasst.

2.3.1.3.1. Kassenärztliche Vereinigung (KV)

Die 17 Kassenärztlichen Vereinigungen sind Körperschaften des öffentlichen Rechts und unterstehen der Rechtsaufsicht der jeweiligen zuständigen Landesministerien für Gesundheit. Zu den Aufgaben der KV gehören (26):

- Sicherstellung der lückenlosen ambulanten medizinischen Versorgung auf hohem Qualitätsniveau
- Bedarfsplanung der ambulanten Versorgung, um die Sicherstellung der ausreichenden Anzahl von Ärzten perspektivisch aufrechtzuerhalten
- Vertretung der Kassenärzte und Wahrung der Rechte, Pflichten und wirtschaftlichen Interessen der Kassenärzte gegenüber den Krankenkassen
- Verhandlungen mit den Krankenkassen über Honorare, Arzneimittelbudgets und Versorgungsverträge

2.3.1.3.2. Vertragsärzte

Der Zulassungsausschuss der Kassenärztlichen Vereinigung entscheidet über die Zulassung für eine vertragsärztliche Tätigkeit. Voraussetzung für die Eintragung in das Arztregister ist die Approbation sowie der Abschluss einer fünfjährigen Allgemeinmedizin- oder Facharztweiterbildung. Mit dem Zugang zur vertragsärztlichen Tätigkeit erwirbt der Vertragsarzt Rechte und Pflichten, zum Beispiel das Recht zur Behandlung von gesetzlich Versicherten und zur Teilnahme an der Verteilung der Gesamtvergütung (22).

2.3.1.3.3. Landesverbände der Krankenkassen

Die Aufgaben der Landesverbände der Krankenkassen sind in §211 SGB V geregelt. Die Landesverbände unterstützen die Mitgliedskassen bei der Erfüllung ihrer Aufgaben und

bei der Wahrnehmung ihrer Interessen, insbesondere durch Beratung und Unterrichtung sowie Sammlung und Aufbereitung von statistischem Material zu Verbandszwecken. Zu ihren Aufgaben gehören weiterhin der Abschluss und die Änderung von Verträgen, insbesondere mit anderen Trägern der Sozialversicherung, soweit sie von der Mitgliedskasse hierzu bevollmächtigt worden sind, die Übernahme der Vertretung der Mitgliedskassen gegenüber anderen Trägern der Sozialversicherung, Behörden und Gerichten, die Entscheidung von Zuständigkeitskonflikten zwischen den Mitgliedskassen und die Förderung und Mitwirkung bei der beruflichen Aus-, Fort- und Weiterbildung der bei den Mitgliedskassen Beschäftigten.

Ebenfalls zuständig sind sie für Arbeitstagungen sowie für die Entwicklung und Abstimmung von Verfahren und Programmen für die automatische Datenverarbeitung, für den Datenschutz und die Datensicherung sowie für den Betrieb von Rechenzentren in Abstimmung mit den Mitgliedskassen.

Außerdem sollen die Landesverbände die zuständigen Behörden in Fragen der Gesetzgebung und Verwaltung unterstützen.

2.3.1.3.4. Medizinischer Dienst der Krankenversicherung (MDK)

Der MDK ist der sozialmedizinische Beratungs- und Begutachtungsdienst der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung. Er stellt sicher, dass die Leistungen der Kranken- und der Pflegeversicherung nach objektiven medizinischen Kriterien allen Versicherten zu gleichen Bedingungen zugutekommen (27). Weiterhin obliegt dem MDK die Überwachung der Effizienz bei der Verwendung der Mittel seiner Mitglieder.

2.3.1.3.5. Landeskrankenhausgesellschaft

Laut § 108a SGB V: „Die Landeskrankenhausgesellschaft ist ein Zusammenschluss von Trägern zugelassener Krankenhäuser im Land. In der Deutschen Krankenhausgesellschaft sind die Landeskrankenhausgesellschaften zusammengeschlossen. Bundesverbände oder Landesverbände der Krankenhausträger können den Krankenhausgesellschaften angehören.“

2.3.1.3.6. Krankenhausplanung

Die Bundesländer sind für die Krankenhausplanung in den jeweiligen Bundesländern verantwortlich. Ziel ist die Sicherstellung der Versorgung der Bevölkerung durch Vorhaltung einer adäquaten Krankenhausbehandlung (28). Dies erfolgt praktisch durch die Ausarbeitung eines Landesbettenplanes durch die Landesgesundheitsministerien mit Festlegung welche Krankenhäuser welche Fachabteilungen mit welchen Bettenkapazitäten zur Versorgung von GKV-Patienten vorhalten dürfen.

2.3.1.3.7. Krankenhausfinanzierung

Während die Betriebskosten der Krankenhäuser von den Krankenkassen ausgeglichen werden sollen, erfolgt die Finanzierung der Investitionskosten der Krankenhäuser durch die Bundesländer (duale Finanzierung). Während die Gesamtausgaben der Krankenhäuser seit 1991 einen steigenden Trend aufweisen, zeigen die Investitionsfördermittel der Bundesländer einen Abwärtstrend (Abb. 6) (28). Die Vergütung für die Kosten, die für die Behandlung von Patienten entstehen, erfolgt in Deutschland über das DRG-System (Diagnosis Related Groups) für somatische Diagnosen und das PEPP-System (Pauschalierendes Entgeltsystem Psychiatrie und Psychosomatik) im Bereich Psychiatrie und Psychosomatik im Sinne eines Fallpauschalensystems.

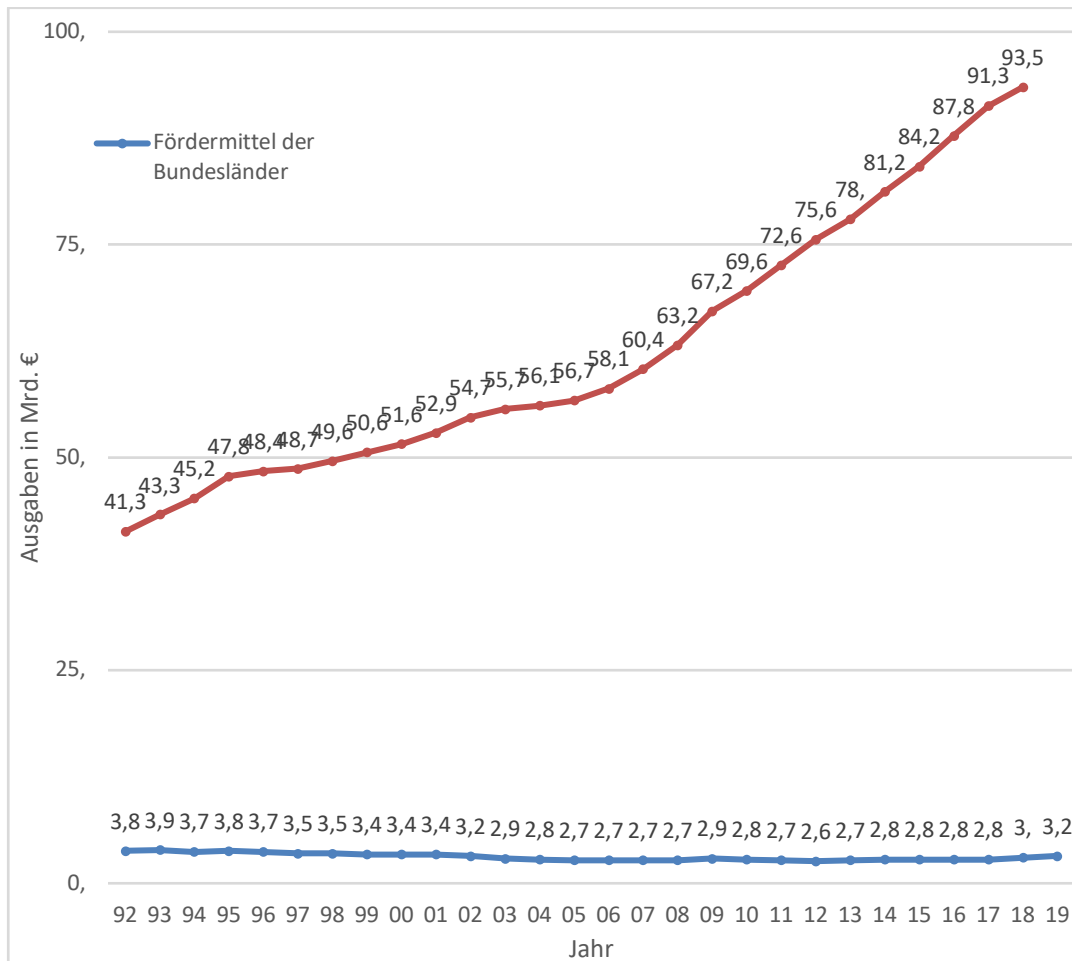


Abbildung 6: Fördermittel und Gesamtausgaben der Krankenhäuser. Quelle: vdek (28)

2.4. Gesundheitsindikatoren und Kennzahlen

„Ein Indikator ist ein quantitatives oder qualitatives Maß dafür, wie nah die Erreichung eines festgelegten Ziels (der Erfolg einer politischen Maßnahme) ist. Mit Hilfe von Indikatoren können Leistungen über Bevölkerungsgruppen oder geografische Gebiete hinweg analysiert und verglichen werden“ (29). Die Analyse derartiger Indikatoren ist für die Entwicklung von Strategien und politischen Maßnahmen zur Verbesserung der Gesundheitsversorgung der Länder wichtig (29). Die Europäische Kommission und die OECD veröffentlichen verschiedene Gesundheitsindikatoren auf der Grundlage zuverlässiger und vergleichbarer Daten.

Die Kennzahlen im Gesundheitswesen „beschreiben numerische Informationen aus den betriebswirtschaftlichen Anteilen der Leistungserbringung eines Krankenhauses. Kennzahlen bestehen aus quantitativen Informationen (Menge und Wert) über Aktivitäten und Ergebnisse“ (30).

Sie lassen sich grob in drei Gruppen einteilen: Finanzkennzahlen, Leistungskennzahlen und Qualitätskennzahlen (30).

2.4.1. Krankenhausbetten pro 1.000 Personen

Krankenhausbetten umfassen alle stationären Betten, die in öffentlichen, privaten, allgemeinen und spezialisierten Krankenhäusern und Rehabilitationszentren verfügbar sind. In den meisten Fällen sind Betten für die Akut- und Chronikversorgung enthalten (31). Deutschland verfügte nach Angaben des statistischen Bundesamtes im Jahr 2018 über 498.000 Betten in 1.925 Kliniken (32). Dies stellt einen deutlichen Rückgang um 25% im Vergleich zu 1991 dar mit damals 666.000 Betten in 2.411 Krankenhäusern (32). Es bestehen jedoch weiterhin deutliche regionale Unterschiede (32). Die Auslastung der Krankenhäuser lag im bundesdeutschen Durchschnitt bei 77 Prozent und war am niedrigsten in Sachsen-Anhalt, wo zuletzt weniger als drei Viertel der vorhandenen Betten belegt waren (73,7 Prozent) (32). Die höchste Auslastung gab es mit 84,1% in Berlin (32). Betrachtet man die Zugehörigkeit der Krankenhäuser zu den einzelnen Krankenhausträgern über den Zeitraum der letzten 20 Jahre, kann man eine deutliche Verschiebung von den kommunalen zu privaten Trägern feststellen. Der Anteil der privaten Träger stieg von 15% im Jahr 1991 auf 37 % im Jahr 2018 (32). Die Zahl der Intensivbetten zeigte im gleichen Zeitraum einen gegenläufigen Trend zur Gesamtbettenzahl, sie stieg um 36 Prozent, von 20.200 Betten im Jahr 1991 auf 27.500 Betten im Jahr 2018 (32). Bei der Kennzahl Krankenhausbetten je 1.000 Einwohner liegt Deutschland mit einem Wert von 8,2 sehr deutlich über dem Durchschnitt der OECD-Staaten und an erster Stelle in den Staaten innerhalb der Europäischen Union. Weltweit gibt es nur in Japan und Korea noch mehr Krankenhausbetten je 1.000 Einwohner (33).

2.4.2. Gesundheitsausgaben

Gesundheitsausgaben stellen die laufenden Gesamtausgaben für Waren und Dienstleistungen des Gesundheitswesens (Ausgaben von öffentlichen und privaten Quellen für kurative, rehabilitative Gesundheitsleistungen und Langzeitpflege sowie medizinische Waren, Programme zur Gesundheitsförderung und Prävention sowie die Gesundheitsverwaltung) dar. Diese müssen in ein Verhältnis zur Größe des jeweiligen Landes gesetzt werden – entweder in Relation zur Wirtschaftsleistung (BIP) oder zur Zahl der Bevölkerung (Pro-Kopf-Ausgaben) (34).

Deutschland gehört mit einem Anteil von 11,43 % am BIP zu den OECD-Ländern mit den höchsten Gesundheitsausgaben mit einer seit 2000 steigenden Tendenz (Abb. 7). Bei der Kennzahl „Gesundheitsausgaben pro Kopf“ erreicht Deutschland den 3. Platz unter den EU- bzw. den 8. Platz unter den OECD-Ländern.

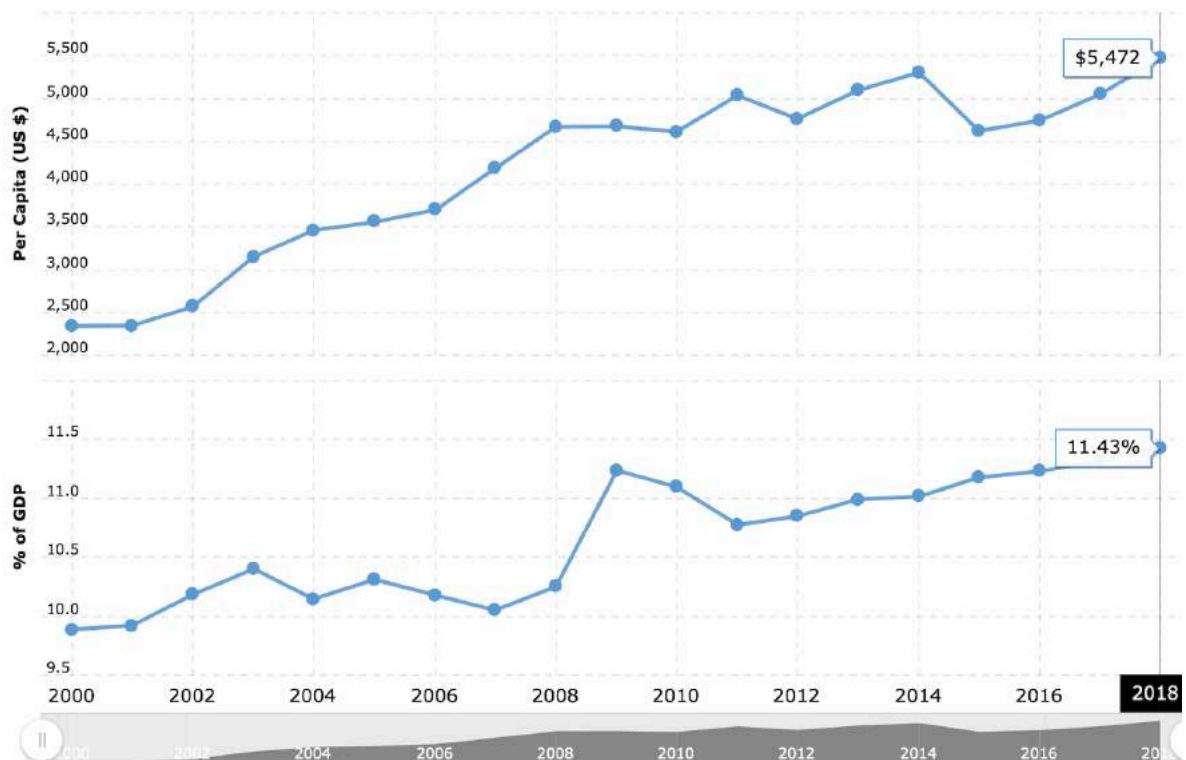


Abbildung 7: Verlauf der Gesundheitsausgaben in Deutschland im Zeitraum von 2000 bis 2018. Quelle: Macrotrends (35)

Laut dem Bundesgesundheitsministerium sind die Gesundheitsausgaben in Deutschland im Jahr 2018 gegenüber 2017 um 4 % gestiegen (390,6 Milliarden Euro oder 4 712 Euro

je Einwohnerin) (36). Die Gesundheitsausgaben der Bundesrepublik Deutschland nach Art der Einrichtung sind in Abbildung 8 zu sehen.

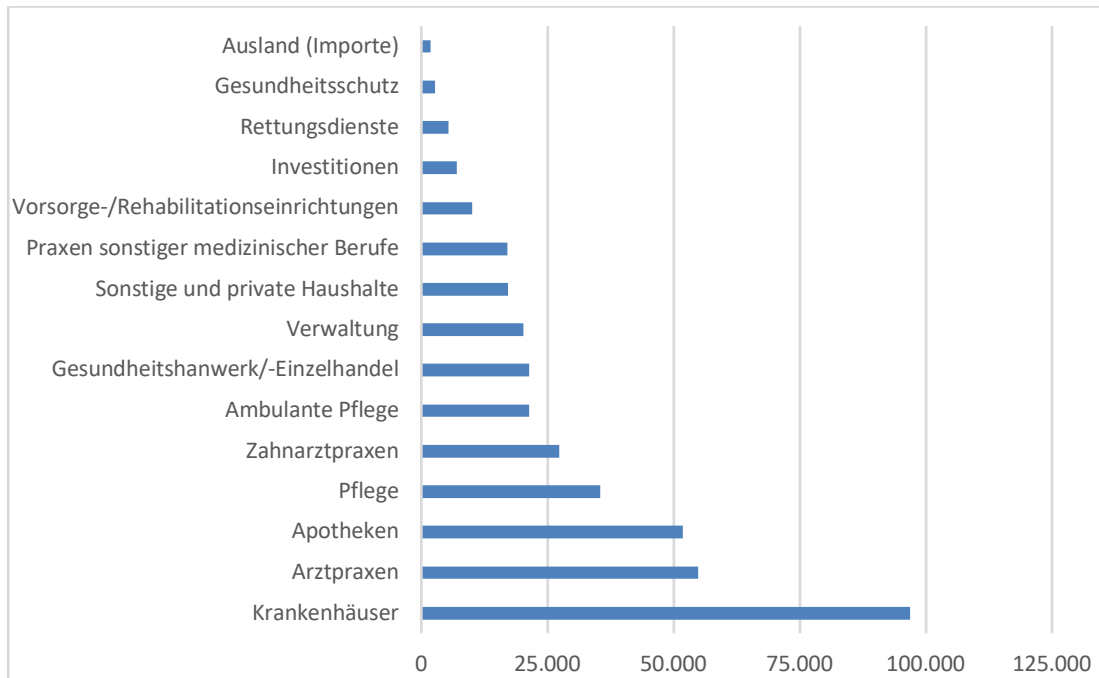


Abbildung 8: Gesundheitsausgaben nach Art der Einrichtung, 2018, in Millionen €, Quelle: Bundesgesundheitsministerium (7)

2.4.3. Lebenserwartung

Per Definition gibt die Lebenserwartung bei der Geburt die Anzahl der Jahre an, die ein Neugeborenes leben würde, wenn die zum Zeitpunkt seiner Geburt vorherrschenden Sterblichkeitsmuster während seines gesamten Lebens gleichbleiben würden (31). Aufgrund der hohen Säuglings- und Kindersterblichkeit im Deutschen Reich betrug die durchschnittliche Lebenserwartung damals bei Geburt für Jungen 35,6 Jahre und für Mädchen 38,4 Jahre (37). Seit dieser Zeit hat sich die Lebenserwartung bei der Geburt deutlich mehr als verdoppelt. Nach den neuesten WHO-Daten, die 2018 in Deutschland veröffentlicht wurden, beträgt die Lebenserwartung in Deutschland 78,5 Jahre für Männer und 83,3 Jahre für Frauen (37). Die durchschnittliche Gesamtlebenserwartung liegt bei rund 81 Jahren (37). Für die starke Steigerung der Lebenserwartung in der Bundesrepublik Deutschland sind mehrere Faktoren verantwortlich. Dazu gehören unter anderem der Rückgang der Säuglingssterblichkeit, der Anstieg des Lebensstandards inklusive besserer Wohn- und Arbeitsbedingungen sowie Sicherheitsstandards, bessere Bildung und

Umweltbedingungen, Fortschritte in Wirtschaft sowie Medizin und Gesundheitswesen, gesündere Ernährungsformen sowie Fortschritte im Bereich der Hygiene (9, 36). Unterschiedliche regionale Ausprägungen dieser Faktoren bedingen eine regionale Heterogenität der Sterblichkeit im Bundesgebiet. Die bundesweit höchste Lebenserwartung wurde im Berichtszeitraum 2016/2018 für Baden-Württemberg ermittelt (Lebenserwartung bei der Geburt für Jungen 79,7 Jahre und für Mädchen 84,1 Jahre), während die niedrigste Lebenserwartung neugeborene Jungen in Sachsen-Anhalt (76,3 Jahre) und neugeborene Mädchen im Saarland (82,1 Jahre) hatten (37).

2.4.4. Kindersterblichkeitsrate

Die Kindersterblichkeitsrate ist die Anzahl der Säuglinge, die vor Erreichen des ersten Lebensjahres sterben, pro 1.000 Lebendgeburten in einem bestimmten Jahr (31). Diese sank in Deutschland zwischen 1968 und 2019 von 23,4 Todesfällen pro Jahr bei 1.000 Lebendgeburten auf 3,2 Todesfälle (38). Die *Sterblichkeitsrate der unter fünf Jahre alten Kinder* ging von 27,2 auf 3,8 Todesfälle pro 1.000 Lebendgeburten zurück (39).

3. Libanon

3.1. Allgemeine Struktur

Der Libanon ist ein Land mit mittlerem Einkommen und einem stark fragmentierten Gesundheitssystem. Da der Libanon von Frankreich kolonialisiert wurde, ist sein Sozialversicherungssystem stark von französischen Prinzipien beeinflusst. Die offiziellen Regierungsbehörden sind die offiziellen Regulierungsbehörden. Allerdings stehen hinter den Kulissen private Anbieter als die wirklich einflussreichen Parteien im Gesundheitssektor (40).

Während des Bürgerkrieges im Libanon (1975-1990) hat die Rolle der Regierung im Gesundheitssystem zunehmend an Bedeutung verloren. In dieser Zeit entwickelte sich ein starker privater Sektor.

Das libanesische System deckt vier Arten sozialer Risiken ab. Zu diesem Zweck wurden vier Säulen der sozialen Sicherung gebildet: Die Krankenversicherung für die Mutterschaft, Ausgleich für Arbeitsunfälle und Berufskrankheiten, die Familienzulagenkasse und die Entschädigungen am Ende des Arbeitslebens (41). Der libanesische Gesetzgeber wollte erreichen, dass allen Libanesen ein Mindestmaß an sozialer Sicherheit gewährt wird. Zu diesem Zweck wurde ein 3-Stufen-Gesetz mit festen Fristen vorgesehen: 1. Arbeitnehmer mit Ausnahme von landwirtschaftlichen Mitarbeitern wurden durch das neue System abgedeckt. 2 Jahre nach Beendigung dieser Phase wurde mit der 2. Phase begonnen. Diese legt den Einbezug von Landarbeitern fest. Die Summe dieser ersten beiden Stufen verleiht dem libanesischen System einen Bismarck'schen Charakter, da es im Wesentlichen nur die Arbeitnehmer erfasst (41). Die 3. Phase sollte jedoch den Beveridge-Prinzipien näherkommen. Bei dem letzten Schritt wird davon ausgegangen, dass alle Personen, die zuvor im Namen der beiden vorherigen Schritte keinen Schutz des Systems beanspruchen konnten, obligatorisch erfasst werden. Diese Phase sollte mindestens 2 Jahre nach Beginn der 2. Stufe beginnen. Die letzte Phase der Implementierungskette hätte es zu einem universellen System machen sollen. Das endgültige Ziel wurde jedoch nicht erreicht, da die 3. Stufe nicht umgesetzt wurde (41). Die Mängel bei der Anwendung

des libanesischen Sozialversicherungsgesetzes verhinderten die Deckung der gesamten Bevölkerung (41). Infolgedessen wird einigen Menschen, insbesondere den armen, jeglicher Schutz vorenthalten. Es sterben jedes Jahr viele Libanesen aus dem einfachen Grund, dass sie wirtschaftlich so benachteiligt sind, dass sie sich die Kosten der Krankenhausbehandlung nicht leisten können, da die meisten privaten Krankenhäuser sich weigern, Patienten zu empfangen, die keine Krankenversicherung haben oder die Kostenerstattung für den Krankenhausaufenthalt nicht garantieren können. Im Libanon gibt es eine große Mehrheit privater Krankenhäuser, die wirtschaftlich orientiert sind. Grundsätzlich erbringen diese Krankenhäuser Dienstleistungen für alle Bürger, sofern sie die volle Gebühr für die erbrachten Dienstleistungen zahlen können bzw. die Finanzierung über öffentliche oder private Systeme gesichert ist (40).

Eine wesentliche Ursache der Mängel im Bereich der sozialen Sicherheit im Libanon ist im Bürgerkrieg zwischen 1975 und 1990 zu finden. In dieser Zeit wurde das ursprüngliche Gesetz durch eine Reihe von Gesetzen und Verordnungen mehrfach geändert. Alle diese Änderungen haben jedoch nicht dazu geführt, das politische Ziel einer universellen sozialen Minimalabsicherung für die libanesischen Bevölkerung zu realisieren. Diese Situation hat dazu geführt, dass die Libanesen gezwungen waren, privat Problemlösungen in diesem Bereich zu etablieren. Finanziell wohlhabende Personen, die es sich leisten können, entscheiden sich für eine private Krankenversicherung deren Funktionsweisen, denen im amerikanischen Markt ähneln. Die Ärmsten, die keinen Zugang zu den Vorteilen der privaten Versicherung oder zum Nationalen Sozialversicherungsfond (NSSF: National Social Security Fund, siehe 3.2.1.1) haben, finden im Gesundheitsministerium eine letzte Zuflucht. Das Ministerium hat den Bürgern einen öffentlichen Dienst zur Verfügung gestellt, der die Betreuung einer nicht versicherten Person durch eine öffentliche oder private Stelle gewährleistet. Dieser Service verfügt jedoch über ein sehr begrenztes, monatlich festgelegtes Budget. Daher werden bedürftige Personen nicht selten von Leistungserbringern abgelehnt (41).

3.2. Finanzierung des libanesischen Gesundheitssystems

Die Zentralverwaltung für Statistik berichtet, dass nur 44,9% der Libanesen krankenversichert sind, hauptsächlich durch die Dienste des Nationalen Sozialversicherungsfonds NSSF. Circa 53% Bürger sind nicht versichert und profitieren von Gesundheitsdiensten, die von Nichtregierungsorganisationen (NGO) und anderen Organisationen sowie dem Gesundheitsministerium ad hoc erbracht werden (42).

3.2.1. Sozialversicherungen

Es gibt im Libanon 6 öffentlich verwaltete, arbeitsrechtliche Sozialversicherungsfonds. Der größte davon ist der Nationale Sozialversicherungsfonds. Eine weitere wichtige Quelle der öffentlichen Krankenversicherung ist die Beamten-Genossenschaft (CSC: Cooperative of civil Servants). Die restlichen vier Fonds decken die Militär- und Sicherheitskräfte ab (MS).

Finanzmittel aus Steuerquellen werden, wie in Abbildung 9 gezeigt, über verschiedene öffentliche Stellen ausgezahlt (43).

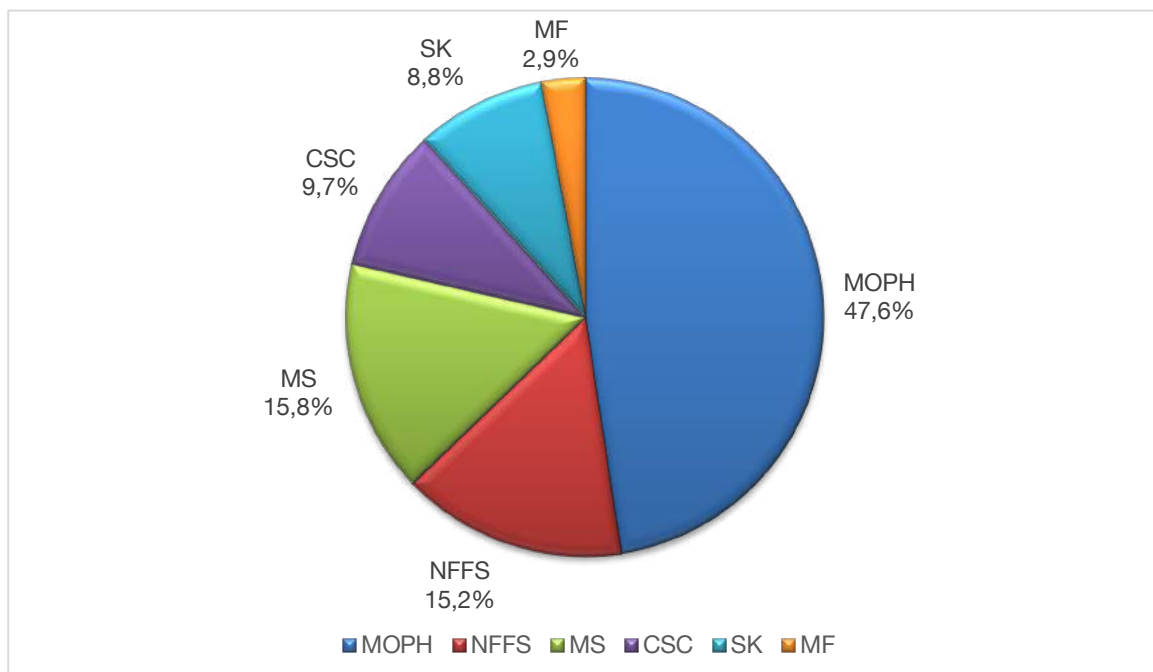


Abbildung 9: Finanzmittel aus Steuerquellen. MOPH: Gesundheitsministerium; NFFS: nationaler Sozialversicherungsfond; MS: Militärische Systeme; CSC: Beamten-Genossenschaft; SK: Sicherheitskräfte; MF: Investmentfonds (43)

3.2.1.1. Nationaler Sozialversicherungsfond (NSSF)

Die nationale Sozialversicherungskasse/Fond wurde 1964 unter der Leitung des Ministeriums für Arbeit und Soziales gegründet (44). Es ist ein soziales System nach französischem Vorbild für Erwerbstätige auf der Grundlage von Vorauszahlungen, Zusammenlegung und Solidarität. Es wird hauptsächlich von Arbeitgebern und Arbeitnehmern mit staatlichen Zuschüssen finanziert. Der NSSF besteht aus 3 getrennten Branchen: Der Mutterschafts-Krankenkasse, der Familienzulagenkasse und der Entschädigungskasse für die Beendigung des Dienstes. Alle diese Zweige stehen unter der Leitung eines Generaldirektors und werden von einem 26-köpfigen Verwaltungsrat überwacht (zehn Vertreter der Arbeitgeber, zehn Arbeitnehmervertreter und sechs durch die Regierung ernannte Verwaltungsräte) (43, 45). Die Beiträge der NSSF beziehen sich auf das Gehalt, mit Ausnahme von Dienstende-Entschädigungen, für die keine Selbstbeteiligung besteht. Der Arbeitnehmer leistet einen Beitrag zur Krankenversicherung mit 2% des Gehaltes. Die staatlichen Zuschüsse belaufen sich auf 25% der Gesamtausgaben der Kranken- und Mutterschaftskasse (45). Die NSSF-Deckung erstreckt sich auf die Familienangehörigen ersten Grades, dazu gehören neben dem Ehepartner Kinder bis 25 Jahre, die ledig sind und noch in einer formellen Ausbildung sind, sowie die Eltern über 60 Jahre, die im selben Haushalt leben und sich nicht selbst ernähren können.

Im Jahre 1971 wurde die Mutterschafts-Krankenkasse durch den NSSF umgesetzt. Im Februar 2002 wurde ein Dekret erlassen, mit dem eine freiwillige Abteilung für Krankheit und Mutterschaft geschaffen wurde. Dieses Programm richtet sich an ehemalige Arbeitnehmer, die nach dem Eintritt in den Ruhestand ihre Berechtigung verloren haben, an Arbeitgeber und ihre Angehörigen, die vom Pflichtprogramm ausgeschlossen sind, an Freiberufler sowie an Selbständige. Die Zahl der freiwilligen Mitglieder war so groß, dass sich die vorbestehenden administrativen Verzögerungen bei der Erstattung von Krankenhauskosten verschlechtert haben. Die daraus resultierenden, wachsenden Zahlungsrückstände wirkten sich direkt negativ auf die Aufnahme, die Qualität der Versorgung, die Patientenzufriedenheit und das Vertrauen der Patienten aus.

Der NSSF zahlt direkt 90% der Krankenhausrechnungen und erstattet den Patienten 85% der Gebühren, die für die ambulante Versorgung einschließlich Medikamentenkosten gezahlt wurden, mit Ausnahme von Krebsmedikamenten, die zu 95% erstattet werden. Die zahnärztliche Versorgung wird vom NSSF nicht gedeckt.

3.2.1.2. Beamten-Genossenschaft (CSC)

Ein paar Monate nach Erlass des NSSF-Gesetzes wurde vom selben Kabinett das CSC als öffentliche Einrichtung mit administrativer und finanzieller Autonomie, die das ordentliche Personal des öffentlichen Sektors und deren Angehörige abdeckt, initiiert. Der größte Teil der CSC-Finanzierung stammt aus dem Staatshaushalt als Arbeitgeber, während Beamte 3% ihres Gehalts beisteuern. Zusätzlich zur Krankenversicherung bietet das CSC Erziehungs- und Familienzulagen sowie Hilfe bei Eheschließungen und Geburten an. Das CSC deckt die Eltern des Beamten unabhängig von ihrem Alter sowie Geschwister unter bestimmten Bedingungen ab, sowie – was am wichtigsten ist – die Berechtigung nach der Pensionierung. Die CSC-Leistungen sind auf 90% der Krankenhauskosten und 75% für ambulante Leistungen, einschließlich zahnärztlicher Versorgung, festgesetzt. Das CSC ist der einzige öffentliche Fonds, der eine feste, abzugsfähige Zahlung bei der Aufnahme und eine progressive Zuzahlungsobergrenze für die Krankenhausversorgung vorschreibt. Im Jahr 2008 belief sich die Zahl der CSC-Mitglieder auf 61.460 Beamte mit einer Gesamtzahl von 193.860 Begünstigten (45).

3.2.1.3. Militärische Systeme (MS)

Uniformierte Mitarbeiter und ihre Angehörigen sind durch 4 militärische Systeme abgesichert. Das wichtigste wird von der Armee Medical Brigade verwaltet und steht daher unter der Aufsicht des Verteidigungsministeriums. Die anderen 3 militärischen Systeme fallen in den Zuständigkeitsbereich des Innenministeriums und umfassen die internen, die allgemeinen sowie die staatlichen Sicherheitskräfte. Die Militärsysteme werden aus dem Staatshaushalt finanziert, die Erstattung erfolgt zu 100% für uniformierte Mitglieder, zu 75% für Ehepartner und Kinder und zu 50% für unterhaltsberechtigten Eltern (45).

3.2.2. Private Versicherungen

Es gibt verschiedene Arten von privaten Versicherungen im Libanon, zum Beispiel kann eine Versicherung ausschließlich für Krankenhausaufenthalte oder Krankenhaus- und ambulante Versorgung abgeschlossen werden. Eine private Versicherung kann allein (so genannte "CO-NIL"-Versicherung) oder in Kombination mit einer NSSF-Deckung (so genannte "CO-NSSF"-Versicherung) fungieren.

Laut einer Umfrage aus den Jahren 2004/2005 haben schätzungsweise 6,5% der Bürger eine private Krankenversicherung abgeschlossen (45). Die ermittelten Daten ausgewählter privater Versicherungsunternehmen zeigen, dass 35,8% der privat Versicherten gleichzeitig NSSF-Angehörige sind. Private Versicherungsunternehmen nutzen das System zur Auswahl tendenziell jüngerer, gesünderer und wirtschaftlich besser gestellter Kunden. Chronisch kranke Patienten, die beispielsweise an Diabetes, Herzerkrankungen, Nierenversagen und Krebs leiden, werden durch hohe Versicherungsbeiträge entmutigt. In den meisten Fällen werden teure Eingriffe ausgeschlossen und die Belastung wird auf das Gesundheitsministerium (MOPH: Ministry of Public Healths) verlagert (43).

Bei einer Umfrage in der Bevölkerung wurde angegeben, dass nur 0,8% der befragten Haushalte erklärten, einer „Gesundheits-Genossenschaft“ beizutreten (Erhebung 2004/2005) (45). Eine Umfrage zu den Lebensbedingungen der Haushalte von 1997 ergab, dass 14,8% der Haushalte Aufwendungen für private Versicherungen hat (43).

Einige Fonds definieren ihre Mission als Ergänzung zu NSSF oder MOPH, indem sie nur die Zuzahlung abdecken. Diese Art der Deckung betrifft weniger als 25% der Bevölkerung. Einige andere erhalten staatliche Zuschüsse. Neben Gegenseitigkeitsgesellschaften gibt es eigenfinanzierte Systeme (45).

3.2.3. Gesundheitsministerium (MOPH)

Die Regierung stellt im Haushalt des Gesundheitsministeriums Sonderkontingente zur Deckung der nicht versicherten Bevölkerung zur Verfügung, um den allgemeinen Zugang zu Gesundheitsdiensten zu gewährleisten. Das MOPH deckt z. B. Krankenhauspflege und teure Medikamente ab. Es erstattet Krankenhäusern auf Basis vertraglicher Vereinbarungen 85% der Kosten und gibt hochpreisige Medikamente kostenlos direkt an nichtversicherte Bürger ab, die an Krebs, psychischen Erkrankungen, multipler Sklerose und anderen chronischen Erkrankungen mit hohem finanziellen Behandlungsaufwand leiden. Das MOPH finanziert die Beschaffung von Medikamenten für chronisch kranke Patienten und versorgt öffentliche und nichtstaatliche Gesundheitszentren mit Impfstoffen und unentbehrlichen Medikamenten. Diese Zentren müssen kostenlose Impfdienste anbieten, während sie für Konsultationen und wichtige Medikamente eine Schutzgebühr erheben dürfen. Gemäß einem Vertrag zwischen MOPH und privaten Krankenhäusern wird eine bestimmte Anzahl von Betten für Patienten reserviert, die vom MOPH finanziert werden,

allerdings mit einer vorherigen Genehmigung und unter Einhaltung einer bestimmten Obergrenze.

Bis zum Bürgerkrieg 1975 stellte das MOPH eine kostenlose Gesundheitsversorgung für die armen Bürger in den öffentlichen Krankenhäusern sicher. Für Dienstleistungen, die in den öffentlichen Krankenhäusern nicht zeitnah realisiert werden konnten, bestand die Möglichkeit für betroffene Patienten sich in Privatkrankenhäusern, allerdings für weniger als 10 % der Kosten, behandelt zu lassen. Im Jahr 1975 wurde entschieden, dass die Kosten der Dialyse-Behandlung für alle libanesischen Bürger durch das MOPH übernommen werden. Die Opfer des Bürgerkrieges konnten zwischen 1975 und 1990 in allen privaten Krankenhäusern auf Kosten des MOPH behandelt werden.

Ende 1997 führte das MOPH eine pauschale Erstattungsmethode für chirurgische Eingriffe ein und hob die Zuzahlungsbefreiung für Operationen am offenen Herzen und Organtransplantationen auf. Die Einhaltung der Vertragsbestimmungen durch die Krankenhäuser wird durch geschulte medizinische Controller des MOPH überprüft (45).

3.2.4. Nichtregierungsorganisationen (NGO)

Der Libanon hat einen dynamischen NGO-Sektor. Während des Bürgerkriegs des Landes (1975–1990) übernahmen NGO die Hauptverantwortung für den größten Teil der Leistungserbringung im sozialen Bereich. Im Allgemeinen wird die Zahl der NGO auf 15.000 geschätzt, diese versorgen einen Teil der Bevölkerung von rund vier Millionen Menschen. Die Zahl der registrierten NGO beträgt jedoch nur etwa 5.000, viel weniger davon sind in der Tat regelmäßig und nachhaltig aktiv (Tab.1). Libanesische NGO sind nicht nur im Gesundheitssystem, sondern in allen Aspekten und Bereichen des öffentlichen Lebens aktiv (42). Bürokratisch werden NGO weitgehend von einem der drei Ministerien reguliert: Dem Bildungsministerium, dem Ministerium für öffentliche Gesundheit und dem Ministerium für soziale Angelegenheiten. Die Registrierung von NGO im Libanon unterliegt dem 1909 verabschiedeten Gesetz der Verbände.

Mohafazats (Bezirke)	Beirut	Süd-Libanon	Beqa'a	Mount-Libanon	Nord-Libanon
Aktive NGO	409	238	188	744	390

Tabelle 1: Aktive Nichtregierungsorganisationen (NGO) in den einzelnen Mohafazats (entspricht Bezirken) (46)

3.2.5. Out-of-pocket expenditures (OOP)

Der Anteil der Auszahlungen, der von den Haushalten direkt aus eigener Tasche getätigt wird, um laufende Gesundheitskosten zu finanzieren wird als Out-of-pocket expenditures bezeichnet. Dieser ging im Libanon schrittweise von 57,8% im Jahr 2000 auf 33,2% im Jahr 2018 zurück (47) (Abb. 10).

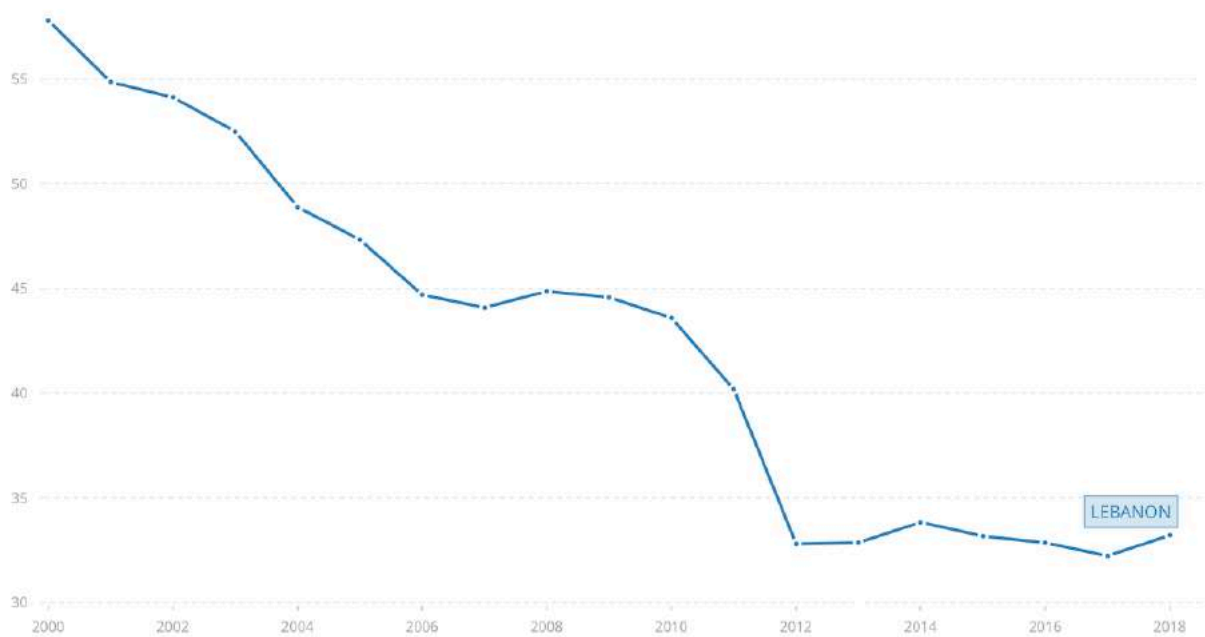


Abbildung 10: Direkte Zahlungen privater Haushalte (OOP) (% der laufenden Gesundheitsausgaben) – Libanon, Quelle: The World Bank (47)

3.3. Libanesische Gesundheitspolitik

Die amerikanische Universität von Beirut wurde im Jahre 1866 gegründet. Ein Jahr später wurde das medizinische Programm eingeführt. Vorher wurde die Ausbildung in der Medizin von den französischen Missionaren durchgeführt.

Nach dem Ersten Weltkrieg wurde der Libanon durch das französische Mandat regiert. In dieser Zeit wurde das Ministerium für Gesundheit etabliert. Nach der Erlangung der Selbständigkeit des Libanon im Jahre 1943 entwickelte man dieses zum vollwertigen Ministerium für Gesundheit und soziale Unterstützung. Seine Funktion war hauptsächlich die Überwachung und Organisation von Hygieneverhalten sowie die Kontrolle übertragbarer Krankheiten. Innerhalb von 15 Jahren wurden insgesamt 21 staatliche Krankenhäuser gebaut, trotzdem blieb bis 1975 ein Drittel der Regionen des Landes ohne staatliche Krankenhäuser.

In der Vergangenheit verwendete das MOPH die Krankenhausakkreditierung als Grundlage für die Auftragsvergabe und die Bestimmung des Erstattungssatzes. Laut MOPH hat sich jedoch gezeigt, dass die Erstattung von Krankenhäusern nur aufgrund von Akkreditierungsergebnissen nicht angemessen war und zu einem unfairen und ineffizienten Erstattungssystem führte. Seit 2009 hat das Gesundheitsministerium im Libanon eine umfassende Reforminitiative durchgeführt, um sein Vertragssystem mit privaten und öffentlichen Krankenhäusern zu verbessern. Der Privatsektor ist der Hauptanbieter von Krankenhausversorgung im Land und der Hauptauftragnehmer des MOPH für die Bereitstellung von Heilbehandlungen. Als "Versicherer der letzten Instanz" spielt das MOPH eine wichtige Rolle bei der Bereitstellung von Krankenhausversicherungen für 53% der Bevölkerung, bei denen vertragliche Vereinbarungen mit dem privaten Sektor nicht durch private oder öffentliche „Kontrollinstanzen“ abgesichert sind. Das Reformprogramm umfasst die Entwicklung mehrerer Komponenten, insbesondere eines automatisierten Abrechnungssystems, einer Nutzungsüberprüfungsfunktion, standardisierter Aufnahmekriterien und eines Krankenhaus-Fallmix-Index, der die Komplexität der Fälle berücksichtigt. Im Jahr 2014 begann das MOPH mit der Implementierung eines neuen Vertragssystems mit gemischten Modellen für private und öffentliche Krankenhäuser. Die vorläufige Bewertung des neuen Modells legt nahe, dass das System die Krankenhäuser dazu anregt, weniger leicht behandelbare Fälle und stattdessen mehr Fälle, die komplexer / schwerwiegender sind, aufzunehmen.

3.4. Gesundheitsindikatoren und Kennzahlen

3.4.1. Krankenhausbetten pro 1.000 Personen

Nach Angaben des Syndikats der Krankenhäuser gibt es im Libanon 173 private Krankenhäuser mit unterschiedlicher regionaler Verteilung. Die meisten privaten Krankenhäuser sind in Beirut lokalisiert (48) (Abb. 11).

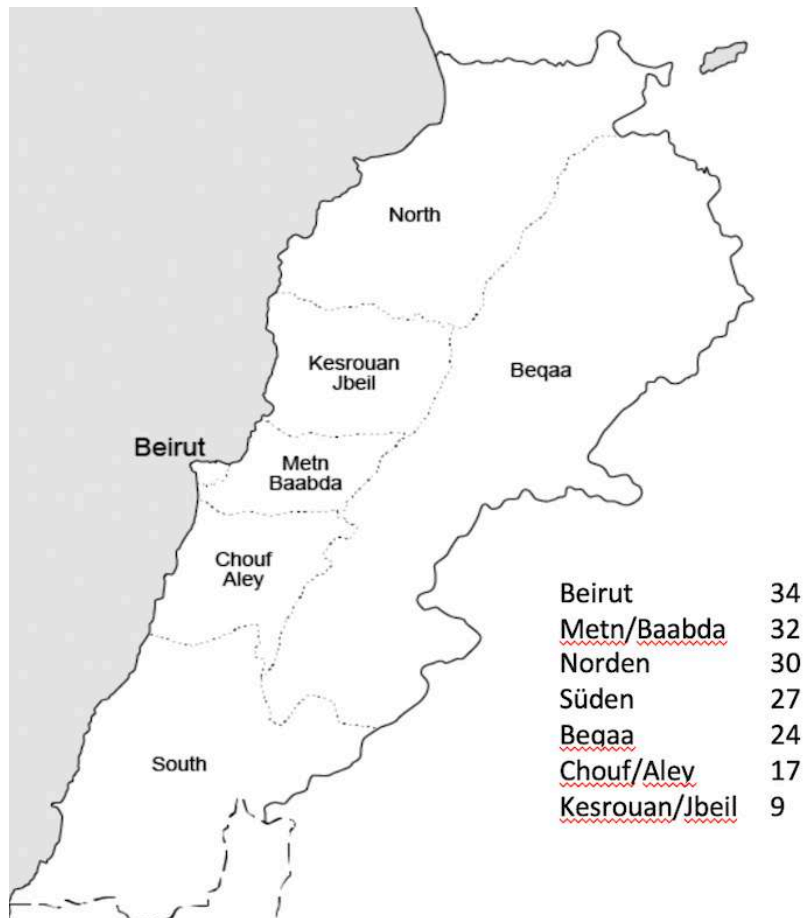


Abbildung 11: Verteilung der privaten Krankenhäuser innerhalb des Landes Libanon (48)

Nach Angaben des Gesundheitsministeriums finden sich im ganzen Libanon 29 staatliche Krankenhäuser. Im Libanon gab es im Jahr 2017 insgesamt 2,73 Krankenhausbetten pro 1.000 Einwohner (49).

3.4.2. Gesundheitsausgaben

Der Libanon zeigt im Vergleich zu anderen Ländern des Nahen Ostens und Nordafrikas, in denen eine Studie über die nationalen Gesundheitskonten durchgeführt wurde, (MENA: Middle East and North Africa) eine steigende Tendenz der Pro-Kopf-Gesundheitsausgaben in Bezug auf das BIP und das Pro-Kopf-BIP (Abb. 12) und liegt am oberen Ende des Spektrums (43). Die Pro-Kopf-Gesundheitsausgaben im Libanon liegen weit über dem MENA-Durchschnitt. Darüber hinaus liegt der BIP-Anteil der Gesundheitsausgaben sogar über dem OECD-Durchschnitt (43).

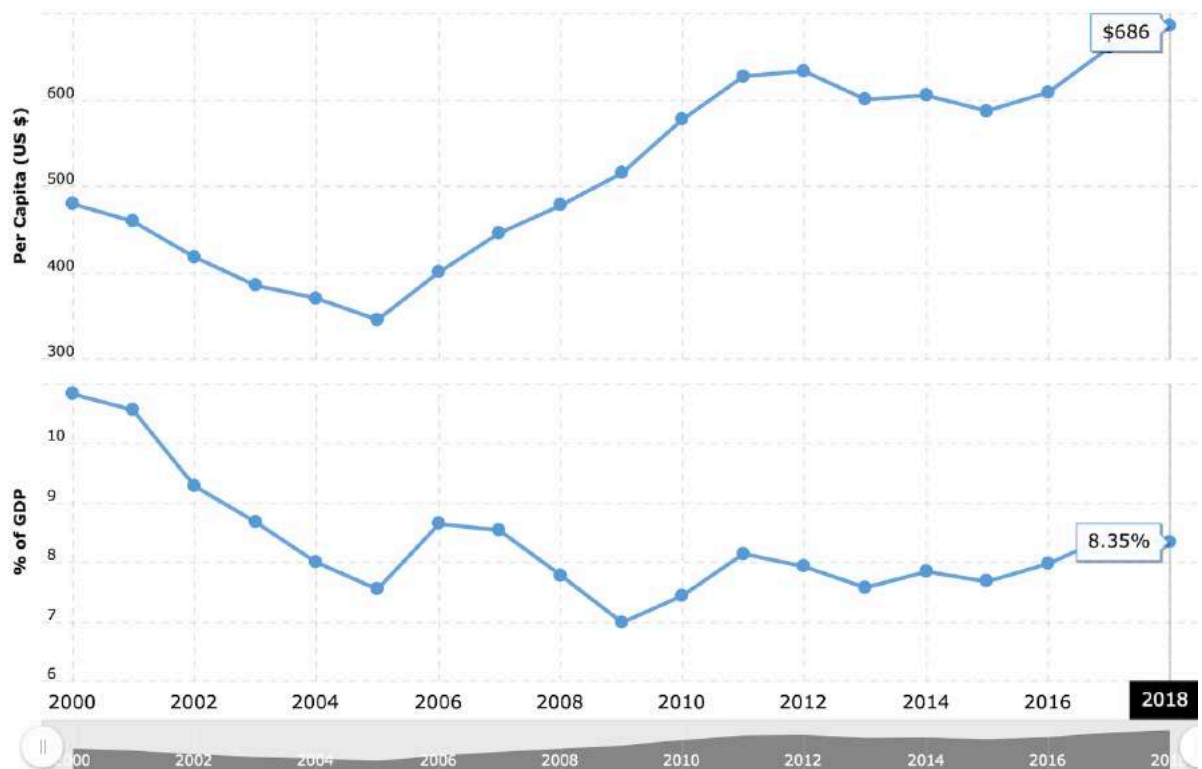


Abbildung 12: Verlauf der Gesundheitsausgaben 2000-2018, Libanon (50)

3.4.3. Lebenserwartung

Die Lebenserwartung bei der Geburt hat sich verbessert und stieg von 63,3 Jahren (1960) auf 78,9 Jahre im Jahr 2019 (51). Dennoch gibt es auch hier deutliche regionale Unterschiede, so weisen die Region Beqaa und der Norden niedrigere Lebenserwartungen auf als der nationale Durchschnitt (52).

3.4.4. Kindersterblichkeitsrate

Die Kindersterblichkeit sank zwischen 1960 und 2019 von 56,5 Todesfällen pro Jahr pro 1.000 Lebendgeburten auf 6,2 Todesfälle pro Jahr pro 1.000 Lebendgeburten. Die *Sterblichkeitsrate der unter fünf Jahre alten Kinder* ging von 75,7 auf 7,2 Todesfälle pro 1.000 Lebendgeburten zurück (53).

4. Vergleich der Gesundheitssysteme

4.1. Gesundheitsindikatoren und Kennzahlen

Zur Bewertung von Gesundheitssystemen hat die Weltgesundheitsorganisation (WHO) empfohlen, Schlüsselkomponenten wie Finanzierung, Leistungserbringung, Belegschaft, Regierungsführung und Information anhand mehrerer Schlüsselindikatoren zu überwachen. Durch diese Überwachung der Gesundheitssysteme sollen die Wirksamkeit, die Effizienz und die Gerechtigkeit verschiedener Gesundheitssystemmodelle verglichen werden können. Daten zum Gesundheitssystem helfen auch dabei, Schwächen und Stärken sowie Bereiche zu identifizieren, in denen Investitionen erforderlich sind, z. B. zusätzliche Gesundheitseinrichtungen, bessere Gesundheitsinformationssysteme oder besser ausgebildetes Personal.

Der Sinn eines Gesundheitssystemvergleichs ist, Unterschiede in der Effizienz offen zu legen, um die Frage zu beantworten, welche Bedeutung einzelne Strukturen und Finanzierungsmodalitäten des Gesundheitssystems haben und wie das optimale Gesundheitssystem für eine Gesellschaft aussehen sollte (1). Dafür werden üblicherweise folgende Indikatoren und Kennzahlen benutzt.

4.1.1. Lebenserwartung

Die Lebenserwartung bei der Geburt ist zur Analyse des Gesundheitszustands einer Bevölkerung einer der bekanntesten Indikatoren des Gesundheitssystems, da diese für die Bewertung der wirtschaftlichen und sozialen Entwicklung eines Landes wichtig ist. Nach den neuesten Daten der UN aus dem Jahr 2019 beträgt die Lebenserwartung im Libanon für Männer 77,0 und für Frauen 80,8 Jahre, die Gesamtlebenserwartung liegt bei 78,8 Jahren. In der Bundesrepublik Deutschland liegt sie für Männer bei 78,7 Jahren und für Frauen bei 83,6 Jahren und wird kombiniert für beide Geschlechter mit 81,1 Jahren angegeben (54). Insgesamt hat sich dieser Indikator in beiden Ländern in der Vergangenheit deutlich verbessert (Abb. 13).

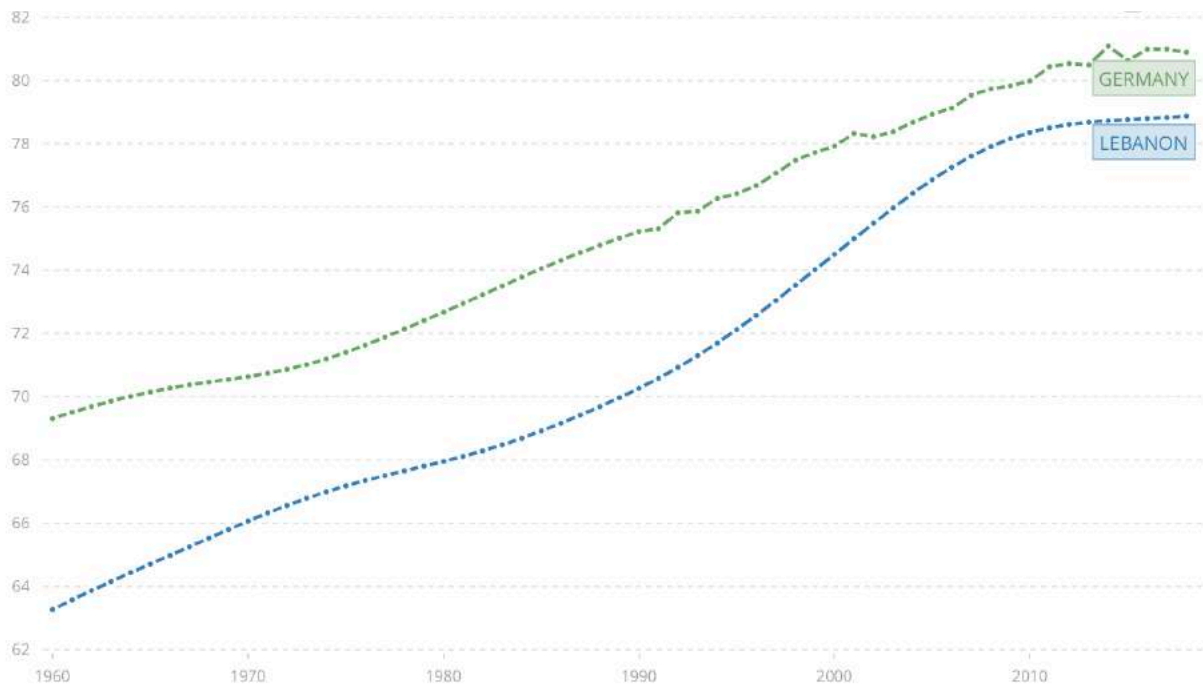


Abbildung 13: Lebenserwartung bei Geburt (Jahre), Quelle: The World Bank (55)

In beiden Ländern finden sich regionale Unterschiede bezüglich der Lebenserwartung. Diese regionalen Differenzen lassen sich auf Grundlage der limitierten Datenverfügbarkeit jedoch nicht für beide Länder vergleichbar analysieren.

4.1.2. Gesunde Lebenserwartung bei Geburt

Als Maß für die krankheitsfreie Lebenserwartung wurde die gesunde Lebenserwartung bei der Geburt (Healthy life expectancy (HALE) at Birth) als ein wichtiger Indikator festgelegt. Dieser beschreibt die durchschnittliche Anzahl von Jahren, die eine Person bei „voller Gesundheit“ erwarten kann, wenn Jahre berücksichtigt werden, die aufgrund von Krankheit und / oder Verletzung in weniger als voller Gesundheit gelebt werden (56). Mit anderen Worten zeigt dieser Wert an, wie lange Menschen ohne Beeinträchtigung durch Krankheit erwarten können, zu leben. Für Deutschland lag die durchschnittliche HALE bei der Geburt im Jahr 2019 bei 70,9 Jahren, während sie im gleichen Jahr im Libanon bei 66,0 Jahren lag. Für beide Länder ist eine leichte Steigerung im Vergleich zu 2000 zu sehen (Tab. 2).

	beide Geschlechter				Männer				Frauen			
Land	2019	2015	2010	2000	2019	2015	2010	2000	2019	2015	2010	2000
Deutschland	70,9	70,1	70,0	68,5	69,7	69,3	69,1	67,0	72,1	70,8	70,9	69,8
Libanon	66,0	65,7	65,4	64,7	65,1	64,7	64,6	64,4	67,0	66,8	66,3	64,9

Tabelle 2: Lebenserwartung in Gesundheit bei Geburt in beiden Ländern, Quelle: WHO (57)

4.1.3. Mortalitätsindikatoren

Die Sterblichkeitsraten für verschiedene Altersgruppen sind wichtige Indikatoren für den Gesundheitszustand in einem Land. Häufig werden Sterblichkeitsraten verwendet, um gefährdete Bevölkerungsgruppen zu identifizieren und die sozioökonomische Entwicklung zwischen den Ländern zu vergleichen (31). Die Mortalitätsrate für Säuglinge und Kindern ist in beiden Ländern unterschiedlich (Abb. 14). Im Jahr 2019 betrug die Kindersterblichkeit in Deutschland 3,2 Todesfälle pro 1.000 Lebendgeburten und die Sterblichkeitsrate der unter fünf Jahre alten Kinder 3,8 Todesfälle pro 1.000 Lebendgeburten, während in Libanon im gleichen Jahr ungefähr eine doppelt so hohe Sterblichkeit registriert wurde (Kindersterblichkeit: 6,2 Todesfälle pro 1.000 Lebendgeburten, Sterblichkeit der unter fünf Jahre alten Kinder: 7,2 Todesfälle pro Jahr pro 1.000 Lebendgeburten) (31). Was auch für die unterschiedliche sozioökonomische Entwicklung beziehungsweise als Indikator der Entwicklung der Infrastruktur spricht, ist die Mortalitätsrate durch Verkehrsunfälle pro 100.000 Menschen, diese betrug 2016 in Deutschland 4,1 im Vergleich zu 18,1 im Libanon (31).

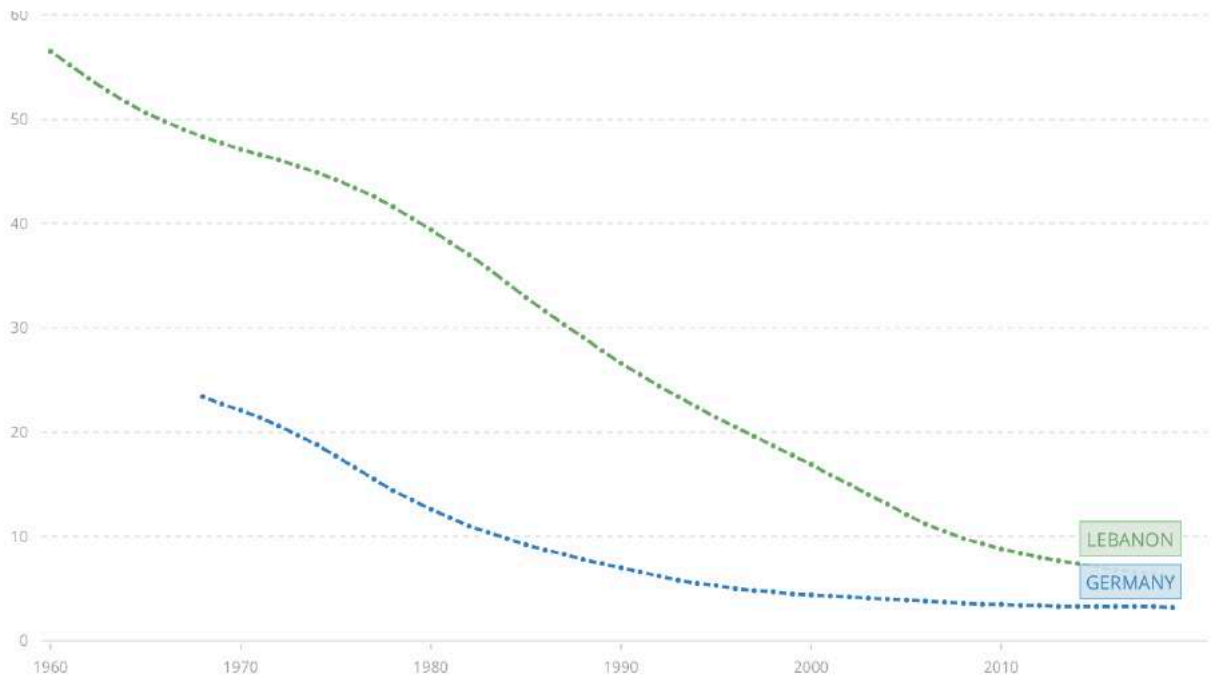


Abbildung 14: Verlauf der Kindersterblichkeit in beiden Ländern, Quelle: The World Bank (58)

Die Müttersterblichkeit bezieht sich auf den Tod einer Frau während der Schwangerschaft oder innerhalb von 42 Tagen nach Beendigung der Schwangerschaft, unabhängig von der Dauer und dem Ort der Schwangerschaft oder Gründen, die mit der Schwangerschaft oder ihrem Management zusammenhängen (31).

Da schwangere Frauen eher dort überleben, wo sichere, saubere und rund um die Uhr verfügbare geburtshilfliche Einrichtungen mit gut ausgebildetem Personal und moderner Ausstattung vorhanden sind, ist die Müttersterblichkeit ein sehr sensibler Indikator für den Gesamtstatus des Gesundheitssystems eines Landes (59). Die maternale Mortalität lag 2017 in Deutschland bei 53 Fällen (bei 784.901 Geburten), im Libanon bei 34 Fällen (bei 17.550 Geburten) (31).

Die Müttersterblichkeitsrate (Mother Mortality Ratio (MMR)) ist die Anzahl der Frauen, die während der Schwangerschaft oder innerhalb von 42 Tagen nach Schwangerschaftsabbruch pro 100.000 Lebendgeburten an schwangerschaftsbedingten Ursachen sterben. Dieser Indikator ist ebenso in beiden Ländern unterschiedlich (60) (Abb. 15)

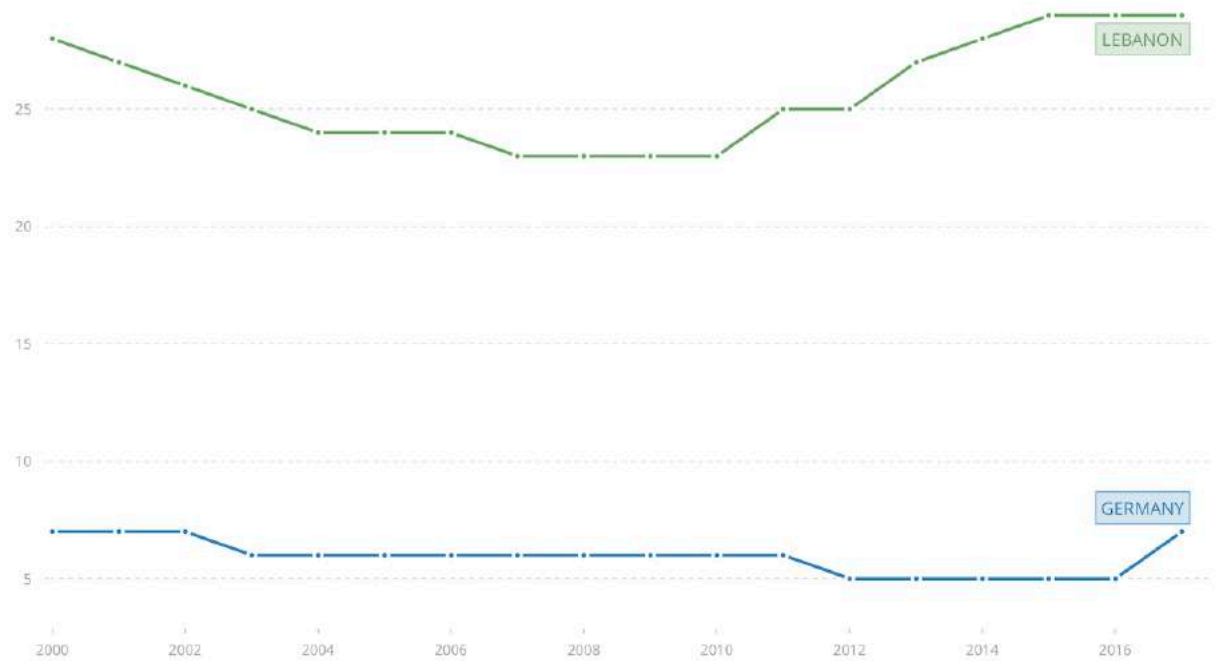


Abbildung 15: Verlauf der Müttersterblichkeitsrate in beiden Ländern, Quelle: The World Bank (60)

In Westdeutschland wurde eine Abnahme der MMR von 13 in den Jahren 1980–1988 auf 6.1 in den Jahren 1989-1996 (61) erreicht. Diese wurde für die Bundesrepublik Deutschland für das Jahr 2017 auf 7 pro 100 000 Lebendgeburten geschätzt (31).

Seit dem Zustrom syrischer Flüchtlinge hat der Libanon einen Anstieg der Gesamtzahl der Lebendgeburten verzeichnet, die MMR stieg ebenso leicht auf 29 (31). Es zeigt sich hierfür ebenso eine unterschiedliche regionale Verteilung (62) (Abb. 16).

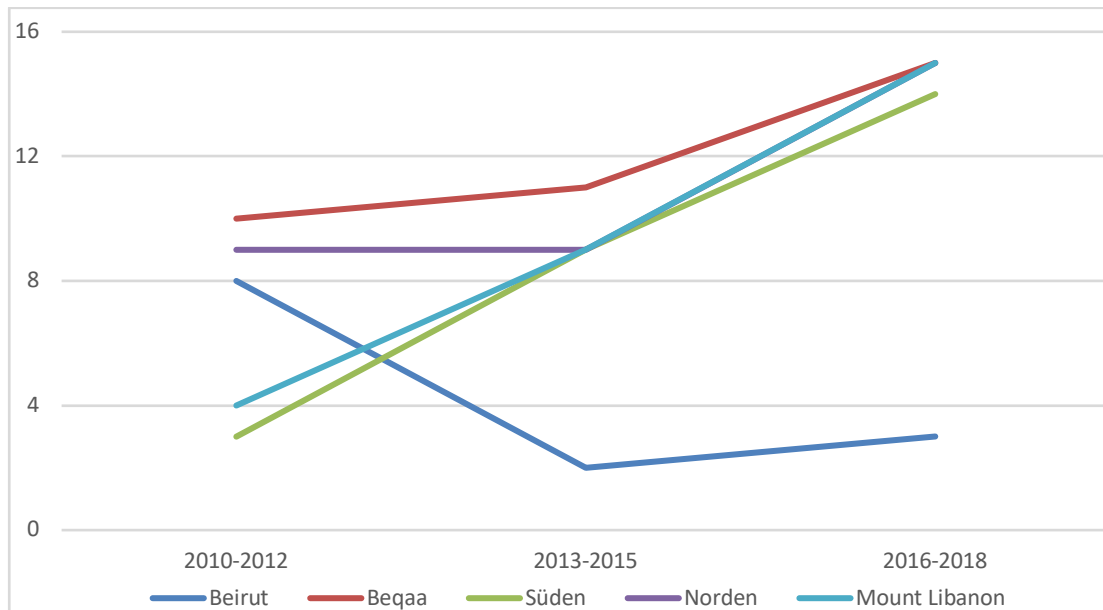


Abbildung 16: Verteilung der Müttersterblichkeit im Libanon nach Regionen, 2010–2018 (62)

Laut WHO-Daten traten im Jahre 2018 191.913 Todesfälle in Deutschland durch koronare Herzkrankheit auf, dies entspricht 24,95% aller Todesfälle (Platz 146 der Weltrangliste) (63). Schlaganfälle verursachten in Deutschland 58.306 oder 7,58% der Todesfälle, während die Alzheimer-Krankheit und Demenz 48.770 oder 6,34% aller Todesfälle verursachten (63). Die koronare Herzkrankheit war im Libanon 2018 für 13.844 oder 39,51% aller Todesfälle verantwortlich (Platz 21 weltweit) (63). Alzheimer-Krankheit und Demenz verursachten im Libanon 3.428 Todesfälle entsprechend 9,78% (die altersbereinigte Sterblichkeitsrate infolge Alzheimer und Demenz beträgt 56,1 pro 100.000 Einwohner, damit belegt der Libanon nach der Türkei den zweiten Platz der Weltrangliste) (63). Schlaganfälle waren im Libanon die Ursache für 1.985 oder 5,67% aller Todesfälle (63). Bei den Haupttodesursachen sind, vor allem bei kardiovaskulären Erkrankungen sowie der Alzheimer-Krankheit und Demenz, deutliche Unterschiede zwischen beiden Ländern festzustellen (Abb. 17).

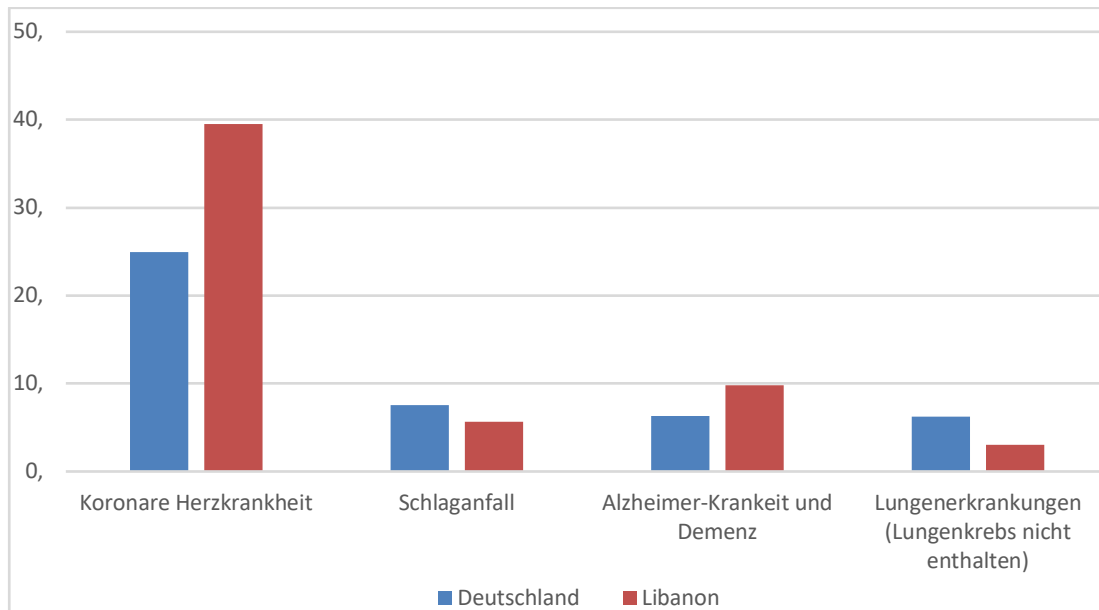


Abbildung 17: Hauptursachen (%) der Todesfälle in Deutschland und Libanon, eigene Darstellung, Quelle: <https://www.worldlifeexpectancy.com> (63)

4.2. Vergleich der gesundheitssystembezogenen Indikatoren

4.2.1. Krankenhausbetten

Die Verfügbarkeit und Nutzung von Gesundheitsdiensten wie Krankenhausbetten pro 1.000 Einwohner spiegeln sowohl nachfrage- als auch angebotsseitige Faktoren wider. Die Anzahl der Krankenhausbetten (stationäre Betten, die in öffentlichen, privaten, allgemeinen und spezialisierten Krankenhäusern und Rehabilitationszentren verfügbar sind) gibt einen Hinweis auf die verfügbaren Ressourcen von Dienstleistungen für stationäre Patienten. Da die Höhe der stationären Leistungen für die einzelnen Länder von mehreren Faktoren abhängig ist (z. B. von demographischen Problemen und der Krankheitslast), gibt es kein weltweites Ziel für die Anzahl der Krankenhausbetten pro Land (64). Aktuell belegt Deutschland mit 8 Krankenhausbetten pro 1.000 Einwohnern den 8. Platz der Weltrangliste; Libanon belegt, noch vor Dänemark und Schweden, mit 2,7 Krankenhausbetten pro 1.000 Einwohner den 80. Platz (65). Eine leichte Reduzierung der Bettenzahl pro Einwohner ist in beiden Ländern in den letzten 17 Jahren festzustellen (66) (Abb. 18).

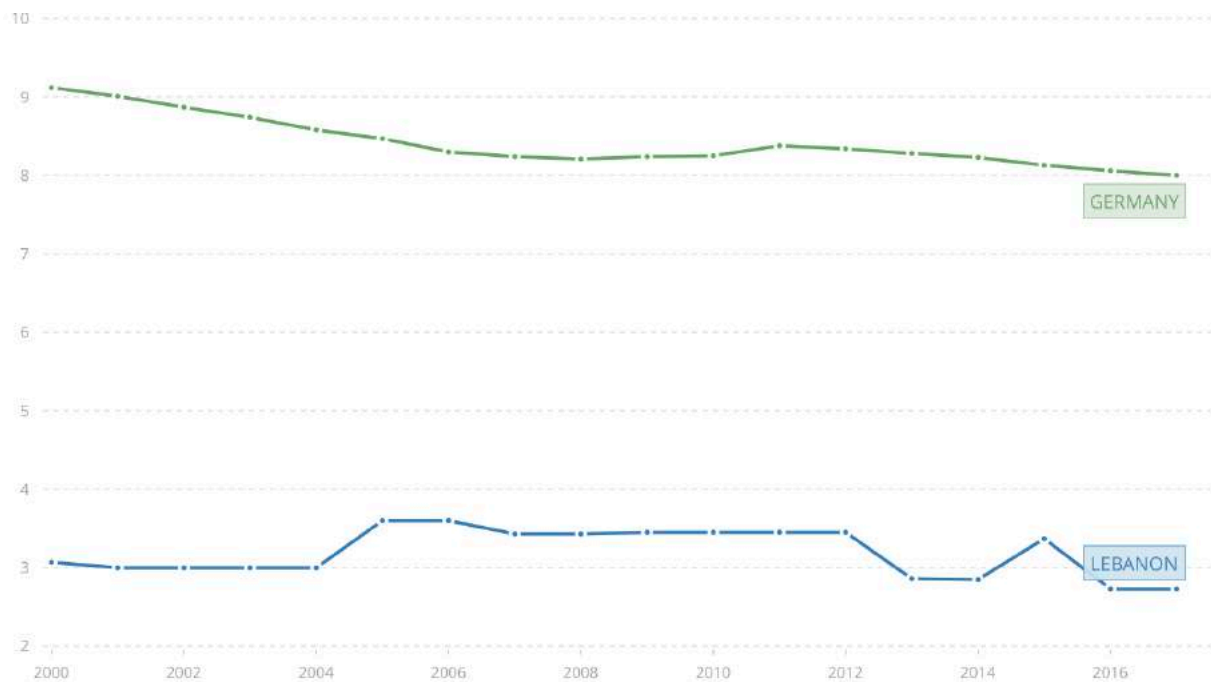


Abbildung 18: Krankenhausbetten-Verlauf in beide Länder von 2000 bis 2017, Quelle: The World Bank (66)

4.2.2. Gesundheitsausgaben

Unter Gesundheitsausgaben fallen Ausgaben für den Endverbrauch von Gesundheitsgütern und -dienstleistungen, Investitionen im Gesundheitssektor, Aufwendungen für Pflege sowie betriebliche Gesundheitssicherung und gesundheitliche Maßnahmen zur Wiedereingliederung ins Berufsleben (56). Vorleistungen wie die Produktion von Arzneimitteln und der Absatz an Apotheken sowie die Kosten für Fitness oder Wellness gelten nicht als Gesundheitsausgaben (56). Ausgaben, die im weiteren Sinne mit dem Gesundheitszustand einhergehen können (z. B. die Unterbringung in Altenwohnheimen) bleiben ebenso unberücksichtigt (56). Die Vereinigten Staaten von Amerika sind, gemessen an den Gesundheitsausgaben pro Kopf, das weltweit führende Land. Im Jahr 2018 erreichten die Gesundheitsausgaben pro Kopf in den USA 10.624 US-Dollar. Mit 9.871 US-Dollar belegt die Schweiz den zweiten Platz der Weltrangliste (67). Deutschland belegt im Jahr 2018 mit 5.472 US-Dollar den neunten Platz, während Libanon mit 686 US-Dollar den 67. Platz belegt (67) (Abb. 19).

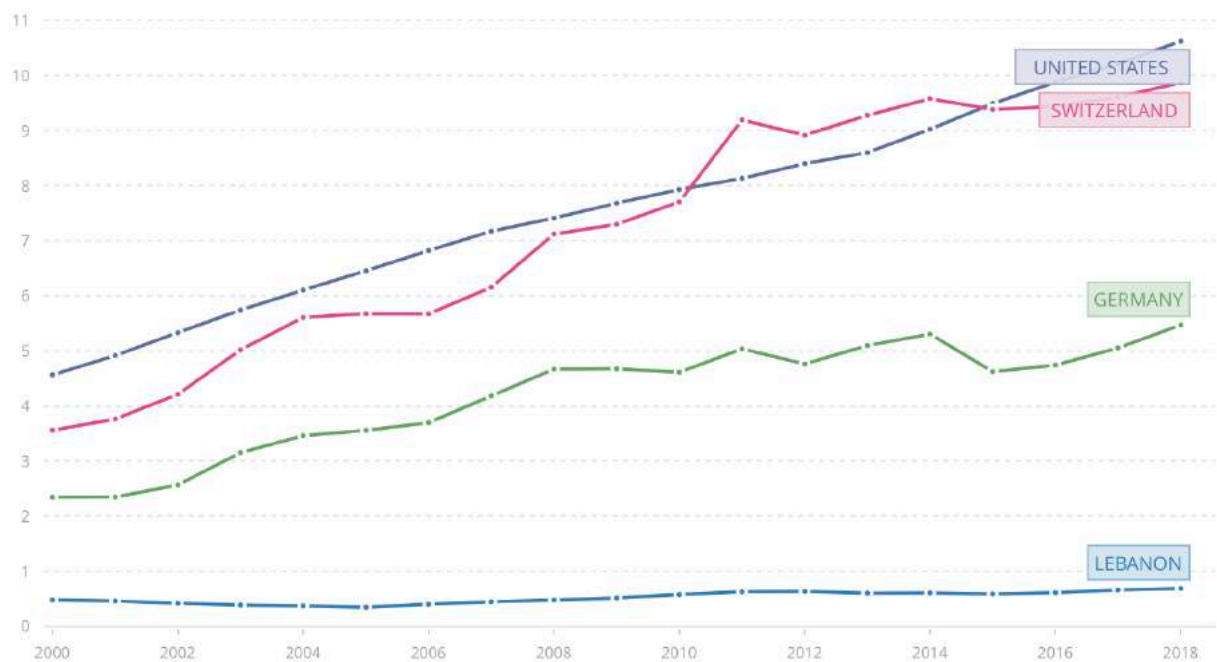


Abbildung 19: Gesundheitsausgaben zur Zahl der Bevölkerung (Pro-Kopf-Ausgaben), Quelle: The World Bank (67)

In Relation zur Wirtschaftsleistung lag der Anteil der Gesundheitsausgaben am Bruttoinlandsprodukt (BIP) in Deutschland 2018 bei 11,7%. Auf Basis bereits vorliegender und fortgeschriebener Werte wird für das Jahr 2019 ein weiterer Anstieg auf 407,4 Milliarden Euro (4,3 % mehr als im Jahr 2018) geschätzt (59). Der Anteil der Gesundheitsausgaben am BIP des Libanon lag im Jahr 2000 noch um ein Prozent höher als für Deutschland. Im Laufe der Zeit ist der Anteil im Libanon jedoch gesunken. Die Gesundheitsausgaben in Relation zum BIP lagen im Libanon im Jahr 2018 bei 8,4% (Abb. 20), damit erreichte Libanon in diesem Jahr den 45. und Deutschland den 9. Platz der Weltrangliste (69).

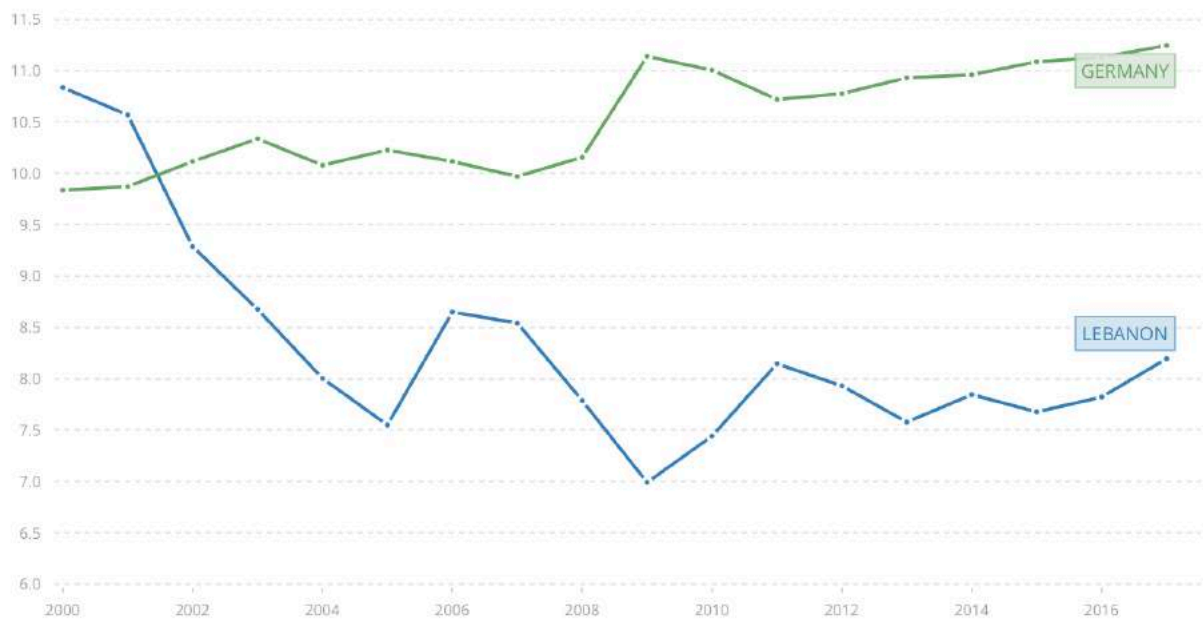


Abbildung 20: Gesundheitsausgaben in Relation zum BIP in %, Quelle: The World Bank (70)

Knapp die Hälfte der Gesundheitsausgaben im Jahr 2018 stammt im Libanon aus inländischen, privaten Quellen (Mittel von Haushalten, Unternehmen und gemeinnützigen Organisationen), während in Deutschland dieser Anteil im Jahr 2018 nur ca. 22% ausmachte (Abb. 21).



Abbildung 21: Gesundheitsausgaben aus inländischen privaten Quellen von 2000 bis 2018, Quelle: The World Bank (71)

Der Anteil inländischer öffentlicher Gesundheitsausgaben (inländische Einnahmen als interne Transfers und Zuschüsse, Transfers, Subventionen für freiwillige Krankenversicherungsnehmer, gemeinnützige Einrichtungen für Haushalte oder Unternehmensfinanzierungssysteme sowie obligatorische Vorauszahlungen und Beiträge zur sozialen Krankenversicherung) an den Gesamtausgaben für beide Länder über die Zeitspanne von 2000 bis 2018 ist in Abb. 22 dargestellt.

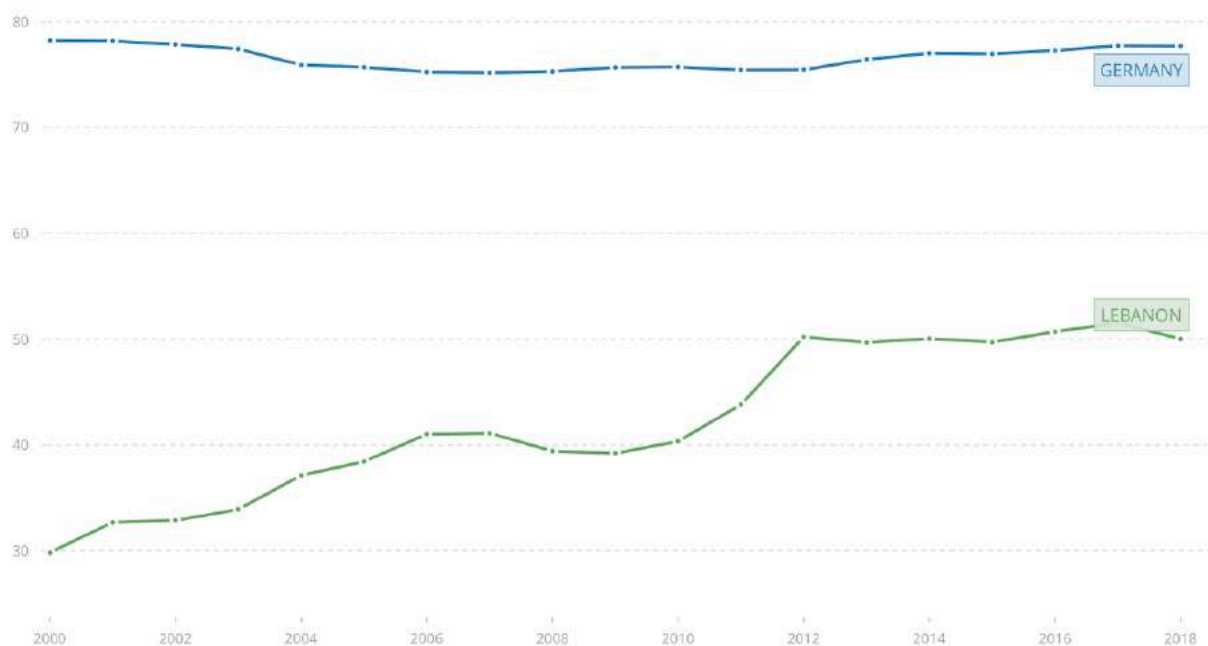


Abbildung 22: Gesundheitsausgaben aus inländischen öffentlichen Quellen von 2000 bis 2018, Quelle: The World Bank (72)

4.2.3. Zahl der Ärzte pro Kopf

Eine deutliche kontinuierliche Zunahme beim ärztlichen Personal in Deutschland wurde zwischen 1991 und 2018 notiert. Die Zahl der Ärzte (pro 1.000 Einwohner) wuchs von 2,8 im Jahr 1991 auf 4,2 im Jahr 2017 (31). Während die Zahl der Vollzeitbeschäftigten bei Allgemeinmedizinerinnen und Fachärztinnen in der Bundesrepublik Deutschland um 73% auf 165.000 im Jahr 2018 stieg, war die Zahl der Vollzeitäquivalente mit 331.000 im Jahr 2018 im Pflegedienst dagegen nur geringfügig höher als im Jahr 1991 (32).

Im Libanon ist die Zahl der Ärzte pro Kopf von 1,7 Ärzten pro 1.000 Einwohner im Jahr 1981 auf 3,5 Ärzte pro 1.000 Einwohner im Jahr 2010 gestiegen, was zu einem Überschuss an Ärzten geführt hat (52). Diese Zahl ist im Laufe der Zeit allerdings wieder gesunken und erreichte 2,1 Ärzte pro 1.000 Einwohner im Jahr 2018. Das heißt, die Ärztedichte pro 1.000 Einwohner in Deutschland im Jahr 2018 war ungefähr doppelt so hoch wie die im Libanon. Zum Vergleich: Im Jahr 2018 wurde Kuba mit 8,4 Ärzten pro 1.000 Einwohnern als das Land mit der höchsten Ärztedichte weltweit gelistet (76) (Abb. 23).

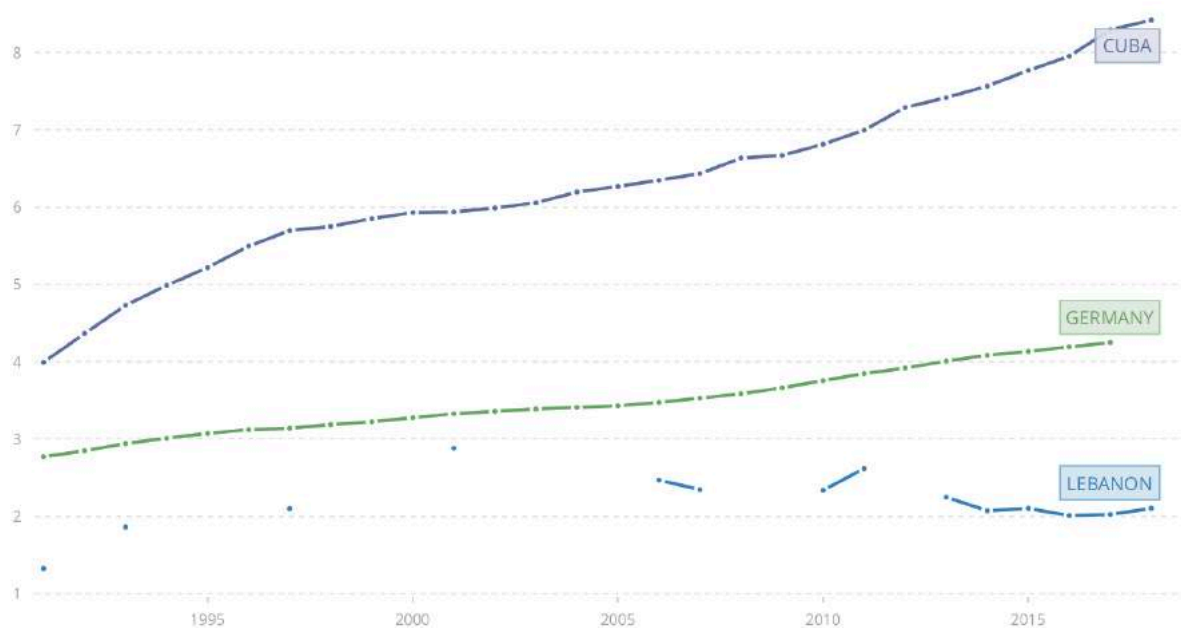


Abbildung 23: Ärzte pro 1.000 Einwohner in Deutschland, Libanon und Kuba von 1991 bis 2018, Quelle: The World Bank (77)

Die vertragsärztliche ambulante Versorgung in Deutschland besteht aus einem hausärztlichen und einem fachärztlichen Bereich. Die niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte leisten in Deutschland einen Großteil der medizinischen Versorgung. Sie sind in der Regel die ersten Ansprechpartner bei gesundheitlichen Beschwerden, bei denen Gesundheitsprobleme und deren Behandlungsbedarf bestimmt werden. Bei Bedarf werden in den Praxen Untersuchungen und primäre Behandlungen durchgeführt und eventuell Patientinnen und Patienten an weitere Leistungserbringer im Gesundheits- und Sozialwesen weitergeleitet. Wie oben erwähnt, haben die Kassenärztlichen Vereinigungen den gesetzlichen Auftrag zur Sicherstellung der ambulanten medizinischen Versorgung in Deutschland. In der Bundesrepublik Deutschland wird eine Verschiebung vom hausärztlichen hin zum fachärztlichen Versorgungsangebot sowie ein deutlicher regionaler Unterschied in der ambulanten Arztdichte beobachtet (78).

Die Patienten im Libanon konsultieren in nahezu jedem Fall direkt einen Spezialisten ihrer Wahl, ohne dass zuerst ein Hausarzt in Anspruch genommen wird. Hierbei anzumerken ist, dass die Patienten mit diesem System zufrieden sind, da es keinen Drittzahler für ihre Konsultationen gibt und sie lieber gleich einen Spezialisten aufsuchen als zwei Konsultationen zu bezahlen. In manchen Fällen wissen die Patienten jedoch nicht, zu

welchem Spezialisten sie gehen sollen, oft ziehen es Patienten dann vor, ihren örtlichen Apotheker zu konsultieren, anstatt eine professionelle (allgemein-) medizinische Beratung einzuholen. Der Überschuss an Spezialisten hat im Libanon den entsprechenden Zugang der Patienten erleichtert, was dazu führte, dass Hausärzte sukzessive ihre primäre Rolle als erste Gesundheitsdienstleister verloren. Die 1991 gegründete Libanesische Gesellschaft für Familienmedizin vertritt die libanesischen Hausärzte. Ihre Hauptaufgabe besteht darin, Leitlinien für die Familienpraxis im Libanon festzulegen. Sie arbeitet aktiv mit Regierungsorganisationen, einschließlich des Gesundheitsministeriums, zusammen, um den Beruf zu fördern und Hausärzte als Rückgrat der Grundversorgung im Land zu etablieren (79).

4.2.4. Qualität des Gesundheitswesens

In einer internationalen Studie wurde auf einer Skala von 0 bis 100, der Zugang zu Gesundheitsversorgung und deren Qualität (Health Access and Quality) von 195 Ländern untersucht. Das deutsche Gesundheitswesen landet im Jahr 2016 mit 90 Punkten auf dem 20. Platz, das libanesische mit 86 Punkten auf Platz 33 im weltweiten Vergleich (80). Der Vergleich des Indikators in beiden Ländern ist in Abb. 24 dargestellt (81).

Healthcare Access and Quality Index, 1990 to 2015

The Healthcare Access and Quality (HAQ) Index is measured on a scale from 0 (worst) to 100 (best) based on death rates from 32 causes of death that could be avoided by timely and effective medical care (also known as 'amenable mortality').

Our World
in Data

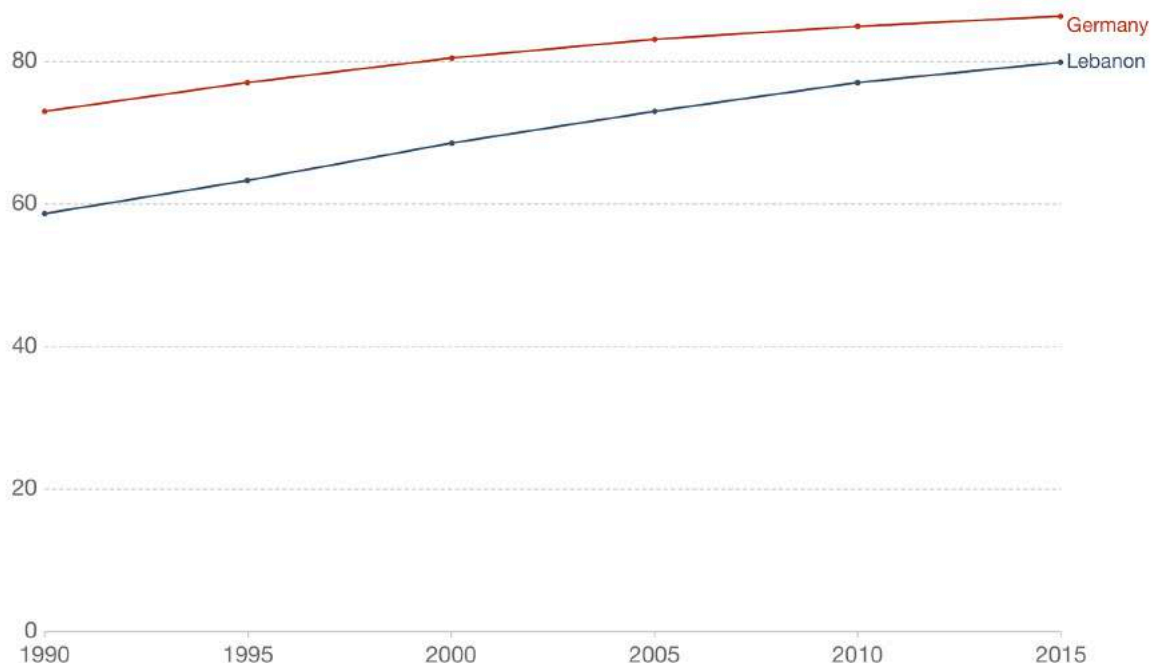


Abbildung 24: Zugang zu Gesundheitsversorgung und deren Qualität (Health Access and Quality) von 1990 bis 2015. Quelle: The World Bank (81)

Die Patientenzufriedenheit ist ein wichtiger Indikator für die Qualität der Gesundheitsversorgung. Bei einer Umfrage unter 1.313 Patienten im Libanon, die in primären Gesundheitszentren Dienstleistungen erhielten, gaben insgesamt 96,66% der befragten Patienten an, entweder zufrieden (60,23%) oder sehr zufrieden (36,43%) mit den in den primären Gesundheitszentren erbrachten Leistungen zu sein (82). In einer anderen Studie wurden 1.300 libanesische Patienten eingeschlossen, die mindestens eine Nacht auf einer Station in akkreditierten Krankenhäusern in verschiedenen Regionen des Libanon verbracht haben. Die Studie ergab, dass die meisten der befragten Patienten mit der allgemeinen Pflege (96,6%) und den ärztlichen Konsultationen (95,4%) zufrieden waren (83). Bei einer Umfrage von 651 multimorbiden Patienten im Libanon bewerteten mehr als 80% der Patienten ihre Zufriedenheit mit ihrem Allgemeinmediziner mit „gut“ oder „ausgezeichnet“ (84). Hinsichtlich des Krankenhausaufenthalts in 39 libanesischen Krankenhäusern bewerteten im Jahr 2009 80 % der Patienten (6.595 von 8.428) ihre Zufriedenheit in Bezug auf alle erbrachten Leistungen mit „ausgezeichnet“ oder „gut“ (85).

4.3. Vergleich der nicht-medizinischen Determinanten der Gesundheit

4.3.1. Sozioökonomische Faktoren

Im Vergleich zu anderen Ländern in der Region gelten die Brutto- und Nettoeinschreibungsquoten des Libanon als niedrig (86).

Die Bruttoeinschreibungsquote (die Anzahl der Kinder, die unabhängig vom Alter in einem Bildungsniveau eingeschrieben sind, geteilt durch die Bevölkerung der Altersgruppe, die offiziell dem gleichen Niveau entspricht) an der Sekundarstufe lag im Libanon im Jahr 2012 bei 62,6% (86).

Deutschland hat mit einer Abschlussquote der Sekundarstufe von 95% eines der höchsten Niveaus der Sekundarstufe (der OECD-Durchschnitt liegt bei 84%) (87).

Die nationale Armutsquote (Prozentsatz der Bevölkerung, die unterhalb der nationalen Armutsgrenze lebt) lag im Jahr 2011 im Libanon mit 27,4% viel höher als in Deutschland, wo sie im selben Jahr bei 16,1% verzeichnet wurde (88).

4.3.2. Lebensstilbezogene Faktoren

Lebensstilbezogene Faktoren und Verhaltensweisen, vor allem Übergewicht sowie Nikotin- und Alkoholabusus können die Lebenserwartung negativ beeinflussen.

Die meisten libanesischen Erwachsenen sind übergewichtig (53,5 % der erwachsenen Bevölkerung weist einen Body Mass Index (BMI) $\geq 25 \text{ kg/m}^2$ auf) und 18,2% fettleibig (BMI $\geq 30 \text{ kg/m}^2$), was als Hauptrisikofaktor für verschiedene Krankheiten, insbesondere Diabetes mellitus gilt (89). Diese Daten sind vergleichbar mit den Ergebnissen in Deutschland (hier sind 54,0 % der Erwachsenen mit Übergewicht, einschließlich Adipositas, betroffen (BMI über 25 kg/m^2), wobei die Prävalenz von Fettleibigkeit bei 18,1% liegt (90). Die Prävalenz übergewichtiger Kinder (Prozentsatz der Kinder unter 5 Jahren, deren Körpergewicht mehr als zwei Standardabweichungen über dem Median für die internationale Referenzpopulation des entsprechenden Alters liegt, wie in den 2006 veröffentlichten neuen Kinderwachstumsstandards der WHO festgelegt) unterscheidet sich in beiden Ländern deutlich, sie lag im Libanon 2004 bei 16,7 % und Deutschland 2004 bei 3,5% und 2016 bei 3,2 % (91).

Im Jahr 2018 lag die Prävalenz des gegenwärtigen Tabakkonsums (der Prozentsatz der Bevölkerung ab 15 Jahren, die derzeit täglich oder nicht täglich Tabakerzeugnisse (Zigaretten, Pfeifen, Zigarren, Zigarillos, Wasserpfeifen, Bidis, Kretek, erhitzte Tabakerzeugnisse und alle Formen von rauchlosem Tabak) konsumiert) bei 42,6% und damit 1,5-fach so hoch wie die entsprechende Prävalenz in Deutschland (28%) (92).

Der Gesamtalkoholkonsum pro Kopf (die Gesamtmenge des Alkoholkonsums pro Person ab 15 Jahren über ein Kalenderjahr in Litern reinem Alkohol, angepasst an den touristischen Verbrauch) wird in Deutschland mit 12,91 Litern pro Kopf angegeben und liegt damit viel höher als der Gesamtalkoholkonsum im Libanon (1,71 Liter pro Kopf) (93). Der Grund des deutlichen Unterschiedes kann dadurch erklärt werden, dass mehr als die Hälfte der Libanesen dem Islam angehören und aus diesem Grund keinen Alkohol konsumieren.

Um eine universelle Krankenversicherung (universal health coverage, UHC) zu erreichen, müssen alle Menschen die von ihnen benötigten Gesundheitsdienste in hoher Qualität erhalten können, ohne finanzielle Schwierigkeiten zu bekommen (94). Die WHO definiert die UHC als Sicherstellung, dass alle Menschen Zugang zu den erforderlichen Gesundheitsdiensten (einschließlich Prävention, Förderung, Behandlung, Rehabilitation und Linderung) in einer ausreichenden Qualität haben. Gleichzeitig soll sichergestellt werden, dass die Nutzung dieser Dienste den Benutzer nicht finanziell belastet. Sie ist daher in vielen Ländern zu einem Hauptziel der Gesundheitsreformen und zu einem vorrangigen Ziel der WHO geworden (95).

Eine effektive UHC ist eine wirksame Kennzahl, die nicht nur die Rechenschaftspflicht für die Verfügbarkeit und Nutzung von Interventionen erfordert, sondern auch verlangt, dass die erhaltenen Dienste von ausreichender Qualität sind, um die gewünschten gesundheitlichen Vorteile zu erzielen (95). Basierend auf der „Global Burden of Diseases, Injuries and Risk Factors Study (GBD) 2019“ wurde die effektive UHC für 204 Länder und Gebiete von 1990 bis 2019 bewertet. In die Analyse wurden 23 Indikatoren einbezogen (94). Die Leistung des gesamten UHC-Index für die effektive Abdeckung entsprach häufig den Werten, die für einzelne Indikatoren für die effektive Abdeckung erreicht wurden. Weisen Länder effektive Indexwerte von 85 oder mehr auf, sollten sie im Allgemeinen

bei der überwiegenden Mehrheit der Einzel-Indikatoren Werte über 80 erreicht haben. Laut dieser Analyse lag die effektive UHC für Deutschland im Jahr 2019 bei 86, während diese für Libanon im gleichen Jahr 76 betrug (94).

Bei maximaler Effizienz bei der Umsetzung der Gesundheitsausgaben in eine effektive UHC-Deckungsleistung müssten die Länder 1.398 US-Dollar an gepoolten Gesundheitsausgaben pro Kopf erreichen, um auf dem UHC-Index für effektive Deckung mindestens 80 zu erreichen (94).

5. Diskussion

Mittels Analyse von bestimmten mehr oder weniger gesundheitsspezifischen Indikatoren wird versucht die allgemeine Güte eines Gesundheitssystems zu bestimmen. Generell besitzt jedes Gesundheitssystem mehr oder weniger Stärken und Schwächen, so dass keines der aktuell bestehenden Gesundheitssysteme weltweit dem Idealtyp eines Gesundheitssystems entspricht (1).

Elola et al. untersuchten den Zusammenhang zwischen Gesundheitssystemen und Gesundheitsindikatoren in Industrieländern und kamen zu den Ergebnissen, dass die nationalen Gesundheitsdienste effizienter bei der Erzielung niedrigerer Kindersterblichkeitsraten zu sein scheinen als die anderen Systeme der sozialen Sicherheit in westeuropäischen Ländern (96).

Die Struktur der Gesundheitssysteme der beiden in der vorliegenden Arbeit verglichenen Länder ist grundverschieden. Deutschland besitzt ein überwiegend sozialversicherungs-basiertes System, womit eine Gesundheitsabdeckung der gesamten Bevölkerung erreicht wird. Ein wichtiges Element im diesem Gesundheitssystem ist es, dass die Akteure selbst darüber entscheiden, welche medizinischen Leistungen von den Leistungserbringern zu Lasten der Solidargemeinschaft erbracht und finanziert werden (7).

Während des Bürgerkriegs (1975–1990) wurden im Libanon viele der bestehenden Krankenhäuser des öffentlichen Sektors zerstört. Infolgedessen blühte der Privatsektor des libanesischen Gesundheitssystems auf, was zur Marginalisierung des öffentlichen Sektors und damit auch der Rolle der Regierung bei der Bereitstellung von Gesundheitsdienstleistungen führte. Es ist jedoch zu beachten, dass private Krankenhäuser in hohem Maße von Einnahmen aus öffentlichen Mitteln (MOPH sowie von anderen Ministerien, darunter dem Arbeitsministerium, dem Verteidigungsministerium, dem Innenministerium und dem Amt des Premierministers) abhängig sind (45, 97).

Die Ausweitung der Anteile des Privatsektors an der Realversorgung führte zu mehreren Herausforderungen, darunter (97):

- Abschwächung des MOPH
- Inflation der medizinischen Kosten aufgrund der Betonung der kurativen Versorgung und der hochtechnologischen medizinischen Versorgung
- Abschwächung der Grundversorgung und
- Überversorgung von bestimmten Gesundheitseinrichtungen

Die Zufriedenheit der Patienten mit der primären und sekundären Grundversorgung im Libanon ist demgegenüber bemerkenswert hoch. Die Studien zeigen auch eine akzeptable Zufriedenheit mit dem Gesundheitssystem in Deutschland. Obwohl die Patientenzufriedenheit ein nutzbares Instrument zum Treffen von geeigneten Managemententscheidungen ist, um Schwächen und Hindernisse zu überwinden, spiegelt dieser Indikator allein jedoch nicht die wahre Qualität des Gesundheitssystems des Landes wider, da die Umfragen auf verschiedenen, subjektiven Befunden basieren. Ein Schwachpunkt des libanesischen Systems ist die zunehmende Privatisierung der Gesundheitsstruktur. Damit befindet sich die überwiegende Mehrheit der gut mit medizintechnischen Einrichtungen und qualifizierten medizinischen Arbeitskräften ausgestatteten Krankenhäuser im Libanon in Privatbesitz. Da das Land Libanon seinen Bürgern nur begrenzten sozialen Schutz bietet, ist die Hälfte der Bevölkerung nicht ausreichend krankenversichert und greift auf private Zuzahlungen zurück, dies führt zu einer Verhinderung eines freien Zugangs für alle Libanesen. Möglicherweise ist die Privatisierung des Gesundheitssystems vorteilhaft, bezüglich technischer Ausstattung der Einrichtungen. Obwohl der Libanon über teils hochmoderne Gesundheitstechnologien verfügt, ist das Land nicht in der Lage grundlegende primäre und präventive Gesundheitsdienste flächendeckend mit niedriger Zugangsschwelle verfügbar zu machen. Darüber hinaus hat ein Kartell medizinischer Zulieferer, die Arzneimittel importieren, sich in den letzten zwanzig Jahren am System „bereichert“. Die Gesundheits- und Sozialpolitik im Libanon ist eher eine Politik mit Fokus auf wirtschaftlichen Interessen und zielt auf Heilung ab als das ein gerechter Zugang für die gesamte Bevölkerung und Prävention bzw. Gesunderhaltung im Vordergrund stehen. Tausende arme libanesische und syrische Flüchtlinge sind in der Folge gestorben (98).

Die WHO schätzt im „World Health Report 2006“, dass mindestens 2,5 Personen von medizinischem Personal (Ärzte, Krankenschwestern und Hebammen) pro 1.000 Personen

benötigt werden, um eine angemessene Deckung der Maßnahmen der Grundversorgung zu gewährleisten (99). Aufgrund der politischen und wirtschaftlichen Krisen leidet das Land Libanon unter übermäßiger Migration von qualifiziertem medizinischem Personal wie Pflegekräften und vor allem Ärzten. Dies könnte durch Erschöpfung der libanesischen Ärzte und Pflegekräfte zu einer ernsthaften Gefährdung des libanesischen Gesundheitssektors führen. Die Gesundheitsbranche generell ist sowohl arbeitsintensiv als auch abhängig von Fachkräften. Die Bereitstellung hochwertiger Gesundheitsdienstleistungen hängt sehr stark davon ab, dass genügend hoch qualifizierte Mitarbeiter vorhanden sind, um die Bedürfnisse und Erwartungen der Patienten zu erfüllen (100). Wie viele Länder, leidet auch der Libanon unter kritischen Problemen mit seinem Gesundheitspersonal, die sich auf die Gesundheitsversorgung auswirken können. Das vordringlichste Problem ist ein deutliches Ungleichgewicht zwischen ärztlichem Personal und Pflegepersonal. Aktuelle Erhebungen zeigen, dass im Libanon die Zahl der Ärzte fast dreimal so hoch ist wie die des Pflegepersonals (100).

El-Jardali et al. untersuchten das Ausmaß des Austritts von Pflegekräften aus ihrer Berufsausübung im Libanon und die Auswirkungen der Arbeitszufriedenheit auf die Austrittsabsicht. Es wurden in einer vergleichenden Analyse insgesamt 1.793 Krankenschwestern in 69 Krankenhäusern befragt. Die Studienergebnisse zeigen, dass 67,5% der Krankenschwestern angaben, innerhalb der nächsten 1 bis 3 Jahre ihre Tätigkeit einstellen zu wollen und 37,7% von ihnen die Absicht bekundeten, das Land zu verlassen. 22,1% der Krankenschwestern hatten die Absicht, zu einer anderen Gesundheitsorganisation innerhalb des Libanon zu wechseln. Als häufiger Grund für die Absicht, das Krankenhaus bzw. das Land zu verlassen, wurde die Unzufriedenheit mit der Bezahlung angegeben. Die Autoren schlossen daraus, dass diese Ergebnisse von Gesundheitsmanagern und politischen Entscheidungsträgern beeinflusst werden können (101). Die Verbesserung der Dichte der Pflegekräfte ist mit niedrigeren Müttersterblichkeitsraten verbunden (100). Es sollte jedoch beachtet werden, dass solche Verbesserungen in Ländern mit höherer Einkommensklassifizierung stärker ausgeprägt sind, was bedeuten kann, dass es andere kritische Prädiktoren gibt, die neben der Gesamtzahl der Gesundheitsdienstleister, die Gesundheitsversorgung in Ländern mit niedrigerem Einkommen verbessern können (100).

In Deutschland zeigen sich bei den personellen, aber auch bei den technischen Ressourcen höhere Kapazitäten (Ärzte und Pflegekräfte pro Bevölkerung, Zahl der Krankenhäuser und Krankenhausbetten pro Bevölkerung usw.), was aber im Gegenzug auch zu den höheren Gesundheitskosten beiträgt.

Der Zugang zur hausärztlichen und spezialärztlichen Gesundheitsversorgung ist in beiden Ländern anders strukturiert. Während im Libanon die Patienten direkt einen Spezialisten ihrer Wahl konsultieren, spielt die hausärztliche Versorgung in Deutschland eine wichtige Rolle. Damit könnte angenommen werden, dass der Zugang zur ambulanten Versorgung im Libanon einfacher ist als in Deutschland, allerdings nur für die Bürger, die sich diese Versorgung leisten können. Hinweise auf Fehlversorgung bestehen in beiden Ländern. Laut des Sachverständigenrates (2018) lassen Analysen erkennen, dass es im deutschen Gesundheitswesen Über-, Unter- und Fehlversorgung gibt und insofern „Steuerungsdefizite“ bestehen. Diese könnten durch gezieltere Eingriffe ausgeglichen werden:

- Notwendigkeit einer entschlosseneren, bedarfsorientierten Steuerung mit effektiverer und effizienterer Reregulierung von Ausbau und Weiterentwicklung der Angebotsstrukturen vor allem im Bereich Krankenhausplanung und Krankenhausfinanzierung
- Bessere Steuerung der Patienten bezüglich deren Inanspruchnahme des Gesundheitssystems

Um die Qualität der Krankenhausversorgung im Libanon zu regeln und zu verbessern, startete das libanesische Gesundheitsministerium im Jahr 2009 das Akkreditierungsprogramm für die primäre Gesundheitsversorgung. Das MOPH führte 2012 eine Akkreditierungsumfrage in 25 primären Gesundheitsversorgungs-Zentren durch. Die Umfrage ergab, dass strategische Qualitätsplanung, Kundenzufriedenheit und Mitarbeiterbeteiligung mit der Wahrnehmung höherer Qualitätsergebnisse verbunden waren. Zu den Herausforderungen gehörten begrenzte finanzielle Ressourcen, schlechte Infrastruktur und Personalmangel. Darüber hinaus zeigte die Studie, dass, um besser auf die gesundheitlichen Bedürfnisse der Bevölkerung eingehen zu können, die Akkreditierung ein wichtiger erster Schritt zur Verbesserung der Qualität der primären Gesundheitsversorgung-Bereitstellungssysteme ist. Laut El-Jardali et al. muss die Umsetzung der Akkreditierung auf

alle Zentren im Libanon ausgedehnt werden, doch sollten auch Überlegungen zur Stärkung ihrer Finanzierung angestellt werden (102).

Obwohl allgemein angenommen wird, dass höhere Gesundheitsausgaben pro Kopf häufig mit einer höheren Lebenserwartung verbunden sind, findet man in der Literatur verschiedene Studien und Schlussfolgerungen, was die Korrelation zwischen Gesundheitsausgaben und der Lebenserwartung betrifft. Ananda und Ravallion kamen zu dem Ergebnis, dass die Gesundheitsausgaben und das Pro-Kopf-Einkommen einen positiven und signifikanten Zusammenhang mit der Lebenserwartung haben (103). Rana et al. zeigten, dass der Einfluss der Gesundheitsausgaben auf das Gesundheitsergebnis je nach Einkommensniveau erheblich variiert, mit Ausnahme der Gesundheit von Müttern, und dass der Zusammenhang zwischen Gesundheitsausgaben und Gesundheitsergebnissen bei Ländern mit niedrigem Einkommen im Vergleich zu Ländern mit hohem Einkommen stärker ist. Die Autoren geben an, dass sich Unterschiede in der Kindersterblichkeit besser durch steigende Gesundheitsausgaben als durch Müttersterblichkeit erklären lassen (104).

Durch andere Studien wurde gezeigt, dass die Gesundheitsausgaben nicht die Hauptdeterminante für die Lebenserwartung zum Zeitpunkt der Geburt sind. Trotz den deutlich niedrigeren Pro-Kopf-Gesundheitsausgaben im Vergleich zu Deutschland ist die Lebenserwartung in Spanien höher als in Deutschland (9). Hier handelt es sich allerdings um zwei hoch industrialisierte Länder. Im vorliegenden Vergleich werden zwei Länder mit einem verschiedenen Industrie-Niveau verglichen: Deutschland als sehr hoch industrialisiertes Land mit Libanon, das zu den Dritte-Welt-Ländern gehört. Van den Heuvel und Olaroiu untersuchten in einer Vergleichsstudie, in der nationale Daten von 31 europäischen Ländern analysiert wurden, die Korrelation zwischen der Lebenserwartung zum Zeitpunkt der Geburt und den Ausgaben für die Gesundheitsversorgung unter Berücksichtigung der Ausgaben für soziale Produktion und Bildung sowie der Quantität und Qualität der Gesundheitsversorgung und des Lebensstils. Die Autoren kamen zu der Schlussfolgerung, dass, um eine hohe Lebenserwartung der Bürger zu erreichen, politische Maßnahmen auf Investitionen in Sozialschutzausgaben, auf die Verbesserung der Versorgungsqualität und auf die Förderung eines gesunden Lebensstils gerichtet sein müssen. Die Regressionsanalyse zeigte, dass Länder, die einen hohen Prozentsatz ihres

BIP für den Sozialschutz ausgeben, weniger Heilbetten und eine niedrige Kindersterblichkeit haben, dass deren Bürger weniger ungedeckten Gesundheitsbedarf melden und weniger Alkohol trinken und die Bürger in Summe eine deutlich höhere Lebenserwartung haben (105). Die Unterschiede bei den Ausgaben für das Gesundheitswesen und den Ausgaben für soziale Dienste in den OECD Ländern und die Bewertung ihres Zusammenhangs mit fünf Gesundheitsergebnissen auf Bevölkerungsebene (Lebenserwartung bei der Geburt, Kindersterblichkeit, niedriges Geburtsgewicht, Müttersterblichkeit und potenzielle verlorene Lebensjahre) wurden von Bradley untersucht. Das Verhältnis der Sozialausgaben zu den Gesundheitsausgaben war signifikant mit besseren Ergebnissen in Bezug auf Kindersterblichkeit, Lebenserwartung und erhöhten potenziellen verlorenen Lebensjahren verbunden, bereinigt um die Höhe der Gesundheitsausgaben und des BIP. Deshalb kann, laut Autoren, die Beachtung breiterer Bereiche der Sozialpolitik hilfreich sein, um Verbesserungen der Gesundheit zu erreichen, die von Befürwortern der Gesundheitsreform ins Auge gefasst werden (106).

Die Lebenserwartung bei der Geburt gewann in der letzten Zeit als Indikator für die sozioökonomische Entwicklung sowohl in Industrieländern als auch in Entwicklungsländern eine große Bedeutung (107). Es wird angenommen, dass eine steigende Lebenserwartung mit vorbeugender und mütterlicher Fürsorge, einem besseren Lebensumfeld, einer höheren Bildung und einem höheren Pro-Kopf-Einkommen verbunden ist. Sie liefert auch detaillierte Informationen über die Gesundheitsmaßnahmen einer Nation.

In den letzten Jahrzehnten ist die Lebenserwartung zum Zeitpunkt der Geburt weltweit gestiegen, insbesondere in den Industrieländern.

Für die gesundheitliche Ungleichheit gilt: Die Müttersterblichkeit ist ein empfindlicher Indikator. Razum et al. kamen zu den Schlussfolgerungen, dass die Zugänglichkeit und Qualität geburtshilflicher Leistungen, insbesondere für Frauen nichtdeutscher Staatsangehörigkeit, die aber in Deutschland (Westdeutschland) leben, kontinuierlich verbessert werden und dass die Assoziation mit dem sozioökonomischen Status über die Nationalität hinausgeht (61).

Die Ursachen für die Müttersterblichkeit im Libanon stimmen mit dem Drei-Verzögerungen-Modell (1- Entscheidung, angemessene medizinische Hilfe für einen geburtshilflichen Notfall zu suchen, 2- Erreichen einer geeigneten geburtshilflichen Einrichtung und 3- angemessene Versorgung erhalten, wenn eine Einrichtung erreicht wird) überein, was auf Mängel bei der Qualität der Mutterschaftsfürsorge hinweist (62).

Um eine weitere Reduzierung der MMR sicherzustellen, sollten sich im Libanon die Bemühungen auf die Regulierung des Umfelds der Gesundheitsversorgung von Müttern konzentrieren. Laut El-Kak et al. sollten dafür folgende Strategien berücksichtigt werden (62):

- Stärkung der Müttersterblichkeitsberichterstattung, um mögliche Fälle einzubeziehen, die außerhalb von Krankenhäusern auftreten können
- Identifizieren von Fällen mit hohem Risiko durch Entwicklung einer Identitätsrichtlinie und eines Netzwerkempfehlungssystems zur Beratung und Verwaltung dieser Fälle
- Stärkung der Interventionen und des Reaktionssystems zur Verringerung von Verzögerungen
- Bereitstellung einer umfassenden Schulung zu geburtshilflichen Notfallversorgungsmodulen
- Organisation nationaler Anstrengungen, um mögliche Wege zur Reduzierung der Rate an Kaiserschnitten zu ermitteln

Im Allgemeinen zeigt sich in Deutschland die Mortalitätsrate geringer als in Libanon, diese bezieht sich auch auf die einzelnen Sub-Indikatoren wie zum Beispiel Mütter- und Kindersterblichkeit.

Aufgrund der längeren Instabilitätsperioden nach der Unabhängigkeit des Libanon im Jahre 1943 (z. B. der Zustrom von Hunderttausenden Palästinensern nach 1948, der Bürgerkrieg im Jahr 1958, der 15 Jahre andauernde Bürgerkrieg von 1975, die mehrjährige syrische Vorherrschaft im Land, der Krieg an der südlichen Grenze des Libanon sowie der Zustrom von über einer Million syrischer Bürger im Zuge des syrischen Konfliktes) hätte man einen stärker ausgeprägten Unterschied bezüglich der Lebenserwartung bei

der Geburt im Vergleich zur seit dem Ende des zweiten Weltkrieg politisch stabilen Bundesrepublik Deutschland erwartet. Durch mehrere erfolgreichen Reformen, die durch das MOPH einleitet wurden und zur Widerstandsfähigkeit des Systems angesichts der Krisen beitrugen (52), konnte der Libanon die gesundheitlichen Ergebnisse, unter anderem die durchschnittliche Lebenserwartung, erheblich verbessern. Trotzdem lebt die deutsche Bevölkerung länger, allerdings mit deutlich höheren Gesundheitskosten im Vergleich zum Libanon.

Die wichtigsten Herausforderungen im libanesischen Gesundheitssystem wurden zusammengefasst (52):

- Niedrige öffentliche Gesundheitsausgaben, die die Fähigkeit des Gesundheitsministeriums (MoPH) behindern, angemessen auf die Gesundheitsbedürfnisse von Libanesen mit niedrigem Einkommen zu reagieren
- Hohe Kosten für Gesundheit, die Bürger mit niedrigem Einkommen finanziellen Schwierigkeiten aussetzen
- Unverhältnismäßige Zuweisung von Ressourcen für teure Heilbehandlungen
- Aufkommende epidemiologische und bevölkerungsbezogene Trends, die mit einem beispiellosen Zustrom von Flüchtlingen verbunden sind und erhebliche Auswirkungen auf die Bereitstellung und Finanzierung des Gesundheitssektors haben

Die Auswirkungen sozioökonomischer und politischer Faktoren auf die Lebenserwartung sind sehr stark, da zum Beispiel ein sinkendes Pro-Kopf-Einkommen die Kaufkraft der Haushalte senkt und langfristig allein dadurch ein Einfluss auf die Lebenserwartung angenommen werden kann. Dies wurde in einer Reihe von Studien untersucht (96, 103, 107, 108, 109, 110, 111). Die Ergebnisse von Kalediene und Petrauskiene zeigen, dass sozioökonomische Faktoren sowohl einen direkten als auch einen indirekten Zusammenhang mit der Lebenserwartung haben und es einen positiven und signifikanten Zusammenhang zwischen Urbanisierung und Lebenserwartung gibt. Navarro et al. haben über einen Zeitraum von 50 Jahren eine Reihe politischer, wirtschaftlicher, sozialer und gesundheitlicher Variablen in einer Reihe wohlhabender Länder analysiert. Die Autoren kamen zu der Schlussfolgerung, dass Maßnahmen zur Verringerung sozialer Ungleichheiten wie der

Wohlfahrtsstaat und die Arbeitsmarktpolitik einen heilsamen Effekt auf ausgewählte Gesundheitsindikatoren wie die Kindersterblichkeit und die Lebenserwartung zum Zeitpunkt der Geburt zu haben scheinen (108). Grossman konnte feststellen, dass ein negativer Zusammenhang zwischen Lebenserwartung und Inflation besteht (109). Bildungsniveau, sauberes Trinkwasser, Urbanisierung, Anzahl der Ärzte pro tausend Einwohner und Kalorienaufnahme beeinflussen die Lebenserwartung in Entwicklungsländern (110, 111). Audi und Ali untersuchten die Auswirkungen des sozioökonomischen Status auf die Lebenserwartung im Libanon im Zeitraum von 1971 bis 2014. Die langfristigen Ergebnisse zeigen, dass die Verfügbarkeit von Nahrungsmitteln, die CO₂-Emissionen und die Einschulung in die Sekundarstufe, das Pro-Kopf-Einkommen und das Bevölkerungswachstum einen signifikanten Einfluss auf die Lebenserwartung im Libanon haben. Die Ergebnisse legen nahe, dass die libanesische Regierung, wenn sie die Lebenserwartung zum Zeitpunkt der Geburt erhöhen will, den sozioökonomischen Status verbessern muss (107).

Ein größerer Teil der Bevölkerung im Libanon kann als Bürger mit niedrigerem sozioökonomischem Status bezeichnet werden. Es lässt sich sagen, dass libanesische Bürger häufiger von Zigaretten abhängig sind als die Deutschen. Die Übergewichtsquote in beiden Ländern scheint gleich zu sein. Obwohl im Libanon meist die sogenannte „Mittelmeer-Diät“ praktiziert wird, gibt es eine hohe Übergewichtsquote durch unzureichende körperliche Freizeitaktivitäten (mangelhafte öffentliche Wander- / Fahrradwege und Parks, nicht alle Schulen haben Sportunterricht in ihren Lehrplänen usw.). Diese libanesische scheint mit der Übergewichtsquote in Deutschland vergleichbar zu sein. Die Bildung zeigt in beiden Ländern ein unterschiedliches Bild zugunsten der Bundesrepublik Deutschland.

Zusammenfassend zeigt sich Deutschland bei den nichtmedizinischen Determinanten des Vergleichs mit Ausnahme des Alkoholkonsums überlegen.

6. Zusammenfassung

Der Gesundheitszustand eines Landes kann nicht anhand eines bestimmten Indikators gemessen werden, sondern lässt sich nur durch ein die Analyse eines breiten Spektrums medizinischer und nicht-medizinischer (sozioökonomischer und lebensstilbezogener Faktoren) Gesundheitsdeterminanten beschreiben.

Die Gesundheitsversorgung in Deutschland und im Libanon wird durch eine Vielzahl von Faktoren beeinflusst. Ein pauschaler Vergleich der beiden Gesundheitssysteme ist aufgrund der wirtschaftlichen, politischen und kulturellen Unterschiede schwer durchführbar. So sind schon grundlegende Strukturen der Gesundheitsversorgung in beiden Ländern derart verschieden, bzw. teilweise relevante Akteure oder Steuerungselemente im Libanon gar nicht existent. Weiterhin ist die Güte der Datenerhebung bezüglich Periodik, Konsequenz, Tiefe und regionaler Auflösung im Libanon schlechter als in Deutschland. Daten, die von supranationalen Quellen wie zum Beispiel der WHO oder der Weltbank zur Verfügung gestellt werden, sind natürlich nur so gut wie es die Erhebung derselben vor Ort zulässt. Dadurch, dass im Libanon der überwiegende Anteil der Bereitstellung von medizinischen Leistungen durch private Akteure erfolgt, sind Limitationen der Verlässlichkeit und Vollständigkeit von relevanten Informationen nahezu unausweichlich. Vor allem wenn man diese mit Daten aus Deutschland vergleicht, die regelhaft durch staatliche Institutionen oder unter deren Kontrolle erhoben werden. Diese Asymmetrie der Informationslage beeinträchtigt einen dezidierten Vergleich einzelner Kennzahlen. Somit ist ein Vergleich beider Systeme, unter Beachtung der angegebenen Limitationen, eigentlich nur über eine ganzheitliche Betrachtung eines Bündels an Einzelindikatoren möglich. Unter diesem Aspekt scheint Deutschland dem Libanon in allen untersuchten Bereichen überlegen zu sein. Trotzdem zeigen sich in beiden Ländern Stärken und Schwächen.

Trotz der Mängel der konsistenten Verfügbarkeit von Gesundheitsinformationen im Libanon, bedingt u. a. durch einen 15-jährigen Bürgerkrieg und durch die begrenzte Rolle des Staates im Gesundheitssektor bei gleichzeitiger Dominanz privater Akteure, konnte

anhand der vorhandenen Daten ein Überblick über das libanesische Gesundheitssystem geschaffen werden.

Der zentrale Unterschied zwischen beiden Ländern bleibt die nahezu komplett unterschiedliche Struktur beider Gesundheitssysteme. Während in Deutschland ein überwiegend sozialversicherungs-basiertes System existiert, herrscht im Libanon ein gemischtes System mit staatlichen und privaten Anteilen, wobei eine klare Zunahme der privaten Akteure an der Versorgung und Finanzierung erkennbar ist.

Das libanesische Gesundheitssystem wurde von einer manifesten Wirtschaftskrise schwer getroffen. Der medizinische Sektor leidet dadurch unter Engpässen, die Kosten für Medizinprodukte und Medikamente steigen und das ärztliche und pflegerische Personal verlässt das Land wegen zu niedriger Löhne. Das hat zur Folge, dass der unlimitierte Zugang zu hochqualitativer medizinischer Behandlung nur den Reichen vorbehalten bleibt.

Die Korrelation zwischen den einzelnen Indikatoren scheint unterschiedlich zu sein; während die Gesundheitsausgaben pro Kopf in Deutschland im Vergleich zu den Ausgaben in Libanon deutlich höher sind (einer der höchsten Werte in Europa), ist der Unterschied der Indikatoren wie Müttersterblichkeit und Lebenserwartung bei der Geburt zwischen beiden Ländern weniger stark ausgeprägt.

Der Gesamtzustand des libanesischen Gesundheitssystems ist als noch schlechter einzuschätzen, wenn man bedenkt, dass das Land zwischen 8 und 10% seines BIP für Gesundheitsversorgung ausgibt, ein Wert, der mit vielen europäischen Ländern vergleichbar ist. Diese hohen Gesundheitsausgaben führen jedoch nicht zu einer vergleichbar besseren Versorgung, nicht einmal für diejenigen, die in der Lage sind unabhängig von staatlicher Unterstützung die Versorgung finanzieren zu können. Ein Hauptproblem besteht darin, dass sich ein relevanter Anteil der Gesamtausgaben auf eine Reihe von High-Tech-Interventionen mit hohen Kosten konzentrieren, die bei einer kleinen Anzahl von Patienten mit chronischen oder schweren Krankheiten eingesetzt werden.

Ein Problem für beide Länder scheint der Mangel an Ärzten zu sein. Im Gegensatz zu Libanon kompensiert Deutschland als attraktiver Markt diesen Mangel teilweise durch Akquise von vor allem ärztlichem, zunehmend aber auch pflegerischem Personal, aus dem Ausland. Diesbezüglich sollten politische Lösungen gefunden werden, wie z. B. die

Erweiterung der Kapazitäten für ein medizinisches Studium. Der Mangel an Pflegekräften ist im Libanon sogar stärker ausgeprägt als in Deutschland, vor allem wenn man die Relation ärztliches zu pflegerischem Personal betrachtet.

Periodische Reformen sind, abhängig von der aktuellen Situation, in beiden Ländern notwendig, vor allem aber im libanesischen Gesundheitssystem.

Allein schon angesichts des fortschreitenden medizinisch-technischen Fortschritts, des demografischen Wandels, der Ausweitung mancher Angebotsstrukturen sowie der Vielzahl der beteiligten Menschen und Interessen wird das Gesundheitssystem auch in Zukunft der ständigen kritischen Analyse sowie der Weiterentwicklung bzw. Anpassung durch Politik und Selbstverwaltung bedürfen.

In Deutschland zeigt sich vor allem unter dem Aspekt der kontinuierlich steigenden Gesamtausgaben ebenso ein Reformbedarf. Weiterhin sind, auch regionale, Ungleichmäßigkeiten der medizinischen Versorgung in verschiedenen Bereichen vorhanden, die, im Rahmen des solidarisch finanzierten Gesundheitssystems, eine verbesserte Steuerung durch die Politik erfordern.

Literaturverzeichnis

- 1) Hartmann M.: Gesundheitssysteme im internationalen Vergleich, Studienbrief, Ernst-Abbe-Hochschule Jena, Jena 2014
- 2) Ochs A., Jahn R., Matusiewicz D.: Gesundheitssysteme: ein internationaler Überblick. In: Wasem J, Staudt S., Matusiewicz D. (Hrsg.): Medizinmanagement, Grundlagen und Praxis. Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft Berlin, Berlin 2015
- 3) Burau V., Blank R.H., Pavolini E.: Typologies of Healthcare Systems and Policies. In: Kuhlmann E., Blank R.H., Bourgeault I.L., Wendt C. (eds): The Palgrave International Handbook of Healthcare Policy and Governance. Palgrave Macmillan, London, 2015
- 4) Schölkopf M., Pressel H.: Das Gesundheitswesen im internationalen Vergleich: Gesundheitssystemvergleich und europäische Gesundheitspolitik, Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, 2. Auflage, Berlin/Ludwigsburg, 2014
- 5) Universität Würzburg (Hrsg.): Seminar, URL: <http://www.psychotherapie.uni-wuerzburg.de/termine/dateien/Berger-2017-06-07-InternationaleGesundheitssysteme.pdf> vom 02.05.2021
- 6) Simon M.: Das Gesundheitssystem in Deutschland: Eine Einführung in Struktur und Funktionsweise. 6., vollständig aktualisierte und überarbeitete Auflage, hogrefe, Bern, 2017
- 7) Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.): Das deutsche Gesundheitssystem, URL: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Gesundheit/Broschueren/200629_BMG_Das_deutsche_Gesundheitssystem_DE.pdf vom 02.05.2021
- 8) Land B.: Das deutsche Gesundheitssystem - Struktur und Finanzierung. W. Kohlhammer Verlag, Stuttgart, 2018
- 9) Herdtle K.: Das deutsche und spanische Gesundheitssystem – ein Vergleich. Masterarbeit; Masterstudiengang Health Care Management

(MBA) Fachbereich Betriebswirtschaft Ernst-Abbe-Hochschule Jena, 2017

- 10) KGV-Spitzenverband (Hrsg.): URL: <https://www.gkv-spitzenverband.de/service/krankenkassenliste/krankenkassen.jsp> vom 02.05.2021
- 11) Die Bundesregierung (Hrsg.): URL: <https://www.bundesregierung.de/breg-de/service/subsidiaritaet-615742> vom 02.05.2021
- 12) AMBOSS (Hrsg.): URL: https://www.amboss.com/de/wissen/Soziale_Sicherung vom 02.05.2021
- 13) Verband der Ersatzkassen (Hrsg.): URL: https://www.vdek.com/presse/daten/c_einnahmen-ausgaben.html vom 27.04.2021
- 14) Spitzenverband (Hrsg.): URL: https://www.gkv-spitzenverband.de/service/zahlen_und_grafiken/zahlen_und_grafiken.jsp vom 02.05.2021
- 15) GKV-Spitzenverband (Hrsg.): URL: https://www.gkv-spitzenverband.de/krankenversicherung/kv_grundprinzipien/finanzierung/gesundheitsfonds_und_rsa/gesundheitsfonds_und_rsa.jsp vom 02.05.2021
- 16) Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.): URL: <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/finanzierung-gkv.html#c2377> vom 02.05.2021
- 17) BKK firmus (Hrsg.): URL: <https://www.bkk-firmus.de/leistungen/lexikon/a-z/grundpauschale.html> vom 02.05.2021
- 18) Deutscher Bundestag (Hrsg.): URL: <https://www.bundestag.de/presse/hib/794812-794812> vom 02.05.2021
- 19) Hartmann M.: Gesundheitspolitik und Gesundheitskarte, Studienbrief, Ernst-Abbe-Hochschule Jena, Jena 2017
- 20) Bundeszentrale für politische Bildung (Hrsg.): URL: <https://www.bpb.de/nachschlagen/lexika/handwoerterbuch-politisches-system/202032/gesundheitspolitik> vom 02.05.2021
- 21) Bundeszentrale für politische Bildung (Hrsg.): URL: <https://www.bpb.de/nachschlagen/lexika/handwoerterbuch-politisches-system/202032/gesundheitspolitik> vom 04.05.2021

- 22) Gemeinsamer Bundesausschuss (Hrsg.): <https://www.g-ba.de/ueber-den-gba/aufgabe-arbeitsweise/> vom 02.05.2021
- 23) GKV-Spitzenverband (Hrsg.): URL: https://www.gkv-spitzenverband.de/gkv_spitzenverband/der_verband/aufgaben_und_ziele/aufgaben_und_ziele.jsp vom 02.05.2021
- 24) Deutsche Krankenhaus Gesellschaft (Hrsg.): URL: <https://www.dkgev.de/dkg/aufgaben-ziele/> vom 02.05.2021
- 25) Kassenärztliche Bundesvereinigung (Hrsg.): URL: <https://www.kbv.de/html/> vom 02.05.2021
- 26) Kassenärztliche Bundesvereinigung (Hrsg.): URL: <https://www.kbv.de/html/432.php> vom 02.05.2021
- 27) Medizinischer Dienst der Krankenversicherung (Hrsg.): URL: <https://www.mdk.de/mdk/mdk-gemeinschaft-gesundheitssystem/> vom 02.05.2021
- 28) Verband der Ersatzkassen (Hrsg.): URL: <https://www.vdek.com/vertragspartner/Krankenhaeuser/krankenhausplanung.html> vom 27.04.2021
- 29) Europäische Kommission (Hrsg.): URL: https://ec.europa.eu/health/indicators_data/overview_de vom 02.05.2021
- 30) Cremer P.: Kennzahlen im Gesundheitswesen und Ihre Bedeutung für die Interessenvertretung (Aufsichtsrat, Wirtschaftsausschuss, BR und GBR): URL: https://chronosagentur.de/WB/aktuelles/Kennzahlen_im_KH.pdf, vom 02.05.2021
- 31) The World Bank (Hrsg.): URL: <https://data.worldbank.org/indicator> vom 02.05.2021
- 32) Ärzteblatt (Hrsg.): URL: (<https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/117181/Zahl-der-Krankenhausbetten-geht-stark-zurueck>) vom 02.05.2021
- 33) OECD (Hrsg.): URL: <https://data.oecd.org/health/hospital-beds.htm>, vom 02.05.2021
- 34) OECD (Hrsg.): URL: https://www.oecd-ilibrary.org/economics/die-oecd-in-zahlen-und-fakten-2015-2016/gesundheitsausgaben_factbook-

2015-94-de;jsessionid=ovyBSkSSBb0ujBV7dRsTRIkp.ip-10-240-5-182
vom 02.05.2021

- 35) Macrotrends (Hrsg.): URL: <https://www.macrotrends.net/countries/DEU/germany/healthcare-spending> vom 02.05.2021
- 36) Destatis, Statistisches Bundesamt (Hrsg.): URL: https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Gesundheitsausgaben/_inhalt.html vom 02.05.2021
- 37) Bundeszentrale für politische Bildung (Hrsg.): URL: <https://www.bpb.de/nachschlagen/zahlen-und-fakten/soziale-situation-in-deutschland/61547/lebenserwartung> vom 02.05.2021
- 38) The World Bank (Hrsg.): URL: <https://data.worldbank.org/indicator/SP.DYN.IMRT.IN?locations=DE> vom 04.05.2021
- 39) The World Bank (Hrsg.): URL: <https://data.worldbank.org/indicator/SH.DYN.MORT?locations=DE> vom 04.05.2021
- 40) World Health Organization (Hrsg.): Health System Profile Lebanon. Regional Health Systems Observatory- EMRO 2006: URL: <http://digicollection.org/hss/documents/s17301e/s17301e.pdf> vom 22.01.2021
- 41) Atoui K.: Doctorat de l'universite de Toulouse vers une generalisation de l'assurance maladie, maternite obligatoire au Liban a la Lumiere de l'experience Francaise, 2016
- 42) AbouAssi K.: The Third Wheel in Public Policy: An Overview of NGOs in Lebanon, URL: <https://ghi.aub.edu.lb/wp-content/uploads/2019/12/The-Third-Wheel-in-Public-Policy-An-Overview-of-NGOs-in-Lebanon.pdf> vom 04.05.2021
- 43) Ammar W. and World Health Organization, Regional Office for the Eastern Mediterranean and Lebanon, Ministry of Public Health: Health System and Reform in Lebanon, 2003
- 44) Abyad A.: The Lebanese health care system, Family Practice 1994; 11: 159-161
- 45) Ammar, W. and World Health Organization, Regional Office for the Eastern Mediterranean and Lebanon, Ministry of Public Health. Health beyond Politics, 2009

- 46) Jones P.: Lebanonizing the State: NGOs in a Confessional Society, a thesis presented to the Department of International Studies and the Graduate School of the University of Oregon in partial fulfilment of the requirements for the degree of Master of Arts. September 2011
- 47) The World Bank (Hrsg.): URL: <https://data.worldbank.org/indicator/SH.XPD.OOPC.CH.ZS?locations=LB&view=chart> vom 04.05.2021
- 48) Syndicate of hospitals (Hrsg.): URL: <https://www.syndicateofhospitals.org.lb/Hospitals/> vom 04.05.2021
- 49) The World Bank (Hrsg.): URL: <https://data.worldbank.org/indicator/SH.MED.BEDS.ZS?locations=LB> vom 04.05.2021
- 50) Macrotrends (Hrsg.): URL: <https://www.macrotrends.net/countries/LBN/lebanon/healthcare-spending> vom 04.05.2021
- 51) The World Bank (Hrsg.): URL: <https://data.worldbank.org/indicator/SP.DYN.LE00.IN?locations=LB> vom 04.05.2021
- 52) The World Bank (Hrsg.): URL: <http://www.databank.com.lb/docs/Lebanon%20Economic%20Monitor.pdf> vom 29.04.2021
- 53) The World Bank (Hrsg.): URL: <https://data.worldbank.org/indicator/SH.DYN.MORT?locations=LB> vom 04.05.2021
- 54) United Nations (Hrsg.): URL: <https://population.un.org/wpp/DataQuery/> vom 11.05.2021
- 55) The World Bank (Hrsg.): URL: <https://data.worldbank.org/indicator/SP.DYN.LE00.IN?locations=DE-LB> vom 28.04.2021
- 56) European Parliamentary Research Service Blog (Hrsg.): URL: <https://epthinktank.eu/2017/03/07/international-womens-day-2017-empowering-women-in-the-eu-and-beyond/hale/> vom 05.05.2021
- 57) World Health Organization (Hrsg.): URL: <https://apps.who.int/gho/data/view.main.HALEXv> vom 04.05.2021
- 58) The World Bank (Hrsg.): URL: <https://data.worldbank.org/indicator/SP.DYN.IMRT.IN?locations=DE-LB> vom 28.04.2021
- 59) Garrett L.: The Challenge of Global Health, Foreign Affairs, JSTOR, 2007; 86(1): 14-38

- 60) The World Bank (Hrsg.): URL: <https://data.worldbank.org/indicator/SH.STA.MMRT?locations=DE-LB> vom 05.05.2021
- 61) Razum O., Jahn A., Blettner M., Reitmaier P.: Trends in maternal mortality ratio among women of German and non-German nationality in West Germany, 1980-1996. *International Journal of Epidemiology*, 1999
- 62) El-Kak F., Kabakian-Khasholian T., Ammar W., Nassar A.: A review of maternal mortality trends in Lebanon, 2010-2018. *Int J Gynaecol Obstet.* 2020
- 63) World Life Expectancy (Hrsg.): URL: <https://www.worldlifeexpectancy.com> vom 29.04.2021
- 64) Index mundi (Hrsg.): URL: <https://www.indexmundi.com/g/g.aspx?c=le&v=2227&l=de> vom 05.05.2021
- 65) Index mundi (Hrsg.): URL: <https://www.indexmundi.com/g/r.aspx?t=100&v=2227&l=de> vom 05.05.2021
- 66) The World Bank (Hrsg.): URL: <https://data.worldbank.org/indicator/SH.MED.BEDS.ZS?end=2017&locations=LB-DE&start=2000> vom 05.05.2021
- 67) Knoema (Hrsg.): URL: <https://knoema.com/atlas/ranks/Health-expenditure-per-capita?baseRegion=LB> vom 05.05.2021
- 68) The World Bank (Hrsg.): URL: <https://data.worldbank.org/indicator/SH.XPD.CHEX.PC.CD?locations=LB-DE-US-CH> vom 05.05.2021
- 69) Knoema (Hrsg.): URL: <https://knoema.de/atlas/ranks/Gesundheitsausgaben-percent-des-BIP?baseRegion=LB> vom 05.05.2021
- 70) The World Bank (Hrsg.): URL: <https://data.worldbank.org/indicator/SH.XPD.CHEX.GD.ZS?locations=DE-LB> vom 28.04.2021
- 71) The World Bank (Hrsg.): URL: <https://data.worldbank.org/indicator/SH.XPD.PVTD.CH.ZS?locations=LB-DE> vom 28.04.2021
- 72) The World Bank (Hrsg.): URL: <https://data.worldbank.org/indicator/SH.XPD.GHED.CH.ZS?locations=DE-LB> vom 28.04.2021
- 73) The World Bank (Hrsg.): URL: <https://data.worldbank.org/indicator/SH.XPD.CHEX.GD.ZS?locations=LB-DE> vom 05.05.2021

- 74) The World Bank (Hrsg.): URL: <https://data.worldbank.org/indicator/SH.XPD.PVTD.CH.ZS?locations=DE-LB> vom 29.04.2021
- 75) The World Bank (Hrsg.): URL: <https://data.worldbank.org/indicator/SH.XPD.GHED.CH.ZS?locations=DE-LB> vom 29.04.2021
- 76) The World Bank (Hrsg.): URL: https://data.worldbank.org/indicator/SH.MED.PHYS.ZS?end=2018&locations=LB-DE-CU&name_desc=false&start=1991 vom 22.01 2021
- 77) The World Bank (Hrsg.): URL: <https://data.worldbank.org/indicator/SH.MED.PHYS.ZS?end=2018&locations=DE-LB-CU&start=1990> vom 28.04.2021
- 78) Robert-Koch-Institut (Hrsg.): URL: (https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloadsGiD/2015/05_gesundheit_in_deutschland.pdf?__blob=publication-File-) vom 24.03.2021
- 79) Helou M., Rizk GA.: State of family medicine practice in Lebanon. J Family Med Prim Care. 2016;5(1):51-55
- 80) Fullman N., Yearwood J., Abay SM.: Measuring performance on the Healthcare Access and Quality Index for 195 countries and territories and selected subnational locations: a systematic analysis from the Global Burden of Disease Study 2016, Vol. 391, Issue 10136, P2236-2271, JUNE 02, 2018. GBD 2016
- 81) Our World in Data (Hrsg.): URL: <https://ourworldindata.org/grapher/healthcare-access-and-quality-index?tab=chart&country=LBN~DEU> vom 05.05.2021
- 82) Hemadeh R., Hammoud R., Kdouh O., Jaber T., Ammar L.: Patient satisfaction with primary healthcare services in Lebanon. The International journal of health planning and management, 2019 34(1): e423–e435
- 83) Ammo M.A., Abu-Shaheen A., Kobrosly S.Y., Al-Tannir, M.: Determinants of Patient Satisfaction at Tertiary Care Centers in Lebanon. Open Journal of Nursing, 2014 (04):939-946.
- 84) Mortsiefer A., Altiner A., Ernst A., Kadusiewicz H., Krahe A., Mellert C., Ingmar Schäfer I, Stolzenbach C., Wiese B., Löffler C.: Satisfaction

- with general practice care in German patients with multimorbidity: a cross-sectional study. *Family Practice* 2017 (34)4: 452–458, URL: <https://doi.org/10.1093/fampra/cmw141>
- 85) Schoenfelder T., Klewer J., Kugler J.: Determinants of patient satisfaction: a study among 39 hospitals in an in-patient setting in Germany. *International Journal for Quality in Health Care* 2011 (23)5: 503–509, URL: <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzr038>
- 86) BankMed (Hrsg.): URL: <https://www.bankmed.com.lb/BOMedia/sub-services/categories/News/20150515170635891.pdf> vom 27.04.2021
- 87) OECD (Hrsg.): URL: <https://www.oecd.org/education/Germany-EAG2014-Country-Note.pdf> vom 27.04.2021
- 88) The World Bank (Hrsg.): URL: <https://data.worldbank.org/indicator/SI.POV.NAHC?locations=LB-DE> vom 28.04.2021
- 89) Mallat S., Gerges Geagea A., Jurjus RA., Rizkallah A., Oueidat D., Matar M., Tawilah J., Berbari A., Jurjus AR: Obesity in Lebanon: A National Problem. *World Journal of Cardiovascular Diseases* 2016 6(6): 166–174
- 90) Schienkiewitz A., Mensink GBM., Kuhnert R., Lange C.: Übergewicht und Adipositas bei Erwachsenen in Deutschland. *Journal of Health Monitoring*. 2017 2(2): 21–28
- 91) The World Bank (Hrsg.): URL: <https://data.worldbank.org/indicator/SH.STA.OWGH.ZS?locations=LB-DE> vom 28.04.2021
- 92) The World Bank (Hrsg.): URL: <https://data.worldbank.org/indicator/SH.PRVS.MOK?locations=DE-LB> vom 28.04.2021
- 93) The World Bank (Hrsg.): URL: <https://data.worldbank.org/indicator/SH.ALC.PCAP.LI?locations=DE-LB> vom 28.04.2021
- 94) Global Burden of Disease Study 2019. Universal Health Coverage Collaborators Measuring universal health coverage based on an index of effective coverage of health services in 204 countries and territories, 1990–2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *Lancet* 2020 (396): 1250–8

- 95) World Health Organisation (Hrsg.): URL: https://www.who.int/healthsystems/universal_health_coverage/en/ vom 05.05.2021
- 96) Elola J., Daponte A., Navarro V.: Health indicators and the organization of health- care systems in Western Europe. *American Journal of Public Health* 1995 (85): 1397-1401
- 97) Osseiran MA., El-Jardali, F., Kassak, K., Ramadan, S.: *Harnessing the Private Sector to Achieve Public Health Goals in Counties of the Eastern Mediterranean. Focus on Lebanon*, 2005
- 98) GCRF (Hrsg.): URL: (https://www.cbr.cam.ac.uk/fileadmin/user_upload/centre-for-business-research/downloads/research-projects-output/political-economy-of-health-in-conflict-report.pdf) vom 01.05.2021
- 99) World Health Organization (Hrsg.): URL: <https://www.who.int/whr/2006/en/> vom 05.05.2021
- 100) El-Jardali F., Jamal D., Abdallah A., Kassak K.: Human resources for health planning and management in the Eastern Mediterranean region: facts, gaps and forward thinking for research and policy. *Human resources for health*. 2007 (5): 9-9
- 101) El-Jardali F., Dimassi H., Dumit N., Jamal D., Mouro G.: A national cross-sectional study on nurses' intent to leave and job satisfaction in Lebanon: implications for policy and practice. *BMC Nurs*. 2009 (8):3
- 102) El-Jardali F., Hamadeh R., Jaafar M., Sagherian L., El-Skaff R., Mdeihly R., Jamal D., Ataya N.: The impact of accreditation of primary healthcare centers: Successes, challenges and policy implications as perceived by healthcare providers and directors in Lebanon. *BMC health services research* 2014 (14):86
- 103) Anand S., Ravallion M.: Human Development in Poor Countries: On the Role of Private Income and Public Services. *Journal of Economic Perspectives* 1993 7(1):133-150.
- 104) Rana RH., Alam K., Gow J.: Health expenditure, child and maternal mortality nexus: a comparative global analysis. *BMC Int Health Hum Rights* 2018 18(1):29

- 105) van den Heuvel WJ., Olaroiu M.: How Important Are Health Care Expenditures for Life Expectancy? A Comparative, European Analysis. *J Am Med Dir Assoc* 2017 18(3)
- 106) Bradley EH., Elkins BR., Herrin J., Elbel B.: Health and social services expenditures: associations with health outcomes. *BMJ Qual Saf* 2011 20(10):826-831
- 107) Audi M., Ali A.: URL: "Socio-Economic Status and Life Expectancy in Lebanon: An Empirical Analysis," MPRA Paper 72900, University Library of Munich, Germany 2016
- 108) Navarro V., Muntaner C., Borrell C., Benach J., Quiroga A., Rodriguez-Sanz M., Verges N., Pasarin M I.: Politics and health outcomes. *Lancet* 2006 (368):1033–1037
- 109) Grossman M.: The demand for health: a theoretical and empirical investigation. National Bureau of Economic Research, National Bureau of Economic Research, 1972 (72)-1
- 110) Rogers RG., Wofford S.: Life expectancy in less developed countries: socio- economic development or public health. *Journal of Biosociological Science* 1989 (21):245-252
- 111) Mahfuz K.: Determinants of life expectancy in developing countries. *J Dev Areas* 2008 (41):185–204

Ehrenwörtliche Erklärung und Einverständniserklärung

Ich versichere, dass ich die vorliegende Arbeit selbständig und ohne unerlaubte Hilfe Dritter verfasst und keine anderen als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel verwendet habe. Alle Stellen, die inhaltlich oder wörtlich aus Veröffentlichungen stammen, sind kenntlich gemacht. Diese Arbeit lag in der gleichen oder ähnlichen Weise noch keiner Prüfungsbehörde vor und wurde bisher noch nicht veröffentlicht.

Hiermit erkläre ich mich mit der Einsichtnahme in meiner Abschlussarbeit im Archiv der Bibliothek der EAH Jena einverstanden.

Ort, Datum

Unterschrift