

# **Strategische Ausrichtung eines bedarfsgerechten Gesundheitssystems.**

*„Das Gesundheitswesen im Gazastreifen. Die Einflussgrößen und  
Ansätze zur Reorganisation für eine bessere Verteilungsstruktur,“*

**Dissertation zur Erlangung der Doktorwürde**

**Doctor of Public Health (DrPH) der Universität Bielefeld**

**Gutachter:**

**Prof. Dr. Dr. Thomas Gerlinger**

**AG 1: Gesundheitssysteme, Gesundheitspolitik und Gesundheitssoziologie**

**Prof. Dr. med. Ulrich Laaser**

**AG 3: Epidemiologie & International Public Health**

Verfasser:

**Ahmed Aljazzar**

**Ich widme diese Doktorarbeit allen kranken und unterdrückten  
Kindern dieser Welt. Und dem Andenken an alle bereits verstorbenen  
Kinder.**

# Danksagung

Mein Interesse, ein Gesundheitssystem zu beschreiben, ist durch mein Aufbaustudium an der Universität Bielefeld geweckt worden. Dort wurde ich durch Theorien und wissenschaftliche Erfahrungen motiviert, mich an dieses Thema heranzuwagen.

Herr Prof. Dr. Dr. Thomas Gerlinger von der Uni-Bielefeld gilt mein besonders herzlicher Dank, da er mich in der Auswahl des Themas, bei der weiteren wissenschaftlichen Ausarbeitung und durch fachliche und persönliche Betreuung unterstützt hat.

Bei der nicht leichten Erhebung der Daten hat mir Dr. Aljazzar Raed Gesundheitsberater im Gesundheitssystem im Gazastreifen sehr geholfen; Während der Promotionszeit habe ich die Unterstützung von Frankfurt Graduate School FGS erfahren dürfen, die ein einjähriges Stipendium und mehrere äußerst hilfreiche Workshops zu meiner Weiterqualifizierung umfasste. Für diese nicht zu unterschätzende Hilfeleistung sage ich Dank.

Frau Waltraut Kruse und ihrer Familie möchte ich für die überaus freundliche und geduldige Mitwirkung bei Problemen mit Rechtschreibung und Grammatik danken. Mit wissenschaftlichen, zielführenden Fragen hat mir Dipl. Ing. (FH) Peter R. Brosche geholfen, das Wesentliche vom Überflüssigen zu trennen, hierfür ein herzliches Dankeschön.

Meinen Eltern Zaky und Najwa Aljazzar Dank für ihre wohlmeinenden Gedanken und Gebet.

Mein letzter besonderer Dank geht an meine liebe Frau Shaymaa, die während meiner gesamten Studienzeit und der Dissertation mich von der Last der familiären Probleme frei gehalten hat und damit im Wesentlichen zum Gelingen dieser Arbeit beigetragen hat. Du bist meine emotionale Quelle von Freude und Energie!

# Zusammenfassung

Studium des Gesundheitsversorgungssystems im Gazastreifen im Zuständigkeitsbereich der staatlichen Gesundheitsbehörde (MOH) mit dem Ziel der Identifizierung von effizienten und effektiven Optimierungsmaßnahmen unter Bildung und Verwendung von geeigneten Beurteilungsgrößen und deren Auswertung. Die Kriegshandlungen und deren Folgen schaffen in diesem Gebiet eine bedrohliche Lebenssituation, die sich auch im Gesundheitsversorgungssystem negativ auswirkt. Dieser anomalen Situation musste während der Forschungsarbeiten zu dieser Dissertation Rechnung getragen werden, insbesondere was Umfang und Qualität der Daten, geeignete Ansprechpartner und Laufzeit der Studie anbelangt. Trotz dieser Widrigkeiten konnten zwei angemessene, funktionierende und rasch wirksame Reformvorschläge zu Organisations- und Orientierungsoptimierung herausgearbeitet werden. Schwerpunkt dieser problemorientierten Forschungsarbeit ist der **Ausgleich von Ressourcen**, da sich die vermuteten Auslastungsunterschiede zwischen den Krankenhäusern bestätigt haben. Durch Implementierung einer Koordinationsstelle (**Gatekeeper und Lotse**) soll eine bessere Kapazitätsauslastung und optimale Patientenorientierung erreicht werden. Für die alltagsgerechte Umsetzung dieser Vorschläge werden geeignete Instrumentarien zur Verfügung gestellt bzw. vorgeschlagen, die im Rahmen einer anschließenden Projektarbeit eingesetzt werden können. Dabei sollte auf die Aktualisierung und Qualitätsverbesserung des Datenmaterials besonderer Wert gelegt werden.

## Summary

The war and its consequences create a life threatening situation which has a negative impact on the health care system in Gaza Strip. This study aimed to evaluate the health care system in Gaza Strip and identify the efficient and effective actions that can be taken by using special health indicators. In this study, the data were collected by using quantitative and qualitative methods. The researcher proposed two main points to improve the health care system in Gaza Strip. These points are, to achieve balance of resources and utilization and to use the full capacity of the resources and implement them towards achieving optimal health care. To apply the above three main points, a comprehensive project should be taken to ensure the updating and efficiency of actions.



# Inhaltverzeichnis

<b>1 EINLEITUNG.....</b>	<b>1</b>
<b>2 HINTERGRÜNDE ZUR ARBEIT.....</b>	<b>14</b>
2.1 Ort der Studie.....	14
2.1.1 Epidemiologische und soziokulturelle Fakten.....	16
2.1.2 Allgemeine Hintergründe zur Arbeit.....	18
2.1.3 Globale Hintergründe des Problems/Public Health-Relevanz.....	20
2.1.4 Spezifische epidemiologische Hintergründe des Problems.....	21
2.1.4.1 Allgemeine Sterblichkeitsrate.....	21
2.1.4.2 Sterberate bei Kindern.....	24
2.1.4.3 Tödliche Krankheiten in palästinensischen Gebieten.....	25
2.2 Bevölkerungsentwicklung.....	26
2.2.1 Geburtenrate.....	27
2.2.2 Lebenserwartung.....	29
2.2.3 Schwangerschaftsrate.....	32
<b>2.3 ÜBERBLICK ÜBER DAS PALÄSTINENSISCHE VERSORGUNGSSYSTEM.....</b>	<b>33</b>
<b>3 METHODISCHES VORGEHEN UND STUDIENDESIGN .....</b>	<b>35</b>
3.1 Beschreibung des Standes der Forschung.....	36
3.2 Auswertung und Interpretation der Interviews.....	43

<b>3.3 Lösungswege.....</b>	<b>51</b>
3.3.1 Studienhypothesen.....	52
3.3.2 Datenquellen.....	54
3.3.3 Wissenschaftliche Fragestellung.....	54
3.3.4 Erwartete Ziele.....	56
<b>4 GESUNDHEITSDEFINITION.....</b>	<b>57</b>
<b>5 ERKRANKUNGEN, FAKTOREN UND ANFORDERUNGEN AN DAS GESUNDHEITSVERSORGUNGSSYSTEM IM GAZASTREIFEN .....</b>	<b>64</b>
<b>6 GESUNDHEITSVERSORGUNGSSYSTEME.....</b>	<b>73</b>
6.2 Definitionen eines Gesundheitsversorgungssystems.....	74
6.3 Prinzipien eines Gesundheitsversorgungssystems.....	77
<b>7 GESUNDHEITSVERSORGUNGSSYSTEM UND DESSEN RESSOURCEN.....</b>	<b>82</b>
7.1 Entwicklungsphasen des palästinensischen Gesundheitsversorgungssystems.....	84
<b>7.2 GESUNDHEITSINSTITUTIONEN .....</b>	<b>90</b>
7.2.1 Krankenhäuser des MOH.....	94
7.2.1.1 Allgemeinkrankenhäuser.....	97
7.2.1.2 Spezialkrankenhäuser.....	98
<b>7.3 RESSOURCEN IM GESUNDHEITSVERSORGUNGSSYSTEM DES MOH .....</b>	<b>99</b>
7.3.1 Personaldichte der Krankenhäuser im Gazastreifen.....	103
7.3.1.1 Personal nach Berufsgruppen in den Allgemeinkrankenhäusern.....	104
7.3.1.2 Personal nach Berufsgruppen in Spezialkrankenhäusern.....	105

<b>7.3.2 Ärzteschaft in den Krankenhäusern.....</b>	<b>106</b>
<b>7.3.2.1 Allgemein- und Fachärzte in den Krankenhäusern.....</b>	<b>112</b>
7.3.2.1.1 Allgemein- und Fachärzte in den Allgemeinkrankenhäusern.....	113
7.3.2.1.2 Allgemein- und Fachärzte in den Spezialkrankenhäusern.....	114
<b>7.3.3 Medizinisch technischen Assistenten (MTA).....</b>	<b>115</b>
7.3.3.1 MTA in den Allgemeinkrankenhäusern.....	116
7.3.3.2 MTA in den Spezialkrankenhäusern.....	117
<b>7.3.4 Pflegepersonal in den Krankenhäusern .....</b>	<b>117</b>
7.3.4.1 Pflegepersonal in den Allgemeinkrankenhäusern.....	118
7.3.4.2 Pflegepersonal in den Spezialkrankenhäusern.....	120
<b>7.4 Bettenzahl in den Krankenhäusern im Gazastreifen.....</b>	<b>122</b>
7.4.1 Verhältnis der Ambulanz- zu den Stationärbetten aller Krankenhäuser.....	126
7.4.2 Verteilung der Betten auf die Bezirke im Gazastreifen.....	127
7.4.3 Bettenzahl in Relation zu den Ärzten in den Krankenhäusern.....	128
<b>7.4.3.1 Allgemeinkrankenhäuser.....</b>	<b>128</b>
<b>7.4.3.2 Spezialkrankenhäuser.....</b>	<b>129</b>
<b>7.4.3.3 Krankenpflegepersonal und die Zahl der Betten in den Krankenhäusern.....</b>	<b>130</b>
<b>8 INANSPRUCHNAHME DER MOH-RESSOURCEN.....</b>	<b>132</b>
<b>8.1 Bettenmanagement.....</b>	<b>135</b>
8.1.1 Belegzeit der Betten.....	136
8.1.2 Belegungszeiten der Betten in den Krankenhäusern.....	137
8.1.3 Allgemeinkrankenhäuser.....	138
8.1.3.1 Bettenbelegungszeiten in den einzelnen Abteilungen.....	141
8.1.4 Spezialkrankenhäuser.....	152

<b>8.2 Krankenhausaufnahmequote.....</b>	<b>153</b>
8.2.1 Aufnahmequote bei unterschiedlichen Abteilungen.....	155
8.2.1.1 Allgemeinkrankenhäuser.....	156
8.2.1.2 Spezialkrankenhäuser.....	165
8.2.2 Krankenhausverweildauer.....	170
8.2.2.1 Allgemeinkrankenhäuser.....	172
8.2.2.2 Spezialkrankenhäuser.....	183
<b>8.3 Externe Praxen der Krankenhäuser.....</b>	<b>184</b>
8.3.1 Externpraxen in Allgemeinkrankenhäusern.....	185
8.3.2 Externpraxen in den Spezialkrankenhäusern.....	187
<b>9 Zugänglichkeit des Gesundheitsversorgungssystems.....</b>	<b>188</b>
<b>10 DISKUSSION DES IST-ZUSTANDES.....</b>	<b>197</b>
<b>11 REFORMVORSCHLÄGE.....</b>	<b>208</b>
11.1 Organisation.....	212
11.2 Orientierung.....	235
<b>12 SCHLUSSWORT.....</b>	<b>241</b>
<b>13 LITERATURVERZEICHNISS.....</b>	<b>245</b>
<b>14 ANHANG.....</b>	<b>265</b>

## Verzeichnis der Abbildungen, Tabellen, Abkürzungen

### I- Verzeichnis der Abbildungen

Abb. 1: Politische Landkarte .....	15
Abb. 2: Bevölkerung nach Alter und Geschlecht .....	17
Abb. 3: Sterberate in den Palästinensischen Gebieten.....	23
Abb. 4 :Die Sterblichkeitsrate nach Erkrankungen in den palästinensischen Gebieten .....	26
Abb. 5 :An Anämie erkrankte Kinder von 6- 12 Monaten.....	32
Abb. 6 : Gesundheit als Bewältigung von inneren und äußeren Anforderungen .....	59
Abb. 7 : Entwicklung des palästinensischen Gesundheitssystems .....	88
Abb. 8: Personalverteilung auf die Versorgungsinstitutionen.....	101
Abb. 9: Angestellte und Ärzte des MOH .....	102
Abb. 10 : Verteilung der Akteure in den Krankenhäusern des MOH .....	103
Abb. 11 : Zahl der Krankenhausärzte in den Jahren 2001 – 2004 .....	108
Abb. 12 : Ärzte in den Krankenhäusern .....	109
Abb. 13 : Ärzte in den Allgemeinkrankenhäusern .....	110
Abb. 14 : Ärztedichte in den Spezialkrankenhäuser.....	111
Abb. 15 : Verteilung der MTA in Krankenhäusern des MOH .....	115
Abb. 16 : Pflegepersonal in Allgemeinkrankenhäusern .....	119
Abb. 17 : Verteilung des Pflegepersonals auf die Spezialkrankenhäuser.....	121
Abb. 18 : Bettenzahlen in allen Krankenhäuser des MOH.....	122
Abb. 19: Verteilung der Ambulanzbetten auf alle Krankenhäuser .....	125
Abb. 20 : Zusammenstellung der Ambulanz- zu Stationärbetten in allen Krankenhäusern.....	126
Abb. 21 : Quotient von Ärzten zu Betten in Allgemeinkrankenhäusern .....	128

Abb. 22 : Quotient von Ärzten zu Betten in Spezialkrankenhäusern.....	129
Abb. 23 : Verteilung der gesamten Bettenbelegungszeiten aller Allgemeinkrankenhäuser .....	140
Abb. 24 : Durchschnittliche Bettenbelegungszeiten der gastroenterologischen Abteilungen.....	142
Abb. 25 : Durchschnittliche Bettenbelegungszeiten der chirurgischen Abteilungen .....	143
Abb. 26 : Verteilung der Bettenbelegungszeiten der pädiatrischen Abteilungen .....	144
Abb. 27 : Verteilung der Bettenbelegungszeiten der gynäkologischen Abteilungen.....	146
Abb. 28 : Verteilung der Bettenbelegungszeiten der Intensivstationen .....	147
Abb. 29 : Verteilung der Bettenbelegungszeiten der Intensivstationen für Neonatologie .....	148
Abb. 30 : Verteilung der Bettenbelegungszeiten der Intensivstationen für Pädiatrie .....	149
Abb. 31 : Verteilung der Bettenbelegungszeiten der kardiologischen Abteilungen .....	151
Abb. 32 : Verteilung der Patienten auf die Allgemeinkrankenhäuser.....	154
Abb. 33 : Verteilung der Aufnahmequote auf die Chirurgischen Abteilungen.....	157
Abb. 34 : Verteilung der Patientenaufnahme auf die Gastroenterologischen Abteilungen.....	158
Abb. 35 : Verteilung der Patientenaufnahmen auf die Kinderabteilungen .....	159
Abb. 36 : Verteilung der gesamten Patientenaufnahmen auf die Frauenabteilungen .....	160
Abb. 37 : Verteilung der gesamten Aufnahmen auf die Intensivstationen .....	161
Abb. 38 : Verteilung der Aufnahmequoten auf die Intensivstationen für Neugeborene .....	162
Abb. 39 : Verteilung der Aufnahmequoten auf die Intensivstationen für Pädiatrie.....	163
Abb. 40 : Verteilung der Aufnahmen auf die Herzabteilungen .....	164
Abb. 41 : Die Verteilung der Aufnahmen auf die Spezialkrankenhäuser.....	165
Abb. 42 : Verteilung der Aufnahmen auf die Pädiatrie-Krankenhäuser .....	166
Abb. 43 : Anteil der Krankenhausaufnahmen in das Auen-Krankenhaus.....	167
Abb. 44 : Verteilung der gesamten Aufnahmen in die Psychiatrie .....	169
Abb. 45 : Verteilung der Krankenhausverweildauer auf die Allgemeinkrankenhäuser .....	171
Abb. 46 : Durchschnittliche Verweildauer in Allgemeinkrankenhäusern .....	173
Abb. 47 : Verteilung der durchschnittlichen Krankenhausverweildauer in chirurgischen Abteilungen .....	174

Abb. 48 : Verteilung der Krankenhausverweildauer in den gastroenterologischen Abteilungen.....	175
Abb. 49 : Durchschnittlichen Krankenhausverweildauer in den pädiatrien .....	176
Abb. 50 : Verteilung der Krankenhausverweildauer in den gynäkologischen Abteilungen.....	177
Abb. 51 : Verteilung der durchschnittlichen Krankenhausverweildauer auf die Intensivstationen .....	179
Abb. 52 : Durchschnittliche Krankenhausverweildauer auf die Intensivstationen für Neonatologie .....	180
Abb. 53 :Durchschnittliche Krankenhausverweildauer auf die Intensivstationen für Pädiatrie .....	181
Abb. 54 : Durchschnittliche Krankenhausverweildauer in den kardiologischen Abteilungen.....	182
Abb. 55 : Verteilung der durchschnittlichen Krankenhausverweildauer in den Spezialkrankenhäusern .....	183
Abb. 56 : Verteilung der Besucher in Externpraxen der Allgemeinkrankenhäuser .....	186
Abb. 57 : Verteilung der Patienten auf die Externpraxen der Spezialkrankenhäuser .....	187
Abb. 58 Struktur des Gesundheitsversorgungssystem im Gazastreifen .....	225
Abb. 59 : Organisationsstruktur des Gesundheitsversorgungssystems im Gazastreifen .....	227
Abb. 60 : Zugangsmöglichkeit der Patienten zum Gesundheitsversorgungssystem im Gazastreifen .....	237

## II- Verzeichnis der Tabellen

Tab. 1 : Health status indicators .....	27
Tab. 2 : Auszug aus der Bevölkerungsstatistik.....	29
Tab. 3 : Auszug aus der Bevölkerungsstatistik.....	31
Tab. 4 : Gesamtkliniken (1970 – 1993) .....	85
Tab. 5 : Bettenzahl in der Westbank und Gazastreifen .....	86
Tab. 6 : Bettenzahl in Westbank und Gazastreifen.....	87
Tab. 7 : Krankenhausbetten in Allgemein- und Spezialkliniken.....	92
Tab. 8 : Entwicklung der Bettenzahlen der Gesundheitsversorger .....	93
Tab. 9 : Gesamtbeschäftigte der Hauptversorger des palästinensischen Gesundheitssystems .....	100
Tab. 10 : Fachkräfte in den Allgemeinkrankenhäusern des MOH .....	104
Tab. 11 : Fachkräfte in den Spezialkrankenhäusern des MOH .....	105
Tab. 12 : Ärzte in allen Krankenhäusern.....	107
Tab. 13 : Fach- und Allgemeinärzte in Allgemeinkrankenhäusern .....	113
Tab. 14 : Fach- und Allgemeinärzte in Spezialkrankenhäusern .....	114
Tab. 15 : MTA in den Allgemeinkrankenhäusern.....	116
Tab. 16 : MTA in den Spezialkrankenhäusern.....	117
Tab. 17 : Pflegepersonal in den Allgemeinkrankenhäusern .....	118
Tab. 18 : Pflegepersonal in Spezialkrankenhäusern .....	120
Tab. 19 : Bettenanzahl in Allgemeinkrankenhäusern .....	123
Tab. 20 : Bettenanzahl in Spezialkrankenhäusern des MOH .....	124
Tab. 21 : Bettenzahl in Krankenhäusern in den Bezirken .....	127
Tab. 22 : Quotient Betten pro Krankenpflegekraft in Allgemeinkrankenhäusern.....	130
Tab. 23 : Quotient Betten pro Pflegekraft in Spezialkrankenhäusern .....	131
Tab. 24 : Durchschnittliche Bettenbelegungszeit in den Allgemeinkrankenhäusern .....	138

Tab. 25 : Durchschnittliche Bettenbelegungszeiten in Spezialkrankenhäusern .....	152
Tab. 26 : Besucher der Externpraxen in Allgemeinkrankenhäusern.....	186
Tab. 27 : Besucher in Externpraxen der Spezialkrankenhäuser .....	187
Tab. 28: Entwicklung in der obligatorisch verpflichtenden KV .....	192
Tab. 29: Anteil der Einnahmen durch obligatorisch verpflichtenden KV.....	192
Tab. 30: Entwicklung KV nach Vertrag.....	194
Tab. 31: Anteil der Einnahmen durch KV nach Vertrag .....	195
Tab. 32: Bezirkliche Aufteilung der Ressourcen.....	201
Tab. 33: Vergleichszahlen zu Krankenhauskapazitäten (Aufnahmen/Arzt und Aufnahmen/Bett) .....	202
Tab. 34: Verhältnis von medizinischem Hilfspersonal zu Ärzten .....	206

### III- Verzeichnis der Abkürzungen

<i>AHA</i>	American Hospital Association
<i>BIP</i>	Bruttoinlandsprodukt
<i>CDR</i>	Crude Death Rate
<i>DRG</i>	Diagnosis Related Groups
<i>EBM</i>	Evidence-Based Medicine
<i>ebd</i>	(„ebenda“) verweist auf unmittelbare vorausgehende Literaturangabe
<i>Ew</i>	Erwachsener
<i>EZ</i>	Bundesministerium für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung
<i>GKV</i>	Gesetzliche Krankenversicherung
<i>GA.</i>	Gazastreifen
<i>IPS</i>	Intensivpflegestation
<i>i.d.R</i>	in der Regel
<i>ICU</i>	Intensive Care Unit
<i>Kp</i>	Krankenpfleger
<i>KHK</i>	Koronare Herzkrankheit

<b><i>Km<sup>2</sup></i></b>	Quadra kilometer
<b>KV</b>	Krankenversicherung
<b><i>MOH</i></b>	Minister of Health
<b><i>Mim</i></b>	Million
<b><i>MMS</i></b>	Military Medical Services
<b><i>MSP</i></b>	Medical services for Police and general security hospital
<b>MTA</b>	Medizinisch technischen Assistenten
<b><i>NHS</i></b>	National Health Service
<b>NIS</b>	New Israeli Sheqel
<b><i>NGO</i></b>	non-governmental organisation
<b><i>OECD</i></b>	Organisation for Economic Cooperation and Development
<b><i>PKV</i></b>	Private Krankenversicherung
<b><i>PCBS</i></b>	Palestina Central Bureau Statistic
<b><i>PRCS</i></b>	<i>Palestine Red Crescent Society</i>
<b><i>PCH</i></b>	<i>Council of Health</i>
<b><i>SOC</i></b>	sense of coherence
<b><i>TFR</i></b>	Total Fertility Rates
<b><i>U</i></b>	Untersuchung

<b><i>UNRWA</i></b>	United Nation Relief and Work Agency
<b><i>USA</i></b>	United States of America
<b><i>Vgl.</i></b>	vergleich
<b><i>WHO</i></b>	World Health Organization
<b><i>WB</i></b>	West Bank

# 1 Einleitung

Trotz der hohen Bedeutung, die Gesundheitssysteme in verschiedenen Gesellschaften haben, hat sich eine theoretisch angeleitete Gesundheitssystemforschung bis heute nicht etabliert. Der Schwerpunkt der vergleichenden Analyse von Gesundheitssystemen liegt auf der Finanzierungs- und Ausgabenproblematik, während die Fragen zu Akteuren und Institutionen sowie zu den Wirkungen von Gesundheitssystemen in der Regel unteranalysiert sind. Es ist aber festzustellen, dass seit etwa Mitte der 1970er Jahre die vergleichenden Studien mit einem Fokus auf Gesundheitssysteme in quantitativer Hinsicht erheblich zugenommen haben (Wendt, C., 2006).

Die Veränderung der Rahmenbedingungen der Krankenhausarbeit ist politisch gewollt. Man verspricht sich dabei vor allem eine höhere ökonomische Effizienz und damit eine Senkung der globalen Gesundheitsaufgaben. Man möchte die Leistungsressourcen im Gesundheitsversorgungssystem optimieren ohne dabei jedoch Einbußen bei der Versorgungsqualität in Kauf nehmen zu müssen. In palästinensischen Krankenhäusern im Gazastreifen sollten vorhandenen Strukturen und übernommene Hierarchien auf den Prüfstand gestellt werden „Rationalisierung statt Rationierung“ (Vogd, W., 2006. N. Proszolt, F., 1996).

Zu den Feldern der Gesundheitssoziologie, die etwa seit Mitte der 1990er Jahre einen rasanten Aufstieg erlebt haben, zählt die Versorgungsforschung. Sie befasst sich vor allem mit der Qualität und den Kosten der gesundheitlichen Versorgung, aber auch mit der Entwicklung des Bedarfs und der Inanspruchnahme von Leistungen (Gerlinger T., 2006. In. Wendt, C. 2006 N. Badura et al. 200). Im Mittelpunkt stehen dabei die Analyse von Versorgungsprozessen sowie die Leistungsfähigkeit von Teilsektoren und einzelnen Institutionen der Versorgung (ebd.).

Der Gesundheitssektor ist einer der sensibelsten Bereiche der sozialen Sicherung. Mehr als in irgendeinem anderen Politikfeld erfahren hier die Bürger die Konsequenzen politischer Entscheidungen am eigenen Leib. Gesundheitssysteme sind einem fortlaufenden Wandel unterworfen. Das hängt zum Einen mit den Fortschritten zusammen, die in der Medizin erzielt werden. Die Halbwertszeit medizinischen Wissens liegt bei etwa sechs Jahren, und diese Entwicklung hat grundlegende Folgen für die Gesundheitssysteme. Zum Anderen verbessern sich die Kenntnisse darüber, welche Organisationsverfahren und Honorierungsmodelle zu einer effizienteren Gesundheitsversorgung beitragen (Wendt, C., 2003).

Seit Mitte der 70er Jahre wird die Reform des Gesundheitssystems in allen Ländern in periodischer Regelmäßigkeit diskutiert. Von Krisen und Kostenexplosion, von Missbrauch durch Patienten und Institutionen ist ebenso die Rede wie von gewinnorientierten Ärzten und Zulieferindustrien (Braun, B., Kühn, H., Reiners, H., 1998). Initiativen zur Reform des Gesundheitswesens sind derzeit in vielen Ländern im Gange, meist vorangetrieben durch eine, nicht mehr finanzierbare Kostensteigerung in der Gesundheitsversorgung. Besonderes Augenmerk wird dabei auf Instrumente zur Verbesserung des Versorgungsergebnisses ("Outcome") gerichtet, die die Qualität der Gesundheitsversorgung und die Kosten-Nutzen-Relation zu verbessern vermögen. Die meisten Reformen des palästinensischen Gesundheitssystems sind seit langem beeinflusst von den Erfahrungen der Gesundheitssysteme aus anderen Ländern. In zahlreichen Reformen der letzten Jahrzehnte sind Konzepte und Modelle aus anderen Gesundheitssystemen in das palästinensische Gesundheitssystem eingeflossen. Dieses erklärt sich aus dem Sachverhalt, dass die dort wirkenden Kräfte aus den unterschiedlichsten Studienländern kommen und deshalb jeweils die dort vorhandenen Systeme präferieren.

Die internationale Forschung weist darauf hin, dass jedes Gesundheitssystem bestimmte Stärken und Schwächen hat, die sich aus den Grundprinzipien der Regulation des Zugangs zu Versorgungsleistungen, ihrer Inanspruchnahme, Qualität und Effizienz und ihrem Finanzmodus ergeben.

Alle Fachleute, die in dieser Arbeit interviewt wurden, vertreten auch die Meinung, dass das palästinensische Gesundheitssystem dringend einer Reform bedarf. Herr Dank äußerte sogar, dass das System schnellstens eine Reform benötigt, vor allem in organisatorischer Hinsicht, da eine Anpassung an die kritische Lage im Gazastreifen zwingend erforderlich ist. Deshalb kommt dieser Arbeit zum jetzigen Zeitpunkt eine wichtige Rolle zu. Die Reform des palästinensischen Gesundheitssystems müsste deshalb oberste Priorität auf der sozialpolitischen Tagesordnung haben meint dazu Dr. Vogel auf eine entsprechende Frage. Dazu ist die Einbindung der Interessenverbände, politischen Parteien, Wissenschaftler und Sachverständigenkommissionen erforderlich, um eine optimale Lösung der anstehenden Fragen zu finden (Dr. Dank, Dr. Vogel und Stempel in Interview).

In der Einschätzung der gegenwärtigen Situation im Gesundheitswesen beruft sich die öffentliche gesundheitspolitische Debatte gern auf den internationalen Vergleich. Das palästinensische Gesundheitswesen sei im internationalen Vergleich zu ineffizient. Die Qualität und die Ergebnisse seien unterdurchschnittlich. Die Forderung zielt dabei nicht nur auf eine Niveauehebung, sondern auch in Richtung Flexibilität des Systems, um das sich ständig wandelnden Anforderungen gerecht zu sein (Dr. Metzger, Stempel in Interview).

Die Gesundheitssysteme sind in ihrer Funktion als Absicherung gegen gesundheitliche Beeinträchtigungen und ihrer Folgen nicht nur in einzelnen Lebensabschnitten, sondern für alle Lebensphasen von Bedeutung. Sie betreffen außerdem, nicht nur bestimmte gesellschaftliche Gruppen, sondern potenziell Jeden und fast alle Bereiche des sozialen Lebens (Wendt, C., 2003, S. 20 N. Süß, W., 1998). Woran sollen sich gesundheitspolitische Akteure bei notwendigen Reformvorhaben orientieren? Ist es wirklich so, dass der Vergleich mit anderen Ländern einen sinnvollen Beitrag zur Gesundheitsreformediskussion im eigenen Land beisteuert? Wie die Worte des ehemaligen britischen Finanzministers Nigel Lawson demonstrieren, bringen Politiker anderen Gesundheitssystemen häufig erhebliche Skepsis entgegen. Es ist deshalb nicht ohne weiteres zu erwarten, dass Regelungen, die sich in einem Gesundheitssystem als besonders vorteilhaft erwiesen haben, in einem völlig anderen Umfeld die gleichen guten Ergebnisse bringen.

Die vorliegende Arbeit soll hier einen Beitrag leisten und konkrete Reformmöglichkeiten aufzeigen, die sonst vielleicht nicht wahrgenommen und diskutiert würden. Der Schwerpunkt der Arbeit behandelt deshalb die Frage nach den Verteilungsverbesserungen der gesundheitlichen Ressourcen des palästinensischen Gesundheitssystems und die Patientenorientierung innerhalb des Systems im Gazastreifen. Das Hauptaugenmerk richtet sich deshalb auf die Untersuchung der Strukturqualität in den MOH<sup>1</sup>-Krankenhäuser im Gazastreifen.

Auch in Palästina ist das Gesundheitswesen in einem ständigen Umbruch. Die Auflösung der alten Strukturen hat sich bereits vor ein paar Jahren angekündigt, ist aber erst in jüngerer Zeit richtig in Gang gekommen. Viele Beteiligte möchten den Wandel, der vor sich geht, besser verstehen und wünschen sich, dass er schneller vorankommt“ Dr. Obst träumt immer davon, dass dieser notwendige Wandel am besten gleich heute – noch vor dem Abend stattfindet (Dr. Obst in Interview). Dr. Militär erwartet jeden Moment, dass sich jemand dieses Themas annimmt (Dr. Militär in Interview). Um diesen Veränderungsprozess mitzugestalten, fertige ich diese analytische Forschungsarbeit an, vor allem für die Führungskräfte im Gesundheitsversorgungssystem; das sind die Personen, die im Management oder in der Gesundheitspolitik Verantwortung tragen und für qualifizierte Nachwuchskräfte sorgen sollen.

Ein Gesundheitsversorgungssystem muss, wegen der Auswirkungen auf den sozialen Frieden, für alle Bevölkerungsgruppen zugänglich sein, das heißt jeder Einzelne sollte in der Lage sein, dessen Ressourcen nutzen zu können. Im Rahmen dieser Arbeit - insbesondere durch die Interviews mit den Experten vor Ort - konnte ich feststellen, dass durch eine bessere geographische Verteilung des medizinischen Angebots im Gazastreifen die Nutzbarkeit der MOH- Ressourcen verbessert werden müsste. **Die gesamten Interviewpartner waren ebenfalls dieser Meinung.**

---

<sup>1</sup>Minister of Health. Dies ist Abkürzung zu dem Gesundheitsministerium in Palästina

Der Untersuchungsbereich hat deshalb die Organisationsverteilung der medizinischen Ressourcen im palästinensischen Gesundheitsversorgungssystem im Gazastreifen zum Schwerpunkt, um die Gesundheitsunter- bzw. -Übersorgung im Gazastreifen aufzuzeigen.

Da sich die meisten Studien über das Gesundheitssystem im Gazastreifen mit den Krankheiten beschäftigen, *„Die meisten Studien, die die Gesundheitssituation im Gazastreifen erforschten, hatten das Thema Krankheiten zum Inhalt. Von der Managementseite her ist mir nichts bekannt“* (Dr. Schaf, Stempel in Interview). Deswegen habe ich es mir zur Aufgabe gemacht, das Gesundheitsversorgungssystem, seine Ressourcen und seine Nutzung durch die Bevölkerung sowie die Zugänglichkeit zu dem System und die Faktoren, die den Gesundheitszustand der Bevölkerung beeinflussen, zu erforschen. Mit dieser Aufgabe musste völliges Neuland betreten werden, da weder vergleichbare Forschungen aus ähnlich gelagerten Fällen zur Verfügung stehen, noch die Situation des Gesundheitsversorgungssystems im Gazastreifen übertragbar ist. Insofern wurde diese Arbeit in Form einer Iteration erstellt; d.h. während der Forschungen musste mehrfach auf die z.T. chaotischen Verhältnisse vor Ort reagiert werden. Dies stellte sich erschwerend für diese Dissertation heraus und hatte auf die Bearbeitungszeit erhebliche negative Auswirkungen. Von daher ist es bedauerlich, dass die Auswertungen mit nicht aktuellem Datenmaterial gefahren werden mussten.

Die methodische Vorgehensweise der vorliegenden Arbeit war zuerst die Literaturrecherche. Ich beziehe mich im Wesentlichen auf die Daten von MOH. Zusätzlich fließen Erkenntnisse aus gesundheitswissenschaftlichen und soziologischen Studien aus den USA und Europa ein. Soweit es für diese Arbeit zielführend erschien, wurden wesentliche Daten aus Veröffentlichungen der OECD entnommen. Es wird die Methode „Experteninterview“ angewendet. Danach sind zuerst die Informationen der Gesundheitsinstitute über die aktuelle Strukturverteilung eingeholt, dargestellt und analysiert worden. Das Dezentralisierungstheorem von Wallace Eugene Oates 1972 sowie das dänische Dezentralisierungssystem bzw. das brasilianische Gesundheitssystem waren für mich als praktische Anwendungen sehr hilfreich und haben mir funktionierende Beispiele geboten.

Wenn also eine der fundamentalen Annahmen für die Gültigkeit des Dezentralisierungstheorems hinterfragt werden, dann

1- ist entweder Dezentralisierung aus allokativen Gründen abzulehnen

oder

2- die Vorteilhaftigkeit von Dezentralisierung wird anders begründet

Aufgrund der gegebenen Situation im Gazastreifen, dass das Gebiet ständig unter Unruhe steht und dass das gesamte Gebiet immer noch besetzt ist, kommt es immer öfter vor, dass der Gazastreifen in mehrere Teile unterteilt wird. Da die Teilgebiete nichts voneinander wissen, ist das Theorem für die Dezentralisierung entscheidend für das Gesundheitssystem im Gazastreifen. Dr. Metzger sagte, dass innerhalb des Krieges die Nordseite nichts vom Süd weiß und so auch die andere Gebiete. Dr. Metzger in Interview *„Wir benötigen dringend die Abschaffung der Zentralisierung!“* so Dr. Schaf , Stempel in Interview hierzu.

Einen wesentlichen zusätzlichen Input zu dieser Arbeit habe ich durch eine Reise (Wissenschaftliche Aufenthalt) bekommen, die mir ein Bild von den tatsächlichen Gegebenheiten vermitteln sollte. Während eines viermonatigen Studienaufenthaltes und in einem Semesterpraktikum konnte ich mir einen Überblick über die wahren Sachverhalte verschaffen und Gespräche mit der Administration des MOH führen. Desweiteren habe ich mich mit Wissenschaftlern der Islamischen Universität in Gaza und auch Fachleuten im Gesundheitsministerium ausgetauscht und Probleme der ausführenden Ebene mit Ärzten und Verwaltungskräften in mehreren Krankenhäusern erörtert.

## **Motive und Ziel der Arbeit**

Mein Hauptmotiv dieser Dissertation besteht in meinem Wunsch, meinem Volk bei der Bewältigung von sozialen Problemen, zu denen im Wesentlichen auch die Gesundheitsversorgung gehört, zu helfen. Ausgelöst wurde dies durch ein Forschungssemester während meines Diplomstudiums in Pflege- und Gesundheitswissenschaft und danach bei einem Besuch nach dem Ende meines Studiums als Master of Public Health, um vor Ort den Zustand des bestehenden Gesundheitsversorgungssystems zu erfassen. Dabei wurde ich durch Gespräche bzw. längere und mehrfache Interviews mit Fachleuten bestärkt und ermutigt. Ich möchte, dass dieses Gesundheitssystem von meinen, in deutschen Hochschulen erworbene Fachkenntnisse im Bereich des Gesundheitswesens, profitiert. In erster Linie geht es mir darum, die beeinflussenden Faktoren auf das Gesundheitsversorgungssystem im Gazastreifen zu schildern und die vor Ort vorhandenen gesundheitlichen Ressourcen in ihrer Verteilung zu verbessern, was nicht automatisch heißen muss, dass hiermit eine Aufblähung des Gesundheitsapparates verbunden sein muss.

Nicht nur aus humanen Gründen sondern auch aus ökonomischen Zwängen heraus – Verpflichtung gegenüber den finanzierenden Seiten (EU und USA) – ist es geboten die höchstmögliche Effizienz des Gesundheitswesens anzustreben.

**Hier geht es primär nicht um eine Personalvermehrung, sondern um die Verbesserung der Organisation, welche die Rahmenbedingungen schafft, unter denen das Personal seine Leistung erbringt. Also geht es hier nicht um die Verbesserung des operativen gesundheitlichen Alltagsgeschäftes, d. h. die Qualität der eigentlichen medizinischen Leistungen vor Ort, sondern um die strategische Ausrichtung eines bedarfsgerechten Gesundheitsversorgungssystems. Diese Arbeit beschäftigt sich nicht mit der Umsetzung dieses Verbesserungssystems. Dies bleibt Aufgabe der politischen und administrativen Instanzen in einem anschließenden Schritt.**

Dabei muss dann aber auch berücksichtigt werden, dass die notwendigen Kontrollmechanismen mit eingebaut werden, welche sicherstellen sollen, dass die operativen Abläufe stets in Sinne der zugrunde liegenden Idee gestaltet werden.

Entsprechend meiner wissenschaftlichen Vorbildung als Master of public health gehe ich das Problem der unzureichenden gesundheitlichen Versorgung der Bevölkerung im Gazastreifen nicht von der medizinischen Seite her, sondern unter Anwendung der wissenschaftlichen Theorien aus den Studienfächern Gesundheitspädagogik und Gesundheitssystemgestaltung an.

In der Arbeit werden zunächst Begriffe des Gesundheitswesens definiert, diese anhand der Meinungen anderer Wissenschaftler diskutiert und die Übertragung dieser Begriffe auf den Gazastreifen überprüft. Die Patientenorientierung innerhalb des Gesundheitssystems wird betrachtet. Anschließend wird der Einfluss der Dezentralisierung auf die Qualität und den Steuerungsprozess untersucht. Dabei wird das dänische und auch brasilianische Gesundheitssystem als Vorbild mit dem Dezentralisierungstheorem von Wallace E. Oates (1972) herangezogen.

Die Ressourcen des Gesundheitswesens in den Krankenhäusern des MOH, ihre Verteilung und damit ihre Zugänglichkeit für die Bevölkerung bilden den ersten Schwerpunkt dieser Arbeit. Daraus ergeben sich zwei Fragestellungen:

- 1- Was kennzeichnet das aktuelle Gesundheitssystem im Gazastreifen und worin bestehen seine Schwachstellen
- 2- Welche Verbesserungsmöglichkeit soll angestrebt werden?

## **A- Was kennzeichnet das aktuelle Gesundheitssystem im Gazastreifen und worin bestehen seine Schwachstellen?**

Diese Fragestellung beschäftigt sich mit den vorhandenen Verteilungsstrukturen der Gesundheitsversorgungsinstitutionen des MOH-Versorgungssystems in Bezug auf den Bevölkerungsbestand. Wo und wie sollen die Reformvorschläge eingesetzt werden, um die Gesundheitsversorgungsinstitutionen zu entlasten, damit deren Leistung verbessert wird? Und wie kann die Unter- und Überversorgung von Teilen in den palästinensischen Gesundheitsinstitutionen im Gazastreifen ausgeglichen werden? In einem ersten Schritt habe ich mir eine Übersicht über das Forschungsobjekt Palästina/Gazastreifen verschafft und Informationen dazu gesammelt. Darauf aufbauend ergaben sich folgende Erhebungen:

1. Beschreibung der Verteilung der Institutionen des MOH-Gesundheitsversorgungssystems im Gazastreifen. (*Strukturqualität*).
2. Darstellung der vorhandenen palästinensischen Gesundheitsversorgungsinstitutionen des MOH-Versorgungssystems im Gazastreifen, ihre Nutzungsgrade und die beeinflussenden Faktoren (*Nutzung*).

Im Rahmen eines allgemein zusammenfassenden Überblicks über die Palästinenser und ihre kulturellen Hintergründe wurden folgende Erhebungen angestellt:

1. Allgemeine Sterblichkeitsrate
2. Sterberate bei Kindern und tödliche Krankheiten
3. Lebenserwartung
4. Geburten- und Schwangerschaftsrate

Im folgenden Kapitel sind dokumentiert:

- Forschungsmethode
- Lösungsansätze
- Studiendesign
- Studienhypothesen
- Datenquellen
- Fragestellung
- erwartete Ziele

Anschließend geht es um die Definition von Gesundheit und ihrer Bedeutung für Palästina. Dazu sind die Erkrankungen, sowie Faktoren und Anforderungen an das Gesundheitsversorgungssystem im Gazastreifen dargestellt. Das nächste Kapitel beschäftigt sich mit den Bedingungen des Versorgungssystems im Gazastreifen, wozu ich die Gesundheitssysteme und ihre Prinzipien definiert und allgemein dargestellt habe. Damit soll den Anwendern dieser Dissertation ein Überblick über die Gesundheitssysteme gegeben werden. Da ich in diesem Zusammenhang die Entwicklungsgeschichte des palästinensischen Gesundheitssystems für so relevant halte, habe ich die Entwicklung vom Exil bis zur Gegenwart dargestellt. Daran anschließend werden die Gesundheitsinstitutionen in den palästinensischen Gebieten und die Krankenhäuser im Gazastreifen behandelt.

Es haben sich zwei Arten von Krankenhäusern herausgebildet:

### **1- Allgemeinkrankenhäuser**

### **2- Spezialkrankenhäuser**

Dazu sind die Beschäftigten in diesen Institutionen - nach Funktionsträgern unterteilt - aufgelistet. Das nächste Kapitel umfasst die Personalausstattung der Allgemein- und Spezialkrankenhäuser des MOH; zusätzlich ist eine Übersicht über die Bettenzahlen erstellt:

- Ärzteschaft aller Krankenhäuser
- Allgemein- und Fachärzte in den Krankenhäusern
- Allgemein- und Fachärzte in den Allgemeinkrankenhäusern und Allgemein- und Fachärzte in den Spezialkrankenhäusern
- Medizinisch technische Assistenten
- Pflegepersonal in den Krankenhäusern
- Bettenzahl in den Krankenhäusern
- Verhältnis der Ambulanz- zu den Stationärbetten aller Krankenhäuser
- Verteilung der Betten auf die Bezirke
- Bettenzahl im Vergleich zu der Anzahl der Ärzte in den Krankenhäusern
- Krankenpflegepersonal und die Zahl der Betten

Im nächsten Kapitel untersuchte ich die Nutzung der Gesundheitsversorgungsinstitutionen des MOH-Versorgungssystems im Gazastreifen durch die Bevölkerung. In diesem Schritt wurden die notwendigen Informationen zusammengefügt, die eine anschließende Analyse der Daten ermöglichte. Dazu gehören:

- Bettenbelegungszeiten
- Bettenbelegungszeiten in den einzelnen Abteilungen
- Krankenhausaufnahmekquote
- Aufnahmekquote bei unterschiedlichen Abteilungen
- Krankenhausverweildauer
- Externe Praxen der Krankenhäuser

Das nächste Kapitel behandelt den Aspekt der Finanzierung, insbesondere die Rahmenbedingungen (Krankenversicherung), unter denen die Bevölkerung das Gesundheitsversorgungssystem nutzen kann. Im Rahmen dieser Dissertation werden die Finanzierungsfragen nur tangiert und sollen lediglich den Überblick über das Gesundheitsversorgungssystem abrunden. Die Beschreibung des Ist-Zustandes ist in einem abschließenden Kapitel zusammengefasst. Daran anschließend folgt eine Diskussion über den Ist-Zustand an Hand der verwendeten Parameter sowie andere Kriterien, die lediglich argumentativ bewertet werden können.

## **B- Welche Verbesserungsmöglichkeiten sollen angestrebt werden?**

Die bisher dargestellten Strukturen und Gegebenheiten habe ich analysiert und mit den Fachleuten durch mehrere Experteninterviews diskutiert und mit anderen Modellen verglichen. Dazu wurden die gängigen wissenschaftlichen Theorien einbezogen z.B. Dezentralisierungstheorem von Wallace Eugene Oates 1972, und diese mit erfahrenen Fachleuten aus Wissenschaft und Praxis diskutiert.

Um eine bessere Qualität in der Gesundheitsversorgung des Gazastreifens zu erreichen, müssen mehrere Parameter berücksichtigt und untersucht werden, als im Rahmen dieser Arbeit zu behandeln möglich ist. Ich habe mich, um den Rahmen dieser Arbeit zu begrenzen, auf die nachfolgenden, zielführenden Reformvorschläge konzentriert:

1. Die gerechte Verteilung der Ressourcen des Gesundheitsversorgungssystems. (**Organisation**)
2. Verbesserung der Nutzbarkeit der MOH-Ressourcen durch die Bevölkerung und Eindämmung der Krankheiten. (**Orientierung**)

Im Rahmen dieser Arbeit wird bewusst darauf verzichtet, die Qualität des Gesundheitsversorgungsystems im Gazastreifen zu Systemen in anderen Ländern in Bezug zu setzen, da diese unter völlig anderen Randbedingungen funktionieren und deshalb nicht verglichen werden können. Es geht vielmehr darum, das derzeitige System zu studieren und Reformmöglichkeiten, unter Berücksichtigung der Interviewergebnisse vor Ort mit Fachleuten, zu erarbeiten. Diese Ausarbeitung soll über den konkreten Fall hinaus als Modell dienen, wie die Verbesserung eines Gesundheitssystems systematisch und zielführend angegangen werden kann. Wenn diese Arbeit ein besseres Verständnis der Wissenschaftler zu anderen Kulturen schafft, dann wurde ein zusätzliches Ziel der Arbeit erreicht.

*„Es gibt zwei Dinge, auf denen das Wohlgelingen in allen Verhältnissen beruht. Das eine ist, dass Zweck und Ziel der Tätigkeit richtig bestimmt sind. Das andere aber besteht darin, die zu diesem Endziel führenden Handlungen zu finden“*

- Aristoteles (384-322 v. Chr.) (Schubert,T, 2008)

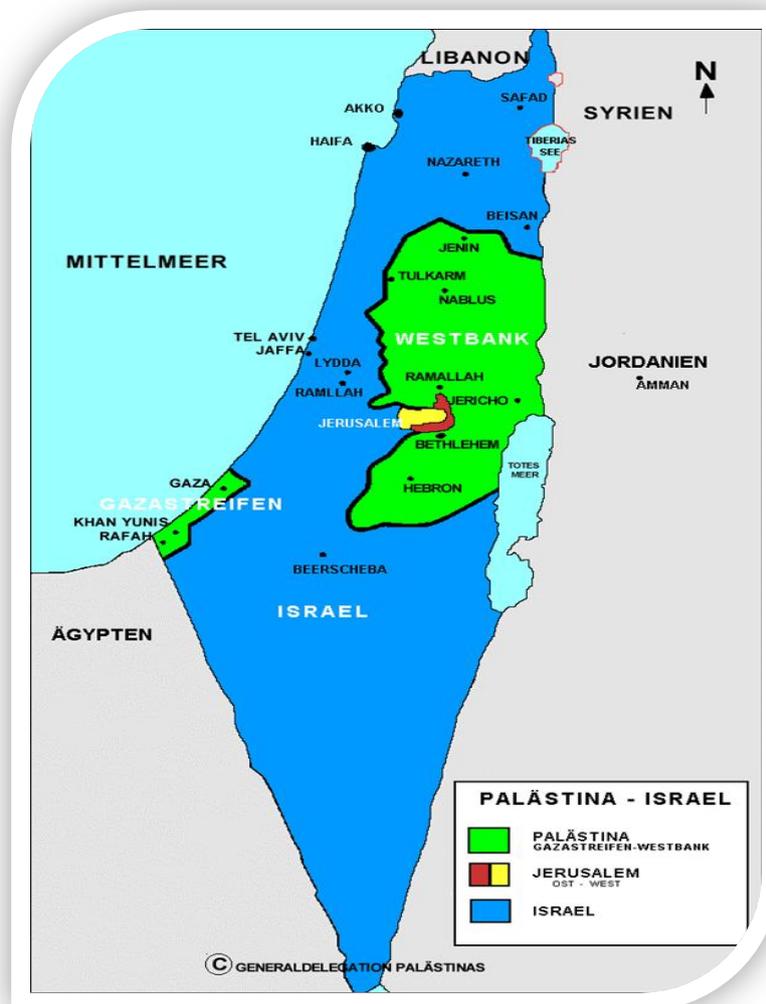
## 2 Hintergründe zur Arbeit

Ein Überblick über die Hintergründe dieser Arbeit erleichtert uns das Problem vorzustellen, zu analysieren und darzustellen sowie nach möglichen passenden Lösungen zu forschen. Dies hilft dem Forscher sowie dem Leser, einen Überblick über den Forschungskern der Arbeit zu bekommen.

### 2.1 Ort der Studie

Der Gazastreifen ist ein Küstenstreifen am Mittelmeer. Er gehört zu den Palästinensischen Autonomiegebieten und steht im Innern unter der Verwaltung der Palästinensischen Autonomiebehörde. Israel kontrolliert die Außengrenzen auf der nördlichen und östlichen Landseite, der westlichen Seeseite sowie den Personenverkehr auf der Südseite per Videoüberwachung in Zusammenarbeit mit Ägypten und der Europäischen Union. Auch in der Wasser- und Stromversorgung sowie der Telekommunikation ist der Gazastreifen nicht autonom, sondern von Israel abhängig. Das Territorium hat mit rund 4000 Einwohnern pro Quadratkilometer die Bevölkerungsdichte eines städtischen Verdichtungsgebiets. Der Gazastreifen ist damit in Bezug auf die Bevölkerungsdichte mit den Städten München (4225 Ew/km<sup>2</sup>) und Berlin (3834 Ew/km<sup>2</sup>) vergleichbar. Zwei Drittel bis drei Viertel der Bevölkerung sind Flüchtlinge, die vor dem Palästinakrieg vor allem in Jaffa und Umgebung lebten, und deren Nachkommen. Laut statistischen Angaben der UNRWA für den Gazastreifen leben etwa 492.000 Menschen in den acht von der UNRWA verwalteten Lagern. Seit 1949 ist der Gazastreifen wesentlich auf die Versorgung durch die UNRWA angewiesen (Statistische Angabe auf der Website der UNRWA). Damit leben 22,42 % aller von der UNRWA registrierten palästinensischen Flüchtlinge im Gazastreifen. Die Bevölkerungsdichte dieser Lager gehört zu den höchsten der Welt; so leben in dem Lager *Beach* bei der Stadt Gaza 80.688 Menschen auf einer Fläche von weniger als einem Quadratkilometer (zum Vergleich: Mumbai 31.214; Gaza-Stadt 14.658; Tokio 13.650; New York 10.532).

Die Versorgung der palästinensischen Bevölkerung mit Gesundheitsleistungen ist die Hauptaufgabe des palästinensischen Gesundheitsversorgungssystems im Gazastreifen. In den folgenden Kapiteln werden Personaldichte und Personalverteilung, neben materiellen Sachangeboten an die Bevölkerung, die Hauptthemen sein. Anhand der Beschreibung des vorhandenen Gesundheitsversorgungssystems im Gazastreifen und seiner Leistung lassen sich Rückschlüsse darauf ziehen, in welcher Form die Gesundheitsversorgung vom Palästinensischen Gesundheitsministerium organisiert werden soll und welches die reformbedürftigen Ebenen des Gesundheitsversorgungssystems sind. Zum Abschluss werden auch die Zugangsmöglichkeiten der verschiedenen Bevölkerungsgruppen zum Gesundheitssystem dargestellt (wikipedia).



**Abb. 1 : Politische Landkarte**

### **2.1.1 Epidemiologische und soziokulturelle Fakten**

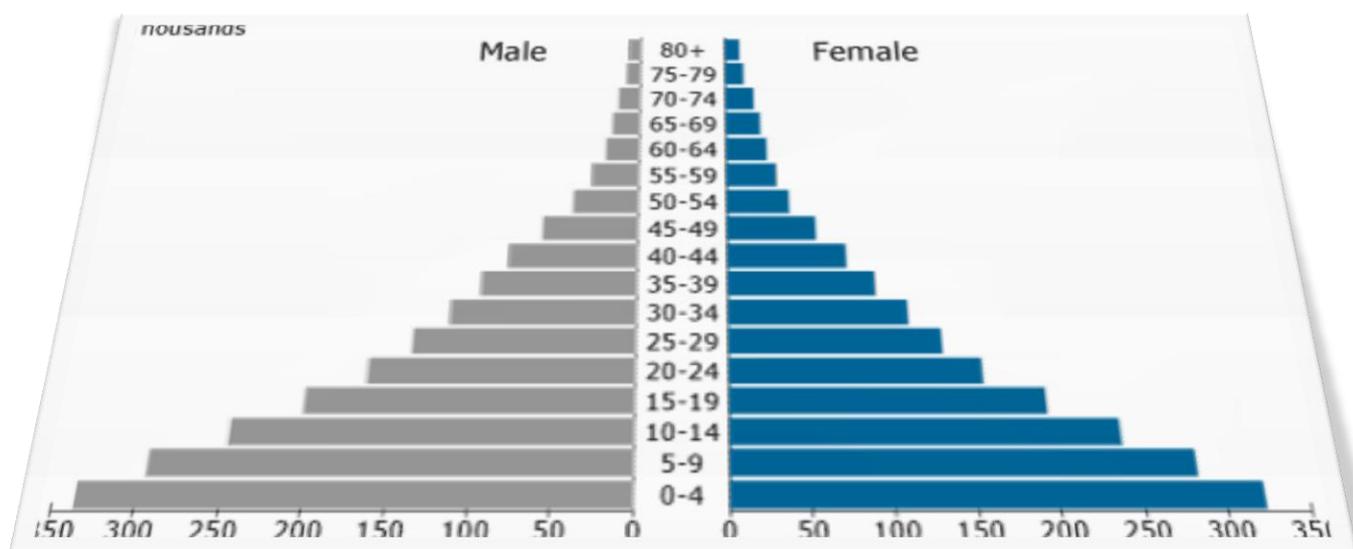
Die epidemiologischen Fakten haben den Sinn, einen allgemeinen zusammenfassenden Überblick über die Palästinenser und ihre kulturellen Hintergründe zu gewinnen. Dies sollte die Gesundheitswissenschaftler, die sich mit dem palästinensischen Gesundheitsversorgungssystem beschäftigen, dazu führen, zu erkennen welche passenden Ideen durchgesetzt werden können. Ein solches wissenschaftliches Vorgehen ist für die nachhaltige Implementierung gesundheitspolitischer Reformen unerlässlich.

Die gesamten palästinensischen Autonomiegebiete bestehen aus mehreren Teilen, die durch israelische Siedlungen voneinander getrennt sind. Die Palästinenser sind mehrheitlich Muslime. Die Westseite des Gazastreifens liegt am Mittelmeer, der Süden wird begrenzt von Ägypten und die nördliche und südliche Grenze bildet Israel.

Die Bevölkerung in Palästina wurde auf 3,6 Millionen im Jahr 2004 geschätzt. 2,3 Millionen Menschen (63,2%) leben in der Westbank und 1,3 Millionen (36,8%) im Gazastreifen. Die palästinensischen Gebiete sind in Bezirke eingeteilt. Der Bezirk Hebron ist mit 13,9% der Bevölkerung der größte Bezirk gefolgt vom Bezirk Gazastreifen mit 12,9%. Der Bezirk Jerusalem kommt an dritter Stelle mit 10,7% und an letzter Stelle steht der Bezirk Jericho mit 1,1% der Bevölkerung. Im Jahr 2004 waren 42,6% der Bevölkerung in Palästina Flüchtlinge nach Ansicht des palästinensischen statistischen Zentralamtes (The status of Palestine, 2001). Die Bevölkerung im Gazastreifen ist bis zum Jahr 2007 auf ca. 1,5 Millionen angewachsen.

Das Durchschnittsalter in Palästina lag im Jahr 2004 bei 16,7 Jahren. Zwischen 1997 und 2004 hat es eine geringfügige Zunahme des Durchschnittsalters von 16,4 auf 16,7 in gegeben (PCBS, 2005).

18,1 % der Gesamtbevölkerung sind Kinder unter 5 Jahren, zwischen 15 und 64 Jahren sind 50,0 % und 3,3% sind über 65 Jahre alt. Die Anzahl der Vertriebenen, die bei der UNRWA registriert waren, betrug Mitte des Jahres 2003 in der Westbank 681.169 und 943.509 im Gazastreifen. Die folgende Grafik zeigt die Altersgruppen in den palästinensischen Gebieten (ebd.).



**Abb. 2 : Bevölkerung nach Alter und Geschlecht (PCBS, 2005).**

Die Bevölkerungsdichte beträgt in der Westbank 399 Einwohner pro km<sup>2</sup> und im Gazastreifen 3550 pro km<sup>2</sup>, was die höchste Bevölkerungsdichte weltweit ist und wenn wir die Regionen, die durch die Besatzungsmacht für militärische Zwecke und für Siedlungszwecke genutzt werden, von den Gesamtquadratmetern subtrahieren, steigt die Bevölkerungsdichte noch höher.

### **2.1.2 Allgemeine Hintergründe zur Arbeit**

Das Gesundheitsversorgungssystem eines Landes umfasst alle Personen und Einrichtungen, deren Aufgabe die Förderung und Erhaltung der Gesundheit bzw. die Vorbeugung und Behandlung von Krankheiten ist. Unter seiner Struktur werden die relativ stabilen finanziellen, organisatorischen und politische Rahmenbedingungen der Leistungserbringung zusammengefasst. Zu den sozialen Bedingungsfaktoren für Gesundheit und Krankheit gehört auch ein gutes und stabiles Gesundheitsversorgungssystem. Der Schwerpunkt dieses Systems soll die Therapie und Betreuung der gesamten Bevölkerung sein. Es soll Programme für die gesamte Bevölkerung sein, neben der therapeutischen medizinischen Versorgung, auch Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung zu bieten, die die Bevölkerung gegen ständig wiederkehrende und neue Krankheiten schützen und ihren Gesundheitszustand positiv beeinflussen sollen. Diese Programme benötigen ein Gesundheitsversorgungssystem, das gut strukturiert und gesteuert wird. Dieses System muss an die Bedürfnisse der Bevölkerung angepasst sein.

Der Einfluss des Gesundheitsversorgungssystems ist an dem Gesundheitszustand der gesamten Bevölkerung zu spüren. Ein gutes Gesundheitsversorgungssystem, mit einer guten Strukturverteilung, einem einfachen Zugang zu seinen therapeutischen, rehabilitierenden Leistungen und mit Gewährleistung einer hohen Qualität der Krankheitspräventions- und Gesundheitsförderungsprogramme für Gesunde und Kranke, beeinflusst den Gesundheitszustand der gesamten Bevölkerung positiv. Durch eine Strukturqualität des Versorgungssystems, die die Gleichbehandlung aller Bevölkerungsgruppen garantiert, können alle Bevölkerungsgruppen eine relativ gute gesundheitliche Versorgung erhalten. Durch eine hohe Strukturqualität des Versorgungssystems eines Landes wird die Sterberate niedriger und die Häufigkeit von Krankheiten nimmt ab.

Krankenbehandlung und Krankenbetreuung müssen sich an den individuellen Bedürfnissen der Nutzer des Versorgungssystems orientieren. So wird die Zahl der Inzidenz<sup>2</sup> und Prävalenz<sup>3</sup> geringer. In der Darstellung der wichtigsten Ergebnisse des Sozialberichts (2003) von Ivonne Kaizeler in Bezug auf die Gesundheit der in der EU lebenden Menschen, wird deutlich, dass das Gesundheitsversorgungssystem zwar der Schlüssel für die Behandlung und Verhütung von gesundheitlichen Schäden ist, die Gesundheit der Menschen jedoch wesentlich von sozioökonomischen Faktoren und Umweltbedingungen beeinflusst wird.

Jedes Gesundheitsversorgungssystem hat seine Stärken und Schwächen, die sich aus den Grundprinzipien der Regulation des Zugangs zu Versorgungsleistung, seiner Inanspruchnahme, Qualität und Effizienz und seinem Finanzmodell ergeben. Deswegen ist ein Vergleich zwischen internationalen Versorgungssystemen sinnvoll, so lassen sich Schwächen und Stärken eines Systems erkennen. Ein neues umstrukturiertes Gesundheitsversorgungssystem darf dieselben Fehler unter denselben Bedingungen nicht haben. Das Gesundheitsversorgungssystem im Gazastreifen soll sich an den Bedürfnissen der Patienten orientieren und entsprechend strukturiert sein. Die Patienten müssen daher im Mittelpunkt seiner Funktion liegen. Das Versorgungssystem soll die Versorgung der gesamten Bevölkerung gewährleisten. Es soll den Zugang zu gesundheitlichen Leistungen erleichtern und ihrer sozialen, ökonomischen Lage angepasst sein.

---

<sup>2</sup>Anzahl der Erkrankungsfälle, die in einem bestimmten Zeitraum in der Bevölkerung auftreten geteilt durch die Summe der Zeiträume, in denen jeder Einzelne in der Bevölkerung an einer Krankheit erkranken könnte.

<sup>3</sup>Anzahl Personen mit einer Krankheit zu einem bestimmten Zeitpunkt geteilt durch Anzahl der Personen in der Bevölkerung zu diesem Zeitpunkt.

### 2.1.3 Globale Hintergründe des Problems/Public Health-Relevanz

Diese Studie bezieht sich auf die Strukturverteilung der medizinischen Ressourcen der Krankenhäuser des Gesundheitsversorgungssystems im Gazastreifen und versucht die Probleme der Strukturverteilung der medizinischen Ressourcen aus Sicht der Gesundheitswissenschaft zu erkennen zu analysieren und Vorschläge anzubieten. Die Versorgungssysteme müssen folgende Probleme vermeiden:

- 1- Ein Gesundheitsversorgungssystem darf nicht nur auf körperliche, sondern muss auch auf psychische und soziale Bedingungen sowie auf die Umweltverhältnisse der Bevölkerung ausgerichtet sein.
- 2- Von einem Gesundheitsversorgungssystem darf der Therapiebereich nicht ohne Prävention, Gesundheitserziehung und Training zur Gesundheitsbewältigung angeboten werden.
- 3- „Ein Versorgungssystem (...) darf nach den Erkenntnissen der Gesundheitssystemforschung nicht nur die medizinische Therapie als allgemein zugängliche Versorgung anbieten, sondern muss daneben auch auf die psychischen, sozialen und ökonomischen Dimensionen eingehen“ (Hurrelmann, K. 2003, S. 82).
- 4- Die Krankenbehandlungen und Krankenbetreuungen der chronischen Patienten in einem Versorgungssystem dürfen nicht nur auf die Krankheitsepisode ausgerichtet werden, sondern müssen sich am gesamten Krankheitsverlauf orientieren. Dabei sind die Bedürfnisse eines Patienten und nicht die Sachzwänge eines Versorgungssystems und seine organisatorischen Merkmale in den Vordergrund zu stellen.
- 5- In einem Versorgungssystem sollen nicht nur die medizinischen Kompetenzen zur Verfügung stehen, sondern auch psychologische, soziologische, ernährungsfachliche, sozialpädagogische, ökonomische und ökologische Kompetenzen.

## 2.1.4 Spezifische epidemiologische Hintergründe des Problems

Die Strukturverteilung der medizinischen Ressourcen des Gesundheitsversorgungssystems sowie die Patientenorientierung innerhalb des Gesundheitssystems im Gazastreifen haben großen Einfluss auf die Lebensqualität und Lebenserwartung der palästinensischen Bevölkerungsgruppen im Gazastreifen. Mit einer besseren und passenden Verteilungsstruktur der vorhandenen medizinischen Ressourcen des palästinensischen Gesundheitsversorgungssystems im Gazastreifen werden die Krankheiten bekämpft und die Sterblichkeitsrate niedriger. *„Der Aufbau eines modernen und umfassenden Gesundheitsversorgungssystems, zu dem alle Bevölkerungsgruppen im Gazastreifen Zugang haben und dessen Ressourcen an die Bevölkerungsbedürfnisse angepasst sind, muss eines der vorrangigen Ziele der palästinensischen Regierung sein“* (Dr. Metzger in Interview).

Es folgen spezifische epidemiologische Hintergründe zu dieser Arbeit:

### 2.1.4.1 Allgemeine Sterblichkeitsrate

Neben dem Anteil der Geburtenrate, Bevölkerungszunahme, Schwangerschaftsrate und der Lebenserwartung ist die Sterblichkeit ein gebräuchlicher Indikator für die Gesundheit einer Bevölkerung. Der Indikator " Sterbeziffern" steht im Zusammenhang mit Fragen der Verteilung von:

- behandelten chronischen Krankheiten
- gesundheitlichen Risiken
- gesundheitlichen Risiko-Verhaltensweisen und der Gesundheitseinstellung

Die Mortalität oder Sterblichkeit, (von lat. *mortalitas* das Sterben) ist ein Begriff aus der Demografie. Er bezeichnet die Anzahl der Todesfälle in einem bestimmten Zeitraum im Verhältnis zur Anzahl der Individuen der betreffenden Population in diesem Zeitraum. Sie wird durch die Sterberate ausgedrückt. Unter der so genannten rohen Sterberate wird die Zahl der in einem bestimmten Zeitraum (i. d. R. ein Kalenderjahr) Gestorbenen je 1000 der Bevölkerung verstanden (wobei i. d. R. die sog. mittlere Bevölkerung zu Grunde gelegt wird, d.h. die Bevölkerungszahl in der Mitte des betrachteten Zeitraums). Ableitungen der Mortalität bzw. die Sterblichkeit lassen sich beispielsweise auf eine bestimmte Teilpopulation (wie etwa junge Autofahrer) oder eine bestimmte Todesursache beziehen. Von der Mortalität ist im letzten Fall die Letalität zu unterscheiden, bei der die Verstorbenen nicht auf die Gesamtpopulation, sondern beispielsweise auf die Gesamtzahl der an einer Krankheit Erkrankten bezogen sind.

Die Sterblichkeitsrate (Crude Death Rate CDR) in den palästinensischen Gebieten nahm von 4,8 Todesfällen pro 1000 im Jahr 1997 auf 2,8 im Jahr 2004 ab. Es gab einen geringfügigen Unterschied zwischen der Westbank und dem Gazastreifen.

In der Westbank fiel die CDR von 4,9 im Jahr 1997 auf 2,6 im Jahr 2004 und im Gazastreifen von 4,7 auf 3,3 im gleichen Zeitraum. Diese Zahlen zeigen, dass es eine Verbesserung des Lebensstandards, des Gesundheitswesens und des Gesundheitszustands der Menschen gibt.

Die durchschnittliche CDR für die fünf Jahre von 2000-2004 lag bei 2,9 (Health status in Palestine, Annual Report, 2004).

### Crude Death Rate (CDR)

$$CDR = \frac{D_t}{P_t} * 1000$$

**D:** = Zahl der Gestorbenen

**P:** = Gesamt Zahl der Bevölkerung

Die untere Grafik zeigt die CDR in den gesamten palästinensischen Gebieten in dem Zeitraum von 1995 – 2005.

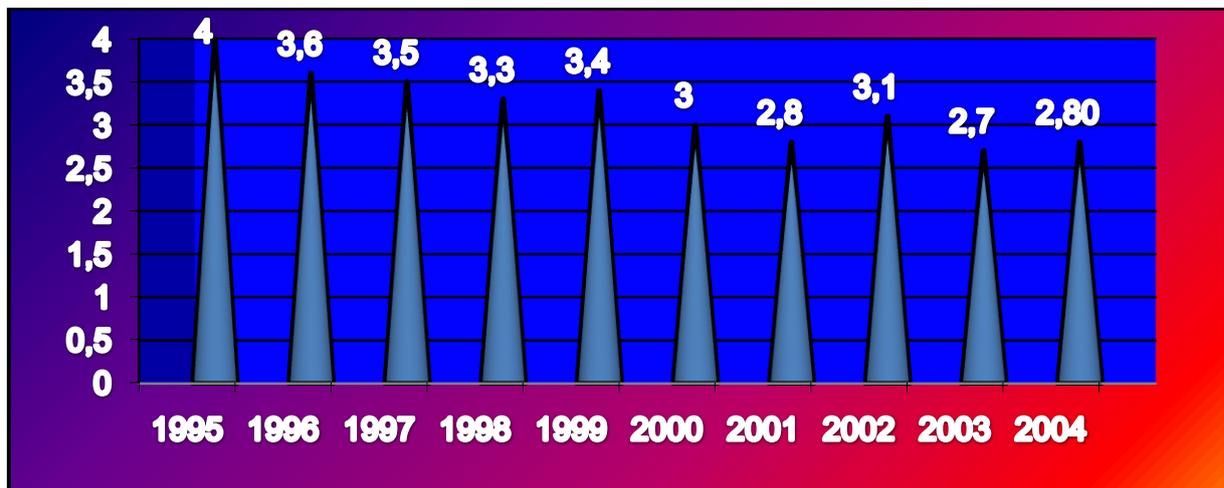


Abb. 3 : Sterberate in den Palästinensischen Gebieten 1995- 2004 (Annual Report, 2004)

### **2.1.4.2 Sterberate bei Kindern**

Neben den andern Indikatoren ist die Kindersterblichkeit ein wichtiger Indikator für die Gesundheit einer Bevölkerung. In den Ländern der Dritten Welt vollendet bis zu einem Fünftel aller Kinder nicht das erste Lebensjahr. Hygiene, verbesserte Trinkwasserversorgung, bessere Ernährung und Gesundheitsversorgung sollen im Gazastreifen zum Sinken der Säuglingssterblichkeit beigetragen haben. Laut Diener: liegt da Probleme der Kindersterblichkeit hauptsächlich an der Organisation des Gesundheitssystems, da die Gesundheitsressourcen nicht gerecht verteilt sind (Dr. Diener, Dr. Vogel in Interview).

Die Sterblichkeitsrate der palästinensischen Kinder im Jahr 2004 lag bei 48,6% mit einer Rate von 10/1.000. Diese hohe Zahl hängt hauptsächlich mit Komplikationen bei den Geburten zusammen. Die Sterberate bei Säuglingen mit 70-80 auf 100.000 Geburten ist sehr hoch. Im Gazastreifen starben 61,8% der Neugeborenen in Krankenhäusern und 38,2% zu Hause (palästinensisches Gesundheitsministerium, 2006). Die Todesfälle von Kindern und Jugendlichen im Alter von 5-19 Jahren erreichten 31,4% im Jahr 2000 und 28,7% im Jahr 2004. Betrachtet man die Jahre 1999 und 2004, so erhöhte sich die Zahl der Todesfälle um 102,6%. In der Altersgruppe von 20-59 Jahren erhöhten sich die Todesfälle, verglichen mit den Todesfällen im Jahr 1999, von 8,9% im Jahr 2000, auf 26,2% im Jahr 2001 und 42,6% im Jahr 2004. Im Jahr 2004 war die Sterblichkeitsziffer 20,1 pro 100.000 bei den Frauen und 13,2 pro 100.000 bei den Männern. Im Gazastreifen traten 42,2% der Todesfälle in den Krankenhäusern und 57,8% zu Hause auf. Im Vergleich dazu waren es in der Westbank 37,4% aller Todesfälle in den Krankenhäusern und 62,6% zu Hause (ebd.).

### 2.1.4.3 Tödliche Krankheiten in palästinensischen Gebieten

Im Zusammenhang mit Gesundheitsproblemen und tödlichen Krankheiten bezieht sich der Begriff "chronisch" auf lang anhaltende Beschwerden mit häufig schleichendem Beginn und langsamen Verlauf. Eine Aussage über den Schweregrad des Gesundheitsproblems oder der Erkrankung ist jedoch nicht impliziert. Viele chronische Gesundheitsprobleme bedürfen dauerhafter oder wiederkehrender Behandlung. Die Todesursachenstatistik lässt erkennen, dass für Sterbefälle in Palästina hauptsächlich vier Krankheitsarten verantwortlich sind:

- Erkrankungen des Kreislaufsystems (z. B. Herzdurchblutungsstörungen, Hochdruckerkrankungen, Herzinfarkt),
- bösartige Neubildungen (z. B. Darmkrebs, Brustkrebs),
- Krankheiten der Atmungsorgane (z. B. Lungenentzündung, Grippe, Asthma) und
- Krankheiten durch Bluthochdruck und Diabetes (palästinensisches Gesundheitsministerium, 2006).

Im Jahr 2004 haben folgende Krankheiten 81,9% der Gesamttodesfälle in den palästinensischen Gebieten verursacht: Herzkrankheiten 19,2%, Unfälle 11,4%, Neoplasma 45%, Malignant 10%, Cerebrovascular 8,3%, Conditions in der perinatalen Periode 8%, Pneumonia und andere Atmungsstörungen 6,4%, Hypertension 5,9%, Senility 4,5%, Infectious 3,7%. Die durchschnittliche, jährliche Sterblichkeitsrate bei Bluthochdruck war 17,8 für Männer und 23,3 pro 100.000. Die Sterberate an Diabetes hat sich von 7,9 pro 100.000 im Jahr 1995 auf 10,4 pro 100.000 erhöht (ebd.).

Die untere Grafik zeigt die Sterblichkeitsrate nach Erkrankungen in den Palästinensischen Gebieten im Jahr 2004.

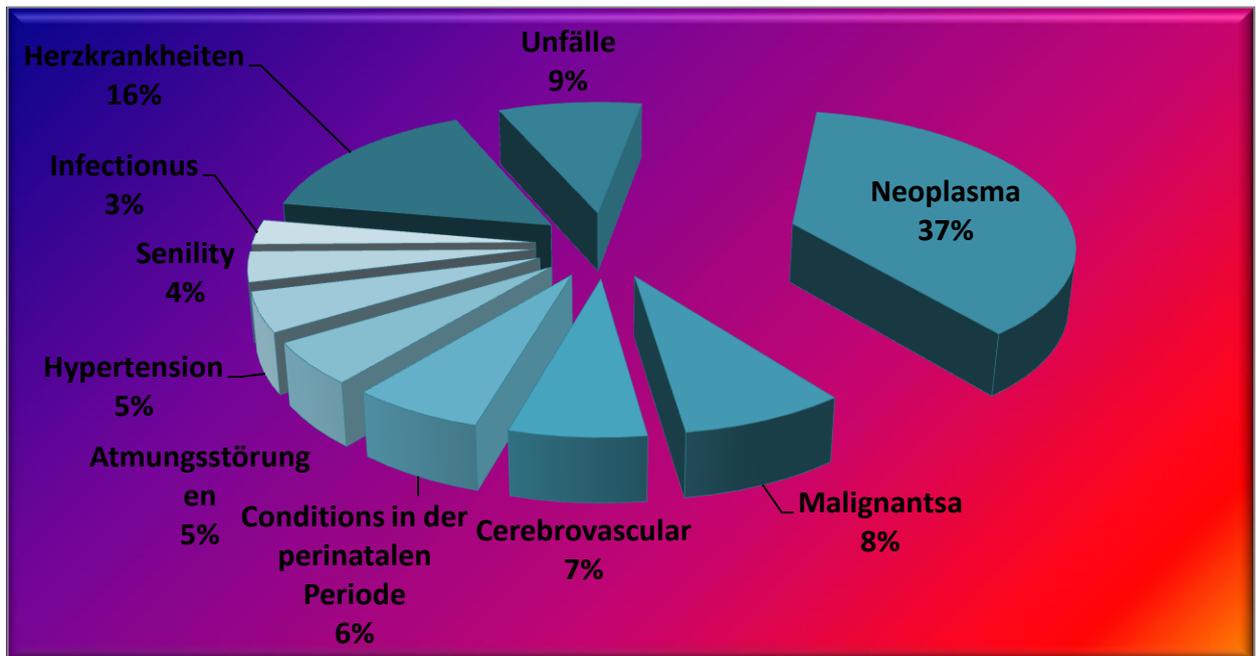


Abb. 4 : Die Sterblichkeitsrate nach Erkrankungen in den palästinensischen Gebieten (ebd.)

## 2.2 Bevölkerungsentwicklung

Die Zunahme der Lebenserwartung wird wesentlich beeinflusst durch:

- Hygiene
- Impfungen
- Ernährung
- Wohnbedingungen
- Arbeitsbedingungen
- Verkehrssicherheit
- Kurative Medizin

Die Bevölkerungszunahme belief sich im Jahr 1997 auf 3,97% und im Jahr 2003 auf 4,7% und im Jahr 2004, laut Gesundheitsministerium in Palästina (MOH), 2,6%. Die Rate erreichte 2,3% in der Westbank und 3% im Gazastreifen. Die palästinensische Statistik (Palestinian Central Bureau of Statistics, PCBS) beweist, dass die natürliche Zunahmerate in Palästina bei 3,4% (3,2% in der Westbank und 3,9% im Gazastreifen) im Jahr 2004 liegt (ebd.).

	Year	Jahr
Total life expectancy at birth (total years)	72.6	2004
Male life expectancy at birth (years)	71.1	2004
Female life expectancy at birth (years)	74.1	2004
Newborns with low birth weight	7	2004
Children underweight	5	2004
Infant mortality rate (per 1000 live births)	20.5	2004
Under five mortality rate (per 1000 live births)	23.8	2004
Maternal mortality ratio (per 10000 live births)	11.0	2004

**Tab. 1 : Health status indicators: (Ministry of Health Palestine, 2004)**

### 2.2.1 Geburtenrate

Die Geburtenrate ist die Anzahl von Geburten während eines Jahres im Verhältnis zur durchschnittlichen Bevölkerung in diesem beobachteten Zeitraum und wird auch als Bevölkerung zur Jahresmitte veranschlagt. Die Geburtenrate nahm im Laufe der Zeit sehr langsam ab. Im Jahr 1997 waren es 42,7 und im Jahr 2004 nur noch 40,1 Geburten pro 1000 Einwohner. Das bedeutet z.B. für das Jahr 2003, dass die durchschnittliche Geburtenzahl pro verheirateter Frau 4,34 betrug (0,05% verstorben). Die zusammengefasste Geburtenziffer (TFR) in palästinensischen Gebieten ist hoch, im Vergleich mit anderen Ländern im Nahen Osten.

Dies kann an dem niedrigen Heiratsalter der Frauen und dem Wunsch, viele Kinder zu haben, liegen. Zum Ende des 20. Jahrhunderts war die Geburtenrate gesunken. Seither steigt sie wieder. Im Jahr 2004 veröffentlichte PCBS eine demographische Gesundheitsübersicht, aus der hervorgeht, dass die TFR im Jahr 2004 in den gesamten palästinensischen Gebieten 5,6 betrug (5,2 in der Westbank und 6,6 in dem Gazastreifen) (MOH, Bericht 2004).

Aber nach dem Bericht des MOH war die TFR in Palästina im Jahr 1999 auf 4,39 gesunken (4,1 in der Westbank und 5,0 in dem Gazastreifen) und bis zum Jahr 2004 auf 4,1 (3,7 in der Westbank und 5,5 in dem Gazastreifen) gestiegen. (ebd.). In der Bevölkerungsstatistik wird mit der Geburtenziffer die Anzahl der Lebendgeborenen pro Jahr und 1000 Einwohner angegeben (Johannes Kopp: 2002), also:

Total Fertility Rates (TFR)

$$1000 \cdot \frac{Lg}{Ew}$$

*Lg* := Lebendgeborene im entsprechenden Jahr und

*Ew* := Einwohner im Jahresmittel oder zur Jahresmitte

	<b>West Bank (WB.)</b>	<b>Gazastreifen (GA.)</b>
<b>Unter 15 Jahre</b>	47,0 %	50,2 %
<b>15 bis 64 Jahre</b>	49,5 %	46,9 %
<b>Über 65 Jahre</b>	3,5 %	2,9 %
<b>Fertilitätsrate<sup>4</sup></b>	5,6	6,9
<b>Anteil der Flüchtlinge</b>	27,4 %	63,7 %
<b>Kindersterblichkeit</b>	25,5	30,2
<b>Männer je 100 Frauen</b>	103,2	103,1
<b>je 1.000 Lebendgeburten</b>		

**Tab. 2 : Auszug aus der Bevölkerungsstatistik im Jahr 2000 (ebd.)**

### **2.2.2 Lebenserwartung**

Die Lebenserwartung ist die zu erwartende Zeitspanne, die einem Lebewesen ab einem gegebenen Zeitpunkt bis zu seinem Tod verbleibt. Diese Spanne wird in der Regel mit Hilfe empirischer Daten einer Sterbetafel berechnet. Grundsätzlich kann jeder beliebige Zeitpunkt gewählt werden, ab dem die restliche Lebenszeit ermittelt werden soll, in der Regel wird vom biologischen Beginn seiner Entwicklung aus gerechnet. Die meistermittelte Lebenserwartung ist folglich die ab dem Zeitpunkt des Eintritts in das Leben, bei Menschen also die durchschnittliche Lebenserwartung ab der Geburt.

---

<sup>4</sup>Die Fertilitätsrate ist die Durchschnittsgröße, die die Zahl der Geburten einer Frau während ihres Lebens angibt.

Die Lebenserwartung bei der Geburt ist bestimmt durch die Anzahl der Jahre, die ein Neugeborenes durchschnittlich leben würde, wenn die bei seiner Geburt herrschenden Lebensumstände und Sterblichkeitsraten während seines gesamten Lebens konstant blieben. Im Prinzip entspricht die so berechnete Lebenserwartung der, bezüglich der Altersstruktur, bereinigten Sterblichkeit und ist somit besonders geeignet für Zeitreihenanalysen und regionale Vergleiche. Die Lebenserwartung lag im Jahr 2004 in den palästinensischen Gebieten bei 72.6 Jahren (71.1 Jahre für Männer und 74.1 Jahre für Frauen). Es gibt regionale Unterschiede:

Die Lebenserwartung in der Westbank betrug im Jahr 2004 für Männer 71,5 Jahre und 74.5 Jahre für Frauen, die im Gazastreifen 70.3 Jahre für Männer und 73.5 Jahre für Frauen (MOH, 2004).

“Life expectancy in 2004 is 72.6 (71.1 years for males and 74.1 years for females) The decline in the mortality rate in Palestine led to a longer life expectancy. It reached 71.1 years for males and 74.1 years for females in 2004. There are regional variations; life expectancy in West Bank is 71.5 years for males and 74.5 years for females compared with 70.3 years for males and 73.5 years for females in Gaza. The improvement in health situation and the gradual decline in the infant and child mortality rate contributed to a longer life expectancy” (Ministry of Health, 2004).

In der folgenden Tabelle wird die Gesundheit der Bevölkerungsgruppen in beiden palästinensischen Gebieten und Israel verglichen und zusammengefasst.

<b>Bevölkerungsgruppen</b>	<b>Israel</b>	<b>Westbank</b>	<b>Gazastreifen</b>
Bevölkerung	6.1 Mio.	2.2 Mio.	1.3 Mio.
0-14 Jahre	26,9 %	44,1 %	49,4 %
15-64 Jahre	63,2 %	52,4 %	47,9 %
Über 65 Jahre	9,9 %	3,5 %	2,7 %
Bevölkerungswachstum	1.39	3.3	3.89
Geburtenrate pro 1.000 Einwohner	18.7	34.07	41.23
Kindersterblichkeit pro 1.000 Lebendgeburten	7,37	20,68	24,15
Lebenserwartung bei Geburt	79 Jahre	72.68 Jahre	71.4 Jahre
bei Männern	77	71,5	70,3
Bei Frauen	81	74,5	73,5
Fertilitätsrate pro Frau	2.5	4.65	6.17

**Tab. 3 : Auszug aus der Bevölkerungsstatistik (Ministry of Health, 2004)**

Im Jahr 2007 ist die Lebenserwartung der Bevölkerung im Gazastreifen leicht gestiegen und liegt bei:

gesamt: 72,16 Jahre

*Männer:* 70,84 Jahre

*Frauen:* 73,54 Jahre

(CIA- The World Factbook, 2007).

### 2.2.3 Schwangerschaftsrate

Im Jahr 1999 hat sich die Anzahl der Schwangerschaften pro Frau nach unten bewegt, von 6,0 im Jahr 1997 auf 5,9 im Jahr 1999. Den Angaben des Gesundheitsministeriums zufolge betrug im Jahr 2003 die Schwangerschaftsrate 3,87 (3,5 in der Westbank und 4,6 im Gazastreifen). Die meisten Probleme entstehen in den palästinensischen Gebieten besonders im Gazastreifen während der Schwangerschaft durch Anämien bei Müttern und Ungeborenen. Die nächste Grafik zeigt die Häufigkeit der Anämiekrankheit im Gazastreifen bei den Kindern zwischen 6 und 12 Monaten in Jahr 2006.

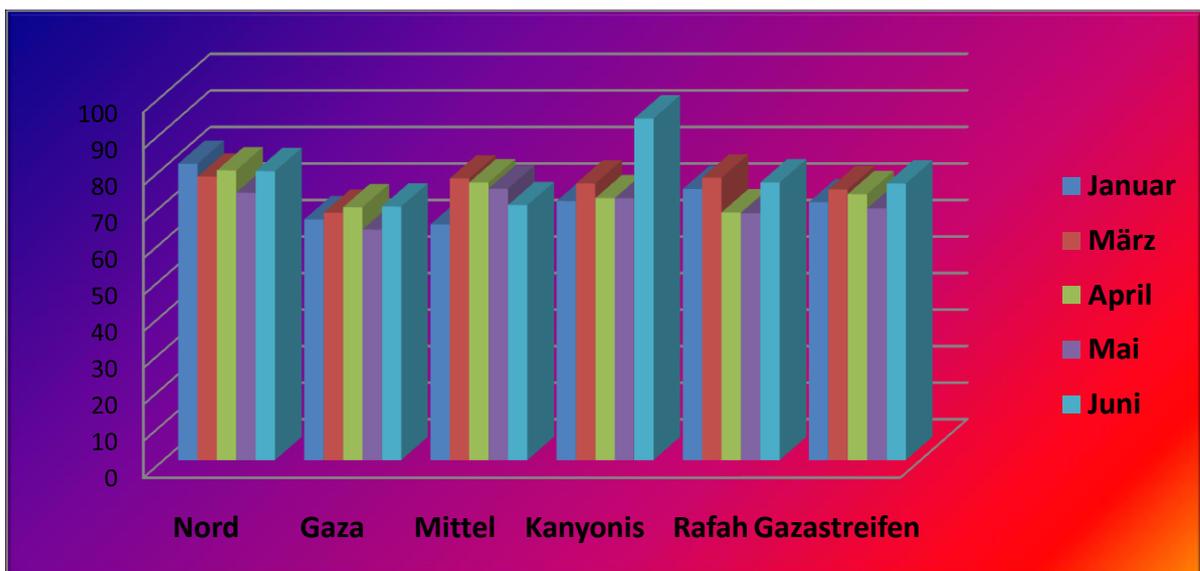


Abb. 5 : An Anämie erkrankte Kinder von 6-12 Monaten im Gazastreifen in 2006 (UNRWA, 2006)

## 2.3 Überblick über das Palästinensische Versorgungssystem

Palästinenser leiden unter der unmittelbaren Gewalt von militärischen Operationen und Terroranschlägen und zugleich unter der Gewalt einer bereits seit Jahren herrschenden und letztlich die Gesellschaft in Mitleidenschaft ziehenden militärischen Besetzung der palästinensischen Gebiete. Die Menschen und ihre Gesundheit werden insofern zu Opfern eines Konfliktes. Die Palästinenser erhalten eine medizinische Grundversorgung durch 609 Gesundheitszentren, davon befinden sich 83% in der Westbank und nur 17% im Gazastreifen. Unter der Aufsicht des Gesundheitsministeriums sind 61,2% der Einrichtungen und unter der Aufsicht des UNRWA<sup>5</sup> 8,4%.

Die NGO's beaufsichtigen 30,4%. Die Zahl der Konsultationen wird durch die Anzahl der Kliniken und die Anzahl der Einwohner bestimmt. Zum Gesundheitsversorgungssystem in Palästina gehören im Jahr 2003 nur 78 Krankenhäuser mit 4.679 Betten. Das entspricht einem Verhältnis von 47.921 Personen pro Krankenhaus und von 12,52 Betten pro 10.000 Einwohner (ebd.). Im Jahr 2004 betrug die Gesamtzahl der Einweisungen 255.811 und war im Vergleich zum Jahr 2000 um 41% erhöht.

“In Palestine, all health providers own and operate 78 hospitals in 2003, with a ratio of 47,921 persons per hospital and 4,679 beds with a ratio of 12.52 beds per 10,000 populations. Ratio of persons per bed has improved to be 779 in 2003” (MOH).

---

<sup>5</sup> engl. United Nations Relief and Works Agency for Palestine Refugees in the Near East) ist ein temporäres Hilfsprogramm der UNO, das seit seiner Gründung 1949 regelmäßig um drei Jahre verlängert wurde

Im Jahr 2000 waren im gesamten palästinensischen Gesundheitssystem 7.458 Personen angestellt, 2004 waren es 11.124 Angestellte, das heißt in fünf Jahren ist die Zahl um 9,8% gestiegen. Die Zahl der Ärzte hat in dieser Zeit um 8,9% zugenommen.

Krankenversichert, und dadurch mit einer Zugangsmöglichkeit zum Versorgungssystem, waren im Jahr 2004 nur 55,9% der gesamten Familien (53% in der West Bank und 62,3% im Gazastreifen). Das MOH rechnete 1384 US\$ für jeden Palästinenser. Im Jahr 2003 benötigte das MOH 13,0% des BIP hatte aber nur 7% zur Verfügung (ebd.).

“In a study conducted by the PCBS, the estimation of public health expenditures (PHE) per capita in 2003 was 138.4 US\$. The PHE formed about 13.0% of the GDP, while the Percent of Palestinian National Authority budget allocated for health was 7% in 2003. The percentage of the external donations allocated for the health sector constituted 5% of the total donations” (ebd.).

Vergleicht man die Zahlen aus den Jahren 2003 und 2004, stellt man fest, dass die Krankheitsfälle um 57,93% zunahmen, die Kosten aber sich um 80,6% erhöht haben (ebd.). Diese Tendenz dürfte ein Problem auf der gesamten Welt sein.

### **3 Methodisches Vorgehen und Studiendesign**

Das Studium der Strukturverteilung der gesundheitlichen Ressourcen des palästinensischen Gesundheitsversorgungssystems im Gazastreifen, dessen Analyse und das Aufzeigen von Reformbedürfnissen können für das Gesundheitsversorgungssystem einen wichtigen Beitrag leisten und auf Reformmöglichkeiten hinweisen. Nach Studium und Analyse der wichtigsten Faktoren der Strukturverteilung des palästinensischen Gesundheitsversorgungssystems werden ein Verteilungsstrukturvorschlag für das Gesundheitsversorgungssystem und passende Vorschläge zur Verbesserung des Verfahrens und zur Hebung des Gesundheitszustandes der Bevölkerung entworfen. Die Arbeit wird dabei auf dem Public Health-Ansatz aufbauen.

Die Arbeit beschäftigt sich mit der Organisationsverteilung der gesundheitlichen Ressourcen im palästinensischen Gesundheitsversorgungssystem im Gazastreifen, um die Unter- bzw. Überversorgung aufzuzeigen. Daher werden zuerst die Informationen der Gesundheitsinstitute über die aktuelle Strukturverteilung eingeholt, um die Information über den gegenwärtigen Zustand des Gesundheitssystems zu erhalten. Dabei habe ich vor Ort die gesamten Institutionen des MOH und die Verwalter der besuchten Krankenhäuser nach detaillierten Informationen befragt. Die so ermittelten Problemfelder bildeten für mich die Grundlagen für Auswahl und Entwicklung der Fragen, den Leitfaden für die geplanten Interviews sowie die Kontaktierung von zielführenden Interviewpartnern. Diese Arbeit stützt sich sowohl auf die Auswertung bereits gesammelten Materials vom Gesundheitsministerium im Gazastreifen als auch auf zu diesem Zweck angefertigte Beobachtungsprotokolle und insbesondere auf insgesamt 8 Experteninterviews.

Im Einzelnen handelt es sich dabei um:

- 1- Protokollaufnahmen, die von mir auf verschiedenen Treffen zur Gesundheitsversorgung angefertigt sind; diese Treffen sind von besonderer Bedeutung, denn dabei versammelten sich verschiedene Akteure für die Verbesserung des Gesundheitssystems. Es war in diesen Treffen möglich, Interessenkonflikte offen zu legen und diese zu debattieren.
- 2- Gesundheitsberichte vom Gesundheitsministerium im Gazastreifen.
- 3- Beobachtungsprotokolle, die von mir im Zeitraum von 11.11.2005 bis 11.03.2006 im Rahmen eines Forschungsaufenthaltes erstellt wurden, wo sich mir die Möglichkeit bot, als Beobachter an vielen Krankenhäusern, an verschiedenen Treffen zum Thema Gesundheitsversorgung im Gazastreifen teilzunehmen. Die Protokolle wurden erstellt, um relevante Merkmale meiner Beobachtungen zu dokumentieren und deren Schwerpunkte im Hinblick auf die festgelegten Themen auszuwerten. Während meines Diplomstudiums hatte ich bereits ein Forschungssemester im Gazastreifen absolviert.
- 4- Interviews, die mit zuständigen Experten geführt wurden:

### **3.1 Beschreibung des Standes der Forschung**

Entdeckungen sind seit Beginn der Renaissance das Ziel der Wissenschaft. Aber wie diese Entdeckungen gemacht werden, variiert mit der Natur der untersuchten Gegenstände und mit dem herrschenden Zeitgeist. Mit dem Begriff qualitative Forschung wird jede Art der Forschung gemeint, deren Ergebnisse keinem statistischen Verfahren oder anderen Arten der Quantifizierung entspringen. Eigentlich ist der Begriff qualitative Forschung verwirrend, da er für verschiedene Personen unterschiedliche Dinge bedeuten kann. Einige Forscher sammeln Daten mit Hilfe von Interviews und Beobachtungen, wie im vorliegenden Fall.

Das sind Techniken, mit denen jeder Forscher die Daten auf eine Art und Weise kodiert, dass sie statistisch analysiert werden können. Im Endeffekt quantifizieren sie als qualitative Daten. Nach einer theoretischen Auseinandersetzung mit dem Thema (Gesundheitsversorgung im Gazastreifen) und der Auswertung der primären Quellen (z.B. Beobachtungsprotokolle und die Berichte des MOH über die gesundheitliche Versorgungsressourcen im Gazastreifen) wurden der Interviewleitfaden entwickelt und erste Hypothesen vertieft bzw. korrigiert. Die Interviews dauerten zwei bis vier Stunden und sind auf Arabisch durchgeführt worden und wurden vor allem von folgenden Fragestellungen geleitet: Wo bestehen die größten Probleme im Versorgungssystem? Wo sind die reformbedürftigen Bereiche? Welches sind die priorisierten Reformen? Welche Vor- und Nachteile kann eine Dezentralisierung mit sich bringen?

In dieser Arbeit sind qualitative und quantitative Methoden kombiniert.“ Beide Methoden lassen sich nutzbringend im gleichen Forschungsprojekt anwenden“ (Strauss, A., Corbin, J., 1996 N. Strauss, Bucher, Erhlich, Schatzman & Sabshin, 1964). Die Daten des Gesundheitsversorgungssystems im Gazastreifen sind quantitativ gesammelt, um die Problemen des Systems zu identifizieren und anhand dessen sind die Leitfaden der Interviews entwickelt. „Ebenso könnte man irgendeine Form quantitativer Daten benutzen, um eine qualitative teilweise zu validieren“ (Strauss, A., Corbin, J. 1996. S. 4, N. Denzin, N., 1970).

Es gibt viele gute Gründe, qualitativ zu forschen. Ein der Hauptgrund liegt in der Art des Forschungsthemas und dem Ort, in dem zu diesem Thema geforscht wird. „Einige Forschungsgebiete sind ihrem Wesen nach angemessener mit qualitativen Methoden zu erforschen“ (ebd.). In dieser Arbeit können die qualitativen Methoden verstehen helfen, was hinter den wenig bekannten Phänomenen des heutigen bestehenden Gesundheitssystems im Gazastreifen liegt. Sie sind benutzt, um die überraschenden und neuartigen Erkenntnisse über die Defizite des Gesundheitssystems zu erlangen, über die bei den beteiligten Personen schon eine Menge Wissen besteht. Daher hinaus können qualitative Methoden Aufschluss über verwickelte Details von Phänomenen geben, die mit quantitativen Methoden schwierig aufzuzeigen sind (ebd.).

Die Qualitative Forschung wird sowohl von Forschern der Sozial- und Verhaltenswissenschaften betrieben, als auch von Praktikern in Bereichen, die sich mit Themen des menschlichen Verhalten und Funktionierens beschäftigen. Dieser Forschungsstil kann zur Untersuchung von Organisationen, Gruppen und Individuen verwendet werden. Werden die qualitativen Methoden mit quantitativen Methoden kombiniert, ist der qualitative Aspekt dem größeren Forschungsprojekt oft untergeordnet und kann von Individuen realisiert werden (ebd.).

Grundsätzlich gibt es drei Hauptbestandteile. Erstens gibt es die **Daten**, die unterschiedlichen Quellen entstammen können. Die gebräuchlichsten Datenquellen sind Interviews und Beobachtungen. Die zweite Komponente qualitativer Forschung besteht in den **analytischen oder interpretativen Verfahren**. Der dritte Bestandteil der qualitativen Forschung wird durch **schriftliche und mündliche Berichte** gebildet (ebd.).

### 3.1.1 Die Experten

Der Mangel an methodischer und methodologischer Reflexion hat zur Folge, dass die Auswahl der Personen, die in der Forschungspraxis als Experten interviewt werden, oft keinen klaren und definierten Kriterien folgt. Der dem Verfahren zugrunde liegende Expertenbegriff ist bislang wenig systematisch diskutiert worden. Die Bestimmung des Expertenbegriffs knüpft an die wissenssoziologische Unterscheidung von Experten und Laien und die entsprechende Unterscheidung von Allgemeinwissen und spezialisiertem Sonderwissen an (Bohnsack, R., Marozki, W. Meuser, M., 2003). Expertenwissen ist in einer arbeitsteiligen Gesellschaft ein „als notwendig erachtetes Sonderwissen“ und lässt sich als „sozial institutionalisierte Expertise“ begreifen (ebd.).

*„Als Experte wird interviewt, wer sich durch eine „institutionalisierte Kompetenz zur Konstruktion von Wirklichkeit auszeichnet“ (ebd. N. Hitzler, R., Moner, A., Maeder, M., 1994).*

Bei der Auswahl der Experten habe ich mich an dem Prinzip Alfred Schütz orientiert. Annäherungsweise kann nun der Begriff des Experten in methodischer Absicht in folgender Weise definiert werden: Der Experte verfügt über technisches, Prozess- und Deutungswissen, das sich auf sein spezifisches professionelles oder berufliches Handlungsfeld bezieht. Insofern besteht das Expertenwissen nicht allein aus systematisiertem, reflexiv zugänglichem Fach- oder Sonderwissen, sondern es weist zu großen Teilen den Charakter von Praxis- oder Handlungswissen auf, in das verschiedene und durchaus disparate Handlungsmaxime und individuelle Entscheidungsregeln, kollektive Orientierungen und soziale Deutungsmuster einfließen. Das Wissen des Experten, seine Handlungsorientierungen, Relevanzen usw. weisen zudem - und das ist entscheidend - die Chance auf, in der Praxis in einem bestimmten organisationalen Funktionskontext hegemonial zu werden, d.h., der Experte besitzt die Möglichkeit zur (zumindest partiellen) Durchsetzung seiner Orientierungen. Indem das Wissen des Experten praxiswirksam wird, strukturiert es die Handlungsbedingungen anderer Akteure in seinem Aktionsfeld in relevanter Weise mit (Bogner, A., Menz, W. 2002).

Und er sieht einen Experten als:

- Unterscheidung von "Experte", "Mann auf der Straße" und "gut informierter Bürger,, - Unterscheidungskriterium: Ausmaß der "Bereitschaft, Dinge als fraglos gegeben anzunehmen".
- Der Experte agiert in einem System von Relevanzen, die ihm "durch die auf seinem Gebiet vorausgesetzten Probleme" auferlegt sind.
- „Durch seine Entscheidung, ein Experte zu werden, hat er die auf seinem Gebiet auferlegten Relevanzen als wesentliche akzeptiert, und zwar als die allein wesentlichen Relevanzen für sein Handeln und Denken".
- Expertenwissen ist ein begrenztes, in seiner Begrenzung dem Experten klar und deutlich verfügbares Wissen.
- Der Experte steht für eine Problemperspektive, die typisch ist für den institutionellen Kontext, in dem er sein Wissen erworben hat.

Als Experte/Expertin wird angesprochen:

- Wer in irgendeiner Weise Verantwortung trägt für den Entwurf, die Implementierung oder die Kontrolle einer Problemlösung.
- Wer über einen privilegierten Zugang zu Informationen über Personengruppen, Soziallagen, Entscheidungsprozesse, Politikfelder usw. verfügt.
- Wer institutionalisierte Kompetenz zur Konstruktion von Wirklichkeit besitzt (Hitzler, R., Maeder, A. 1994).

**Auf diesen Prinzipien der institutionellen und repräsentativen Partizipation sind die Experten im Gazastreifen ausgesucht und implizit ausgewählt.** Zuerst habe ich mehr als 20 Experten kennengelernt bzw. von anderen vorschlagen lassen. In der zweiten Phase habe ich 10 Experten gemäß den Grundsätzen von Alfred Schütz in die engere Wahl genommen. Von neun habe ich die Zusage bekommen, dass ich sie interviewen darf. Im Laufe der Interviews hat ein Experte den Wunsch geäußert, dass er sich nicht mehr interviewen lassen möchte. Seine abgegebenen Informationen sind nach seinem Wunsch vernichtet worden. Die Namen der Interviewpartner sind anonymisiert. Die richtigen Namen sind in dem Forschungslogbuch aufgeführt.

Interviews habe ich mit mehreren Experten geführt. Hier sind die anonymisierten Namen:

- 1- Dr. Ashraf Schaf**
- 2- Dr. Yousef Militär**
- 3- Dr. Raed Metzger**
- 4- Dr. Mofeed Obst**
- 5- Dr. Yehia Diener**
- 6- Dr. Bassam Dank**
- 7- Dr. Methqal Vogel**
- 8- Mohammad Stempel**

### 3.1.2 Experteninterview

Die Methodendebatte um das Experteninterview in der qualitativen Forschung hat sich in den letzten Jahren merklich intensiviert. Experteninterviews erfreuen sich in der Sozialforschung großer Beliebtheit. So gibt es wohl nur wenige empirische Untersuchungen, die nicht an irgendeinem Punkt des Forschungsprozesses auf das mittels Interviews erhobene Wissen spezifischer, für das Fach- und Themengebiet als relevant erachteter Akteure zurückgreifen. Was immer hier Mythos und Realität ist – Experteninterviews haben aufgrund ihres heimlichen Versprechens auf schnell, objektive und unproblematische zu erhebende Daten eine erhebliche Anziehungskraft auf empirische Sozialforscher.

In Anlehnung an Vogel (1995) und Rückgriff auf die einschlägigen Arbeiten von Meuser und Nagel kann zwischen dem explorativen, dem systematisierenden und dem theoriegenerierenden Experteninterview unterscheiden werden. Da die Lage im Gazastreifen mir bekannt war und vor der Führung der Interviews eine quantitative Datenerhebung durchgeführt wurde, konnte ein Leitfaden (Siehe Anhang 1) entwickelt werden. Danach konnte in die **leitfadenorientierten Interviews** eingestiegen werden, in denen mit den ausgewählten Experten über die Probleme bzw. Lösungsmöglichkeiten des Gesundheitssystems im Gazastreifen diskutiert wurden.

Die meisten Interviews sind in den Institutionen geführt, in Ausnahmefällen Zuhause. Wegen der kritischen Situation im Gazastreifen sind viele Interviews mehrmals unterbrochen worden, die dann zu einem anderen Zeitpunkt weitergeführt werden mussten. Die meisten Interviews dauerten über ein Stunde. Die Interviews wurden in Arabisch geführt. Manche Experten sprachen Deutsch, möchten aber lieber ihre Muttersprache verwenden. Die gesamte Atmosphäre war während der Interviews sehr gut, weil die Interviewpartner sehr kooperativ waren.

## 3.2 Auswertung und Interpretation der Interviews

Bei der Auswertung und Interpretation der transkribierten Daten sollte immer bewusst sein, dass die mit den Daten geschaffene Realität auf der subjektiven Wahrnehmung der am Datengewinnungs- und Transkriptionsprozess beteiligten Personen beruht. Somit muss deren Ursprünglichkeit soweit es geht erhalten bleiben. „Qualitative Sozialforschung zielt in der Auswertung auf die *Erfassung und Rekonstruktion der grundlegenden Interaktionsmuster* (Kommunikationsstrukturen), ohne dabei die *Originalität und Individualität* der einzelnen Untersuchten aufgeben zu wollen“ (Maria Post, E., 2010, N. Lamnek, S., 1987, S. 201).

Die Datengrundlage dieses Forschungsvorhabens basiert auf den bereits vorgestellten Interviews, ebenso auf den Stellungnahmen in den Forschungslogbüchern. Die Auswertung dieses Materials orientiert sich an der Interpretativen Auswertungsstrategie für Leitfadensorientierten Experteninterviews. Der Weg Modelle zu entwickeln, ist die Rekonstruktion der Forschungspraxis. „Dieser Weg wurde von **Bolnsack** (1989) bei der dokumentarischen Interpretation, von **Schütze** (1981) beim narrativen Interview und von **Oevermann** u.a. (1979) bei der objektiven Hermeneutik beschritten (Bogner, A. Littig, B., Menz, W. 2002). Die Bewertungsmethode hat die folgenden Schritte

### 3.2.1 Transkription

„In Abhängigkeit von ihren besonderen Forschungsabsichten wird die Notwendigkeit bestehen – oder nicht bestehen- das gesamte Tonbandmaterial zu transkribieren; oder wirklich jeden Abschnitt oder jede Zeile jedes Interviews oder jede Feldnotiz. Die tatsächliche Transkription (die beträchtliche Zeit, Energie und Geld in Anspruch nehmen kann) sollte **selektiv** sein“ (Strauss, A., Corbin, J. 1996. S. 14). Grundsätzlich sollte die Theorie nicht bestimmen, wonach man sucht und wo man dies im Feld zu finden versucht, sondern auch, wonach man in den Daten forscht.“ Letztendlich muss jeder selbst entscheiden, in welchen Umfang er die Interviews und Feldnotizen transkribiert. Es muss entschieden werden, was Sinn und Zweck der Studie ist und welche zusätzlichen analytischen Beiträge bereits transkribiert sind versus nicht transkribierte Teile des Materials zur gesamten Untersuchung leisten (ebd.).

*„Das aufgezeichnete Interview sollte möglich vollständig transkribiert werden. Die Alternative bestünde darin, dass der Interviewer die Aufzeichnung abhört und dabei die wesentlichen Aussagen zusammenfasst“ (Gläser, J. Laudel, G., 2009. S. 193).*

Wenn nun bereits in der Phase der Datengewinnung nur selektiv, entsprechend dem Vorverständnis der Forscherin, Ausschnitte des Untersuchungsgegenstandes erfasst worden sind, ist für die Qualität der Untersuchung ebenso bedeutsam, mit welcher Blickrichtung und Genauigkeit die Transkriptionstexte verfasst werden. „Transkripte sind also immer selektive Konstruktionen, und die Selektivität wirkt sich auf die Analyse und Interpretation der Transkripte aus (Maria Post, E., 2010).

Die Transkription dieser Arbeit ist daher in einem vernünftigen Verhältnis zur Fragestellung und zum gewünschten Ertrag der Forschung gestanden. U. Flick fasst diese Überlegungen wie folgt zusammen: *„Erstens bindet eine zu genaue Transkription von Daten häufig Zeit und Energie, die sich sinnvoller in die ihrer Interpretation stecken lassen. Zweitens werden Aussage und Sinn des Transkribierten in der Differenziertheit der Transkription und der resultierenden Unübersichtlichkeit der erstellten Protokolle gelegentlich eher verstellt als zugänglich“ (ebd. N. Flick, U., 2005, S. 253).*

Diesem Ansatz gemäß sind die erstellten Interviews von der arabischen Sprache zu der Deutschen in lesbarer Form übersetzt worden. Dies nur an den Stellen, an denen es dem Textverständnis dienlich ist. Bei Transkription der gesamten Interviews sind viele Äusserungen, die für die Arbeit irrelevant sind, nicht transkribiert worden. „ Pausen, Stimmlagen sowie sonstige nonverbale und parasprachliche Elemente werden nicht zum Gegenstand der Interpretation gemacht“ (Bogner, A. Littig, B., Menz, W. 2002. S. 83).

Anders als beim biographischen Interview ist die Transkription der gesamten Tonaufnahme nicht der Normalfall, deswegen wird die Transkription recht kurz und höchst selektive ausfallen und begrenzt auf die Äußerungen, die zur Sache gehören. Grundsätzlich wurde versucht eine umfassende Transkription zu erstellen.

### 3.2.2 Paraphrase

Meine Entscheidung, welche Passagen eines Interviews transkribiert und welche dabei paraphrasiert werden, hängt stark von der Fragestellung ab. Mit Hilfe des Interviewleitfadens liegen bereits Schwerpunkte fest, die sich im Verlauf der acht Interviews zu Kategorien entwickelt haben. *„Das Material wird paraphrasiert, wobei weniger relevante Passagen und bedeutungsgleiche Paraphrasen gestrichen werden (erste Reduktion) und ähnliche Paraphrasen gebündelt und zusammengefasst werden (zweite Reduktion). Dies stellt eine Kombination der Reduktion des Materials durch Streichungen mit einer Generalisierung im Sinne der Zusammenfassung auf einem höheren Abstraktionsniveau dar“* (Maria Post, E., 2010 N. Flick, U., 2005, S. 280).

Es entsteht Text in der Absicht, die Gesprächsinhalte der Reihe nach wiederzugeben und den propositionalen Gehalt der Äußerungen zu einem Thema explizit zu machen. Die langen Passagen sind auch lang paraphrasiert.

*„Eine gute Paraphrase zeichnet sich durch ihr nicht-selektives Verhältnis zu den behandelten Themen und Inhalt aus; sie sollte – ausführlich oder abkürzend – jedenfalls protokollarisch auf den Inhalt gerichtet sein, so dass nicht antizipierte Themen und Aspekte nicht verloren gehen“* (Bogner, A., Menz, W. 2002, S.84).

Es erfolgt eine Zusammenfassung der wesentlichen Stellen aus den acht Interviews und diese wiederum werden reduziert auf Ergebnisse, die die Grundlage für die Erstellung eines **Forschungslogbuchs** liefern. *„Theoretische Konzepte und Hypothesen werden nicht aufgrund von wissenschaftlichem und alltagsweltlichem Vorwissen formuliert, sondern durch kontrolliertes Fremdverstehen der von den Untersuchten verwendeten Alltagskonzepte entwickelt“* (Maria Post, E., 2010 N. Lamnek, S., 1989, S. 18).

Das erstellte Forschungslogbuch ist eine wichtige Quelle, die mit den richtigen Namen, Telefonnummern und Adressen der Interviewpartner versehen ist. Es stellt das wichtige Ausgangsmaterial für diese Arbeit bereit. Darin enthalten sind die Beobachtungen, Protokolle und auch ergänzende Bemerkungen. Die Zuordnungen zu den Themenschwerpunkten sind zu diesem Zeitpunkt nicht immer deutlich. Um die Vergleichbarkeit der Paraphrasen zu ermöglichen, sind die Paraphrasen nochmal durchgemustert und zum Teil revidiert. Dabei sind die Aufnahmen von Interviews nochmals abgehört worden.

### **3.2.3 Kodierung**

Der nächste Schritt der Verdichtung des gesamten Materials bestand darin, die von mir paraphrasierten Passagen des Forschungslogbuches mit Überschriften zu versehen. Die angesprochenen Themen waren mir die Maßstäbe, ob die jeweilige Passage nur einer oder mehreren Überschriften zugeordnet werden musste. Daraus ergaben sich die Schwerpunkte für die Interviewauswertung.

Da die Interviews leitfadennah geführt wurden, ergaben sich überwiegend Texte, deren Passagen sich jeweils auf ein Thema bezogen. Neben diesem Fall gab es aber auch Passagen, die zu mehreren Überschriften gehörten. *“Passagen, die gleiche oder ähnliche Themen behandelt werden, werden zusammengestellt. Eine Hauptüberschrift, die den Inhalt sämtlicher subsumierter Passagen abdeckt, wird formuliert“* (Bogner, A. Littig, B., Menz, W. 2002. S. 85). Auf diese Weise wird die Übersicht über mehrere Text erzielt, die sich auf Themen bzw. auf bestimmte Informationen beziehen. Das einzelne Interview war dabei die Hauptrolle des Gegenstandes der Auswertung. Die Auswahl der Einheiten (Überschriften), die zur Analyse ausgeschnitten und zusammengefügt werden, sollte den Zielen dieser Arbeit entsprechen.

Unter diesen Bedeutungseinheiten, die als Grundeinheiten für die Kategorisierung angewandt wurden, entschied ich mich für die Verwendung der thematischen Einheiten, die man aus dem Text herauslösen kann und die sich aus relevanten theoretischen Grundlagen ergeben. So werden Bedeutungselementen, aus denen sich die Interviews zusammengesetzt haben, nach einem System im Vorfeld definierten Überschriften herausgelöst.

Danach sind die Überschriften wieder vereint worden. Dabei ist an einer textnahen Kategorienbildung festgehalten worden. Auf eine gesundheitswissenschaftliche Terminologie wurde zu diesem Zeitpunkt bewusst verzichtet. Dabei sind die Überschriften im Laufe der weiteren Ausarbeitung als Steigbügel oder Fußstütze verwendet worden, implizit um die Relevanzstrukturen jedes Interviews ablesen zu können. Strauss (1987: 33f.) nennt diese Art der Verdichtung der Daten „in vivo codes“, von denen er „sociologically constructed codes“ abgrenzt. Jene „are taken from or derived directly from the language of the terms used by actors in that field themselves“ (ebd. N. Strauss, A., 1987).

Da die ausgewählten Experten über sehr hohe Kompetenz in der Gesundheitswissenschaft verfügten, haben sie manchmal in ihren Texten metaphorische Verdichtungen benutzt, die ich als Überschrift übernommen habe. z.B. die Überschrift „*Chaos im Gesundheitssystem*“, „*Den Patienten den Weg zeigen*“ oder *Verteilung der Managementaufgaben* sind in mehreren Interviews erwähnt. Deswegen wurden diese Aussagen als Überschriften übernommen, was im Laufe der Konzeptualisierung in andere gesundheitswissenschaftliche Begriffe übersetzt worden ist.

### 3.2.4 Thematischer Vergleich

Ab dieser Stufe geht die Auswertung der Interviews über die einzelne Texteinheit hinaus. „Die Logik des Vorgehens entspricht der bei der Bildung von Überschriften, jetzt aber wird nach thematisch vergleichbaren Textpassagen aus verschiedenen Interviews gefahndet“ (ebd. N. Matthes-Nagel, 1986:37). Nach der Kodierung bzw. Überschriften der ganzen Passagen der Interviews sind die verschiedenen Passagen aus den verschiedenen Interviews, die gleich oder gleichen Themen behandelte, zusammengestellt und deren Überschriften vereinheitlicht überliefert. Implizit gehe es darum, die ganzen Passagen der Interviews von den Interviewpartnern nochmals zu studieren und zu vergleichen. Dabei sind die themengleichen unter den dazugehörigen Überschriften zusammen gefasst worden. Es handelt dabei um eine weitere Reduktion der Überschriften. „Die Kategorien, die auf dieser Stufe der Auswertung gebildet werden, sollen sich durch analytische und metaphorische Qualitäten auszeichnen“ (ebd. N. Strauss, A., 1987: 33).

Da bei dem thematischen Vergleich eine Menge von verschiedenen Daten betrachtet wurden, war die Überprüfung möglicherweise eine Revision von den vorgenommenen Zuordnungen erforderlich. Diese Bilanzen des thematischen Vergleichs sind auch kontinuierlich an den gegebenen Passagen der verschiedenen Interviews auf Triftigkeit, auf Vollständigkeit sowie auf Validität zu begutachten. Die Auflistung der Passagen direkt hintereinander ermöglicht einen einfachen Vergleich. Die Herstellung von Gemeinsamkeiten hilft weiterhin die Widersprüche, Unterschiede und die Abweichungen festzustellen. Zu welchen Themen äußern sich alle Interviewten, wo gibt es unterschiedliche Positionen zu einem gleichen Thema und welcher Experte äußert sich darüber hinaus zu speziellen Punkten. Somit waren alle gegebenen Informationen für die Interpretation der Interviews und das Identifizieren von Reformvorschlägen zum Gesundheitssystem von großer Bedeutung.

### 3.2.5 Gesundheitswissenschaftliche Konzeptualisierung

Ab dieser Stufe ist von den Texten und der Terminologie der Interviews abgewichen worden, um eine allgemeingültige Basis aufgrund von gesundheitswissenschaftlichen Begriffen zu schaffen. Es wurden Hauptkategorien gebildet. In jeder dieser Kategorien sind die verknüpften Beiträge der Experten verdichtet und implizit angeordnet „ Der Prozess der Kategorienbildung impliziert einerseits ein Subsumieren von Teilen unter einen allgemeine Geltung beanspruchenden Begriff, andererseits ein Rekonstruieren dieses allgemeinen, für den vorgefundenen Wirklichkeitsausschnitt gemeinsam geltenden Begriffs“ (Bogner, A., Menz, W. 2002, S. 88).

Damit im Anschluss eine Interpretation anhand einer allgemeinen disziplinären Diskussionen ermöglicht wird, sind die Texte nach gesundheitswissenschaftlichen Begriffen und Überschriften umgeformt. z.B. *Chaos im Gesundheitssystem*“ zu **Reformmöglichkeiten des Gesundheitssystems** und „*den Patienten den Weg zeigen*“ zu **Patientenorientierung**. Damit ist die Transformation in Public Health Konzepte erfolgt, bei denen die Relevanzen analytisch zugeordnet sind.

Diese gesundheitswissenschaftliche Konzeption ist der wesentliche Schritt, um eine Überführung zwischen dem von Experten beigesteuerten Wissen hin zu den gesundheitswissenschaftlichen Vorstellungen zu finden, die zu den Ergebnissen dieser Arbeit beigetragen haben.

### **3.2.6 Theoretische Generalisierung**

Die Gesundheitswissenschaftstheorien und die ausgewählten Gesundheitssysteme gaben mir die wesentliche Orientierung in dieser Phase, da ab dieser Stufe nicht mehr mit den Begriffen des Expertenwissens argumentiert wird. Die Begründung der Kategorien und deren Zusammenhänge sind untereinander zielgerecht festgelegt. Bei dieser rekonstruktiven Methode werden Sinnzusammenhänge zu Typologien und Theorien verknüpft, und zwar dort, wo bisher Zusammenziehung und pragmatisches Nebeneinander geherrscht haben. „Für die Auswertungspraxis ergab sich, dass alle Stufen durchlaufen werden müssen, dass keine Stufe übersprungen werden darf“ (Bogner, A., Menz, W. 2002, S. 90).

Im Laufe der Auswertungsprozesse hat sich als notwendig erwiesen, je weiter der Auswertungsschritte ist, immer wieder auf eine vorhergegangene Stufe zurückzukehren. Dies wurde immer bewusst durchgeführt, um die Angemessenheit einer Verallgemeinerung anhand ihrer Fundierung in den Datenquellen sicher zu stellen.

### 3.3 Lösungswege

Die Gesundheitssysteme stehen weltweit in der Diskussion. Insbesondere in den reichen Industriestaaten beschäftigen sich Gesetzgeber mit der Umstrukturierung der Gesundheitsversorgung, um diese auch zukünftig sichern zu können. Steigende Gesundheitskosten und Strukturverteilung der medizinischen Ressourcen sind ein allgegenwärtiges Problem. Der Grund liegt in gewachsenen Ansprüchen, der rasanten Weiterentwicklung der medizinischen Technologie und in der alternden Bevölkerung. Aber auch in ärmeren Ländern wird nach einer effizienteren Ressourcenverwendung im Gesundheitsbereich gesucht, um die Bevölkerung auch mit begrenzten Mitteln möglichst optimal versorgen zu können. Wo aber gibt es Verbesserungspotenziale und wo sollte man mit den notwendigen Reformen ansetzen? Und wie wird ermittelt, ob Reformprogramme erfolgreich sind bzw. waren oder nicht?

Ich konnte keine passenden Reformvorschläge zu den im Gesundheitssystem des Gazastreifens festgestellten Defiziten finden, weil die jeweiligen Verhältnisse sich zu sehr voneinander unterscheiden, um miteinander vergleichbar zu sein. Da ich im Laufe meiner Dissertation mehrere Gesundheitssysteme untersucht habe, z.B. jene in Russland, Kosovo, Dänemark, Brasilien und Deutschland, lag es nahe, aus diesen Erfahrungen einen allgemeinen Überblick über das Gesundheitswesen zu gewinnen. Dazu kommen die Experteninterviews, die ich mit Fachleuten vor Ort durchgeführt habe. Diese halfen mir, die existierenden Probleme zu erfassen und die passenden Lösungswege zu finden. Das dänische sowie das brasilianische Gesundheitssystem mit ihrer Dezentralisierung und auch Patientenorientierung habe ich als Vorbild genommen. Das Dezentralisierungstheorem von Wallace Eugene Oates 1972 war für mich die theoretische Basis.

Eventuell können aber Reformansätze aus anderen Ländern übernommen werden, so dass gute Ideen nicht zweimal erdacht werden müssen und unnötige Fehler bereits im Ansatz vermieden werden können. Um dies zu ermöglichen, werden internationale Vergleiche von Gesundheitssystemen vorgenommen.

Nach der Erstellung des wichtigsten Dateis des Gesundheitssystems und auch die Durchführung der Experteninterviews sind nach Reformvorschlägen gesucht, die immer mit den Experten dort diskutiert worden bis die passenden nötige Reformvorschläge gefunden sind.

### 3.3.1 Studienhypothesen

Unter **Hypothese** versteht man in der Statistik eine anhand empirischer Daten zu prüfende Annahme. Man unterscheidet als Gegensatzpaar **Nullhypothese**,  $H_0$ , und **Alternativhypothese**,  $H_A$ . Mit einer wissenschaftlichen Hypothese wird behauptet, dass zwischen zwei oder mehreren Variablen eine Beziehung besteht. Für eine Arbeit können mehrere Hypothesen festgelegt werden. Hypothesen sind in allgemeinsten Form Vermutungen über Ereignisse bzw. vorläufige Antworten auf wissenschaftliche Fragen. Für die wissenschaftlichen Arbeiten werden immer eine Nullhypothese und Alternativhypothesen festgelegt. Die Nullhypothese sagt aus, dass ein bestimmter Zusammenhang *nicht* besteht. Diese These soll verworfen werden, so dass die Alternativhypothese als möglich (wahrscheinlich) übrig bleibt (Bortz, J, 2002).

### **3.3.1.1 Nullhypothese**

Häufig sagt die Nullhypothese aus, dass kein Zusammenhang zwischen zwei Variablen besteht. Die Nullhypothesen sind die folgenden:

- I-** Die Ressourcenverteilung innerhalb der Gesundheitsversorgungsinstitutionen des MOH-Gesundheitsversorgungssystems im Gazastreifen ist optimal auf die Bedürfnisse ausgerichtet. Daher liegt keine Unter- bzw. Überversorgung im Gesundheitssystem vor.
- II-** Es besteht kein Reformbedarf zu dem Strukturverteilungsvorgehen der Gesundheitsversorgungsinstitutionen im MOH-Gesundheitsversorgungssystem im Gazastreifen.

### **3.2.1.2 Alternativhypothesen**

Als Alternativhypothese bezeichnet man in der empirischen Wissenschaft eine durch Beobachtungen oder Überlegungen begründete Annahme oder Vermutung, die zur Erklärung bestimmter Phänomene dient, und die einer möglicherweise verbreiteten Annahme oder Vermutung (nämlich der Nullhypothese) entgegen steht. Die Alternativhypothesen sind folgende:

- I-** Die Ressourcenverteilung innerhalb der Gesundheitsversorgungsinstitutionen des MOH-Gesundheitsversorgungssystems im Gazastreifen ist nicht optimal auf die Bedürfnisse ausgerichtet. Daher liegt Unter- bzw. Überversorgung im Gesundheitssystem vor.
- II-** Es besteht Reformbedarf zu den Ressourcenverteilungen innerhalb der Gesundheitsversorgungsinstitutionen des MOH-Versorgungssystems im Gazastreifen, durch welche die Über- und Unterversorgung vermieden werden kann.

### **3.3.2 Datenquellen**

Für das palästinensische Gesundheitsversorgungssystem im Gazastreifen dienen die Daten aus dem Gesundheitsministerium im Gazastreifen (MOH) als Grundlage. Zusätzlich werden meine Beobachtungen zur Lage und meine Erfahrungen, die ich gesammelt habe, einfließen. Eine Reise in den Gazastreifen zur Beobachtung und Sammlung der Daten ist bereits durchgeführt worden. Viele Informationen stammen von Experten, die ich interviewt habe, wie z.B. DR. Jousef ElJeesh, PhD. Dr. Ashraf Eljedi Dozenten an der islamischen Universität (Fachbereich Pflege und Gesundheit), und Dr. Aljazzar Raed, Berater des Gesundheitsministers im palästinensischen Gesundheitsministerium (MOH). die Beobachtungsprotokolle, die von mir erstellt worden sowie die Protokollaufnahme, die von mir auf verschiedenen Treffen zum Thema Gesundheitsversorgung angefertigt ist, waren auch für mich die wesentlichen Informationsquellen.

### **3.3.3 Wissenschaftliche Fragestellung**

Nach Avedis Donabedian kann die Qualität in der medizinischen Versorgung allgemein in drei Dimensionen unterteilt werden: Strukturqualität, Prozessqualität und Ergebnisqualität. Die Strukturqualität der Krankenhäuser bezieht sich auf die sachlichen und personellen Voraussetzungen eines erfolgreichen und wirksamen Behandlungsprozesses (Donabedian, A. 2003). Der Überblick über das palästinische Gesundheitssystem beginnt deswegen mit der Frage, ob das vorhandene Gesundheitsversorgungssystem im Gazastreifen auch für die Lösung aktueller und auch zukünftiger Probleme die passende Antwort bereit hält.

Diese Arbeit handelt deshalb von der Gesundheitspolitik im Gazastreifen. Ich möchte herausfinden, wie sowohl der Ist-Zustand des Versorgungssystems ist als auch seine Strukturverteilung und Entscheidungsprozesse seiner Gesundheitsressourcen im Gazastreifen sind, um die vorhandenen Defizite des Systems zu finden, die mit Hilfe von einigen kompetenten Fachleuten durch Experteninterviews identifiziert und in möglich passende Reformvorschläge münden.

Dabei leiten sich folgende Fragen ab:

1. Inwiefern sind die vorhandenen Verteilungsstrukturen der Gesundheitsversorgungsinstitutionen des MOH-Versorgungssystems in Bezug auf den Bevölkerungsbedarf reformbedürftig (*Strukturqualität*).
2. Wo und wie sollen die Reformvorschläge eingesetzt werden, um Gesundheitsversorgungsinstitutionen zu entlasten, damit deren Leistung besser wird? (*Prozessqualität*).
3. Wie kann die Unter- und Überversorgung im Gazastreifen ausgeglichen werden? (*Ergebnisqualität*).

### 3.3.4 Erwartete Ziele

Während der Analyse und Datenerhebung über die Situation des Gesundheitsversorgungssystems und dessen Ressourcenverteilung im Gazastreifen habe ich mir Gedanken über die erwarteten Ziele dieser Arbeit machen können. Zu Beginn hatte ich mir viele Ziele vorgenommen, jedoch würde dies den Rahmen dieser Arbeit sprengen. Zudem könnte man nicht tiefgreifender darauf eingehen. Deshalb habe ich mich auf vier Endziele fokussiert und diese definiert. Da diese Studie sich auf das Gesundheitsversorgungssystem im Gazastreifen, seine Strukturqualität, seine Vernetzung und die Nutzung seiner Ressourcen bezieht, beschreibt sie Faktoren, die die Strukturqualität des MOH-Gesundheitsversorgungssystems beeinflusst und hat die folgenden Ziele:

- 1- Genaue Beschreibung der Strukturqualität der Gesundheitsversorgungsinstitutionen des MOH-Gesundheitsversorgungssystems im Gazastreifen. Offene Themen können erforscht werden (*Strukturqualität*).
- 2- Die Darstellung der vorhandenen palästinensischen Gesundheitsversorgungsinstitutionen des MOH-Versorgungssystems im Gazastreifen, ihren Nutzungsgrad und die beeinflussenden Faktoren (*Nutzung*).
- 3- Analyse und Übertragungen zur Reformmöglichkeit der Verteilungsstruktur der Gesundheitsversorgungsinstitutionen des MOH-Gesundheitsversorgungssystems im Gazastreifen (*Analyse*).
- 4- Ein wissenschaftliches Konzept zu der Strukturverteilung in dem MOH-Gesundheitsversorgungssystem im Gazastreifen (*Ergebnis*).

## 4 Gesundheitsdefinition

Wer sich mit den Gesundheitsversorgungssystemen und deren Politik auseinandersetzen möchte, der stellt sich wohl recht schnell die Frage nach der Definition von Gesundheit bzw. Krankheit und wer diese aufstellt. Die individuelle Auffassung weicht hierbei durchaus von der gesellschaftlich oder von der medizinisch vorherrschenden Sichtweise ab. Nach der Definition von Eckhard (1997), ist die Gesundheit das höchste Gut, und unter welchen Voraussetzungen ein Mensch tatsächlich gesund ist, hängt davon ab, wie man den Gesundheitsbegriff definiert. Zahlreiche Wissenschaften fühlen sich aufgerufen, Gesundheit und Krankheit zu ihrem Thema zu machen. Um die Identifikation, Analyse und Bewertung dessen, was Gesundheit ausmacht, bemühen sich die Medizin, die Biologie und die Sozialwissenschaften. Aber auch die Rechtswissenschaften und die Philosophie haben sich mit dem Thema Gesundheit und Krankheit auseinandergesetzt (Belz-Merk, 1994).

Die Definition der World Health Organisation WHO<sup>6</sup> wird seit über 40 Jahren gleichermaßen anerkannt und kritisiert. Die Definition von Gesundheit als „Abwesenheit von physischem Schmerz und physischer Krankheit“ wird dem heutigen Verständnis von Gesundheit nicht mehr gerecht. In der Definition der WHO von 1946 wird Gesundheit „nicht nur als Abwesenheit von Krankheit verstanden, sondern sie umfasst *einen Zustand* des physischen, geistig-seelischen und sozialen *Wohlbefindens*“ (WHO, 1946). Diese Definition weist allerdings einen gravierenden Mangel auf. Dieser ist darin begründet, dass bei sinngemäßer Auslegung des Gesundheitsbegriffs fast jeder als krank einzustufen ist.

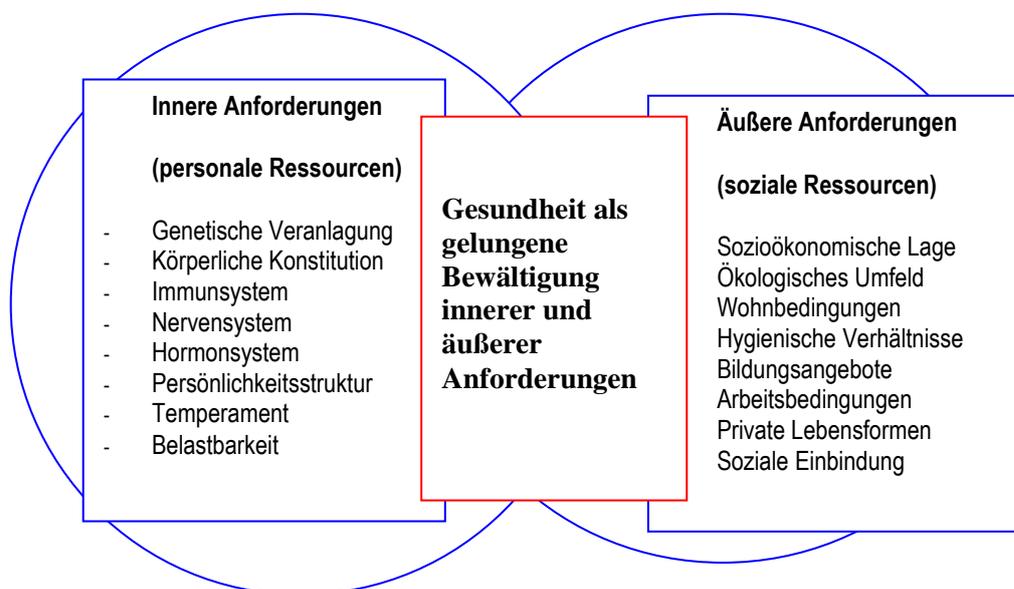
---

<sup>6</sup> Die Weltgesundheitsorganisation (engl. World Health Organization (WHO)), die ihren Hauptsitz in Genf (Schweiz) hat, fungiert als Koordinationsbehörde der Vereinten Nationen für das internationale öffentliche Gesundheitswesen. Sie wurde am 7. April 1948 gegründet.

Zudem kann mit dieser Definition fast jede Maßnahme auf dem Gebiet des Gesundheitswesens gerechtfertigt werden. Ein weiteres Problem besteht darin, dass der Gesundheitsbegriff der (WHO) einer Tendenz folgt, die Verantwortung für die eigene Gesundheit an andere Instanzen abzugeben, indem er den Bürgern vorspielt, einen Anspruch auf ein physisches, psychisches und soziales Wohlbefinden zu haben, der von den Verantwortlichen in Gesellschaft und Staat eingelöst werden müsste (Seidler, K., 1995).

Die Definition der WHO führt jedoch von einem rein auf den physischen Zustand des Menschen bezogenen Gesundheitsbegriff weg. Gesundheit ist somit ein sehr wichtiger Bestandteil, für das individuelle Wohlbefinden, und entzieht sich einer streng isolierenden Betrachtungsweise. Demnach kommt diesem Definitionsversuch der Verdienst zu, Gesundheit als subjektiven Aspekt des "Sich Wohlfühlens" zu betrachten und damit die Grenze einer engen biomedizinischen Sichtweise zu überwinden (Pohle, C., 1993, S. 12). Der Gesundheitsbegriff hat seine Eindimensionalität verloren. Gesundheit entwickelt sich von einer dichotomen Größe zu einem Kontinuum, das zwischen den Polen „gesund“ und „krank“ dynamisch pendelt. Gesundheit ist ein persönliches Gut, das der individuellen und der kollektiven Verantwortung unterliegt (Hurrelmann; K., Laaser, U., 1998).

Zudem wird in der Ottawa Charta von 1986 mit der Erklärung „Gesundheit für alle bis zum Jahr 2000“ die Gesundheit als ein wesentlicher Bestandteil des alltäglichen Lebens verstanden und nicht als vorrangiges Lebensziel. Hier wird die Vielfältigkeit von Gesundheit nochmals besonders betont, der prozessuale Charakter herausgestellt und Gesundheit nicht länger als ausschließliche Expertenaufgabe verstanden. Im Vordergrund der Ottawa Charta kann „die Befähigung der Menschen selbst über ihre Gesundheit zu bestimmen“, gesehen werden.



**Abb. 6 : Gesundheit als Bewältigung von inneren und äußeren Anforderungen (Hurrelmann, K., 2000)**

Laut Hurrelmann 2000 kann unter anderem Gesundheit als die gelungene, Krankheit als die nicht gelungene Bewältigung von inneren und äußeren Anforderungen gesehen werden. Ebenso wird Gesundheit als Gleichgewicht und Krankheit als Ungleichgewicht von Risiko- und Schutzfaktoren auf der körperlichen, psychischen und sozialen Ebene beschrieben. Gesundheit wird als Gleichgewicht von Risikofaktoren und Schutzfaktoren verstanden und wahrgenommen.

Gelingt dies nicht, so entsteht ein Ungleichgewicht des „Wohlbefindens“ und der „Lebensfreude“, das auch als Krankheit bezeichnet werden kann. Er betrachtet die Gesundheit als Auseinandersetzung mit den inneren und äußeren Anforderungen (Siehe Abb. 6).

Gesundheit ist ein Gleichgewicht zwischen zwei Elementen: körperlicher Zustand und soziales Umfeld. Es hängt von der Krankheit ab, welche Elemente jeweils helfen. Zu den körperlichen Elementen gehören genetische Veranlagung, körperliche Konstitution, Immunsystem, Nervensystem, Hormonsystem, Persönlichkeitsstruktur, Temperament und Belastbarkeit. Zum sozialen Umfeld gehören sozioökonomische Lage, ökologisches Umfeld, Wohnbedingungen, hygienische Verhältnisse, Bildungsangebote, Arbeitsbedingungen, private Lebensformen und soziale Einbindung. Von hier ist die Gesundheit nur gegeben, wenn körperliche und psychische Anforderungen als soziale und materielle Umwelтанforderungen bearbeitet werden (Hurrelmann, K., 2000, S. 87 - 88). Deutlich wird hier wiederum, dass Gesundheit und Krankheit als dynamischer Prozess verstanden wird und sich zwischen den Polen des „sicher gesund“ und „sicher krank“ bewegt.

Neumann 1996 definiert die Begriffe Gesundheit und Wohlbefinden als den „Zustand oder Grad der Systemstabilität, in dem sich alle Teile und Variablen mit dem Ganzen des Systems in einem harmonischen Gleichgewicht befinden“ (Neumann, F., 1996, S. 238). Für Neumann bedeutet demnach Gesundheit einen hohen Grad des Wohlbefindens, der erreicht wird, wenn alle Bedürfnisse des Systems gestillt werden können. Bleiben bestimmte Bedürfnisse unerfüllt, sinkt der Grad des Wohlbefindens, und die Gesundheit ist tendenziell gefährdet“ (ebd., S. 238). Bei Neumann hängen Wohlbefinden und Gesundheit eng zusammen. Er betont, dass Gesundheit als Kontinuum mit fließenden Übergängen zwischen Wohlbefinden und Krankheit gesehen werden muss.

Nach Calen wird die Gesundheit nicht nur als eine biologische Selbstverständlichkeit gesehen. Sie muss immer wieder neu erworben und durch ein gesundheitsgerechtes, präventives Verhalten des einzelnen Individuums gesichert werden (Hans, M., 1987, S. 21, N. Bourmer, H., 1976, S. 45).

Badura (1999) sieht die Gesundheit als beides: Voraussetzung und Ergebnis einer kontinuierlichen Auseinandersetzung des Menschen mit Bedingungen und Herausforderungen in Familie, Arbeitswelt und Freizeit. Und am überzeugendsten erscheint ihm die Vorstellung von Gesundheit als Kompetenz oder Befähigung zu einer aktiven Lebensbewältigung.

Der vom Medizinsoziologen Antonovsky<sup>7</sup> eingeführte Begriff Salutogenese fragt danach, wie und warum Menschen trotz Belastungen gesund bleiben bzw. wie sie ihre Gesundheit wieder herstellen. Warum leiden manche Menschen manchmal weniger, und warum bewegen sie sich auf dem Kontinuum in Richtung des Pols Gesundheit? Er hat das in manchen Fällen als „*Kampf in Richtung Gesundheit*“ betrachtet (Antonovsky, A., 1993, S. 10). Die Antwort auf diese Fragen, bezeichnet er als „Kohärenzgefühle“ (The sense of coherence "SOC"<sup>8</sup>) (Antonovsky, A., 1979, 1987). Bei ihm ist Gesundheit eine dynamische Interaktion zwischen zahlreichen belastenden und entlastenden Faktoren (Hurrelmann, K., 1994, S. 134 - 136). „Gesundheit erhält eine besondere Bedeutung dadurch, dass sie eine Voraussetzung für die Teilhabe der Menschen am gesellschaftlichen Leben und an den Errungenschaften des Wohlfahrtsstaates ist“ (Wendt, C., 2001, N. Süß, W., 1998, Leisering, L., 1999).

---

<sup>7</sup> Antonovsky begann mit der Suche nach generellen Widerstandsfaktoren; Faktoren, die dabei helfen, mit jedem Stressor umgehen zu können.

<sup>8</sup> The sense of coherence (Kohärenzgefühl): „Auf die Klärung der Implikation hat Antonovsky große Aufmerksamkeit verwandt. Seiner Meinung nach macht es einen großen Unterschied, je nachdem, ob pathogenetische oder salutogenetische Fragen gestellt werden. Die Antwort, die er schließlich auf die salutogenetische Fragestellung findet, bezeichnet er als Kohärenzgefühl SOC. Das ist eine Orientierung, die zum Ausdruck bringt, inwieweit eine Person ein überdauerndes Gefühl des Vertrauens hat, und sie sich entwickelt, wie man es vernünftigerweise erwarten kann (ANTONOVSKY 1979). Das SOC hat drei Faktoren: Widerstandsfaktoren, Machbarkeitsfaktoren, Bedeutsamkeitsfaktoren.“

Krankheit bedroht dagegen die selbständige Lebensführung. Für Parsons (1951) ist die Gesundheit nicht nur für Teilhabechancen des Einzelnen von Bedeutung, sondern auch für die Gesellschaft insgesamt. Sie ist eine funktionale Vorbedingung für das Bestehen einer Gesellschaft, da diese nur dann dauerhaft bestehen kann, wenn ihre Mitglieder gesund sind.

Gesundheit und Krankheit sind verschiedene Ausdrücke des Lebensprozesses. Die Bedeutung, die ihr beigemessen wird, leitet sich nach dem Verständnis des jeweiligen Lebensprozesses oder Lebensentwurfes ab. Es gibt keine absolute Norm für Gesundheit, es gibt lediglich Muster nach denen Gesundheit benannt werden kann. Die Gesellschaft leitet aus diesen Mustern die Begriffe „krank“ oder „gesund“ ab. Diese unterscheiden sich wiederum in kulturellen, religiösen und historischen Denkweisen. Darüber hinaus hat jede Familie, jedes Individuum seine eigene Definition von „Gesundheit“ und „Krankheit“. Gesundheit bedeutet die Fähigkeit, in sozialen Rollen zu agieren.

Nach der Kritik an der Definition der Gesundheit der WHO von 1946 kann also als Zusammenfassung gesagt werden, dass Gesundheit ein mehrdimensionaler Begriff ist, nur prozesshaft zu verstehen ist und aus einer subjektiven Erlebniskomponente sowie objektivierbaren Lebensbedingungen besteht und damit immer auch auf die Notwendigkeit von Kulturen und Religionen zur Erlangung von Gesundheit verweist. Krankheit sollte als individuell *und* gesellschaftlich betrachtet werden. Ihre Folgen müssen vorwiegend individuell bewältigt werden, aber bei ihrer Entstehung haben wir alle kollektiv einen ziemlich großen Anteil. Folglich muss sich die Gesundheitsarbeit immer gleichermaßen auf beide Felder richten: Menschen bei der Bewältigung ihrer individuellen Krankheit helfen und die gesellschaftlichen Voraussetzungen der Entstehung von Krankheit, wie auch den Umgang mit den Folgen verbessern (Christoph, K., 2004).

Ein Gesundheitswesen, das diesen Namen verdient, müsste neben der kurativen Medizin mit ihren überwiegend gewiss unverzichtbaren Erkenntnissen und Methoden mindestens zwei weitere Zweige entwickeln:

- 1- Unterstützungsformen für die individuelle Verarbeitung der Krankheit und den Umgang mit ihren Folgen.
  
- 2- Formen der Ausstrahlung in alle anderen gesellschaftlichen und politischen Felder, um kollektive Mechanismen der Entstehung von Krankheit aufzuspüren und zu heilen.

Das Gesundheitsversorgungssystem ist der Schlüssel für die Behandlung und Verhütung von gesundheitlichen Schäden. Die Bekämpfung der Krankheiten und die Stabilisierung des Gesundheitszustandes einer Bevölkerung stellen einen wichtigen Aspekt eines Gesundheitsversorgungssystems dar. Für den Gesundheitszustand sind auch viele Risiken ein wesentlicher Faktor, die Gesundheit eines Menschen zu beschädigen. Das Risiko zu erkranken und zu sterben ist sehr viel höher, wenn die Risiken nicht erkannt sind. Die Erkennung und Behebung der Risiken in einer Bevölkerung ist ein Funktionsbestandteil eines Versorgungssystems. Denn eine Bewertung der Struktur und der Effektivität des (stationären) Gesundheitswissens muss die gesundheitlichen Problemlagen in der Bevölkerung zum Ausgangspunkt der Analyse nehmen (Ingeborg, L., 2003).

Diese lassen sich wie folgt skizzieren: Parallel zum Rückgang der Infektionskrankheiten als Haupttodesursachen des frühen Alters und dem damit verbundenen Anstieg der durchschnittlichen Lebenserwartung haben chronischen-degenerative Krankheitsbilder an Bedeutung gewonnen. Die Qualität der Versorgungsangebote des Gesundheitsversorgungssystems und sein Zugang sind die wichtigsten Faktoren für Gesundheitsbewahrung (Siehe Kap. 9).

## **5 Erkrankungen, Faktoren und Anforderungen an das Gesundheitsversorgungssystem im Gazastreifen**

Trotz gezielter Präventionsprogramme und einer erfolgreichen medizinischen Versorgung bleiben die Erkrankungen und ihre Folgen die Hauptprobleme eines Gesundheitsversorgungssystems und seiner Wissenschaftler, da das körperliche, psychische und soziale Wohlbefinden vieler Bevölkerungsgruppen nicht zufriedenstellend ist. Viele persönliche, psychologische, soziale und politische Faktoren bringen dem Mensch erhebliche Belastungen, die mit den vorhandenen Ressourcen nicht bewältigt werden können.

*„Viele palästinensische Bevölkerungsgruppen haben im Gazastreifen noch immer Schwierigkeiten mit den Belastungen der Arbeits- und Lebensbedingungen, die in jeder Lebenssituation und Lebensphase eines Menschen eintreffen können, sowie mit dem sozialen- und politischen Umfeld.“*  
(Dr. Obst in Interview).

Durch das Ungleichgewicht zwischen den persönlichen, körperlichen, sozialen und psychischen Anforderungen und den vorhandenen inneren Ressourcen kommt es, ebenso wie durch die persönlichen, finanziellen bzw. politischen Anforderungen und den vorhandenen äußeren Ressourcen, zu größten Störungen im Gesundheitszustand. Durch diese dauerhafte Belastung der Lebenssituation bewegt sich der Zustand des Menschen von Gesundheit Richtung Krankheit (Siehe Kap. 4).

*Das Thema Erkrankungen im Gazastreifen und die Anforderungen des palästinensischen Gesundheitsversorgungssystems beschäftigen viele internationale und auch palästinensische Gesundheitswissenschaftler. Das Problem der Krankheiten in Palästina wurde meistens von der statistischen Seite beobachtet und erforscht (Dr. Diener, Dr. Dank in Interview).*

In diesem Kapitel wird erläutert, welche Bedingungen und Faktoren dazu führen, dass Krankheiten sich in der palästinensischen Bevölkerung im Gazastreifen ausbreiten und es wird versucht, aus einer Public Health-Perspektive die Anforderungen an das palästinische Versorgungssystem zu verdeutlichen.

Die Lösung des Problems fängt nicht beim Auftauchen einer Krankheit an, sondern ein Gesundheitsversorgungssystem muss die Einstellung der Bevölkerung zu seiner Gesundheit bzw. Krankheit insoweit beeinflussen, dass Krankheiten rechtzeitig bekämpft werden bzw. gar nicht erst auftreten und sich ausbreiten. Die Gesundheitsförderungsprogramme sind die Hauptlösung des Problems. Ein Gesundheitsversorgungssystem soll auch und zuerst die Krankheitsbedingungen untersuchen und erkennen. Allein im Jahr 2004 waren 81,9% der Gesamttodesfälle in der Palästinensischen Bevölkerung krankheitsbedingt (Siehe Kap. 5).

Um das Problem der Erkrankungen in Griff bekommen zu können, sollte man, neben dem Hauptpunkt der Arbeit „Versorgungsbedingung in Palästina“, auch die Lebensumstände im Gazastreifen erwähnen. Dazu dient ein kleiner Überblick über die Palästinenser und ihr persönliches Umfeld, das bei einer Krankheit eine große Rolle spielt.

## **Persönliche Lebensbedingungen und Belastungen der Palästinensischen Bevölkerung**

In allen Altersgruppen der palästinensischen Bevölkerung im Gazastreifen hat sich das Krankheitsspektrum der chronischen und akuten Krankheiten verstärkt; dies ist eine Folge der persönlichen Überbelastungen durch die politische Situation, die nicht flächendeckende Verteilung der medizinischen Ressourcen und die mangelhafte Bekämpfung der mikrobiologischen Krankheitserreger. *„Drei Faktoren beeinflussen die Krankheiten der Menschen im Gazastreifen, nämlich die Politik, die mangelhafte Krankheitsbekämpfung und das schlechte Verteilungsmanagement“* (Dr. Metzger, Dr. Diener, Dr. Schaf, Dr. Vogel in Interview).

In den letzten Jahren hat sich als Ergebnis der fachlichen und öffentlichen Diskussion ein Trend herausgebildet, in dem die verschiedenen Ansätze in der Krankheitsdefinition und -beschreibung miteinander kombiniert werden. Es ist in diesem Zusammenhang hinreichend klar geworden, dass ein einfaches Verständnis von Krankheit nicht ausreicht, um Ursachen, Verläufe und Heilungsbedingungen zu klären.

Die persönlichen Belastungen haben eine große Bedeutung für die Heilungsprozesse und ihren Erfolg. Zu den persönlichen Belastungen gehören viele Faktoren aber im Speziellen wird auf die folgenden Punkte eingegangen:

- **Stress**
- **Akzeptanz**
- **Lebenseinstellung**

- **Stress und die Auswirkung der politischen Situation auf die Gesundheit der Palästinenser**

Stress- und Bewältigungstheorien stellen sich immer die Frage, wie sich ein Mensch mit alltäglichen und ungewöhnlichen Anforderungen und deren Belastungen seiner Persönlichkeit auseinandersetzen kann, wie er damit umgehen kann und welche Ressourcen er besitzt, um den Stress bewältigen zu können. Das Stresskonzept von Selye (1984) bietet uns einen wichtigen Anhaltspunkt, wie der Mensch seine Verarbeitungsmechanismen bei Belastungen zur Verfügung stellt. In einer Bedrohungssituation reagiert zuerst der Körper und mobilisiert seine verfügbaren Ressourcen<sup>9</sup> um der Gefahr zu entgehen und die Bedrohung zu meistern (Hurrelmann, K. 2003).

Die Palästinenser im Gazastreifen leben wegen der bedrohlichen Situation in einer dauerhaften Anspannung und immer in einer Alarmbereitschaft. Diese Bedrohungen können sie nicht bewältigen und diesen Stressoren können sie, egal in welcher Altersgruppe, nicht entgehen. Dies wirkt sich negativ auf ihren Gesundheitszustand aus, führt zu Krankheiten, und Heilungsprozesse verlangsamen sich. Diese Situationen werden von jedem Palästinenser anders und unterschiedlich wahrgenommen, abhängig von der subjektiven Einstellung eines Palästinensers und davon ob dieser Mensch direkte schlechte Erfahrung gemacht hat oder als dritte Person diese Erfahrung erlebt hat. Die verfügbare psychologische, soziologische und kulturelle bzw. religiöse Ressource der individuellen Person spielt eine große Rolle bei der Verarbeitung der Belastungssituationen. Die Unfähigkeit zur Bewältigung einer Bedrohungssituation wird die betroffene Person immer in Richtung der Krankheit bewegen. Das wiederholte Eintreffen von Bedrohungssituationen hat damit einen großen Einfluss auf die gesamte palästinensische Bevölkerung.

---

<sup>9</sup>Die gesammelte Erfahrung, Adrenalinausschüttung, Erhöhung des Muskels und Produktion von Enzymen.

Dem gegenüber kann diese Bedrohungssituation zu einer stärkeren subjektiven Einstellung führen, den Menschen widerstandsfähiger machen und er lernt mit den Belastungen in Zukunft besser umzugehen. So bewirken die Stressoren bei manchen Betroffenen eine eher positive Entwicklung. In den Situationen, in denen sich der Stress negativ auswirkt, entwickeln sich viele Krankheiten, deren Ursache der Stress ist.

„ (...) kann durch lang dauernde Überlastung der körperlichen, psychischen und sozialen Anpassungskräfte entstehen und in Krankheiten wie Herz-Kreislaufkrankungen, Krebskrankheiten und psychische Krankheiten münden“ (Hurrelmann, K., 2003, S. 13).

Ist der Stress, wie im Fall der Palästinenser im Gazastreifen, zu groß und hält er über einen längeren Zeitraum an, hat die Hormonausschüttung negative Auswirkungen auf das Herz-Kreislauf-System, das Magen-Darm-System und auf das Immunsystem. Bluthochdruck, Magengeschwüre, eine erhöhte Infektanfälligkeit oder gar ein Herzinfarkt können die Folge sein.

Der Prozentsatz der an Herz-Kreislaufkrankungen Gestorbenen war in Palästina der höchste der gesamten Todesfälle aller Krankheiten und lag bei 19.2%. Auch bei Bluthochdruck ist der Stress ein ganz wesentlicher Faktor, hier liegt die Sterberate bei 5,9% aller Krankheiten. Bei Stress werden bestimmte Hormone, vor allem Cortisol, im Körper ausgeschüttet und rufen verschiedenste körperliche Reaktionen hervor (Siehe Kap. 2.1.4.1).

Die Experten gehen heute davon aus, dass vor allem der Umgang mit den Stressfaktoren krank macht. Menschen mit Bluthochdruck finden häufig keinen Weg, um aufgebauten Stress und Druck abzubauen. Eine große Anforderung an das palästinensische Gesundheitsversorgungssystem ist es, die Palästinenser zu lehren, wie sie auf Dauer mit dem verursachten Stress umgehen könnten. Dazu wäre es sinnvoll, wenn die Gesundheitswissenschaftler zusammen mit den Pädagogen ein Konzept erarbeiteten, das im Rahmen der Gesundheitserziehung umgesetzt würde. In dem Konzept sollten die

kulturellen und religiösen Werte der Bevölkerung eine Rolle spielen. Gesundheitsförderungsprogramme mit diesem Hintergrund sollten insbesondere in den Schulen eingesetzt werden (Siehe Kap. 5).

- **Die eigenen Bedürfnisse im persönlichen Umfeld der speziellen palästinensischen Lage erkennen, akzeptieren und das Gesundheitsverhalten anpassen**

In der psychosomatischen Forschung wird dem Druck auf die Psyche, die Seele und den Körper eines Menschen große Bedeutung zugeschrieben; es wird davon ausgegangen, dass die psychosomatischen Krankheiten negativ auf das gesamte Verhalten des Menschen wirken. Körperliche Beschwerden zeigen einen Konflikt an und die aktuelle Befindlichkeit gibt Auskunft darüber, ob ein ungesundes Verhalten vorliegt.

Die Unfähigkeit eines Menschen sich seiner Lage anpassen zu können führt notgedrungen zu einem ungesunden Verhalten. Dieses führt wiederum zu Krankheiten, die nicht erkennbar sind, solange die Reaktionen des Organismus unabhängig von der speziellen Lebenssituation untersucht werden. Gesundheitsverhalten ist die Einstellung und das Verhalten eines Menschen gegenüber seiner Gesundheit bzw. seinen Gesundheitsrisiken. Die Wertschätzung der Gesundheit und die Verantwortung gegenüber der Gesundheit als individuelles, finanzielles und soziales Gut hängen wesentlich von den gültigen Werten und Verhaltensnormen in der Gesellschaft und der Kultur sowie der gesundheitlichen Aufklärung der Bevölkerung durch Gesundheitsexperten ab. Je hochwertiger die angebotenen Gesundheitsförderungsprogramme sind, umso gesundheitsbewusster verhält sich die Bevölkerung.

Viele Palästinenser im Gazastreifen können sich der Lage, in der Sie leben müssen, nicht anpassen und reagieren mit einem ungesunden Verhalten gegenüber ihrer Gesundheit. Das äußert sich im Essverhalten, beim Rauchen und durch Unsportlichkeit besonders bei älteren Menschen und der zunehmenden Risikobereitschaft bei den jungen Bevölkerungsgruppen. Da das mangelnde Gesundheitsbewusstsein in allen Altersgruppen festzustellen ist, sind auch die Eltern nicht in der Lage ihren Kindern ein Vorbild zu sein. Selbst den Schullehrern und Erziehern fehlen die Grundinformationen und sie sind somit keine Orientierungshilfe.

*„Wir haben das Problem, dass die Patienten bzw. die Bevölkerung keine Orientierungshilfe im Gesundheitssystem haben“ (Dr. Diener, Dr. Vogel in Interview).*

Das Gesundheitsversorgungssystem sollte die Bedürftigkeit eines Menschen berücksichtigen und sein Verhalten steuern können. Viele einfache Gesundheitsprogramme könnten erfolgreich durchgeführt werden, wenn sie auf das Gesundheitsverhalten spezifischer Bevölkerungsgruppen angepasst wären.

Die angebotenen Programme sollten Rücksicht nehmen auf die kulturellen Hintergründe der palästinensischen Bevölkerung und die aktuelle Situation, in der die Betroffenen leben.

## ▪ **Lebenseinstellung und Lebensgewohnheiten**

Das menschliche Individuum befindet sich während seiner gesamten Lebensspanne in einer ständigen intensiven Auseinandersetzung und im Austausch mit inneren und äußeren Ressourcen, um die eigene Persönlichkeit aufzubauen und weiterzuentwickeln (Hurrelmann, 1998). Als Persönlichkeit wird das für einen Menschen charakteristische Gefüge von Merkmalen, Eigenschaften, Einstellungen und Handlungskompetenzen bezeichnet, das von der vorhandenen Lebensumgebung, in der der Mensch sich befindet, beeinflusst wird. Lebenseinstellung und Lebensgewohnheiten sind die Ergebnisse der Zusammensetzung zwischen Lebensumgebung und dem Bedürfnis des Individuums zu einer Persönlichkeitsentwicklung.

Die Lebenseinstellung eines Menschen ist von großer Bedeutung bei der Entscheidung, ob das Auftreten von belastenden Lebenssituationen und krisenhaften Störungen in einer für die weitere Persönlichkeitsentwicklung förderlichen Form bewältigt werden kann oder nicht. Wie die Störungen und belastenden Lebenssituationen angesehen werden und wie damit umgegangen werden kann, hängt von der Lebenseinstellung und den Lebensgewohnheiten des Individuums ab. Besitzt der Mensch die falsche Einstellung oder Gewohnheit bei einer Lebensbelastung, kann es zu einer Störung der Gesundheitsbalance kommen und es können negative Auswirkungen auf seine Gesundheit auftreten.

Die Lebenseinstellung und Lebensgewohnheiten können den Menschen, bei Auftreten der gefährdenden und belastenden Faktoren in physikalischen, soziologischen oder psychologischen Bereichen, gut unterstützen um gesund zu bleiben und helfen die Störung der Gesundheit ausgleichen. Die Lebenseinstellung eines Menschen entscheidet, wie stark sich die Belastungen negativ auf seine Gesundheit auswirken. Nach der Antonovsky-Theorie (1998) muss die Gesundheit immer neu aufgebaut werden, weil der Verlust von Gesundheit ein natürlicher und allgegenwärtiger Prozess ist (Hurrelmann, K., 2000. N. Bengel, J., Strittmatter, R., Willmann, H. 1998).

Dazu braucht der Mensch eine starke und selbstbewusste Lebenseinstellung, um diesem Prozess entgegen wirken zu können.

Die Lebenseinstellung und Lebensgewohnheiten eines Menschen werden durch Erfahrungen, Lernen und Erziehung bestimmt, ebenso spielt das kulturelle Umfeld eine große Rolle. Durch die dauerhaft kritische Situation im Gazastreifen, reagieren viele Palästinenser mit ungesunden Angewohnheiten, die die betroffene Person in Richtung Krankheit bringen. Durch die dauerhaft kritische Lebenssituation im Gazastreifen vernachlässigen die Menschen ihre eigene Gesundheit und „ungesunde Angewohnheiten“ verbreiten sich.

Eine Verschlechterung des allgemeinen Wohlbefindens und eine instabile Gesundheit sind die Folge. Durch meine Beobachtung der palästinensischen Bevölkerung im Gazastreifen habe ich festgestellt, dass durch gezielte Gesundheitsförderungsprogramme diese Angewohnheiten den Betroffenen bewusst gemacht und eingestellt oder zumindest abgeschwächt werden könnten (Siehe Kap. 5).

*„Die Leute leben hier in einer dauerhaften Stresssituation, dies bezeichne ich als einen wichtigen Grund dafür, dass die Leute hier ständig krank sind. Sie benötigen nicht nur medizinische Hilfe sondern auch Gesundheitsförderungsprogramme, die ihnen dazu helfen, die Situation bewältigen zu können.“ (Dr. Schaf, Dr. Militär in Interview).*

## **6 Gesundheitsversorgungssysteme**

Bevor der Ist-Zustand der Strukturverteilung der medizinischen Ressourcen aufgezeigt wird und der Soll-Zustand der Verteilungsstruktur des Gesundheitsversorgungssystems im Gazastreifen erläutert wird, hier einige notwendige Definitionen:

### **6.1 Allgemeines**

Grundsätzlich lassen sich in der Europäischen Union zwei Grundtypen von Gesundheitssystemen unterscheiden: die Nationalen Gesundheitssysteme (NHS) und die sozialen, gesetzlichen Krankenversicherungssysteme. Die NHS gelten als jüngere Form und wurden 1948 in Westeuropa, zunächst in Großbritannien, 1970 in Irland, 1973 in Dänemark, 1979 in Portugal, 1980 in Italien, 1983 in Griechenland und 1986 in Spanien eingeführt. Die gesetzlichen Krankenversicherungssysteme wurden bereits 1883 unter Bismarck als Sozialgesetzgebung in Deutschland eingeführt und finden sich heute neben Frankreich auch in Belgien und den Niederlanden (Petra, S., 2004).

Braun (1994): Abgesehen von den Unterschieden in der historischen Entstehungsgrundlage, den ordnungspolitischen Vorstellungen von Eigenvorsorge in den Systemen, die zu einer unterschiedlichen Ausgestaltung des jeweiligen Gesundheitssystems geführt haben, ist allen Gesundheitssystemen eins gemeinsam, sie sind eher krankheits- als gesundheitsorientiert ausgerichtet (Peter, S., 2004, S. 14, N. Braun, H., 1994, S. 247 - 263). Allerdings haben die in 80 Jahren entwickelten und teilweise bereits umgesetzten Konzepte und Maßnahmen zur Gesundheitsförderung in diesem Punkt grundlegende Veränderungsprozesse angeregt.

## 6.2 Definitionen eines Gesundheitsversorgungssystems

Gesundheitsversorgungssysteme kommen durch die Organisation sozialer Reaktionen auf das Phänomen Krankheit zustande und sind durch das komplexe Zusammenwirken einer Vielzahl teils sehr heterogener Systemelemente gekennzeichnet (Peta, B., 1996. N. Michel, A., 1993). Die Gesundheitssysteme sind einfache Institutionen, über die Menschen in eine Gesellschaft integriert oder aus ihr ausgeschlossen werden können. Die Absicherung durch ein Gesundheitssystem verspricht medizinische Versorgung in Krankheitsfall, mit dem Ziel der Wiederherstellung von Gesundheit.

Das **Gesundheitssystem** oder **Gesundheitswesen** eines Landes umfasst alle Personen und Einrichtungen, deren Aufgabe die Förderung und Erhaltung der Gesundheit bzw. die Vorbeugung und Behandlung von Krankheiten ist. Das Gesundheitssystem mit seinen zahlreichen Angeboten bedarf verschiedener Steuerungselemente, die ausreichende und dennoch bezahlbare Versorgung gewährleisten soll. Zur Steuerung der Kosten für die medizinische Behandlung werden Verträge zwischen den verschiedenen Leistungsträgern bzw. -erbringern ausgehandelt. Um z.B. die Honorierung der Ärzte nicht allein den Gesetzen des Marktes und damit dem Wechselspiel zwischen Angebot und Nachfrage zu überlassen, werden zwischen den Kassenärztlichen Vereinigungen und den Kassenverbänden die Gebühren vereinbart. Als Gesundheitssystem gelten alle Aktivitäten, die dazu dienen, Gesundheit zu fördern, wiederherzustellen oder aufrecht zu erhalten (WHO, 2000).

Diese Definition folgt dem sehr umfassenden Anspruch der Weltgesundheitsorganisation (WHO) an Gesundheit, die als „(...) *state of complete physical, mental and social wellbeing and not merely the absence of disease or infirmity*“ beschrieben wird. Die beiden Definitionen konzentrieren sich auf die Gesundheitsförderung und nicht nur auf Krankheitsprävention. Ein zentrales politisches Steuerungsinstrument des Gesundheitswesens ist das Krankenversicherungssystem.

Hiernach lassen sich die Gesundheitssysteme der OECD-Länder in drei Typen einteilen:

- Typ **Nationaler Gesundheitsdienst**: Finanzierung aus Steuermitteln (z.B. Dänemark, Großbritannien, Italien). Das heißt, die gesamte Bevölkerung hat kostenlosen Zugang zu staatlich kontrollierten, medizinischen Einrichtungen, die vor allem aus allgemeinen Steuermitteln finanziert werden.
- Typ **Sozialversicherung**: Finanzierung durch gesetzliche Pflichtversicherung, (z.B. Deutschland, Frankreich), das Gesundheitswesen wird über eine obligatorische Sozialversicherung finanziert. In den meisten Ländern werden dazu einkommensabhängige Prämien erhoben, welche von Arbeitgebern und Arbeitnehmern gemeinsam getragen werden. Träger der Sozialversicherung sind private oder öffentliche Krankenversicherer. Die ambulante Leistungserbringung erfolgt in der Regel privat, die stationäre teils privat, teils öffentlich.
- Typ **Privatversicherung**: Finanzierung individuell oder durch Beiträge der Unternehmer (z.B. USA). Das Gesundheitswesen wird in erster Linie über freiwillige private Krankenversicherungsbeiträge finanziert. Wer mehr bezahlt, kann mehr Leistungen einkaufen. Wer mehr Leistungen beansprucht, bezahlt in der Regel höhere Prämien. Die Leistungserbringung erfolgt vor allem privat.

Die systematische Wirkungsanalyse im Hinblick auf verschiedene Zieldimensionen macht darüber hinaus deutlich, dass es bei der Reform eines Gesundheitsversorgungssystems um mehr geht als um Finanzierungsfragen und die Bewältigung des Kostendrucks, nämlich um:

- die Gewährleistung eines breiten, finanziell erschwinglichen Zugangs für alle Bevölkerungsgruppen zu den Leistungen des Gesundheitssystems
- die Organisation und Steuerung des Gesundheitssystems, durch welche die finanziellen und personellen Ressourcen in (mehr oder weniger bedarfsgerechte) Leistungen für die Bürger / Patienten transformiert werden
- die „subjektive Seite der sozialen Sicherheit“, wie sie etwa in der Zufriedenheit der Bürger mit den Leistungen des Gesundheitssystems und ihrem Vertrauen in die gesundheitspolitischen Institutionen zum Ausdruck kommt. „(...)Ein Ziel der Revision des Gesundheitssystem muss deshalb sein, neue Möglichkeiten des Zusammenlebens von Gesunden und Kranken, Jungen und Alten, Leistungsfähigen und Behinderten zu eröffnen“ (Kissling, Ch., 1994, S. 10).

Der Begriff "Versorgungssystem" wird mit dem Begriff "Gesundheitssystem" in einem breiten, umfassenden Sinn gleichgesetzt. Durch die Untersuchungen werden Informationen zu aktuellen Versorgungsproblemen wie Über- oder Unterversorgung, Spitalplanung oder Rationalisierung zur Verfügung gestellt. Außerdem werden Grundlagen erarbeitet, um Reformbemühungen im Gesundheitswesen und in der Krankenversicherung zu evaluieren. Das Versorgungssystem umfasst sowohl das **professionelle System**, bestehend aus:

- Gesamtversorgung Ambulanz und stationär
- Stationäre / teilstationäre Versorgung
- Ambulante Versorgung
- als auch das Laiensystem oder Selbsthilfesystem.

## 6.3 Prinzipien eines Gesundheitsversorgungssystems

### 6.3.1 Fürsorgeprinzip

In früheren Formen war die Bereitstellung von Fürsorgeleistung abhängig von der Schuldfrage. So hat zum Beispiel das britische Armenrecht von 1834, ehrbare Arme von nicht ehrbaren Armen unterschieden. Erstere, so die Vorstellung, wären ohne eigenes Verschulden verarmt und deswegen auf die Unterstützung der Gesellschaft angewiesen, die nicht ehrbaren Armen dagegen hätten durch ihren Lebensstil zu ihrer misslichen Lage selbst beigetragen, und ihnen sollte die Unterstützung der Gesellschaft verwehrt bleiben (Wendt, C., 2003, N. Rose, M., 1986). Das Fürsorgeprinzip hat mit dem Versorgungsprinzip den Gedanken der kollektiven Verantwortung gemeinsam, daher erfolgt auch die Finanzierung aus allgemeinen Haushaltsmitteln (Steuern). Somit ist der Gedanke des sozialen Ausgleichs und nicht das Äquivalenzprinzip als Verteilungskriterium maßgebend. Träger der Fürsorge sind lokale staatliche Körperschaften (Gemeinden, Städte) oder private Institutionen. Im Unterschied zum Versorgungsprinzip und zum Versicherungsprinzip werden Leistungen aber nach vorgängiger Prüfung der Bedürftigkeit des Leistungsempfängers gewährt.

Die Fürsorge ist somit in ihrer Grundform ganz auf individuelle Hilfe ausgerichtet. Sie wird zudem nur subsidiär gewährt, sofern nicht andere, z.B. Familienangehörige, zur Unterstützung herangezogen werden können. Es besteht daher kein Anspruch auf Hilfe bestimmter Art oder bestimmter Höhe. Ein Rechtsanspruch besteht nur dem Grunde nach, d.h. «an sich» (Kurt, W., 2001). Nach Kruse (1997) sind die Fürsorgeleistungen mit einer Bedürftigkeitsprüfung verbunden und sollen denen soziale Hilfe gewähren, die zur Eigenversorgung und Selbsthilfe nicht in der Lage sind. Bisher waren es im Krankheitsfall häufig Krankenhäuser karitativer Einrichtungen, welche die Gesundheitsversorgung bedürftiger Menschen übernahmen.

Wendt (2003) hat in seinem Vergleich von einigen Gesundheitssystemen festgestellt, dass in den heutigen Gesundheitssystemen das Fürsorgeprinzip nur eine residuale Bedeutung hat, d.h. teilweise gibt es eine Bedürftigkeitsprüfung für den Fall, dass eine Befreiung von Zuzahlungen zu Medikamenten, Heilmitteln oder Zahnersatz beantragt wird. Nach dem Fürsorgeprinzip wird auch die Sozialhilfe ausgezahlt.

### **6.3.2 Solidaritätsprinzip**

**Solidarität** ist das Zusammengehörigkeitsgefühl von Gruppen und Individuen, im weiteren Sinne auch von Staaten in Bündnissen. Sie äußert sich in gegenseitiger Unterstützung und Hilfe. Solidarität ist eines der Grundprinzipien des menschlichen Zusammenlebens: Der Mensch ist kein Einzelgänger, sondern lebt und lebte seit Anbeginn der Evolution immer in Gruppen. „Solidarität meint das gegenseitige Einstehen und eine wechselseitige Verantwortung der Mitglieder einer Gesellschaft“ (Wendt, C., 2003, N. Fuchs, D., 1999). Fuchs (1999) betrachtet dieses Prinzip als „Solidarität ist zunächst ein Wert und eine Haltung und wird zu einer soziologischen Kategorie durch ihre Konsequenz auf der Handlungsebene. Dort wird sie vor Vermeidung von Diskriminierung und Marginalisierung sozialer Gruppen der gesellschaftlichen Gemeinschaft festgemacht“ (Fuchs, D., 1999).

**Solidarität** kann einfach als gegenseitiges Einstehen und eine wechselseitige Verantwortung der Mitglieder einer Gesellschaft betrachtet werden, „deshalb ist unter Solidarität der Anspruch auf ‚Verlässlichkeit seiner Mitmenschen‘ zu verstehen sowie die allgemeine Akzeptanz entsprechender Normen und auch der damit verbundenen Rechte und Pflichten“ (Wendt, C., 2003, S. 46). Kaufmann (1997) weitert den Begriff der Solidarität als Forderung der Kooperationsbereitschaft sowie das Einstehen für gemeinsame Interessen aus, auf die Elemente, die den Kern einer Zivilgesellschaft ausmachen. Die Solidaritätsfunktion schließt die Sicherung und Versorgungsfunktion ein.

Denn die Idee der Chancengleichheit, beim Zugang zu Gesundheitsleistungen, kann nur mit Hilfe der Solidaritätsfunktion verwirklicht werden, da kein Einzelner in der Lage ist, sich wirksam gegen die, mit einer Krankheit verbundenen, Risiken abzusichern. Er ist immer auf die Zugehörigkeit einer Solidargemeinschaft angewiesen, in der die Kosten einer Krankheit gemeinsam getragen werden. Das Solidaritätsprinzip ist das Fundament der gesetzlichen Rentenversicherung. Grundgedanke ist die Solidarität der Jungen mit den Alten, der Gesunden mit den Kranken, der Leistungsstarken mit den Leistungsschwachen. Allen Versicherten stehen die gleichen Leistungen zu, unabhängig von jeweiliger Beitragshöhe, persönlichem Krankheitsrisiko oder Familienstand. Versicherungen nach dem Solidaritätsprinzip erheben ihre Beiträge nicht nach dem individuellen Risiko, sondern staffeln die finanziellen Möglichkeiten eines Versicherten. Sie zahlen im Schadensfall nur die Leistungen, die erforderlich sind und die notwendigen Behandlungen.

Die Frage der Finanzierungsumverteilung ist immer mit dem Solidaritätsprinzip verbunden, „Auch die Privaten Krankenkassen bilden Solidargemeinschaften, nur beschränkt sich hier die Solidarität auf eine Umverteilung von gesunden zu kranken Mitgliedern. Die Minimierung des Risikos erfordert es vom Einzelnen, dass er, falls er über einen längeren Zeitraum hinweg keine oder nur geringe Krankheitskosten verursacht, diejenigen mitfinanziert, die auf ein höheres Ausmaß an medizinischen Leistungen angewiesen sind“ (Wendt, C., 2003, S. 47). Wenn der überwiegende Teil der Bevölkerung sich in der Solidargemeinschaft integriert, dann kommen nach Ausgestaltung des Gesundheitssystems weitere Umverteilungseffekte hinzu (von Reichen zu Armen, von höheren zu niedrigeren Einkommensgruppen, oder von Jüngeren zu Älteren). „Nach dem Gedanken der sozialstaatlichen Solidarität hat der/die Kranke Anspruch darauf, dass die Gesellschaft die notwendigen Mittel zur Behandlung und Heilung bereitstellt; entsprechend kann aber auch die Bezahlung dieser Mittel nicht der betroffenen Person allein übertragen werden“ (Kissling; Ch., 1994, S. 10).

Die Idee der Chancengleichheit, bei dem Zugang zu den Gesundheitsleistungen z.B. in dem dänischen und österreichischen Gesundheitssystem, kann nur mit Hilfe der Wertvorstellung der Solidarität verwirklicht werden. „(...) Basierend auf den Prinzipien der Menschenwürde und Solidarität soll allen Bürgern Gesundheit und Lebensentfaltung unabhängig vom sozialen und finanziellen Hintergrund ermöglicht werden“ (Andrea, D., 1999, S. 626).

### 6.3.3 Subsidiaritätsprinzip und seine Bedeutung im Gesundheitswesen

Papst Pius XI. formulierte 1931 in einer Enzyklika einen Grundsatz der katholischen Soziallehre: Größere Gruppen und Gemeinschaften sollen erst dann tätig werden, wenn die kleineren mit der betreffenden Aufgabe überfordert wären. Dieses Subsidiaritätsprinzip machte sich der Sozialstaat, also auch die Bundesrepublik Deutschland zu eigen: Der Staat soll danach als größte Gemeinschaft nur hilfsweise (subsidiär) in das gesellschaftliche Leben eingreifen; was auf unterer Ebene regelbar ist, soll dort geregelt werden (Lexikon Geteiltes Deutschland, 2003). Die Unterstützung nach dem Subsidiaritätsprinzip im Gesundheitswesen bedeutet dann, dass erst dann Zahlungen möglich sind, wenn die eigenen Mittel ausgeschöpft sind. Sie wird also nur gewährt, wenn kein anderer Träger kommt und auch kein eigenes Vermögen mehr vorhanden ist.

Ein für Gesundheitssysteme typischer Wertkonflikt ist beispielsweise daran zu erkennen, dass das Subsidiaritätsprinzip in der Gesundheitspolitik schwieriger durchzusetzen ist, als in anderen Bereichen der Sozialpolitik. Schulenburg (1990) betont, dass, (dem Subsidiaritätsprinzip folgend) das Krankheitsrisiko auf eine größere Solidargemeinschaft übertragen werden sollte, soweit Familien nicht in der Lage seien, dieses Risiko eigenständig zu bewältigen“ (Wendt C., 2003, S. 49, N. Schulburg, J., 1990, S. 313 - 335). „Doch erstens ist zu betrachten, dass das Subsidiaritätsprinzip im Gesundheitssystem dabei auf den Kostenfaktor reduziert werden muss, denn es besteht Konsens darüber, dass die medizinische Behandlung grundsätzlich den dafür zuständigen Professionen übertragen bleibt und nicht subsidiär von der Familie zu übernehmen ist“ (Wendt C., 2003, S. 47).

### **6.3.4 Versorgungsprinzip**

Das Versorgungsprinzip beruht im Gegensatz zum Versicherungsprinzip nicht auf der Zahlung der Beitragsleistungen. Hier werden die Leistungen aus öffentlichen Mitteln aufgebracht, das heißt aus Steuergeldern. Es wird auch nicht, wie bei der Sozialhilfe, geprüft, ob tatsächlich Unterstützung erforderlich ist. Das Versorgungsprinzip sieht demgegenüber eine Absicherung auf der Grundlage einer Zugehörigkeit zu einer bestimmten Bevölkerungsgruppe vor. In der Regel werden diese Systeme auf die gesamte Wohnbevölkerung ausgeweitet. Damit bilden Versorgungssysteme grundsätzlich eine Alternative zu der auf einer Bedürftigkeitsprüfung basierenden Sozialhilfe oder einer Sozialversicherung. Anders als bei dem Versicherungsprinzip hat der Staat die Möglichkeit, regulierend in das Gesundheitssystem einzugreifen und die dafür erforderliche Legitimation zu verlangen (Wendt C., 2003).

## 7 Gesundheitsversorgungssystem in den palästinensischen Gebieten und dessen Ressourcen

Dieses Kapitel stellt zunächst die Geschichte der Entwicklung des palästinensischen Gesundheitssystems auf statistischer Ebene dar. Insbesondere soll ein Überblick über die Ressourcenentwicklung und Verteilung verschafft werden. Dies dient dann als Ausgangspunkt für die Analyse und die Festlegung von Reformvorschlägen.

Nach einer tiefen wissenschaftlichen Recherche sind Punkte ausgewählt, die für die festgelegten Ziele der Arbeit relevant sein könnten. Diese Punkte werden statistisch erforscht und tabellarisch bzw. grafisch dargestellt. Das Hauptmerkmal dieses Kapitels ist die faktische Darstellung der erhobenen Werte ohne ausführliche Interpretation.

Die Gesundheitsversorger in Palästina sind das Ministry of Health (**MOH**), der private Sektor, die Non Governmental Organizations (**NGOs**), die United Nations Relief and Works Agency for Palestine Refugees (**UNRWA**) und die Medical services for Police and general security hospital (**MSP**). „*unser Gesundheitssystem wird von vier Organisationen beeinflusst, davon ist das wichtigste Organisationsinstitut das MOH. Die NOGs, UNRWA und MSP habe unterschiedliches Gewicht im Gesundheitssystem*“ (Dr. Diener, Dr. Militär in Interview).

Das Sekundärgesundheitssystem in Palästina ist eine Mischung von Regierung, UNRWA und privaten Sektoren. Mit der Entwicklung der Regierungskrankenversicherung ist das palästinensische Gesundheitsministerium für einen bedeutenden Teil des Sekundärgesundheitssystems verantwortlich geworden (ebd. in Interview).

Im Allgemeinen explodieren in Palästina zurzeit die Kosten im Gesundheitswesen und es wächst die Sorge, inwieweit qualitativ hochwertige Gesundheitsdienste angeboten werden können. Die Palästinenser legen großen Wert auf die Verteilungsstruktur der medizinischen Ressourcen und auf den Zugang zu ihren Gesundheitsdiensten. Zu den sozialen Bedingungsfaktoren für Gesundheit und Krankheit gehört auch das medizinische, rehabilitative und pflegerische Versorgungssystem. Das wird im Allgemeinen als Gesundheitssystem bezeichnet, obwohl sein Arbeitsschwerpunkt auf der Therapie und Betreuung von Krankheiten liegt.

Nach Hurrelmann, K. (2000) ist der Einfluss des Gesundheitsversorgungssystems auf den Gesundheits- und Krankheitszustand der gesamten Bevölkerung groß und darf angesichts der hohen Bedeutung der Arbeits-, Bildungs- und Wirtschaftsbedingungen nicht unterschätzt werden. Die Qualität der Versorgungsangebote des Gesundheitsversorgungssystems und der Zugang zu den therapeutischen, rehabilitativen und pflegerischen Leistungen entscheidet aber über die Möglichkeit der Krankheitsbewältigung und hat insofern einen großen Einfluss auf die Gesamtbilanz des Gesundheits- und Krankheitsgeschehens. Durch die Darstellung der wichtigsten Ergebnisse des Sozialberichts (2003) von Ivonne Kaizeler in Bezug auf die Gesundheit der in der EU lebenden Menschen, ist deutlich gemacht, dass das *Gesundheitsversorgungssystem* zwar der Schlüssel für die Behandlung und Verhütung von gesundheitlichen Schäden ist, die Gesundheit der Menschen in Europa jedoch ganz wesentlich von sozioökonomischen Faktoren und Umweltbedingungen beeinflusst wird.

Das Gesundheitssystem in Palästina soll reformiert werden, nicht nur um seine Funktionen zu vervollständigen, sondern auch um den Umgang mit Krankheiten und deren Faktoren zu optimieren. In den folgenden Kapiteln wird die Strukturverteilung der medizinischen Ressourcen des Gesundheitsversorgungssystems im Gazastreifen erläutert, diskutiert und die Reformbedürfnisse aus Sicht des Autors vorgeschlagen, damit das palästinensische Gesundheitsversorgungssystem seine Ressourcen optimal verteilen und es in der Lage sein kann, die Erkrankungen zu bekämpfen und der Bevölkerung eine bessere Versorgung anzubieten.

## 7.1 Entwicklungsphasen des palästinensischen Gesundheitsversorgungssystems

Das Gesundheitsversorgungssystem in Palästina hat sich auf eine eigene Art und Weise entwickelt. Dies liegt vor allem daran, dass die Bevölkerung Palästinas verschiedene Phasen der Rechtsstaatlichkeit durchlaufen hat. Die Entwicklung des palästinensischen Gesundheitsversorgungssystems kann in zwei Hauptphasen eingeteilt werden:

### 1-Phase von 1967 bis 1994

In dieser Phase war das palästinensische Gesundheitsversorgungssystem gänzlich abhängig von dem israelischen Gesundheitssystem. Es verblieb in dieser Abhängigkeit bis zum Jahre 1987. In der Zeit zwischen 1970 und 1987 haben die Palästinenser angefangen, eigene Kliniken und Krankenhäuser zu bauen. In dieser Phase haben auch viele private Organisationen angefangen, den Palästinensern ebenfalls medizinische Versorgung anzubieten. Im Jahr 1968 betrauten die Palästinenser ihren ersten palästinensischen Nationalrat, bzw. das erste Parlament im Exil, mit der Aufgabe, sich um das Gesundheitswesen der Palästinenser zu kümmern. Mit diesem politischen Akt entstand die *Palestine Red Crescent Society* (PRCS) (Dr. Metzger, Dr. Diener in Interview). Sie hat hauptsächlich im Ausland gearbeitet, weil ihr das Arbeiten in den besetzten Gebieten verboten war. Im Jahr 1992 teilte sich die PRCS in zwei verschiedene Institutionen, welche unterschiedliche Funktionen übernahmen; die Ministerial- oder Regierungsfunktion übernahm der *Palestinian Council of Health* (PCH). Er wurde für die staatliche Gesundheitsversorgung verantwortlich. Die PRCS behielt ihren Namen bei und wandelte sich zu einer Organisation eines auf nationaler Ebene agierenden roten Kreuzes mit karitativem Charakter. Im Jahr 1994 wiederum teilte sich die (PCH), und im selben Jahr wurde das palästinensische Gesundheitsministerium (MOH) gegründet (Tamara, B. & Dena, A., 1994) (Siehe Abb. 7).

„Of course, some of the people in the PCH will move to the Ministry of Health. Others will not, because the PCH has people from United Nations agencies and non governmental bodies. It does not have just governmental people. It is a separate body (...)” (ebd. S. 13).

Zwischen 1987 und 1992 ist das Gesundheitssystem in Palästina geändert und zu einem Notfallgesundheitsversorgungssystem geworden. In dieser Zeit hatte der erste Volksaufstand begonnen und die Palästinenser haben viele Krankenhäuser und kleine Kliniken bzw. Notfallstationen gebaut. In dieser Zeit haben viele private und internationale Organisationen angefangen, sich im palästinensischen Gesundheitssystem zu engagieren. Da eine Verletzung als Beweis für aufständische Aktivitäten hätte gedeutet werden können, hatten viele Palästinenser Angst, dass das israelische Militär von ihren Verletzungen erfährt. So zogen sie die privaten, bzw. internationalen Versorger, dem staatlich organisierten Versorgungsapparat, der der israelischen Überwachung unterlag, vor. Und so konnten die privaten Organisationen an Einfluss und das Vertrauen der Palästinenser gewinnen (Dr. Obst in Interview) (Siehe Tab. 30).

		1970	1975	1980	1985	1990	1993
<b>Kliniken für Mutterschaft und Kinder</b>	<b>WB.</b>	25	29	71	100	141	147
	<b>GA.</b>						22
<b>Kliniken der primären Versorgung</b>	<b>WB.</b>	105	126	140	156	170	171
	<b>GA.</b>	-	-	-	-	-	19

**Tab. 4 : Gesamtkliniken (1970 – 1993) (State of Israel ministry of health, 2004)**

In der nächsten Tabelle wird das Verhältnis der Bettenzahl zwischen privat- und von der Regierung geführten Kliniken in Westbank und im Gazastreifen angegeben.

<b>Versorgungsanbieter</b>	<b>Bettenzahl</b>	
	<b>WB.</b>	<b>GA.</b>
<b>Regierungsanbieter</b>	<b>702</b>	<b>869</b>
<b>Nichtregierungsanbieter</b>	<b>668</b>	<b>80</b>
<b>Gesamt</b>	<b>1370</b>	<b>949</b>

**Tab. 5 : Bettenzahl in der Westbank und Gazastreifen 1994 (ebd.)**

## **2- Phase von 1994 bis 2004**

Diese Zeit zählt zu den wichtigsten Phasen in der Geschichte der Palästinenser, da ihnen 1994 die Autonomie gewährt wurde und es in der Folge dazu kam, dass das palästinensische Gesundheitssystem im Gazastreifen und in der Westbank von einem eigenständigen, palästinensischen Gesundheitsministerium organisiert und gemanagt wurde. Daher konnten die Palästinenser sich auf eigene Gesetze für das Gesundheitssystem einigen, die Richtlinien ihres Gesundheitsministeriums skizzieren und den Palästinensern die medizinische Versorgung in mehreren Formen anbieten. Das Gesundheitsministerium ist der medizinische Hauptversorger für die Palästinenser (Siehe Kap. 7), und ihm gehören nun sämtliche Krankenhäuser und Kliniken an.

Das Jahr 1994 war für die Palästinenser auch deshalb ein wichtiges Jahr, da sie erstmals eine offizielle Regierung erhalten haben. In diesem Zusammenhang haben die Palästinenser zum ersten Mal ein eigenes Gesundheitsministerium, und zwar das MOH (Ministerium of Health) bekommen. Dies hatte natürlich auch große Auswirkungen auf die Entwicklung des Gesundheitssystems und auf das Gesundheitsverhalten der Bevölkerung. Es wurde auf staatlicher Ebene für gesundheitliche Aufklärung und Prävention sowie Behandlung gesorgt. Seitdem ließen sich die empirischen Daten zuverlässiger erfassen.

Die erhobenen Daten zeigen demnach eine Steigerung der Bettenzahl von 869 auf 1491 Betten bis 2004 (Siehe Tab. 5).

Die untere Tabelle zeigt, wie sich die Verteilung der Krankenbetten entwickelt hat, nachdem Palästina zu einem autonomen Staat wurde.

<b>Versorgungsanbieter</b>	<b>Bettenzahl</b>	
	<b>West Bank</b>	<b>Gazastreifen</b>
<b>Regierungsanbieter</b>	<b>1244</b>	<b>1491</b>
<b>Nichtregierungsanbieter</b>	<b>1092</b>	<b>432</b>
<b>Gesamt</b>	<b>2336</b>	<b>1923</b>

**Tab. 6 : Bettenzahl in Westbank und Gazastreifen (1994) (ebd.)**

Das staatliche Gesundheitssystem in Palästina ist das größte System in den palästinensischen Gebieten, das keine Profite erwirtschaften möchte. Das palästinensische Gesundheitssystem besteht aus Krankenhäusern, medizinischen Zentralen und beschäftigt eine große Anzahl von Ärzten und anderen Angestellten, die sich um die Menschen in den palästinensischen Gebieten kümmern. Sie bieten den Menschen medizinische Versorgung verschiedenster Art an.

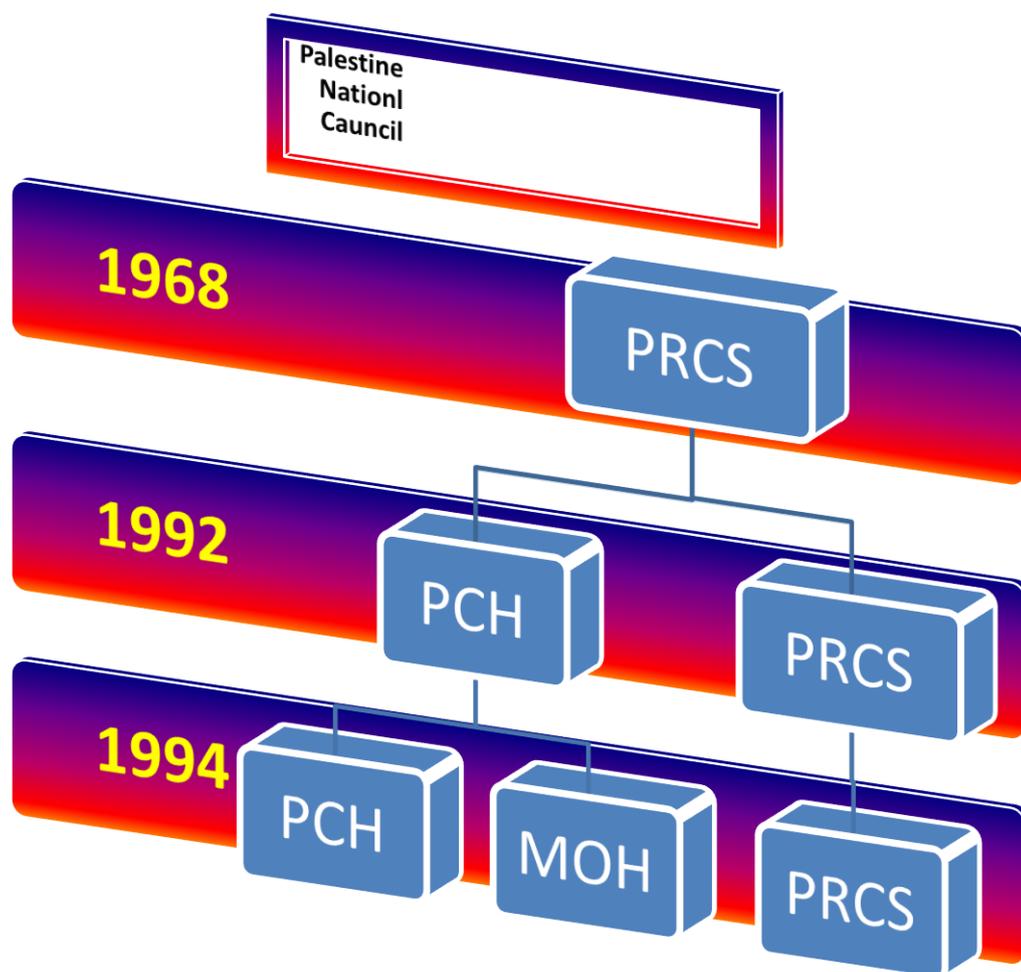


Abb. 7 : Entwicklung des palästinensischen Gesundheitssystems (Tamara B. & Dena A., 1994)

Das Gesundheitsversorgungssystem in Palästina hat sich seitdem weiter entwickelt und sich der Lage der Palästinenser angepasst. Das palästinensische Gesundheitssystem ist durch drei Merkmale gekennzeichnet:

### **1- Populärmedizin (popular health system)**

Dies ist eine Methode zur Krankheitsbekämpfung, in der einfache Medikamente eingenommen werden; besonders bei Kopfschmerzen oder Verstopfung. Die Medikamente werden in vielen Fällen von Apothekern oder einer erfahrenen Person verschrieben.

### **2- Traditionelle Medizin (traditional health system)**

Diese medizinische Lehre wird immer von einer Generation zur nächsten weitergegeben. Meistens werden pflanzliche Medikationen verabreicht.

### **3- Wissenschaftliche Medizin (scientific health system)**

Die wissenschaftliche Medizin begründet sich auf erforschten, wissenschaftlich erwiesenen und erprobten medizinischen Grundlagen und Studien, wie Anatomie, Biologie, Physiologie (MOH, 2004).

## **7.2 Gesundheitsinstitutionen in den palästinensischen Gebieten**

Ausgehend von der Aufgabenstellung im Gesamtsystem der medizinischen, pflegerischen und sozialen Versorgung wurden Krankenhäuser von der American Hospital Association (AHA) als Organisation definiert, die über eine geordnete medizinische Mannschaft und ständig optimale medizinische Ausstattungen verfügten und den Patienten die nötigen Diagnosen und entsprechende Therapien, Pflege und Versorgung gaben (Assad, B. ,2000. N. American Hospital Association, 1974).

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) hat weitgehend das Krankenhaus definiert, das sowohl eine medizinische als auch eine soziale Institution darstellt, dessen Angebote im Haus erreicht werden können. Darüber hinaus stellt das Krankenhaus ein medizinisches und soziales Ausbildungs- und Untersuchungszentrum dar. Die WHO hat aber bemerkt, dass diese Definition nicht mit den praktischen Situationen der Krankenhäuser in vielen Entwicklungsländern übereinstimmt. Deswegen hat sie das Krankenhaus in diesen Ländern als Organisation definiert, in der für stationär aufgenommene Patienten medizinische und pflegerische Fürsorge gegeben wird. Allgemein sind Krankenhäuser sozialtechnische, zielgerichtete, dynamisch offene, adaptive Systeme. Sie sind also Organisationen, die Entscheidungen über Ziele und Mitteleinsatz der Krankenversorgung treffen. Dabei sind Krankenhäuser eine besondere Erscheinungsform von Betrieben.

Das Krankenhaus stellt eine Institution dar, deren hauptsächliche Aufgabe es ist, im Falle einer Krankheit den Zustand des betroffenen Menschen positiv zu beeinflussen. Die positive Beeinflussung des Gesundheitszustandes bedeutet die Verbesserung oder zumindest verhindert sie eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes. Im Rahmen der Leistungserstellung werden Gesundheitsgüter hervorgebracht, die zu einer Verbesserung des Gesundheitszustandes beitragen sollen.

Allerdings hat ein Krankenhaus sowohl für ärztliche und pflegerische Leistung als auch für die Unterbringung und Verpflegung der Patienten zu sorgen. Im Jahr 2000 gab es in Palästina 65 Krankenhäuser aller Anbieter mit einer Rate von 48.462 Personen pro Krankenhaus. Es gab 17 Krankenhäuser im Gazastreifen mit einer Rate von 66.949 Personen für jedes Krankenhaus und 48 Krankenhäuser in der Westbank mit einer Rate von 41.915 Personen für jedes Krankenhaus. Die entsprechende Bettenrate errechnete 1,4 zur Verfügung stehende Betten für jeweils 1000 Personen, also 714 Personen pro Bett. Im Jahr 1999 gab es, zum Vergleich, nur 58 Krankenhäuser in Palästina. So ergab sich in jenem Jahr ein Verhältnis von jeweils 744 Einwohner pro Bett (Annual Report, 2000).

Obwohl es also sieben Krankenhäuser mehr im Jahr 2000 gab als noch 1999, verschlechterte sich die Situation der Bettenauslastung für die Bevölkerung. Der Hauptgrund hierfür ist im Anstieg der Bevölkerungszahl und einem Fehlen der Gesundheitsförderung zu sehen.

“In Palestine, there are 77 hospitals furnished with 4,824 beds. The population/hospital ratio is 47,241. The average bed capacity per hospital is 62.65 beds. In Gaza, there are 22 hospitals of (28.57%). The population/ hospital ratio is 60.783. The average bed capacity per hospital is 76.9 beds. In West bank including Jerusalem, there are 55 hospitals of (71.43%). The ratio of population per hospital is 41,824 in the average bed capacity per hospital is 51.55 beds” (Annual Report, 2004).

Im Jahr 2004 gab es 43 **allgemeine Krankenhäuser** mit insgesamt 3.539 Betten und 10 spezialisierte Krankenhäuser mit einer Gesamt-Bettenkapazität von 813 Betten. Die Zahl der Mutterschaftskrankenhäuser in ganz Palästina beläuft sich auf nur 20 Krankenhäuser mit einer Gesamt-Bettenkapazität von 315 Betten und 4 Rehabilitationskliniken mit einer Gesamt-Bettenkapazität von 157 Betten. Das palästinensische Gesundheitsministerium (MOH) leitet 61,1% der allgemeinen Krankenhäuser und 70,36% der speziellen Krankenhäuser (ebd.). Nach dem jährlichen Gesundheitsbericht (2004) besitzt das Palästinensische Gesundheitsministerium nur 22 Krankenhäuser in allen palästinensischen Gebieten, von denen sich 10 im Gazastreifen und 12 in der West Bank befinden. In Palästina beläuft sich die Gesamtzahl der Betten auf 4.824. Daraus ergibt sich im Durchschnitt ein Verhältnis von 754,05 Personen pro Bett:

Auf jeweils 10.000 Menschen kommen in Palästina also 13,26 Betten, im Gazastreifen 14,87 Betten, in der Westbank 12,32 Betten.

Versorger	Betten in Allgemein- KH.		Betten in speziellen KH.		Betten für Rehabilitation		Betten für Mutterschaft KH.	
	NO	%	NO	%	NO	%	NO	%
MOH	2,163	61,1	572	70,36	0	-	0	-
NGO's	1,117	31,6	131	16,11	157	100	160	50,79
Private	196	5,5	110	13,53	0	-	155	49,21
UNRWA	63	1,8		-	0	-	0	-
Gesamt	3,539	100,0	813	100	157	100	315	100

**Tab. 7 : Krankenhausbetten in Allgemein- und Spezialkliniken (Palästina 2004) (ebd.)**

Im Vergleich zwischen Krankenhausbetten in 2000 und 2004 ergibt sich eine Zunahme der Bettenkapazität von 4.351 im Jahr 2000 auf 4.824 im Jahr 2004, mit einem Zunahmeprozentsatz von 10,0%. Die durchschnittliche Zunahme während der letzten fünf Jahre belief sich auf jährlich 94 Betten (2,18%).

“In Palestine, the comparison between hospital beds in 2000 and 2004 shows a tremendous increase in bed capacity from 4,351 in 2000 to 4,824 in 2004 with an increase percentage of 10.0% compared with 2000. The annual average increase in the last five years was 94 beds (2.18%)” (ebd. S., 41).

Versorger	2000			2004			% Erweiterung $\Sigma$	% Erweiterung GA.
	WB	GA.	$\Sigma$ Pal.	WB	GA.	$\Sigma$ Pal.		
MOH	1,110	1,308	2,418	1,244	1,491	2,735	13.1	14
NGO's	1,098	344	1,442	1,106	459	1,565	8.5	33,4
Private	413	40	453	422	39	461	1.8	-2,5
UNRWA	38	0	38	63	0	63	65.8	-
Gesamt	2,659	1,692	4,351	2,835	1,989	4,824	10.9	17,5

**Tab. 8 : Entwicklung der Bettenzahlen der Gesundheitsversorger, 2000 und 2004 (ebd.)**

## 7.2.1 Krankenhäuser des MOH

Ein Blick auf die weltweite Entwicklung der Gesundheitssysteme zeigt, dass Sie sich im letzten Jahrhundert durch große Fortschritte der Medizin qualitativ, quantitativ und strukturell tief greifend verändert haben. Bei dieser Entwicklung hat das Krankenhaus als Institution zunehmend eine zentrale Stellung erhalten. Diese Entwicklung hat auch den Gesundheitszustand der Menschen positiv verändert. Allerdings haben die steigenden Erwartungen an die Heil- und Therapiemethoden eine ständige Zunahme der Kosten des Gesundheitswesens zur Folge (Asaad, B., 2000, N. Deutsche Krankenhausgesellschaft, 1994 a). Mit knappen medizinischen Ressourcen im Gazastreifen führt diese Situation zu einem Konflikt zwischen den medizinischen und den wirtschaftlichen Zielen des Gesundheitswesens.

Als Folge davon sollte die Verteilung der medizinischen Ressourcen des Versorgungsgesundheitssystems ein Kernziel des Gesundheitssystemmanagements werden, wobei hier besonders zu beachten ist, dass die Maßnahmen der Ressourcenverteilung die Qualität der Versorgungsleistungen nicht herabsetzen dürfen. Zur Erfüllung dieses Ziels ist die richtige Verteilung der Ressourcen und entsprechend die Optimierung des Gesundheitsversorgungssystems eine notwendige Maßnahme.

Im Gegensatz dazu erscheint das Problem im Gazastreifen im Vergleich mit den Industrieländern größer, weil einerseits die medizinischen Ressourcen wesentlich knapper sind und die Entwicklungsstufe der Wirtschaft und damit der Krankenhäuser niedriger ist bzw. eine Reihe von veralteten Gesetzen und staatlichen Verordnungen als Hindernisse für erfolgreiche Maßnahmen existieren. Andererseits hat sich die Betriebswirtschaftslehre erst im letzten Jahrzehnt in Richtung der Marktwirtschaft geöffnet.

Insbesondere im Krankenhausbereich gibt es fast keine Studien, die die Aspekte der medizinischen Ressourcenverteilung des Gesundheitsversorgungssystems oder Gesundheitsmanagements behandeln. Im Einzelnen ist es jedoch strittig, unter welchen Bedingungen die medizinischen Ressourcen aufgeteilt werden sollten.

Das Krankenhaus gehört zu den bedeutendsten Einrichtungen des Gesundheitswesens. Seine wichtigste Aufgabe liegt darin, kranken Menschen Hilfe zu Wiederherstellung ihrer Gesundheit zu gewähren (Fischer, H. 1987). Dieser funktionale Aspekt bestimmt wesentlich die Struktur eines Krankenhauses, in welchem medizinische Diagnosen gestellt und Behandlungen durchgeführt werden und in dem Ärzte, Pfleger und sonstiges Personal ihrer Tätigkeit nachgehen können.

Krankenhäuser sind „Einrichtungen, die

- 1- der Krankenhausbehandlung oder Geburtshilfe dienen,
- 2- fachlich-medizinisch unter ständiger ärztlicher Leitung stehen, über ausreichende, ihrem Versorgungsauftrag entsprechende diagnostische und therapeutische Möglichkeiten verfügen und nach wissenschaftlich anerkannten Methoden arbeiten,
- 3- mit Hilfe von jederzeit verfügbarem ärztlichem, Pflege-, Funktions- und medizinisch-technischem Personal darauf eingerichtet sind, vorwiegend durch ärztliche und pflegerische Hilfeleistung Krankheiten der Patienten zu erkennen, zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten, Krankheitsbeschwerden zu lindern oder Geburtshilfe zu leisten, und in denen
- 4- die Patienten untergebracht und gepflegt werden können“ (Ennemann, U., 2003).

Der Vorteil der Versorgung in Krankenhäusern ist nach Ham, Ch. (1999), dass dort im Gegensatz zu einer Einzelpraxis ein hohes Maß an intraprofessioneller Kontrolle gegeben sei und dadurch die Notwendigkeit externer Überprüfung reduziert werde (Ham, Ch., 1999).

Im Gazastreifen hat das Gesundheitsministerium 10 Krankenhäuser, die im gesamten Gazastreifen verteilt sind. Sie sind Eigentum der Regierung, die auch für deren Finanzierung verantwortlich ist. Sie teilen sich in Spezialkrankenhäuser und Allgemeinkrankenhäuser. Der erste Kontakt eines Patienten mit dem Gesundheitssystem im Gazastreifen kommt in der Regel über einen Arzt im Krankenhaus zustande. Eine Einweisung durch einen Hausarzt oder einen niedergelassenen Arzt ist für eine Aufnahme nicht notwendig.

Um Rückschlüsse auf das Leistungsniveau der Krankenhäuser und damit den Ist-Zustand der Verteilungsstruktur der Gesundheitsversorgungsintuitionen im Gazastreifen ziehen zu können, ist die Personaldichte in jedem Krankenhaus mit weiteren Indikatoren in Beziehung zu setzen. Dazu gehören unter anderem auch die Zahl der Krankenhausbetten und ihre Belegzeiten, die durchschnittliche Krankenhausverweildauer und die Krankenhauseinweisungsquote.

### **7.2.1.1 Allgemeinkrankenhäuser**

Im stationären Bereich übernehmen die Allgemeinkrankenhäuser oft die Erstversorgung. Sie sind die erste Anlaufstelle für die Patienten im Gazastreifen, bzw. der erste Kontakt zu dem palästinensischen Gesundheitsversorgungssystem. Zu den Allgemeinkrankenhäusern im Gazastreifen gehören sechs Krankenhäuser:

**1- Shifa-Krankenhaus**

**2- Naser-Krankenhaus**

**3- Europy-Krankenhaus**

**4- Najar-Krankenhaus**

**5- Aqsa-Krankenhaus**

**6- Oduan-Krankenhaus**

Diese Allgemeinkrankenhäuser sind im gesamten Gazastreifen verteilt und besitzen verschiedene Abteilungen. Die Hauptabteilungen sind:

1.1- Gastroenterologische Abteilung

1.2- Chirurgische Abteilung

1.3- Pädiatrische Abteilung

1.4- Gynäkologische Abteilung

1.5- Intensivstation

1.6- Intensivstation für Neonatologie

1.7- Intensivstation für Pädiatrie

1.8- Kardiologische Abteilung

### **7.2.1.2 Spezialkrankenhäuser**

Die Spezialkrankenhäuser im Gazastreifen übernehmen die Zweite Versorgungsstelle im Gazastreifen. Sie sind für bestimmte Fachgebiete zuständig. Die meisten Patienten werden von den Allgemeinkrankenhäusern oder Fachärzten in die Spezialkrankenhäuser überwiesen, wobei die Patienten einen direkten Zugang haben. Das Gesundheitsministerium im Gazastreifen besitzt nur vier Spezialkrankenhäuser, die ebenfalls im Gazastreifen verteilt sind:

- 1. Duraa-Krankenhaus für Pädiatrie**
- 2. Nafsy-Krankenhaus für Psychiatrie**
- 3. Nasir-Krankenhaus für Pädiatrie**
- 4. Auen-Krankenhaus für Augenheilkunde**

## 7.3 Ressourcen im Gesundheitsversorgungssystem des MOH

Das Gesundheitsversorgungssystem in Palästina umfasst die meisten Beschäftigten aller staatlichen Institutionen. Die Zahl der im Gesundheitssektor Beschäftigten erhöht sich jedes Jahr und durch ihre Arbeit wird das palästinensische Gesundheitsversorgungssystem stabilisiert. Die Angestellten sind ein wichtiger Faktor für die Qualität der medizinischen bzw. gesundheitlichen Versorgung der Bevölkerung. Die Zahl der Angestellten des Gesundheitsversorgungssystems im Gazastreifen muß sich allerdings der Lage der medizinischen Ressourcen des Systems anpassen.

„ Generell muss jedes Gesundheitssystem zweierlei gewährleisten: Effektivität und Effizienz.

**Effektivität** heißt, es muss bedarfsgerecht arbeiten: vermeidbaren Tod verhindern und Gesundheitsstörungen verhüten, heilen oder - wo dies nicht möglich ist- wenigsten lindern und kranken Menschen beistehen. Erst danach stellt sich die Frage nach **Effizienz**, die bedarfsgerechten Leistungen müssen wirtschaftlich erbracht werden, also unter möglichst sparsamem Aufwand an Mitteln“ (Eberstein, B., 2005).

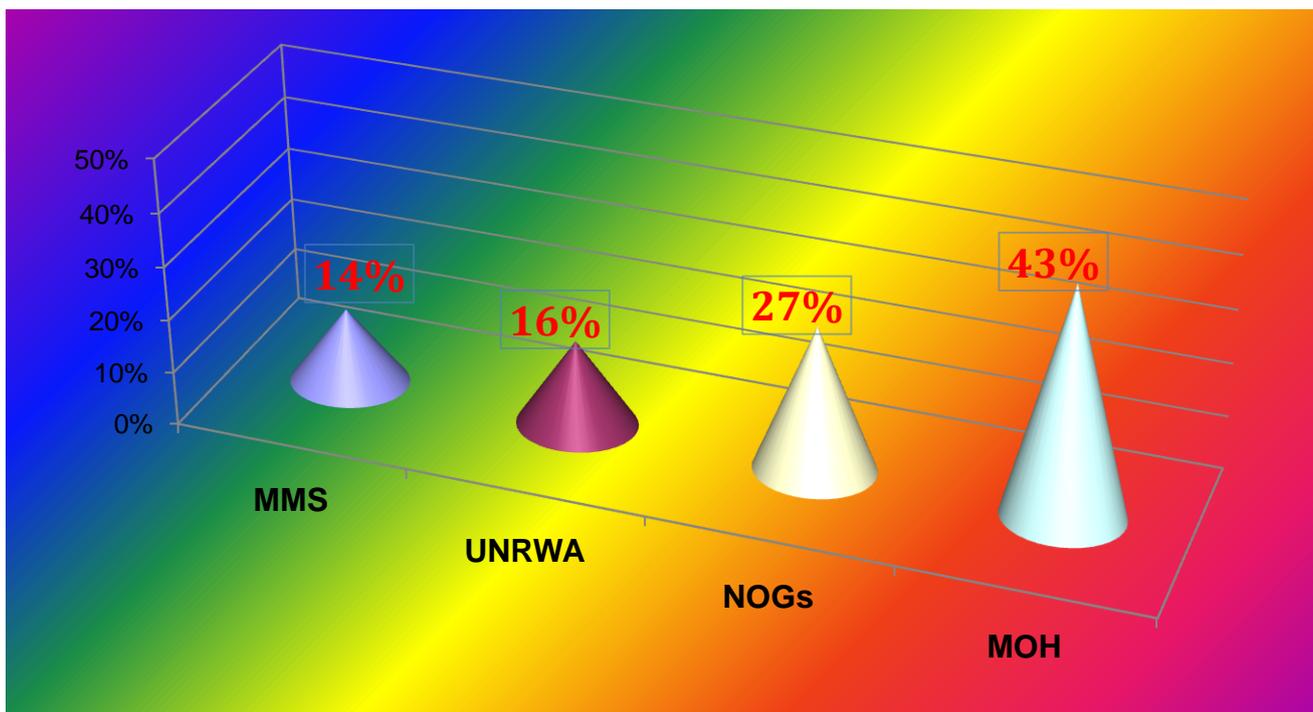
Die Überzahl der Angestellten kann zu einer Systembelastung führen, welche auf die Qualität der Versorgungsleistung einen negativen Einfluss nehmen kann. Wie oben genannt, sind die MOH, NGOs, Privat-Sektor, NURWA und MSP die Hauptversorger des palästinensischen Gesundheitssystems: sie haben 19.544 Angestellte, die wie folgt verteilt sind:

<b>Versorger</b>	<b>Westbank</b>	<b>Gazastreifen</b>	<b>Palästina</b>	<b>%</b>
<b>Non-MOH</b>	6.014	2.406	8.420	43,08
<b>MOH</b>	4.489	6.635	11.124	56,92
<b>Total</b>	10.503	9.041	19.544	100
<b>%</b>	53,74	46,26	100	

**Tab. 9 : Gesamtbeschäftigte der Hauptversorger des palästinensischen Gesundheitssystems  
(ebd.)**

Im Jahr 2004 waren insgesamt 11.124 Menschen im palästinensischen Gesundheitsministerium angestellt. Im Jahr 2000 waren es nur 7.458 Angestellte. Diese Zahlen ergeben einen Zuwachs von 9,8% pro Jahr über einen Zeitraum von fünf Jahren.

Die gesamte Zahl der Ärzte hat sich in den letzten fünf Jahren von 4.931 im Jahr 2000 auf 7.119 im Jahr 2004 erhöht (8,9% jährlich in den letzten fünf Jahren). Die Zahl der Verwaltungsangestellten hat sich in diesem Zeitraum jährlich um 11,7% erhöht. Diese sind auf die verschiedenen Versorgungsanbieter, Ministry of Health (MOH), Military Medical Services(MMS<sup>10</sup>), United Nations- Relief and Works Agency for Palestine Refugees (UNRWA) und non-Governmental Organization (NOGs), wie in der folgenden Grafik dargestellt, verteilt.



**Abb. 8 : Personalverteilung auf die Versorgungsinstitutionen des palästinensischen Gesundheitssystems, 2000 (Annual Report, 2000).**

---

<sup>10</sup> Die MMS hat in anderen Berichten die Abkürzung MSP bekommen, wie im Bericht (2004) erwähnt.

Der Anstieg in der Zahl der Angestellten und der Ärzte im palästinensischen Gesundheitsversorgungssystem ist in den letzten Jahren ganz deutlich geworden. Im Jahr 2004 arbeiteten im MOH 11.124 Angestellte, im Vergleich zum Jahr 2000 hat sich die Zahl der Angestellten, nach dem jährlichen Gesundheitsbericht des palästinensischen Gesundheitssystems, um 9,8% erhöht. Im Jahr 2000 waren es nur 7.458 Angestellte wobei sich die Gesamtzahl der Ärzte im MOH in diesen fünf Jahren um 8,9% erhöht hat (Siehe Abb. 8).

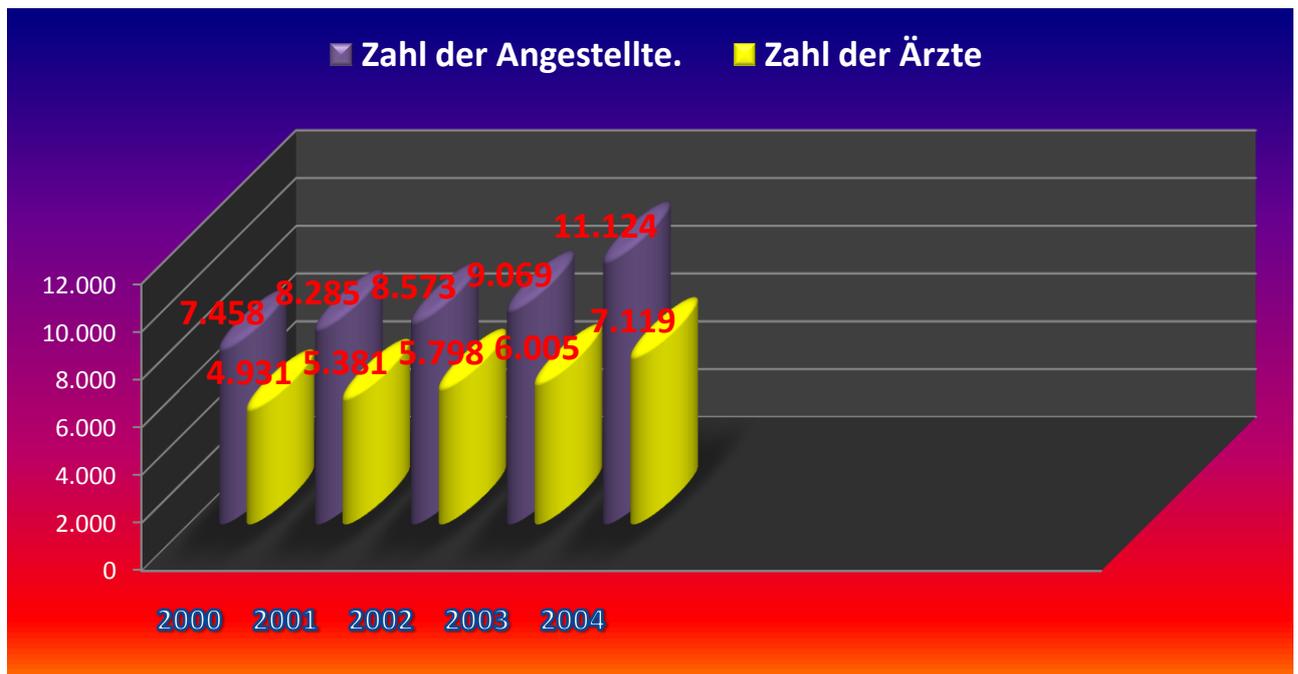


Abb. 9 : Angestellte und Ärzte des MOH 2000-2004 (ebd.)

### 7.3.1 Personaldichte der Krankenhäuser im Gazastreifen

In einem Gesundheitssystem haben die Krankenhäuser die Aufgaben, die stationäre Versorgung flächendeckend und in hoher Qualität sicherzustellen. Die höchsten Betriebskosten weisen Krankenhäuser im Gazastreifen auf, rund zwei Drittel der Kosten sind Personalkosten. Zur optimalen Qualität der Versorgung gehört aber nicht nur, dass man bei Bedarf seine medizinische und pflegerische Versorgung im Krankenhaus erhält, sondern auch dass ausreichend Personal da ist, um jederzeit eine bestmögliche Versorgung zu gewährleisten. Zu dem Personal in Krankenhäusern gehören unter anderem die Ärzte, das Krankenpflegepersonal, die Verwaltung und auch die ausgebildeten medizinischen Fachkräfte. „Einer der Faktoren, der eine kurze Krankenhausverweildauer und damit eine niedrige Bettendichte ermöglicht, ist der Personalschlüssel pro Krankenhaus bzw. pro Krankenhausbett“ (Wendt, C., 2003, S. 238). Die meisten Beschäftigten des palästinensischen Gesundheitsversorgungssystems im Gazastreifen arbeiten in den Krankenhäusern. Die gesamte Zahl der in Krankenhäusern angestellten Fachkräfte im Jahr 2004 betrug 4234 Personen, davon waren 25% Ärzte und 29% Krankenpflegepersonal. Die untere Tabelle erklärt die Anzahl der gesamten Angestellten.

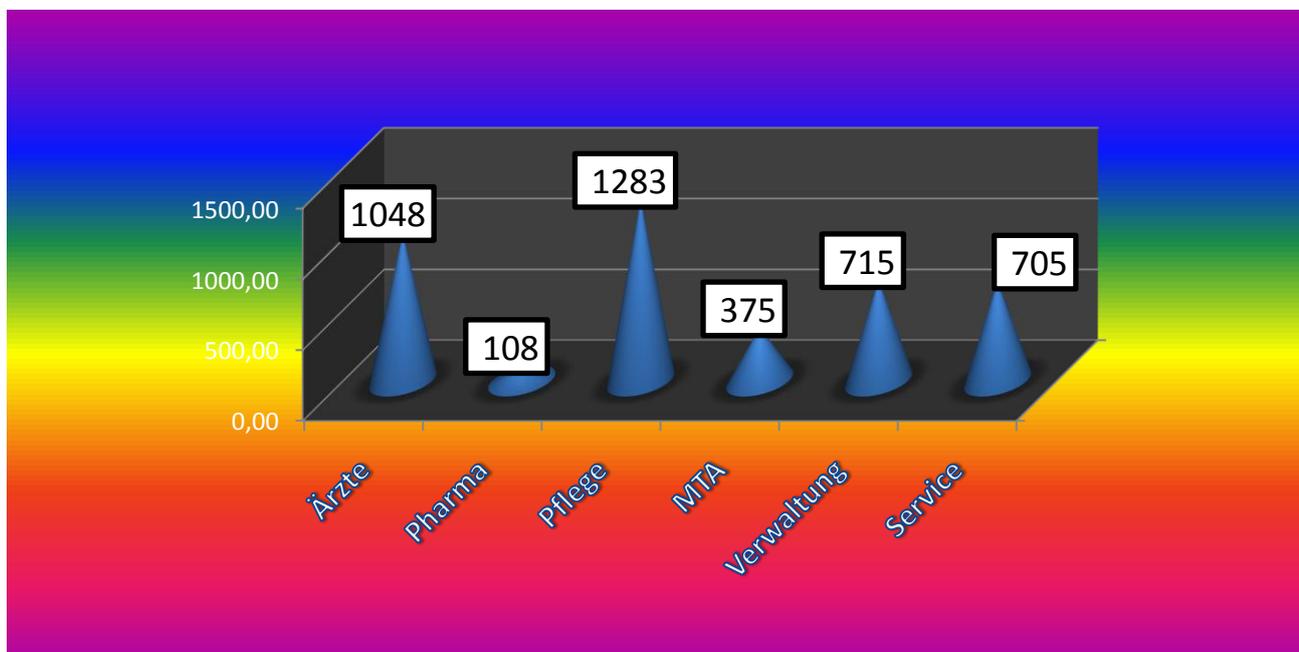


Abb. 10 : Verteilung der Akteure in den Krankenhäusern des MOH (ebd.)

### 7.3.1.1 Personal nach Berufsgruppen in den Allgemeinkrankenhäusern

Krankenhäuser gelten als Wirtschaftsfaktoren, als die die Wirtschaft beeinflussende Elemente mit erheblichem Wachstums-, Produktivitäts- und Beschäftigungspotenzial ebenso wie das gesamte Gesundheitswesen. Die höchsten Betriebskosten weisen die Allgemeinkrankenhäuser auf; fast zwei Drittel der Kosten sind Personalkosten. Die sechs Allgemeinkrankenhäuser im Gazastreifen umfassen den überwiegenden Teil der Beschäftigten aller Krankenhäuser.

Die meisten Beschäftigten sind Pflegepersonal. Die untere Tabelle zeigt die Personaldichte in den sechs palästinensischen Allgemeinkrankenhäusern des MOHs im Gazastreifen.

	Najar	Oduan	Europy	Aqsa	Naser	Shifa	Z
Ärzte	51	66	135	80	70	406	<b>808</b>
Pharma	11	3	14	11	9	26	<b>74</b>
Pflege	54	71	221	89	106	419	<b>960</b>
Ausbil.	27	24	57	29	27	114	<b>278</b>
Verw.	92	51	99	56	46	147	<b>491</b>
Service.	47	61	160	27	48	178	<b>521</b>
Z	<b>282</b>	<b>276</b>	<b>686</b>	<b>292</b>	<b>306</b>	<b>1290</b>	<b>3132</b>

**Tab. 10 : Fachkräfte in den Allgemeinkrankenhäusern des MOH im Gazastreifen (ebd.)**

Betrachtet man die Personalverteilung, so stellt man fest, dass das Verhältnis zwischen den einzelnen Berufsgruppen nicht adäquat ist. Zum Beispiel ist in manchen Krankenhäusern die Zahl der Ärzte fast genauso hoch wie die Zahl der Pfleger. In anderen Krankenhäusern besteht wiederum ein Mangel an pharmazeutischem bzw. anderem Personal.

### 7.3.1.2 Personal nach Berufsgruppen in Spezialkrankenhäusern

Die vier Spezialkrankenhäuser des MOHs im Gazastreifen beschäftigen deutlich weniger Angestellte, aber im Vergleich zu den Allgemeinkrankenhäusern des palästinensischen Gesundheitsversorgungssystems im Gazastreifen benötigen sie eine spezifische Ausbildung. Die Fachärzte in den Spezialkrankenhäusern finden wir nur in der Pädiatrie, der Augenheilkunde und in der Psychiatrie. Für andere Krankheiten stehen die Allgemeinkrankenhäuser zur Verfügung.

	Alnafasy	Duraa	Auen	Nasir	Z
...	9	35	26	170	306
Pharma	4	4	5	21	37
Dflora	22	48	30	223	394
MTA	10	20	0	67	121
Verw	11	37	29	147	275
Service	13	34	17	120	245
$\Sigma$	69	178	107	748	1102

**Tab. 11 : Fachkräfte in den Spezialkrankenhäusern des MOH im Gazastreifen (ebd.)**

In den Spezialkrankenhäusern sind die Zahlen der Beschäftigten in den unterschiedlichen Fachgebieten fast gleich. Auf einen Arzt kommt ungefähr ein Pfleger, wobei nur im Alnafasy Krankenhaus zwei Pflegekräfte pro Arzt zur Verfügung stehen.

Die Allgemein- und Spezialkrankenhäuser haben insgesamt 4510 Angestellte, davon sind 30,55% in Spezialkrankenhäusern beschäftigt, davon wiederum sind 22% Ärzte. In den Allgemeinkrankenhäusern arbeiten 69,45%. Hier liegt der Anteil der Ärzte bei 25,79%.

### **7.3.2 Ärzteschaft in den Krankenhäusern**

Sucht man Definitionen zum Begriff Arzt, so stößt man auf erste Schwierigkeiten. Das Duden-Lexikon (15) erklärt unter dem Stichwort Arzt: Heilkundiger mit staatlicher Approbation. Nur der Arzt darf eine Kassenpraxis führen, stark wirkende Arzneimittel verordnen, Geschlechtskranke behandeln, Impfungen vornehmen (Pillau, H., 2006. N. Rowohlt, T., 1996). Vor über 30 Jahren entwickelte einer der Pioniere moderner Medizinsoziologie ein Strukturmodell für das Gesundheitswesen, in dem der Ärzteschaft die Rolle der beherrschenden Profession zufiel (Freidson, 1979). Anders als andere akademisch trainierte Berufsgruppen würden Ärzte nicht nur die Inhalte, sondern auch die sozialen und ökonomischen Bedingungen ihrer Arbeit bestimmen und darüber hinaus auch die immer zahlreicheren sonstigen Beschäftigten im Gesundheitswesen anleiten und führen.

In allen Gesundheitsversorgungssystemen kommt den Ärzten eine Schlüsselstellung in der Gesundheitsversorgung zu. Sie sind zuständig für die Ambulante und stationäre medizinische Versorgung und koordinieren teilweise die Angebote weiterer Leistungserbringer. Die Ärzte sind im System der Gesundheitsversorgung von besonderer Bedeutung, da Sie über die Einweisung eines Patienten in ein Krankenhaus entscheiden und die Funktion haben, die Patienten im Gesundheitsversorgungssystem zu leiten (Aljazzar, A. 2005). Sie sind ein Teil des wirtschaftlichen

Systems und werden als normale Leistungserbringer betrachtet. Auch Sandier (1990) weist darauf hin, dass Ärzte ebenso wie andere Leistungserbringer in einem marktwirtschaftlichen System handeln, jedoch mit zusätzlichen professionsspezifischen Verhaltensanforderungen, die nicht ohne weiteres zu bestimmen sind (Wendt, C., 2003, N. Sandier, S., 1990).

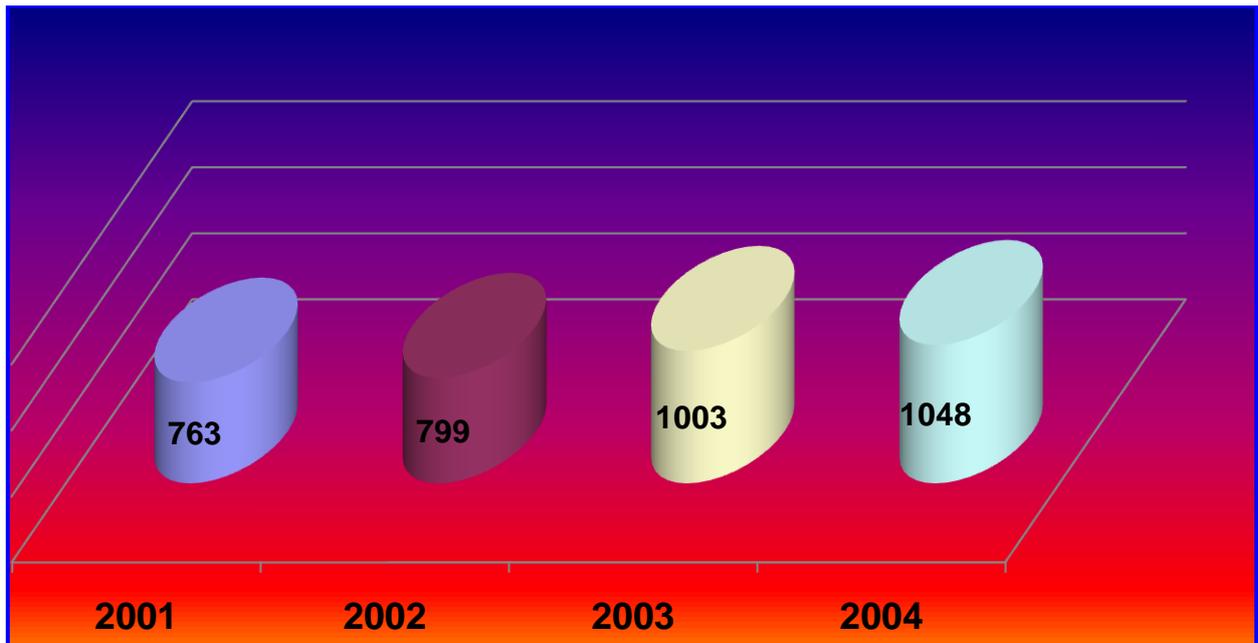
„The way they are paid will have some effect on their assessment of the patient’s state of health and their consequent decisions regarding the therapy required. Such effects are difficult to isolate from the effects of other factors, such their professional knowledge, code of ethics, and the medicaltechnical environment( the possibility to refer patients to hospital consultants, detection and screening service, etc.)“ (ebd. S. 249)

Die Ärztedichte ist ein wichtiger Indikator für die Leistungsfähigkeit eines Gesundheitsversorgungssystems. Ihnen kommt die Schlüsselrolle zu. Die untere Tabelle zeigt die Entwicklung des Ärztebestandes über den Zeitraum von vier Jahren (2001 – 2004).

Jahr	2001	2002	2003	2004
Ärzte	763	799	1003	1048

**Tab. 12 : Ärzte in allen Krankenhäusern im Gazastreifen 2001 – 2004 (ebd.)**

Die Zahl der angestellten Ärzte im Gesundheitsversorgungssystem deckt bei weitem nicht die Nachfrage im Gazastreifen. In den vier Jahren sind nur 351 neue Ärzte eingestellt worden. Diese rd. 88 Ärzte mehr pro Jahr stellen eine Zuwachsrate von 8%/Jahr dar.. Die untere Grafik zeigt die absoluten Zahlen zur Entwicklung der Ärzte in der Zeit von 2001 bis 2004.



**Abb. 11 : Zahl der Krankenhausärzte in den Jahren 2001 – 2004 (MOH, 2004)**

Diese Grafik zeigt den Personalbestand über die Jahre 2001 bis 2004 von festangestellten Ärzten, die in den Krankenhäusern des MOH arbeiten, und soll die Vorgeschichte und die Ausgangssituation vor meiner vorgeschlagenen Restrukturierung verdeutlichen. Hieraus ist ersichtlich, dass keine kontinuierliche Personalgewinnung stattgefunden hat.

Die untere Grafik zeigt die Aufteilung der Ärzte auf die Allgemeinkrankenhäusern des MOH-Gesundheitsversorgungssystems. Das Shifa-Krankenhaus hat mit 39% den überwiegenden Anteil aller Beschäftigten Ärzte.

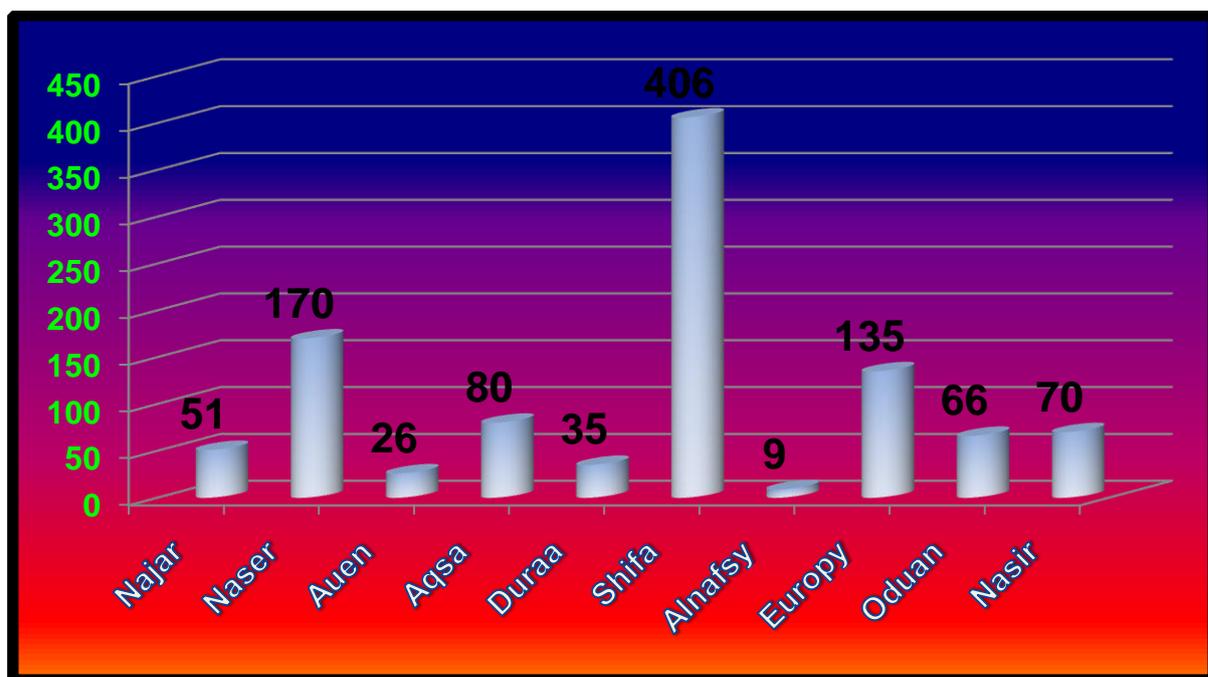
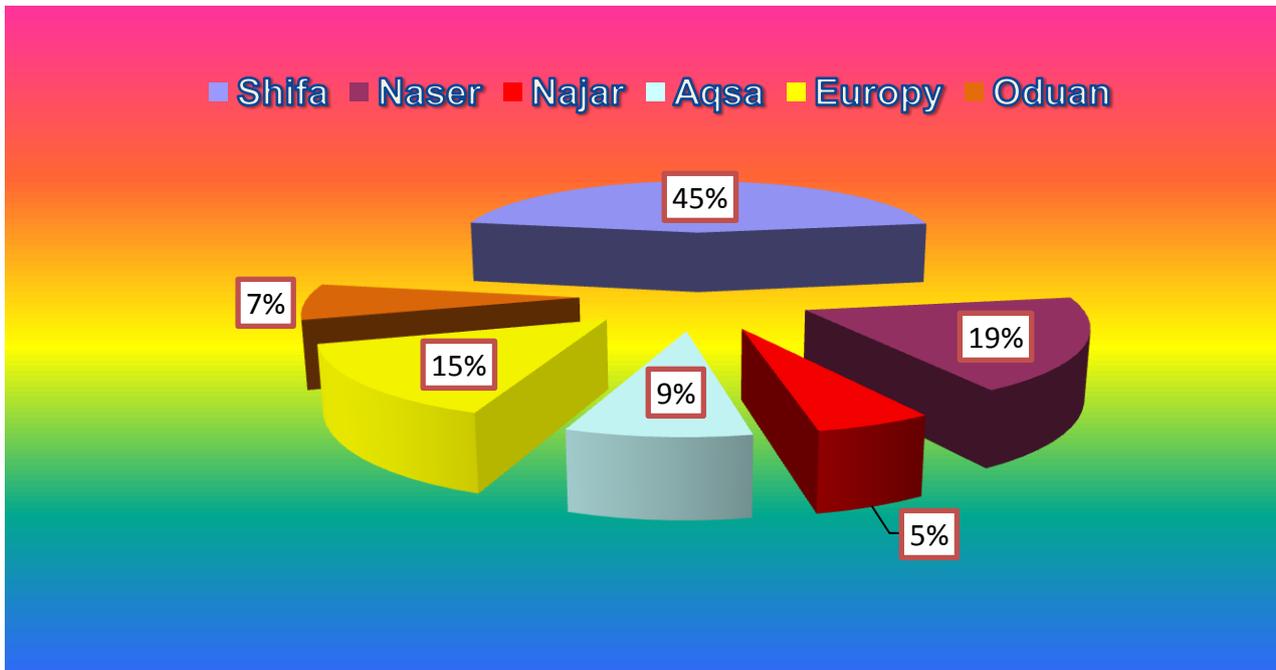


Abb. 12 : Ärzte in den Krankenhäusern 2004 (ebd.)

Da diese Studie sich mit den Gesundheitsressourcen und ihrer Verteilung im palästinensischen Gesundheitsversorgungssystem umfasst, ist die Verteilung der gesamten Ärzte innerhalb des Gesundheitssystems des MOH ein wichtiger Indikator, um die derzeitige Versorgungssituation zu überprüfen. Hier ist die absolute Verteilung der Ärzte in allen Krankenhäusern (Allgemeine und Spezialkrankenhäuser) im Gazastreifen dargestellt. Sie soll zur Bevölkerungsverteilung in Bezug gesetzt werden, um daraus die Ausgleichsnotwendigkeit abzuleiten.

Da sich die Spezialkrankenhäuser strukturell stark von den Allgemeinkrankenhäusern unterscheiden, muss eine getrennte Betrachtung angestellt werden. In den Allgemeinkrankenhäusern sind 808 Ärzte angestellt, das sind 72,53%. Die lokale Zuordnung ist in nachfolgender Grafik gezeigt.

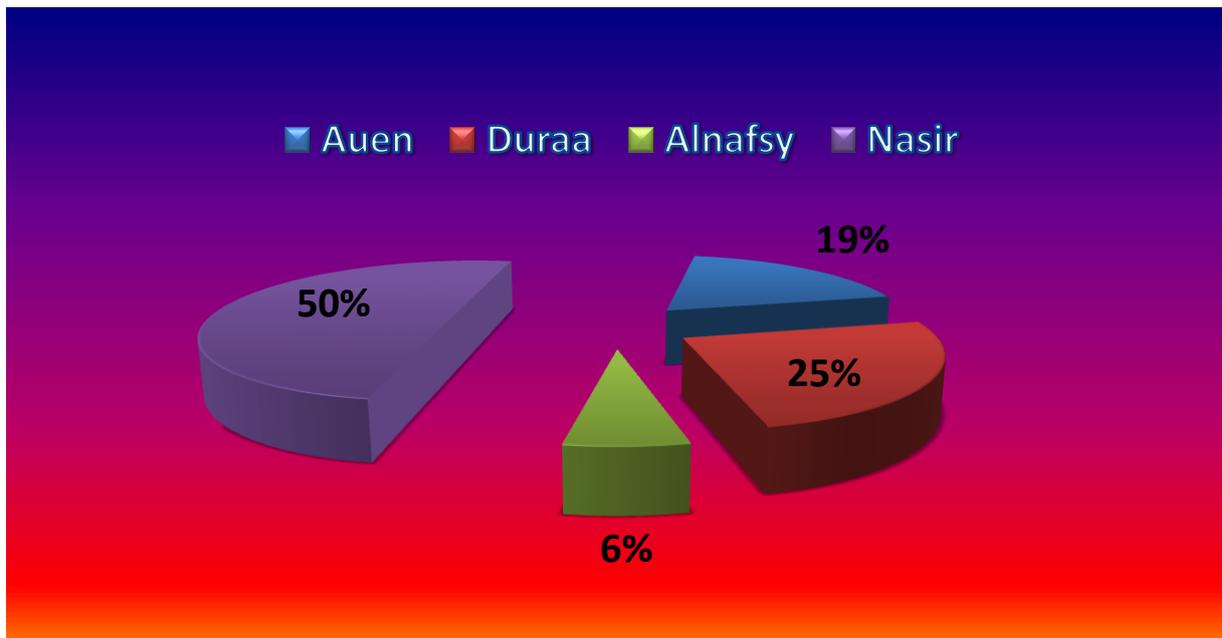


**Abb. 13 : Ärzte in den Allgemeinkrankenhäusern 2004 (ebd.)**

Das Shifa-Krankenhaus ist mit Abstand das größte und beschäftigt 45% Ärzte in den Allgemeinkrankenhäusern.

Die Situation der Spezialkrankenhäuser ist dadurch gekennzeichnet, dass sie wesentlich kleiner sind und deutlich weniger von der Bevölkerung – überwiegend Wohlhabenden - frequentiert werden.

In Krisensituationen fungieren diese auch als Allgemeinkrankenhäuser, um einen solchen Ausnahmezustand zu bewältigen. Auch im Gazastreifen bahnt sich eine Wettbewerbssituation zwischen den Krankenhäusern an, was sich in verschiedenen Maßnahmen äußert, wie z. B. erhöhtem Aufwand an Werbung, Aufstockung des Personalbestandes, Erweiterung der technisch-medizinischen Ausstattung, bauliche Maßnahmen usw.. In den Spezialkrankenhäusern arbeiten 306 Ärzte, das sind 27,47% aller Ärzte. Sie sind wie folgt auf die Krankenhäuser aufgeteilt:



**Abb. 14 : Ärztedichte in den Spezialkrankenhäuser 2004 (ebd.)**

Von den vier Spezialkrankenhäusern beschäftigt das Nasir-Krankenhaus als größtes die Hälfte der Fachärzte. Die Situation der Krankenhauslokation im Gazastreifen ist dadurch gekennzeichnet, dass jeweils das größte Spezial- und Allgemeinkrankenhaus im Nordbezirk und somit außerhalb des Bedarfsschwerpunktes liegt.

### 7.3.2.1 Allgemein- und Fachärzte in den Krankenhäusern

Die Ärzte repräsentieren für die palästinensische Bevölkerung in den kritischen Situationen den humanen Charakter der Versorgungsinstitutionen und garantieren nach innen einen reibungslosen Arbeitslauf. Sie haben die Aufgabe, neben dem medizinischen Service, in entsprechender Qualität, die Anpassung der verfügbaren medizinischen Ressourcen des Gesundheitsversorgungssystems an dem Bedarf der Bevölkerung, entsprechend der politischen Lage, zu ermöglichen.<sup>11</sup>

Die Ärzte in Palästina unterteilen sich, so wie in der ganzen Welt, in zwei Gruppen:

- 1- Allgemeinärzte Ärzte, die das Studium der Medizin absolviert haben. In Palästina sind das die Allgemeinärzte. In anderen Ländern ist eine zusätzliche Ausbildung in der Allgemeinmedizin nötig.
- 2- Fachärzte sind diejenigen, die eine zusätzliche Fachausbildung abgeschlossen haben.

In Palästina sind 49% aller Ärzte Fachärzte. In manchen Spezialkrankenhäusern gibt es jedoch weniger Fachärzte als Allgemeinärzte, z.B. in dem Nasir-Kinderkrankenhaus sind nur 29% aller Ärzte Fachärzte. Das Jahr 2004 war für die Palästinenser im Gazastreifen besonders bedeutsam, da in dieser Periode, nach dem Rückzug Israels, die erste neue Regierung gebildet wurde und in diesem Zusammenhang auch ein neues Gesundheitsministerium gebildet wurde.

---

<sup>11</sup> Bei Wechselung der politischen Lage, bricht den Krieg aus. Hier wird die Grenz zugemacht. Bei den medizinischen Ressourcen werden gespart.

### 7.3.2.1.1 Allgemein- und Fachärzte in den Allgemeinkrankenhäusern

Im nachfolgenden sind die Relationen von Allgemein zu Fachärzten dargestellt. Die untere Tabelle zeigt die Zahlen in den Allgemeinkrankenhäusern.

	Oduan	Europy	Aqsa	Najar	Naser	Shifa	$\Sigma$
All. Ärzte	39	70	44	35	77	184	<b>449</b>
F. Ärzte	27	65	36	16	93	222	<b>459</b>

**Tab. 13 : Fach- und Allgemeinärzte in Allgemeinkrankenhäusern (ebd.)**

Das Verhältnis von Allgemein zu Fachärzten ist summarisch betrachtet ungefähr 1:1, wobei die örtlichen Verhältnisse zum Teil deutliche Abweichungen hiervon ausweisen.

### 7.3.2.1.2 Allgemein- und Fachärzte in den Spezialkrankenhäusern

Die Spezialkrankenhäuser haben einen anderen Bedarf an Ärzten und ein anderes Verhältnis zwischen Allgemein- und Fachärzten. Die untere Tabelle zeigt den Unterschied zwischen den Allgemein- und Fachärzten in den Spezialkrankenhäusern.

	<b>Auen Augen Klink</b>	<b>Duraa Kinder- Klinik</b>	<b>Alnafsy Psych. Klinik</b>	<b>Nasir Kinder- Klinik</b>	$\Sigma$
<b>All. Ärzte</b>	9	24	6	50	89
<b>F. Ärzte</b>	17	11	3	20	51

**Tab. 14 : Fach- und Allgemeinärzte in Spezialkrankenhäusern (ebd.)**

Hier ist zu bemängeln, dass sich beide Kinderkliniken im Nordbezirk befinden und - bis auf die Augen Klink – der Anteil der Allgemeinärzte zu hoch ist, oder im Verhältnis zu wenig Fachärzte beschäftigt werden.

### 7.3.3 Medizinisch technischen Assistenten (MTA)

Bei der Struktur Analyse des Personalbestandes in den Krankenhäusern wird in nächsten Abschnitt die Verteilung der MTA untersucht. Die Ausbildung zum MTA dauert drei Jahre. Sie besteht aus theoretischem und praktischem Unterricht an Berufsfachschulen (MTA-Schulen) sowie aus einer praktischen Ausbildung in Krankenhäusern und anderen Einrichtungen des Gesundheitswesens. Ihre Tätigkeiten werden in Kliniken, bei niedergelassenen Ärzten, in Labors/Prüfstationen, in Forschungseinrichtungen und in verschiedenen Industriezweigen ausgeübt. Die Krankenhäuser des MOH im Gazastreifen beschäftigen 375 medizinische technische Angestellte, die auf die Allgemein- und Spezialkrankenhäuser aufgeteilt sind. Vom gesamten medizinischen ausgebildeten Personal in den Krankenhäusern im Gazastreifen sind 9% MTA; davon sind 30% im Shefa-Krankenhaus beschäftigt.

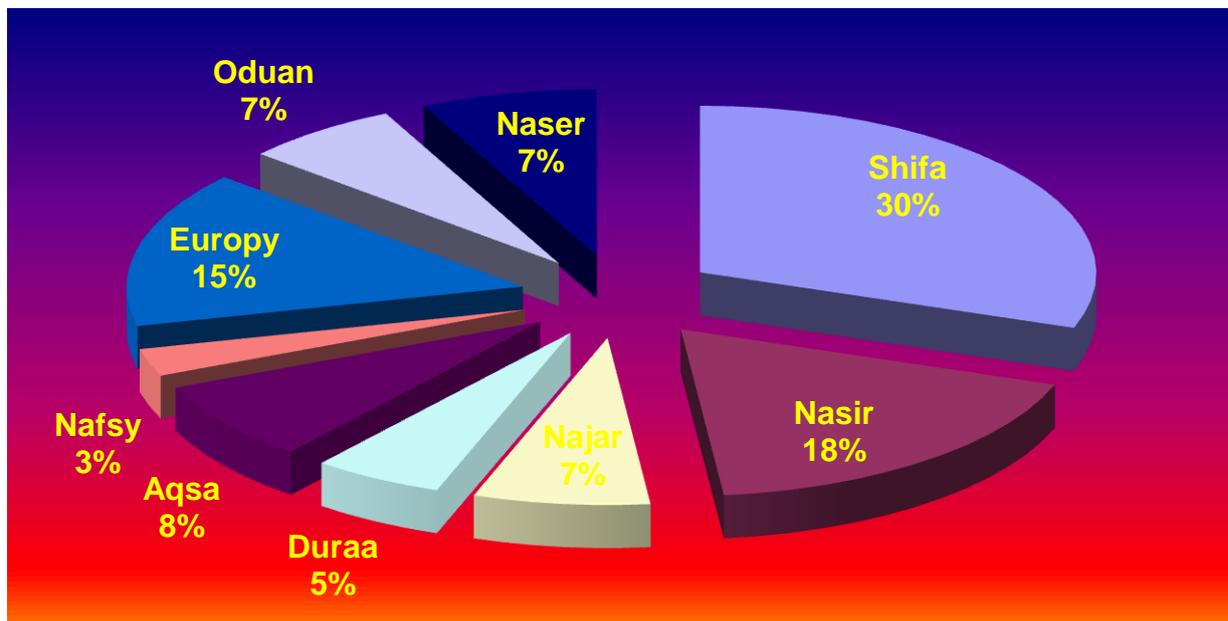


Abb. 15 : Verteilung der MTA in Krankenhäusern des MOH 2004 ( ebd.)

Abgesehen von der negativen Relation der Ärzte zu MTA fällt auf, dass auch die lokale Verteilung nicht bedarfsgerecht ist; z.B. Schifa-Krankenhaus 45% der Ärzte aber nur 30% an MTA.

Aufgrund der Situation im Gazastreifen haben die MTA - besonders in Krisensituationen - eine bedeutende Stellung, da sie als unterstützende Fachkräfte vielfältige Supportaufgaben für die Ärzte erbringen. Generell ist zu vermuten, dass der Mangel an fachlich- qualifizierten Hilfskräften zu der Situation führt, dass diese Supportaufgaben von den dafür überqualifizierten Ärzten mit erledigt werden oder in Notsituationen von nicht ausreichend dafür ausgebildetem Pflegepersonal mit übernommen werden müssen.

### 7.3.3.1 MTA in den Allgemeinkrankenhäusern

Die meisten MTA sind in den Allgemeinkrankenhäusern beschäftigt, z.B. waren es im Jahr 2004 von der Gesamtzahl 84,8%. Die untere Tabelle zeigt die Verteilung der gesamten MTA auf die Allgemeinkrankenhäuser im Gazastreifen.

KH	Najar	Oduan	Europy	Aqsa	Nasir	Shifa	Σ
Pers.	27	24	57	29	67	114	318.

Tab. 15 : MTA in den Allgemeinkrankenhäusern im Gazastreifen 2004 (ebd.)

### 7.3.3.2 MTA in den Spezialkrankenhäusern

Von den MTA arbeiten relativ wenig in den Spezialkrankenhäusern, z.B. waren es im Jahr 2004 von der Gesamtzahl nur 15,2%. Die untere Tabelle zeigt die Verteilung der gesamten MTA in den Spezialkrankenhäusern im Gazastreifen.

KH	Nafsy	Duraa	Naser	Auen	$\Sigma$
Pers.	10	20	27	0	57

**Tab. 16 : MTA in den Spezialkrankenhäusern im Gazastreifen 2004 (ebd.)**

### 7.3.4 Pflegepersonal in den Krankenhäusern

Schmidt (1984) „weist darauf hin, dass im Vergleich zu Ärzten, Pflegepersonen und die mit ihnen einhergehende Rollenerwartungen und –Konflikte, für die Patienten oft ein höheres Gewicht haben“ (Schneider, K., 1987, S. 77. N. Schmidt, L.R., 1984). Die professionelle Krankenpflege befasst sich mit der Betreuung und Pflege von Menschen aller Altersgruppen in verschiedenen Institutionen und Organisationsformen (Krankenhaus, Pflegeheim, Ambulante Pflege usw.). Die Ausbildung in der Krankenpflege im Gazastreifen unterteilt sich zum Einen in theoretischen und praktischen Unterricht und zum Anderen in die praktische Ausbildung. Der Unterricht findet in der Regel an Krankenpflegesschulen oder Berufsfachschulen statt, während die praktische Ausbildung teils in Krankenhäusern und Pflegeheimen absolviert wird.

Außerdem bieten Universitäten die Krankenpflegeausbildung als Studiengang an. Das Studium der Krankenpflege dauert vier Jahre. Im Jahr 2004 arbeiteten insgesamt 1283 Personen als Krankenpflegepersonal, das sind 29% aller Mitarbeiter des Gesundheitsversorgungssystems im Gazastreifen. Die Zahl des Krankenpflegepersonals stagniert bzw. wird immer geringer, da viele das Rentenalter erreicht haben und es wegen mangelndem Interesse an diesem Beruf keinen Nachwuchs gibt.

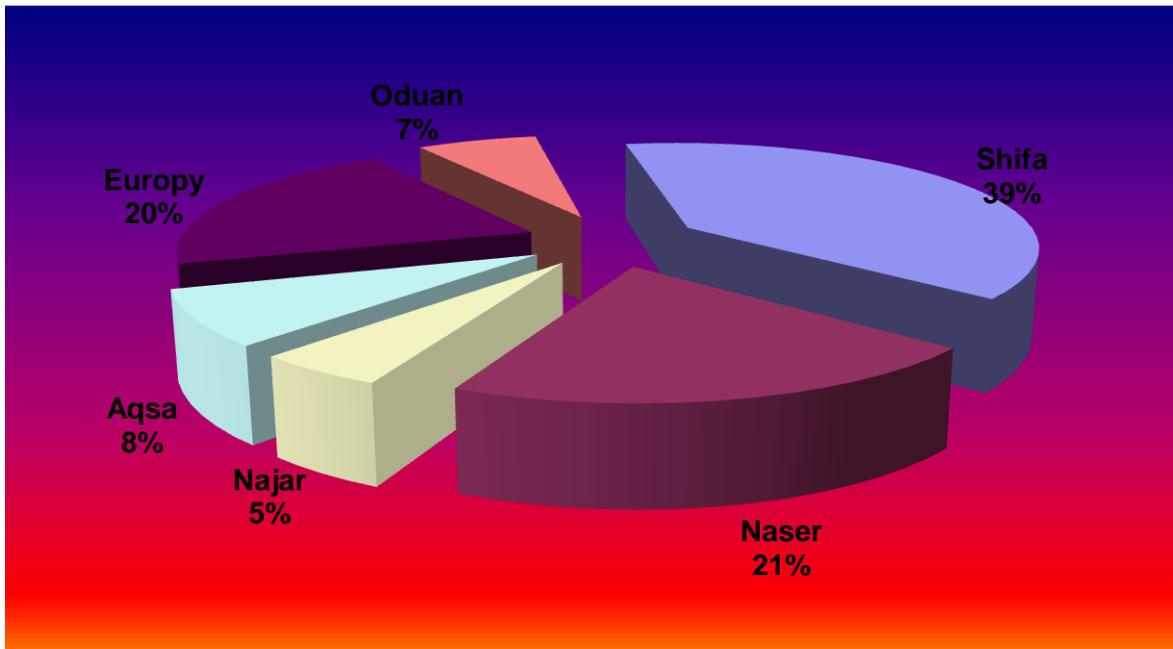
#### 7.3.4.1 Pflegepersonal in den Allgemeinkrankenhäusern

Der größte Anteil des Pflegepersonals im Gazastreifen arbeitet in den Allgemeinkrankenhäusern. Im Jahr 2003 waren es 84,8% des gesamten Pflegepersonals; im Jahr 2004 waren es 84%. Die untere Tabelle zeigt die Verteilung des Pflegepersonals in allen Allgemeinkrankenhäusern im Gazastreifen.

Jahr	Oduan	Europy	Aqsa	Najar	Naser	Shifa	$\Sigma$
2003	71	222	89	55	232	427	1096
2004	71	221	89	54	223	419	1077

**Tab. 17 : Pflegepersonal in den Allgemeinkrankenhäusern (ebd.)**

Die prozentuale Verteilung des Pflegepersonals in den Allgemeinkrankenhäusern zeigt deutlich, dass das Shifa-Krankenhaus das meiste Pflegepersonal beschäftigt. Die untere Grafik zeigt die prozentuale Verteilung des Pflegepersonals in den Allgemeinkrankenhäusern.



**Abb. 16 : Pflegepersonal in Allgemeinkrankenhäusern (ebd.)**

### 7.3.4.2 Pflegepersonal in den Spezialkrankenhäusern

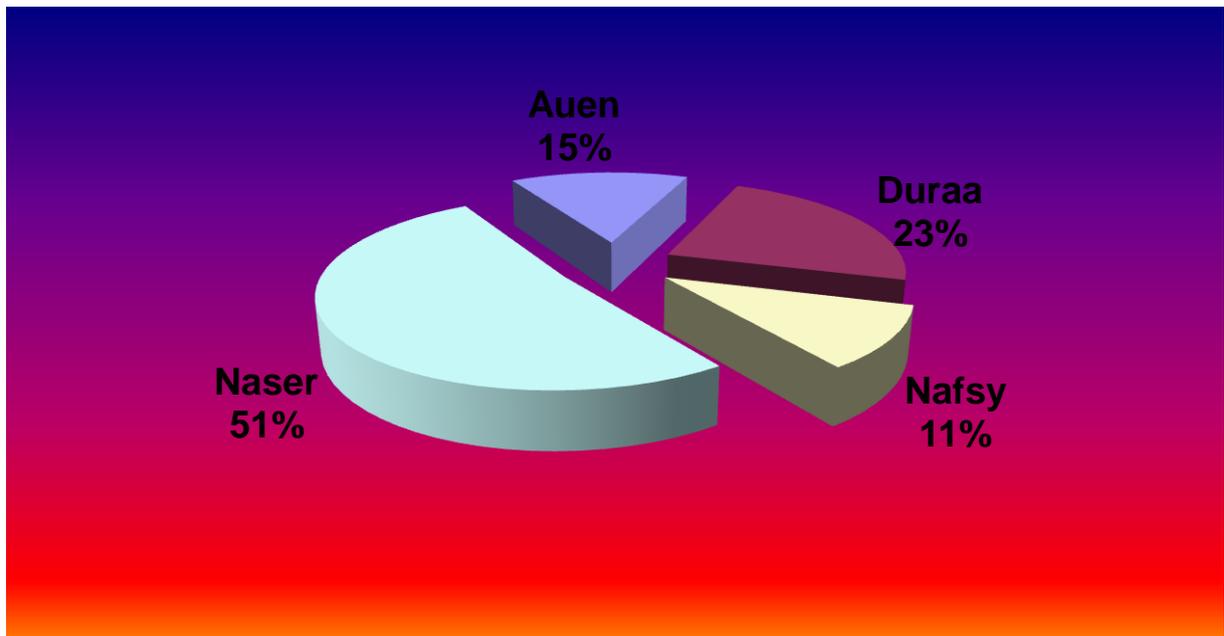
Die Spezialkrankenhäuser beschäftigen nur einen kleinen Teil des gesamten Pflegepersonals. Das liegt daran, dass das Pflegepersonal, das in den Spezialkrankenhäusern arbeitet, eine zusätzliche Ausbildung haben muss. Im Jahr 2003 betrug die gesamte Zahl des Pflegepersonals in Spezialkrankenhäusern nur 15,2%, im Jahr 2004 waren es 16%. Die untere Tabelle zeigt die Entwicklung des Pflegepersonals in den Spezialkrankenhäusern des Gesundheitssystems im Gazastreifen.

Jahr	Naser	Nafsy	Duraa	Auen	$\Sigma$
2003	106	23	37	31	197
2004	106	22	48	30	206

**Tab. 18 : Pflegepersonal in Spezialkrankenhäusern (2003 – 2004) (ebd.)**

Dieser Jahresvergleich in der Entwicklung der Personalressourcen im Pflegebereich zeigt bei den Allgemeinkrankenhäusern einen leichten Rückgang, dem eine kleine Erhöhung bei den Spezialkrankenhäusern gegenüber steht, wobei festgestellt werden muss, dass insgesamt eine Reduzierung stattgefunden hat.

Die prozentuale Verteilung des Pflegepersonals zeigt, dass im Naser Kinderkrankenhaus über die Hälfte des Pflegepersonals der Spezialkrankenhäuser arbeiteten, und zwar 51%. Die untere Grafik zeigt die Verteilung des Pflegepersonals in allen Spezialkrankenhäusern.



**Abb. 17 : Verteilung des Pflegepersonals auf die Spezialkrankenhäuser (ebd.)**

Die Verteilung des Pflegepersonals in den Spezialkrankenhäusern entspricht in etwa der der Ärzte in diesen Einrichtungen.

## 7.4 Bettenzahl in den Krankenhäusern im Gazastreifen

Die Bettendichte gibt einen Hinweis auf die Ressourcen in der stationären Akutversorgung. Die Krankenhäuser in Palästina sind, wie oben erwähnt, MOH-Krankenhäuser und Non-MOH Krankenhäuser. Wir betrachten zuerst die Bettenzahl in den Krankenhäusern, die nicht von der Regierung organisiert werden „NOGs“, dann die Bettenzahl in den MOH-Krankenhäusern. Dies dient dazu darauf hinzuweisen, dass nicht nur die Betten der MOH-Krankenhäuser der Bevölkerung im Gazastreifen zur Verfügung stehen. Die Betten sind auf zehn Krankenhäusern im gesamten Gazastreifen verteilt. Die untere Tabelle zeigt die Bettenzahl in den gesamten Krankenhäusern im Gazastreifen. Bis zum Jahr 2006 hatten die MOH-Krankenhäuser zusammen nur 1491 Betten im Gazastreifen. In den letzten fünf Jahren hat sich die Zahl der Betten nur um 115 erhöht, das sind durchschnittlich 23 Betten pro Jahr mehr. Lediglich in einem Jahr haben die Krankenhäuser weniger Betten als im vorherigen Jahr gehabt. Im Jahr 2002 betrug die Bettenzahl 1476 und im Jahr 2003 reduzierte sich die Zahl auf 1459, also 17 Betten weniger. Der Grund dafür liegt im dem Beginn des Volksaufstandes.

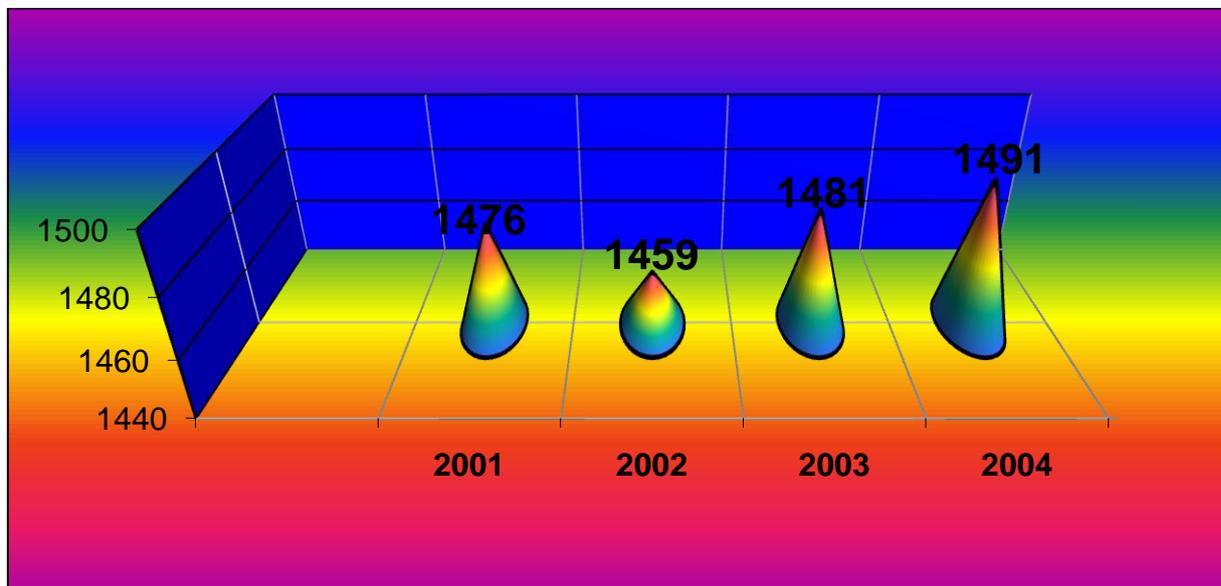


Abb. 18 : Bettenzahlen in allen Krankenhäuser des MOH (2001- 2004)(ebd.)

Die Betten in palästinensischen Krankenhäusern unterteilen sich in Stationärbetten und Ambulanzbetten:

### Stationärbetten „Basic Hospital beds“

Diese Betten werden von den Patienten benutzt, die längere Zeit in Krankenhaus verweilen und viel Pflege benötigen.

### Stationärbetten in den Allgemeinkrankenhäusern

Die Stationärbetten in den Allgemeinkrankenhäusern überwiegen. Im Jahr 2004 lag die Zahl der Betten in den Allgemeinkrankenhäusern bei 1199, in den letzten fünf Jahren hat sie sich um 136 erhöht. Das sind rd. 8% /Jahr.

Bettenzahl					Bezirk	Krankenhaus
2001	2002	2003	2004	2005	ORT	<i>KH</i>
489	489	503	496	496	Gaza	Shifa
250	265	267	277	277	Khanunis	Naser
68	68	74	97	97	Mittel	Aqsa
52	52	52	52	52	Rafah	Najar
204	231	231	219	219	Rafah	Europy
0	57	54	58	58	Nord	Oduan
1063	1162	1181	1199	1199		

**Tab. 19 : Bettenanzahl in Allgemeinkrankenhäusern**

## Stationärbetten in den Spezialkrankenhäusern

Von der Gesamtzahl der Stationärbetten befinden sich rd. 4/5 in den Allgemeinkrankenhäusern; das restliche Fünftel in Spezialkrankenhäusern. Die von den Allgemeinkrankenhäusern abweichende Struktur der Spezialkrankenhäuser zeigt sich auch in einer relativ hohen Anzahl von Stationärbetten in den Spezialkrankenhäusern, bezogen auf das Fachpersonal.

Bettenzahl					Bezirk	Krankenhaus
2005	2004	2003	2002	2001		
151	151	151	188	188	Gaza	Nasir
31	31	31	31	31	Gaza	Auen
39	39	39	39	39	Gaza	Alnafsy
71	71	57	56	55	Gaza	Duraa
292	292	278	314	313	Σ	

**Tab. 20 : Bettenanzahl in Spezialkrankenhäusern des MOH (ebd.)**

Die Bettenanzahl im Gazastreifen über die Jahre von 2001 bis 2005 unterlag nur geringfügigen Schwankungen. Eine Relation zur Entwicklung der Bevölkerungszahlen kann an dieser Stelle nicht hergestellt werden, weil es keine verlässlichen Daten dazu gibt, es kann aber konstatiert werden, dass sie mit der steigenden Bevölkerungszahl nicht korreliert. Völlig neu stellt sich die Situation dar, wenn die beiden Bereiche getrennt betrachtet werden. Die Allgemeinkrankenhäuser konnten ihren Bestand halten und leicht ausbauen, während auf Seiten der Spezialkrankenhäuser zwischendurch bis zu 10% der Betten – aufgrund militärischer Einwirkungen – eingebüßt wurden. Zusätzlich nachteilig auf die Bettensituation wirkt sich der schlechte Umgang mit diesen Einrichtungsgegenständen aus, der zur vorzeitigen Unbrauchbarkeit führt.

## Ambulanzbetten „Day Care Beds „

Diese Betten werden nur von den Patienten benutzt, die für kurze Zeit das Krankenhaus besuchen. Diese Art von Betten gibt es hauptsächlich auf Notfallstationen, in Ambulanzen und für tägliche Untersuchungen. Im Jahr 2005 waren das 247 Ambulanzbetten. 30% von ihnen waren im Shifa-Krankenhaus. Die prozentuale Verteilung der Ambulanzbetten im Gazastreifen ist in der unteren Grafik dargestellt.

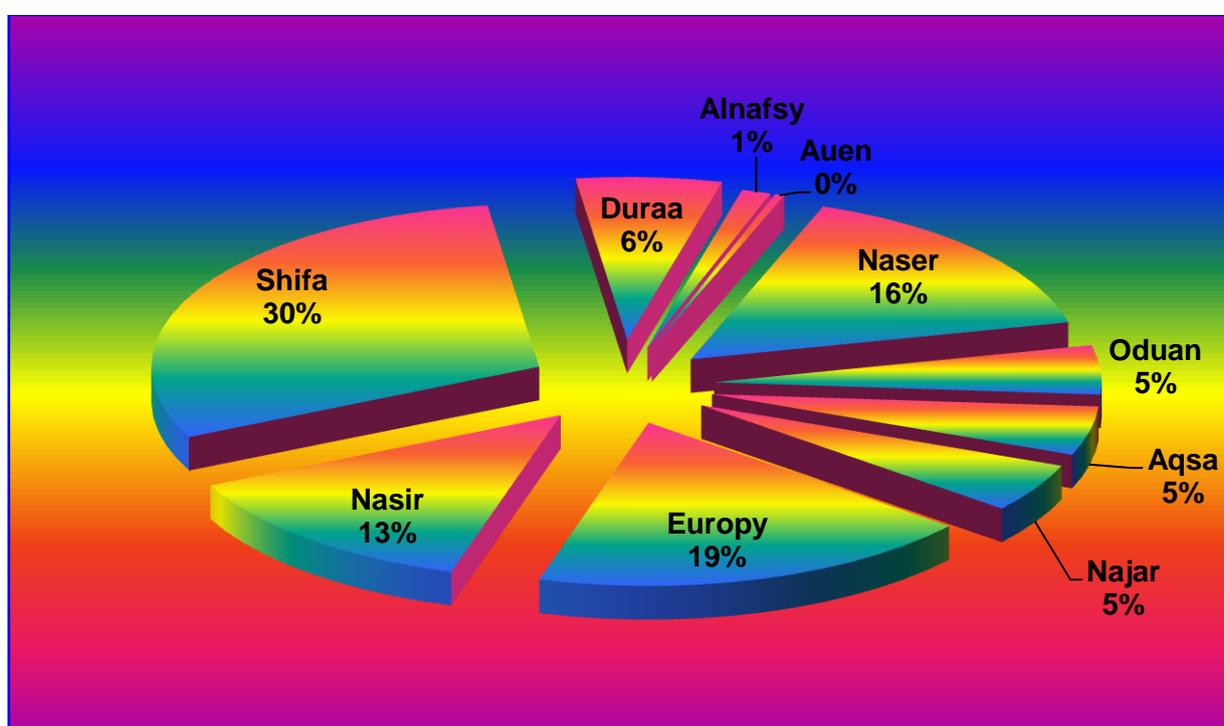


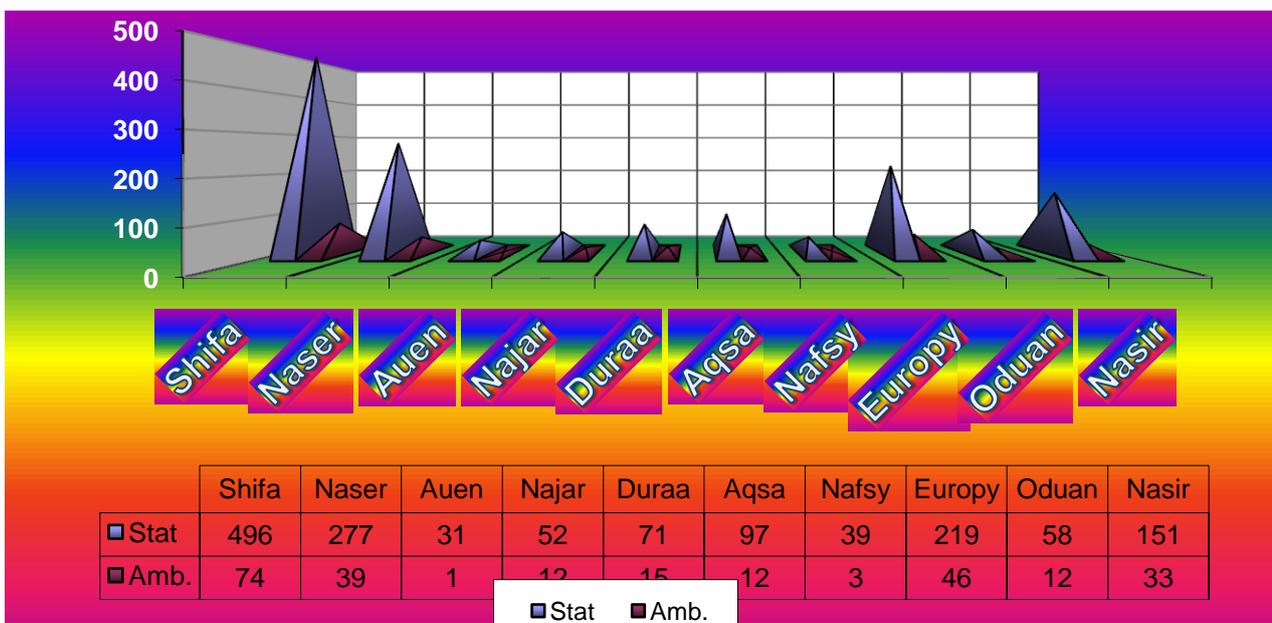
Abb. 19 : Verteilung der Ambulanzbetten auf alle Krankenhäuser (ebd.)

In kritischen Situationen, wie sie im Gazastreifen häufig vorkommen, hat diese Art von Betten eine wichtige Aufgabe. Auf Grund der dann besonders starken Belastungen in den Krankenhäusern dürfen viele Patienten nicht länger als absolut zwingend notwendig aufgenommen werden.

### 7.4.1 Verhältnis der Ambulanz- zu den Stationärbetten aller Krankenhäuser

Aufgrund der Wichtigkeit von Ambulanzbetten macht es Sinn die Relationen zu den Stationärbetten zu betrachten.

Das Verhältnis der Ambulanzbetten zu den Stationärbetten aller Krankenhäuser im Gazastreifen variiert. Dieser Vergleich macht deutlich, ob ein Krankenhaus mehr Stationärbetten oder Ambulanzbetten hat. Die untere Grafik zeigt das Verhältnis der Ambulanzbetten zu den Stationärbetten.



**Abb. 20 : Zusammenstellung der Ambulanz- zu Stationärbetten in allen Krankenhäusern (ebd.)**

### 7.4.2 Verteilung der Betten auf die Bezirke im Gazastreifen

Zur Überprüfung der vorhandenen Ressourcen gehört auch die Verteilung der Betten auf die Bezirke.

Im Gazastreifen sind zehn Krankenhäuser, die wie folgt mit Betten ausgestattet sind:

Im Nordbezirk befindet sich das Oduan-Krankenhaus mit 58 Betten, der Gazabezirk hat 5 Krankenhäuser mit 496 Betten im Shifa-Krankenhaus, 151 im Nasir-Krankenhaus für Kinder, 31 Betten im Auen-Krankenhaus für Augenheilkunde, 39 Betten im Alnafsy-Krankenhaus für Psychiatrie und Duraa-Krankenhaus. Im Mittelbezirk gibt es nur das Aqsa-Krankenhaus mit 97 Betten und in den Khanunis- und Rafabezirken sind die Naser-Europy und Najar-Krankenhäuser mit insgesamt 538 Betten.

<b>Bezirk</b>	Süd	Mitte	Nord	Gaza
<b>Krankenhäuser</b>	Europy, Najar	Aqsa	Oduan	Shifa, Nasir, Auen, Nafsy, Duraa
<b>Bettenzahl</b>	548	97	58	814
<b>%</b>	36%	6%	4%	54%

**Tab. 21 : Bettenzahl in Krankenhäusern in den Bezirken (ebd.)**

### 7.4.3 Bettenzahl in Relation zu den Ärzten in den Krankenhäusern

Die Anzahl der Ärzte, die für jeweils ein Bett zuständig sind, beeinflusst die Qualität des Krankenhauses und hat einen großen Einfluss auf die gesamtmedizinische Versorgung. Diese Kennzahl hat deshalb einen hohen Aussagewert über die Leistungsfähigkeit der jeweiligen Einrichtung.

#### 7.4.3.1 Allgemeinkrankenhäuser

In den Allgemeinkrankenhäusern im Gazastreifen liegt die bewertete Arztdichte bei 0,76 pro Bett, d.h. mit anderen Worten ein Arzt betreut durchschnittlich 1,3 Betten. Die untere Grafik zeigt das Verhältnis von Bett zu Arzt.

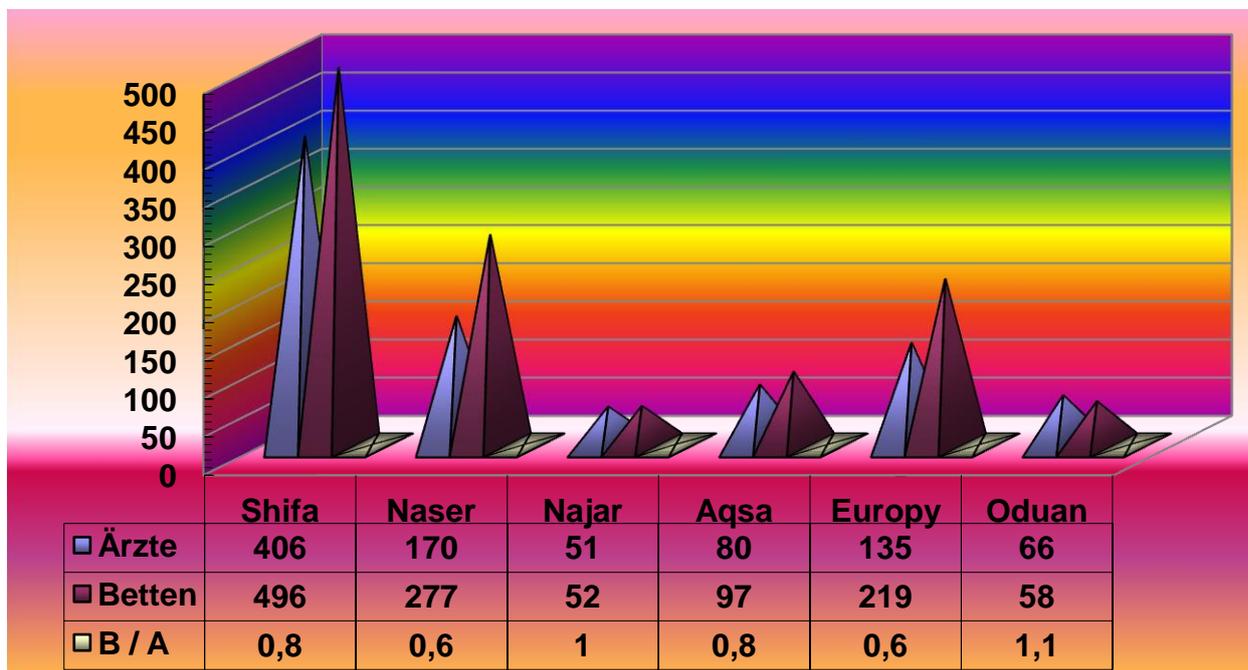


Abb. 21 : Quotient von Ärzten zu Betten in Allgemeinkrankenhäusern (ebd.)

### 7.4.3.2 Spezialkrankenhäuser

In den Spezialkrankenhäusern im Gazastreifen liegt die Arztdichte durchschnittlich bei 0,5 pro Bett. Die untere Grafik zeigt die Arztdichte zu jedem Bett.

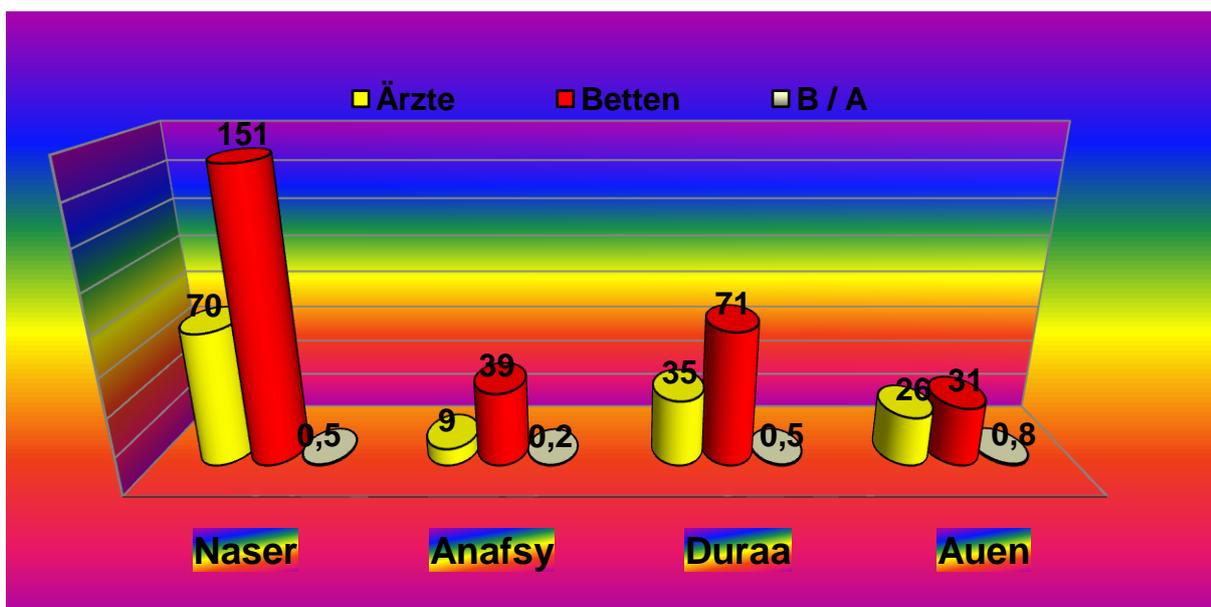


Abb. 22 : Quotient von Ärzten zu Betten in Spezialkrankenhäusern(ebd.)

Im Vergleich ist festzustellen, dass die Arztdichte pro Bett in den Allgemeinkrankenhäusern mit rund 0,8 sich erheblich von denen in Spezialkrankenhäusern mit 0,5 unterscheidet. Die Schwankungsbereite bewegt sich bei Allgemeinkrankenhäusern zwischen 0,6 und 1,1 und bei den Spezialkrankenhäusern von 0,2 bis 0,8. Diese großen Differenzen in den Kenngrößen legen die Vermutung nahe, dass von Seiten der Administration des MOH keine konkreten Zielvorgaben bestehen.

### 7.4.3.3 Krankenpflegepersonal und die Zahl der Betten in den Krankenhäusern

Die Pflegedichte der Krankenhäuser, das heißt wie viel Pflegepersonal auf ein Bett kommt, bestimmt die Qualität des Krankenhauses.

#### Allgemeinkrankenhäuser

Die Allgemeinkrankenhäuser haben insgesamt die höchste Zahl an Krankenpflegepersonal und Betten. In den Allgemeinkrankenhäusern betrug im Jahr 2004 die Pflegedichte für jedes Bett 0,8%. Die untere Tabelle zeigt die Personaldichte für jedes Bett in den Allgemeinkrankenhäusern und die Abweichungen in den verschiedenen Einrichtungen.

KH.	Oduan	Europy	Aqsa	Najar	Nasir	Shifa	$\Sigma$
KP	71	221	89	54	223	419	1077
Bett	58	219	97	52	277	496	1199
<b>Bett/Kp</b>	<b>1.2</b>	<b>1.0</b>	<b>0.9</b>	<b>1.0</b>	<b>0.8</b>	<b>0.8</b>	<b>0.8</b>

**Tab. 22 : Quotient Betten pro Krankenpflegekraft in Allgemein KH. (ebd.)**

## Spezialkrankenhäuser

Die Anzahl des Pflegepersonals in den Spezialkrankenhäusern ist gering. Die Anzahl der Pfleger für jedes Bett betrug im Jahr 2004 um 0,7. Die untere Tabelle zeigt die Personaldichte für jedes Bett in den Spezialkrankenhäusern.

KH.	Naser	Alnafsy.	Duraa	Auen	$\Sigma$
KP	106	22	48	30	206
Bett	151	39	71	31	292
Bett/Kp	<b>0.7</b>	<b>0.6</b>	<b>0.7</b>	<b>1.0</b>	<b>0.7</b>

**Tab. 23 : Quotient Betten pro Pflegekraft in Spezialkrankenhäusern (ebd.)**

## **8 Inanspruchnahme der MOH-Ressourcen durch die Bevölkerung**

Das Medizinstudium lehrt uns, dass unser Gesundheitszustand und damit unsere Nachfrage nach Gesundheitsleistungen von persönlichen Charakteristika abhängen, wie etwa Erbfaktoren, Gesundheits- oder Risikoverhalten und Krankheitsgeschichte. Der Wissenschaftszweig Public Health macht uns auf weitere Einflussfaktoren aufmerksam: das Einkommen, die Wohnverhältnisse, die Umwelt und das Angebot von Gesundheitsleistungen des Gesundheitssystems. Die richtige Verteilung der medizinischen Ressourcen in einem Gesundheitssystem unterstützt die Tendenz des Gesundheitszustandes zum Positiven. Die individuellen Bedürfnisse müssen aber Ausgangsschwerpunkt bleiben.

„Das Krankenhaus ist Teil einer Versorgungskette, die der Art und Schwere der Erkrankung angepasst ist. Dabei sollte ambulante Versorgung vor stationäre Versorgung, stationäre Versorgung vor Rehabilitation und diese wiederum vor Pflege stehen“(Wendt, C., 2003 N. Beske, F., Hallauer, F., 2001). Für eine möglichst optimale Verknüpfung von stationärer und ambulanter medizinischer Versorgung sind weitere Voraussetzungen zu erfüllen. Dieses Ziel könnte erreicht werden, wenn es einen Akteur gäbe, der die unterschiedlichen medizinischen Leistungen koordiniert. Da im Gazastreifen die ambulante Versorgung sehr schwach ist und die Pflege fast nicht vorhanden, geht die Koordinierung nur schwerfällig vor sich. Dazu kommt, dass alles von den Krankenhäusern zu bewältigen ist, was diese zusätzlich belastet. Nach dem Gesundheitsbericht für Deutschland 1998 „Alle Experten sind sich einig, dass die mangelnde Verzahnung zwischen ambulanter und stationärer Krankenversorgung die Modernisierung der Gesundheitsversorgung behindert“ (ebd. 233).

Jede Hausfrau arbeitet nach dem Prinzip: Den Monat über das Geld nur für die notwendigsten Mittel ausgeben und wenn am Ende etwas übrig bleibt kann man überlegen, was zusätzlich möglich ist. Über die Frage, was notwendig und was „Luxus“ ist, dürfte in den meisten Haushalten weitgehend Einigkeit herrschen. Anders im Gesundheitswesen im Gazastreifen. Hier hat die notwendige Prioritätsdiskussion gerade erst begonnen, und sie wird zweifellos an Intensität zunehmen. Was sind die „wesentlichen“ oder „absolut notwendigen“ Gesundheitsleistungen des Gesundheitsversorgungssystems? Jeder denkt hierbei vermutlich zuerst an Notfallversorgung und lebensrettende Maßnahmen für die Bevölkerung. Es sind aber nicht allein diese Gesundheitsleistungen, die langfristig den größten Nutzen stiften, das heißt bei gedecktem Budget die meiste Gesundheit oder Lebensqualität schaffen. Im Gegenteil, gerade die Verteilung der medizinischen Ressourcen auf die Bevölkerungsdichte und die Erleichterung des Zuganges zu dem Versorgungssystem ziehen die größten Gesundheitseffekte nach sich. Insbesondere vor dem Hintergrund der demographischen Entwicklung und der Zunahme chronischer Krankheiten. Bei den palästinensischen Bevölkerungsgruppen wird es daher in der Zukunft darum gehen, diese Versorgungsbereiche weiter aufzuwerten. Anders wird eine effizientere Mittelverwendung im Gesundheitsversorgungssystem im Gazastreifen nicht möglich sein.

Diskussionen in anderen Ländern zeigen, dass Entscheidungen über Verbesserungen im Gesundheitswesen unterschiedlichste Gesichtspunkte berücksichtigen müssen, anderenfalls sind sie im Gazastreifen weder praktikabel noch durchsetzbar. Medizinische, rechtliche, ökonomische und ethische Aspekte müssen bei der Verbesserung der Verteilung der medizinischen Ressourcen beachtet werden. Die Legitimität der Versorgungssysteme ist abhängig von der richtigen Verteilung und der entsprechenden Qualität. Das Prinzip der Gleichberechtigung bei der Versorgung und die damit verbundene Antidiskriminierung auf Grund von Wohnort und sozialer Schicht sollte ein wichtiges Kriterium bei Verteilung der Ressourcen im Gazastreifen sein. Die Lösung des gesundheitspolitischen Dilemmas (Budgetierung trotz steigendem Bedarf) liegt in einer Effizienzsteigerung der Verteilung der medizinischen Ressourcen im Gazastreifen. Der individuelle Bedarf des Ortes oder eines Krankenhauses bzw. einer Abteilung muss schneller erkannt werden, die richtige gesundheitliche Ressource muss gezielter und effektiver eingesetzt werden.

In diesem Kapitel geht es um die Ausnutzung der medizinischen Ressourcen des palästinensischen Gesundheitssystems im Gazastreifen. Sie ist ein Indikator dafür, inwiefern die medizinischen Ressourcen auf die Bevölkerung verteilt sind und ob diese der Nachfrage entsprechen oder nicht. Es sollte weder zu einer Über- noch zu einer Unterversorgung kommen. Voraussetzung eines gesundheitlichen Nutzens auf der Ebene des Individuums ist eine entsprechende Versorgungsqualität. Dabei muss ein „Nettonutzen“ erzielt werden, d.h. der medizinische Erfolg muss größer sein als die Risiken.

Es sind viele Faktoren, die die Verteilung der medizinischen Ressourcen bestimmen:

1.Statistik und Medizin

2.Demographie

3.Todesursachen und –Risiken

4.Sterbetafeln und Überlebenskurven

5.„Seuchen“ der Gegenwart und Prävention

Die föderalistische Organisation sollte ein bedarfsgerechtes Angebot und einen direkten Bezug zur Bevölkerung garantieren. Die Frage ist aber, ob diese Nähe zur Bevölkerung nicht auch notwendige Reformen bremst. In letzter Zeit wurden im Gazastreifen mutige Politiker, auch wegen schmerzhafter Reformvorschläge, im Gesundheitswesen abgewählt. Um Rückschlüsse auf das Leistungsniveau der stationären Versorgung ziehen zu können, sind, neben der Personaldichte in den Krankenhäusern, mit weiteren Indikatoren in Beziehung zu setzen. Dazu gehören unter anderem die Zahl der Krankenhausbetten, die durchschnittliche Krankenhausverweildauer sowie die Krankenhauseinweisungsquote bzw. die Aufnahmequote.

## 8.1 Bettenmanagement

Mit der Einführung eines Bettenmanagements in einem Krankenhaus sollte die Belegung der Betten optimiert und der adäquate und zeitgerechte Zugang zu einem Krankbett für die Patienten ermöglicht werden. Diese Einführung sollte auf der Zielsetzung basieren, die Auslastung der Betten zu optimieren und damit sowohl die Wartezeiten für den Patienten auf ein Bett zu reduzieren, als auch die Überbelegung und die damit verbundenen Gangbetten und das für Westeuropa völlig unvorstellbare Liegen auf dem Fußboden zu verhindern. Die Belegung der Betten in einem Spezialkrankenhaus muss geplant erfolgen, durch die Zuweisung von Fach- und Hausärzten, akut durch die Aufnahmeambulanz durch Reservierungen bei den einzelnen Fachabteilungen, geplant erfolgen.

Zur Verbesserung der Bettenbelegungszeiten sollte untersucht werden, welche Abteilungen besonders von Überbelegung betroffen sind und inwieweit die Möglichkeit besteht, Patienten bei Aufrechterhaltung der besten Versorgung auch in fachfremden Abteilungen unterzubringen. Die Problematik der Bettenbelegungszeiten in den palästinensischen Krankenhäusern zeigt sich dabei als eher typisch für bestimmte Abteilungen, während andere Fachabteilungen Bettenkapazitäten zur Verfügung stellen könnten. Durch die Einrichtung eines zentralen Bettenmanagements bestünde die Möglichkeit, jederzeit einen Überblick über sämtliche freie Betten zu haben und Patienten auch auf eine fachfremde Abteilung zu verlegen. Dies setzt eine hohe medizinische Kompetenz des Bettenmanagers voraus, der im Einzelfall über die Verlegung entscheiden muss. Auf Grund meiner gesammelten Beobachtungen halte ich die Einführung eines Bettenmanagementsystems in den palästinensischen Krankenhäusern für dringend notwendig.

### 8.1.1 Belegzeiten der Betten

Durch die Nachfrage und die Belegungszeit der Betten in einem Krankenhaus kann die Verteilung des Personals optimiert werden bzw. die Ressource Personal muss dem Bedarf an Gesundheitsleistung von Seiten der Patienten angepasst sein.

Die OECD in Paris hat die durchschnittliche Belegungsrate in Akutkrankenhäusern erhoben. 2005 belief sie sich in 17 erfassten OECD-Ländern auf durchschnittlich 74,2% (2000: 73,6%). Die Rangliste für 2005: Norwegen 87,5, Schweiz 86,1, Irland 85,6, Großbritannien 83,9, Japan 79,2, Österreich 79, Ungarn 75,7, Deutschland und Tschechische Republik 75,6, Frankreich 73,4, Portugal 73,2, USA 67,4, Slowakische Republik 66,7, Luxemburg 64,7, Türkei 64,5, Niederlande 63,9 und Mexiko 61%. (OECD Health Data 2007, OECD Paris 2007).

Nach meinem subjektiven Eindruck, den ich bei meinem Forschungsaufenthalt im Gazastreifen gewinnen konnte, ist die Anzahl der zur Verfügung stehenden Betten nicht ausreichend. Diesem Mangel wird damit entgegengewirkt, dass die Verweildauer extrem kurz gehalten wird. Eine bedrückende Besonderheit in palästinensischen Krankenhäusern, ist die Tatsache, dass vielen Patienten innerhalb des Behandlungsverfahrens das Bett entzogen wird und sie in manchen Krankenhäusern sogar auf dem Boden weiterbehandelt werden.

## 8.1.2 Belegungszeiten der Betten in den Krankenhäusern

Sie sind ein Indikator für die Auslastung eines Krankenhauses. Entsprechend der Frequentierung eines Krankenhauses bzw. einer bestimmten Abteilung und der durchschnittlichen Bettenbelegungszeiten kann das Personal bedarfsorientiert verteilt werden. Die Belegungszeiten der Betten spielen auch eine große Rolle bei der Qualitätssicherung und Wirtschaftlichkeit eines Krankenhauses. Beim Studium der Krankenhäuser im Gazastreifen fällt auf, dass die Krankenhausmanagements weder wirtschaftlich noch organisatorisch Rücksicht auf diese Tatsachen genommen haben.

Die Verteilung der Beschäftigten in den Krankenhäusern erfolgt also mangelhaft. Eine fehlende Organisation macht sich bemerkbar, sofern man sich mit den Belegzeiten der Betten in einem Krankenhaus und der Anzahl der Beschäftigten befasst. Es ist ganz selten, dass die Belegungszeiten der Betten überhaupt thematisiert werden, obwohl das Bettenmanagement in den Krankenhäusern ein wirkliches Problem für die Ärzte sowie für die Gesundheitswissenschaftler darstellt.

Um das Problem genauer zu analysieren muss ein Blick auf die einzelnen Abteilungen geworfen werden, das heißt in welcher Abteilung, in welchem Krankenhaus gibt es eine Über- bzw. Unterbelegung der Betten. Es ist keine Studie bekannt, die die Bettenbelegung im Gazastreifen erforscht. Beobachtet man die durchschnittliche Bettenbelegrate der OECD Länder mit 74,2%, stellt man fest, dass die durchschnittliche Bettenbelegrate im Gazastreifen mit 83,5% sehr hoch ist.

### 8.1.3 Allgemeinkrankenhäuser

Die meisten Krankenhäuser sind Allgemeinkrankenhäuser, die auf Grund ihrer Vielseitigkeit genutzt werden. Die durchschnittliche Bettenbelegung liegt in manchen Abteilungen bei über 100%. Man sieht die Patienten auf dem Boden liegen, da nicht genügend Betten vorhanden sind. Das wird zwar beobachtet, aber nie in den Berichten erwähnt. Viele Patienten kommen von sich aus ins Allgemeinkrankenhaus und verweilen ein paar Tage, obwohl sie in einem spezialisierten Krankenhaus besser versorgt wären. Ein weiteres Problem ist, dass die Allgemeinkrankenhäuser alle Patienten aufnehmen, auch wenn sie Ihnen nicht die optimale Versorgung anbieten können und sie besser in ein Spezialkrankenhaus gehören. Als Folge des Volksaufstandes steigt die Nachfrage nach Krankenhausbetten ständig. Die Krankenwagen, die die Verletzten transportieren, gehören zu den Allgemeinkrankenhäusern und bringen die Verletzten vorrangig in die eigenen Kliniken.

Da es in Palästina üblich ist, dass die Angehörigen des Verletzten mit in die Klinik kommen, werden viele Betten überstrapaziert und beschädigt und es dauert lange bis sie repariert oder ersetzt werden. D.h. die volle Kapazität steht selten zur Verfügung. Die durchschnittliche Auslastung der Betten in den Allgemeinkrankenhäusern betrug 79% im Jahr 2003. Die untere Tabelle zeigt die durchschnittlichen Bettenbelegungszeiten der Allgemeinkrankenhäuser.

KH	Oduan	Najar	Aqsa	Europy	Naser	Shifa	$\Sigma$
%	90.7	55.5	94	98.8	70	81.2	83.5

**Tab. 24 : Durchschnittliche Bettenbelegungszeit in den Allgemein KH.(2004) (ebd.)**

Die Allgemeinkrankenhäuser haben deutlich voneinander abweichende Bettenbelegungszeiten. Je höher die Auslastung in dem Krankenhaus selbst ist, desto höher ist der Anteil der prozentualen Bettenbelegungszeit im Vergleich zu den anderen Krankenhäusern. Die folgenden Faktoren beeinflussen die Bettenbelegungszeiten:

1- Lage des Krankenhauses

A- Demographie

B- Risikostufe des Ortes, (Nähe eines Krisenherdes)

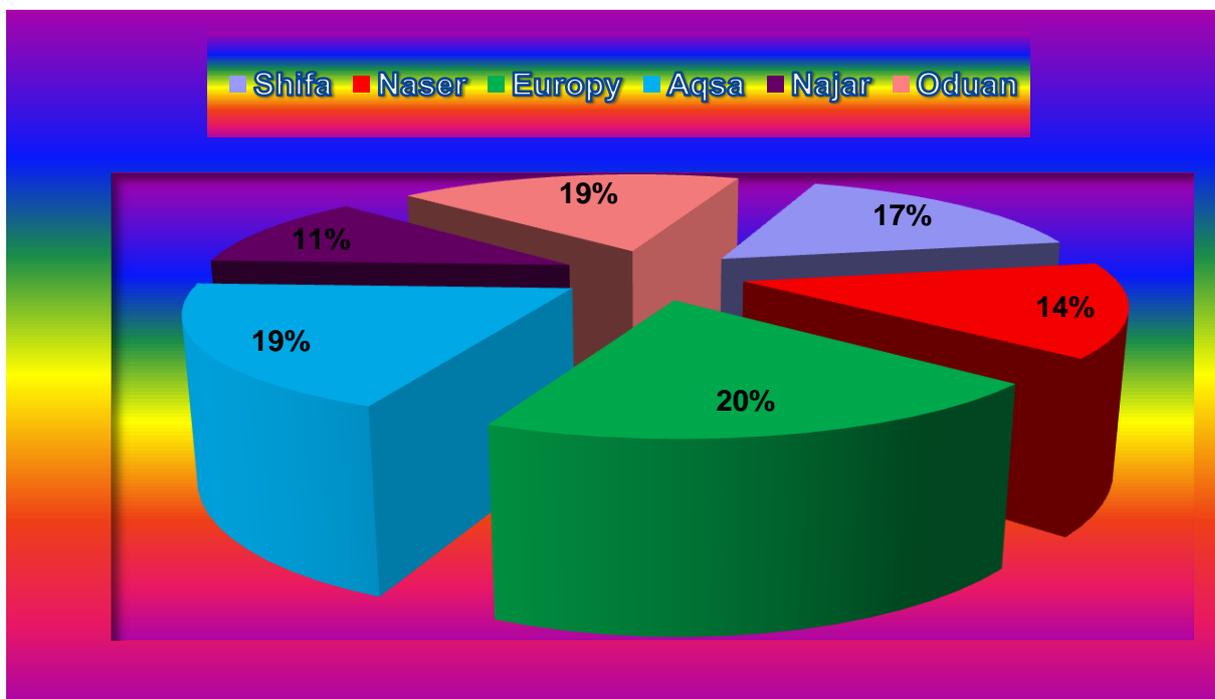
C- Schwerpunkt

2- Ruf des Krankenhaus oder eines bestimmten Arztes

3- Anzahl der Privaten Krankenhäuser in der Nähe

4- Spezialabteilungen in dem Krankenhaus

Die untere Grafik zeigt die prozentuale Aufteilung der Bettenbelegzeiten aller Krankenhäuser im Gazastreifen im Jahr 2004.



**Abb. 23 : Verteilung der gesamten Bettenbelegungszeiten aller Allgemeinkrankenhäuser (ebd.)**

In den Allgemeinkrankenhäusern im Gazastreifen sind die Bettenbelegungszeiten in den einzelnen Abteilungen sehr unterschiedlich. Um dieses Problem und die teilweise Überbelegung der Krankenhausbetten studieren zu können, wird jede Abteilung separat betrachtet und erforscht, denn nur dann ist eine analytische Beurteilung möglich. Über die Qualität und Qualitätssicherung eines Krankenhauses kann man deshalb kein Pauschalurteil fällen.

### **8.1.3.1 Bettenbelegungszeiten in den einzelnen Abteilungen**

Um einen detaillierten Einblick zu gewinnen, wurden im Rahmen dieser Forschungsarbeit die Belegungszeiten in allen Krankenhäusern in repräsentativen Abteilungen erhoben. Diese hierbei gewonnenen Kennzahlen sollen dabei helfen, die Kapazitätssteuerung den spezifischen Bedürfnissen der jeweiligen Fachabteilung anzupassen:

#### **Gastroenterologische Abteilung**

Die Gastroenterologie ist ein Teilgebiet der Inneren Medizin. Sie befasst sich mit der Diagnostik, nichtoperativen Therapien (z.B. medikamentöse Therapien) und Prävention von Erkrankungen des Magen-Darm-Trakts. Die häufigsten gastroenterologischen Erkrankungen sind z. B. Ulkuserkrankungen (Magenulcus und Duodenalulcus), Tumore des Verdauungstraktes (Kolonkarzinom), Lebererkrankungen wie Leberzirrhose und Hepatitis und Darmerkrankungen, wie die entzündlichen Darmerkrankungen Morbus Crohn und Colitis ulcerosa. Ein großer Teil der Erkrankungen sind so genannte Funktionsstörungen (funktionelle Dyspepsie, Reizdarmsyndrom). Diagnostische und therapeutische Maßnahmen bei gastroenterologischen Erkrankungen werden teilweise endoskopisch, d.h. in Form einer Magen- oder Darmspiegelung durchgeführt. Die Funktionsstörungen erfordern häufig sog. Funktionsuntersuchungen, wie die Druckmessung (Manometrie) oder Messungen der Passagezeit von Magen, Dünndarm oder Dickdarm.

Durch die andauernde Bedrohungssituation im Gazastreifen leidet eine immer höhere Anzahl der Bewohner unter Stress und das äußert sich häufig in einem gestörten Essverhalten. Die Folgen sind gastroabdomenale-Beschwerden. Dies führt zu hohen Belegungszeiten der Betten in den gastroenterologischen Abteilungen der Krankenhäuser.

Die durchschnittlichen Bettenbelegungszeiten in den gastroenterologischen Abteilungen der Allgemeinkrankenhäuser betrug 75,3% im Jahr 2004, die höchste Rate war im Europy-Krankenhaus mit 96% und die niedrigste im Najar-Krankenhaus mit 46,9%.

Die folgende Grafik zeigt die prozentualen, durchschnittlichen Bettenbelegungszeiten in den gastroenterologischen Abteilungen in den Allgemeinkrankenhäusern.

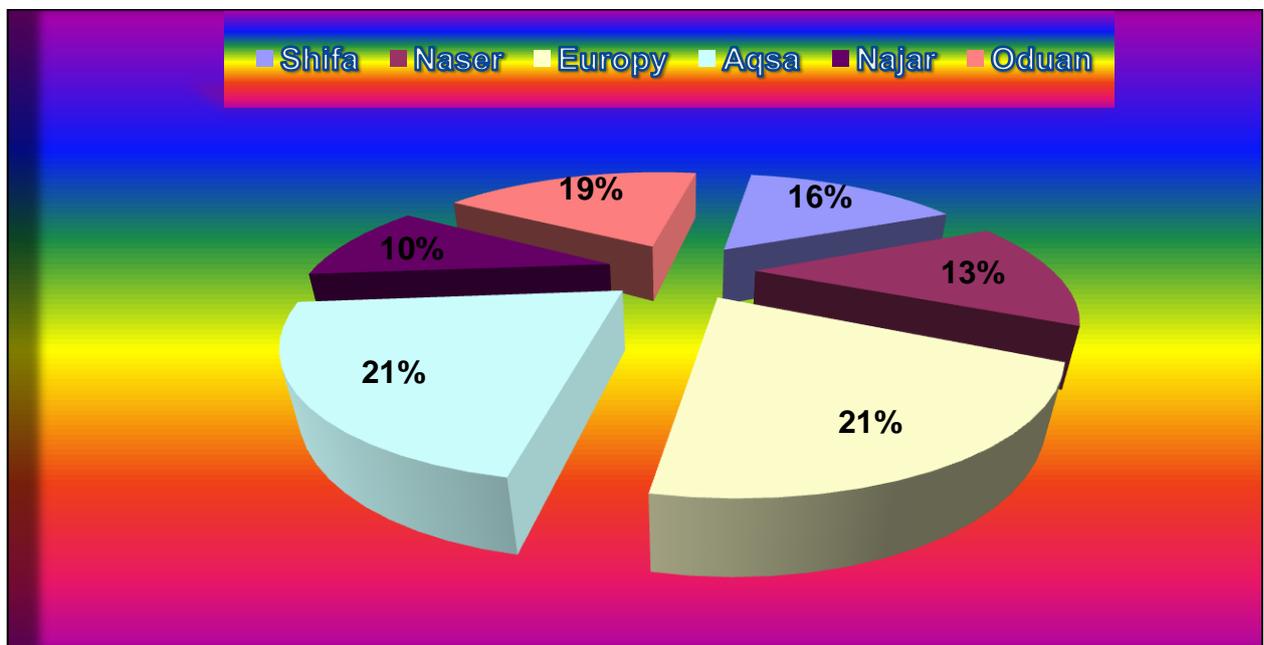


Abb. 24 : Verteilung der durchschnittlichen Bettenbelegungszeiten der gastroenterologischen Abteilungen (ebd.)

## Chirurgische Abteilung

Das medizinische Fachgebiet befasst sich mit der Behandlung von Krankheiten und Verletzungen durch direkte, manuelle oder instrumentelle Einwirkung auf den Körper des Patienten (Operation). Das Wort „Chirurgie“ kommt aus dem Altgriechischen und ist aus zwei Teilwörtern zusammengesetzt: aus Hand und dem Verb „ich arbeite“. Wörtlich übersetzt ist ein Chirurg ein "Handarbeiter".

Die chirurgischen Abteilungen sind die am stärksten frequentierten Abteilungen der Krankenhäuser im Gazastreifen. Die durchschnittlichen Bettenbelegungszeiten in den chirurgischen Abteilungen der Allgemeinkrankenhäuser betrug 79% im Jahr 2004, die höchste Rate war im Aqsa-Krankenhaus mit 91% und die niedrigste im Najar-Krankenhaus mit 54%. Die folgende Grafik zeigt die prozentualen, durchschnittlichen Bettenbelegungszeiten in den chirurgischen Abteilungen der Allgemeinkrankenhäuser.

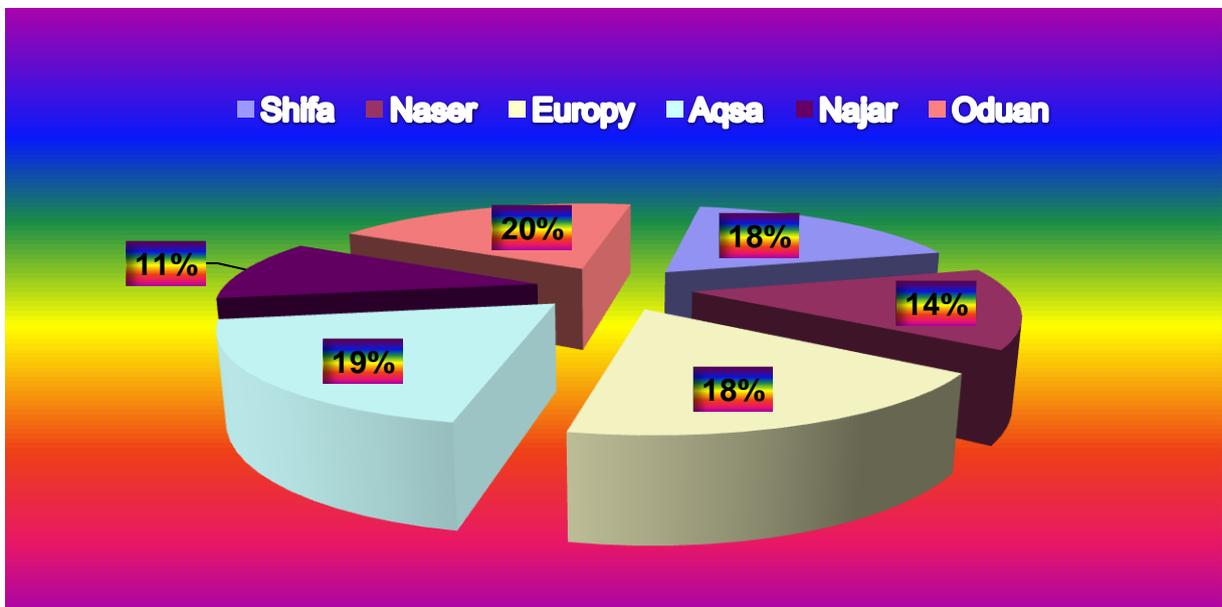


Abb. 25 : Durchschnittliche Bettenbelegungszeiten der chirurgischen Abteilungen (ebd.)

## Pädiatrische Abteilung

Die **Pädiatrie**, die **Kinderheilkunde**, ist die Lehre von den Erkrankungen des kindlichen und jugendlichen Organismus, seinen Entwicklungsstörungen, Fehlbildungen und deren Behandlungen. Die Pädiatrie erstreckt sich in ihren Schwerpunkten über alle Fachgebiete der klinischen Medizin, da das Wissen über die Erkrankungen der Erwachsenen nicht ohne weiteres auf die Kinder übertragbar ist.

Die durchschnittlichen Bettenbelegungszeiten in den pädiatrischen Abteilungen der Allgemeinkrankenhäuser betrug 86,3% im Jahr 2004, die höchste Rate war im Europy-Krankenhaus mit 103,3% und die niedrigste im Naser-Krankenhaus mit 77,9%. Die folgende Grafik zeigt die prozentualen, durchschnittlichen Bettenbelegungszeiten in den pädiatrischen Abteilungen der Allgemeinkrankenhäuser.

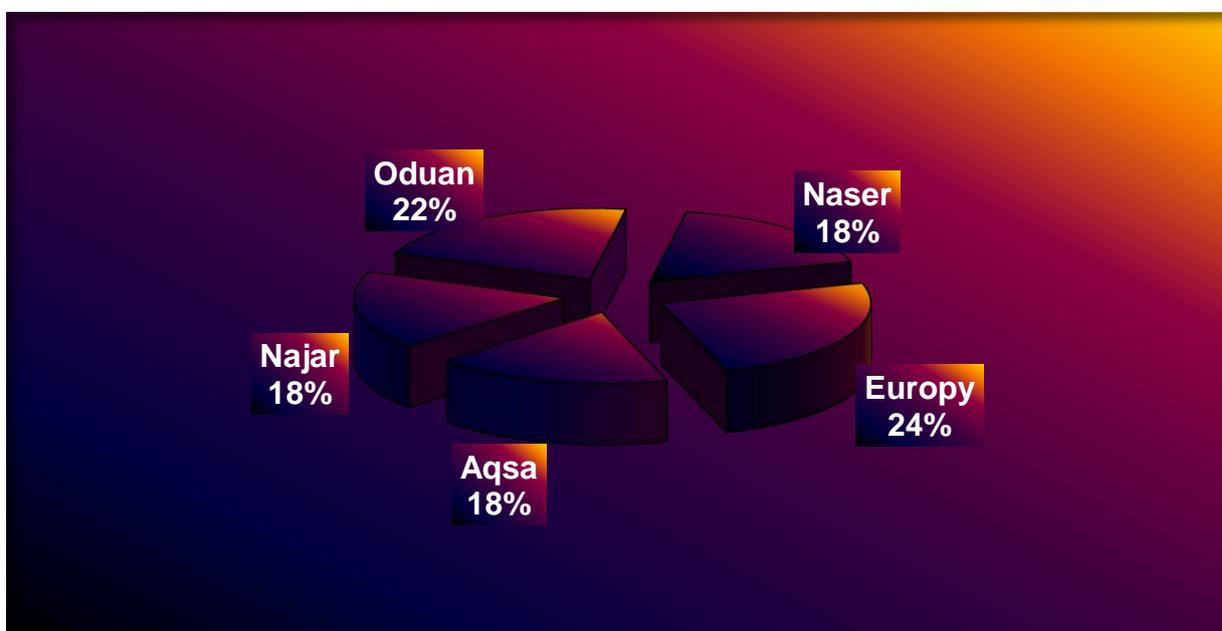


Abb. 26 : Verteilung der Bettenbelegungszeiten der pädiatrischen Abteilungen (ebd.)

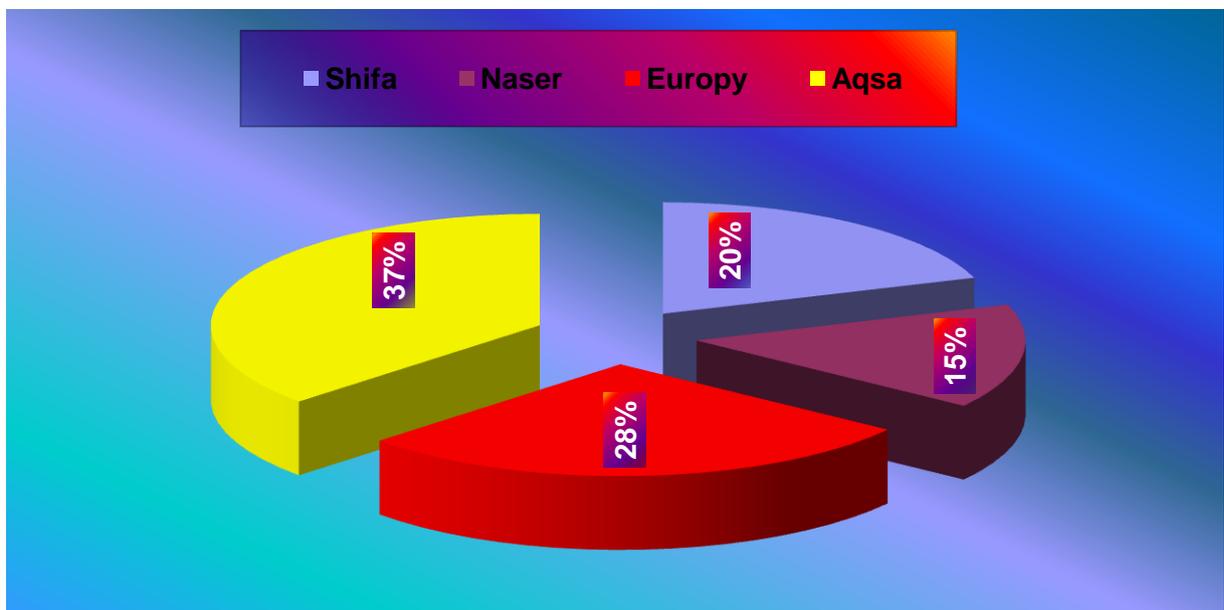
## **Gynäkologische Abteilung**

Die Gynäkologie oder auch Frauenheilkunde, ist die Lehre von der Behandlung der Erkrankungen des weiblichen Sexual- und Fortpflanzungstraktes. Im engeren Sinne befasst sich die Gynäkologie mit den Erkrankungen der nicht schwangeren Frau sowie der Geburtshilfe. Die Frauenheilkunde ist eines von etwa 30 Teilgebieten der Humanmedizin. Die Facharzt-Ausbildung erfolgt meist gemeinsam mit der Ausbildung in der Geburtshilfe.

Die wichtigsten Untersuchungsmethoden der Gynäkologie sind Ultraschall, d.h. Abbildung der inneren Organe (vor allem der Gebärmutter), sowie die Tastuntersuchung (Eierstöcke) und visuelle Begutachtung mittels Spekulum zur Untersuchung von Scheide und Muttermund, wobei Gewebeproben (Knipsbiopsie) und Zellen von der Schleimhautoberfläche (Abstrich) zur Untersuchung entnommen werden können. Zu den Aufgaben der Gynäkologie gehören auch die Behandlung von Erkrankungen der weiblichen Brust bzw. die entsprechenden Vorsorgeuntersuchungen (Vorsorgemedizin). Die Haupttätigkeit der Gynäkologen im Gazastreifen ist die Geburtshilfe. Die Frauen kommen nur zur Geburt oder bei einer Krankheit in die Klinik. Krankheitsprophylaxe bzw. die Vorsorgeuntersuchungen sind nicht üblich.

Die durchschnittlichen Bettenbelegungszeiten in den gynäkologischen Abteilungen der Allgemeinkrankenhäuser betrug 96,3% im Jahr 2004. Die höchste Rate war im Aqsa-Krankenhaus mit 171,6% und die niedrigste Rate war im Naser-Krankenhaus mit 70,4%.

Die folgende Grafik zeigt die prozentualen, durchschnittlichen Bettenbelegungszeiten in den gynäkologischen Abteilungen der Allgemeinkrankenhäuser.



**Abb. 27 : Verteilung der Bettenbelegungszeiten der gynäkologischen Abteilungen (ebd.)**

## Intensivstation

Eine **Intensivstation** (gebräuchliche Abkürzungen: *ITS*, *IPS* von *Intensivpflegestation*, *ICU* von *Intensive Care Unit* ) ist eine Station im Krankenhaus, auf der Patienten mit schweren bis lebensbedrohlichen Krankheiten intensivmedizinisch behandelt werden. In den meisten Krankenhäusern im Gazastreifen ist nur eine interdisziplinäre Intensivstation vorhanden, die allen medizinischen Bereichen zur Verfügung steht. Diese ICU werden meist vom Chefarzt geleitet und die Patienten werden von Fachärzten des entsprechenden Fachgebietes betreut.

Die durchschnittlichen Bettenbelegungszeiten in den Intensivstationen der Allgemeinkrankenhäuser betrug 69,3% im Jahr 2004. Die höchste Rate war im Shifa-Krankenhaus mit 84,9% und die niedrigste Rate war im Oduan-Krankenhaus mit 29,2%. Die folgende Grafik zeigt die prozentualen, durchschnittlichen Bettenbelegungszeiten in den Intensivstationen der Allgemeinkrankenhäuser.

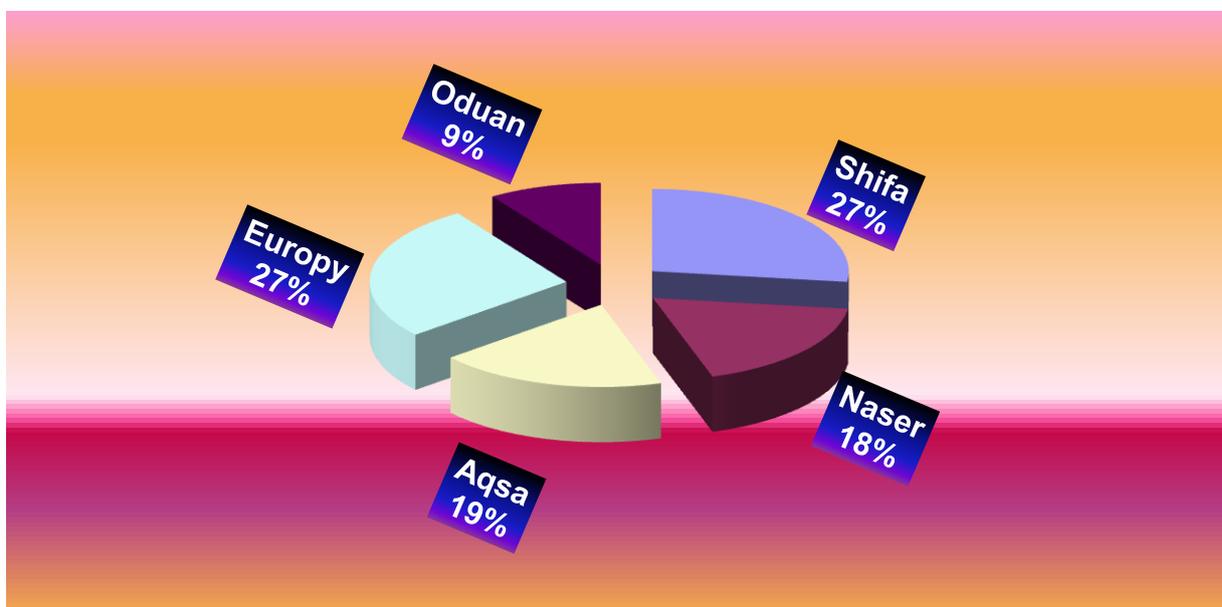


Abb. 28 : Verteilung der Bettenbelegungszeiten der Intensivstationen (ebd.)

## Intensivstation für Neonatologie

Die Neonatologie ist anerkannter Schwerpunkt der Pädiatrie mit eigener Schwerpunktbezeichnung (Neonatologe) für entsprechend weitergebildete Ärzte. Sie befasst sich mit den speziellen Problemen von Frühgeborenen und deren Behandlung und mit kranken Neugeborenen. In den letzten Jahrzehnten hat die Medizin im Bereich der Neonatologie immense Fortschritte gemacht, trotzdem ist die Versorgung in diesem Fachbereich noch mangelhaft. Die Sterberate der Neugeborenen ist im Gazastreifen viel zu hoch. Durch Einführung entsprechender Präventionsmaßnahmen könnte die Zahl der Krankheiten bei Neugeborenen drastisch reduziert werden. Die durchschnittliche Bettenbelegungszeit in den Intensivstationen für Neonatologie der Allgemeinkrankenhäuser betrug 74,6 % im Jahr 2004. Die höchste Rate war im Naser-Krankenhaus mit 94,1% und die niedrigste Rate war im Aqsa-Krankenhaus mit 53,2%. Die folgende Grafik zeigt die prozentualen, durchschnittlichen Bettenbelegungszeiten in den Intensivstationen für Neonatologie der Allgemeinkrankenhäuser.

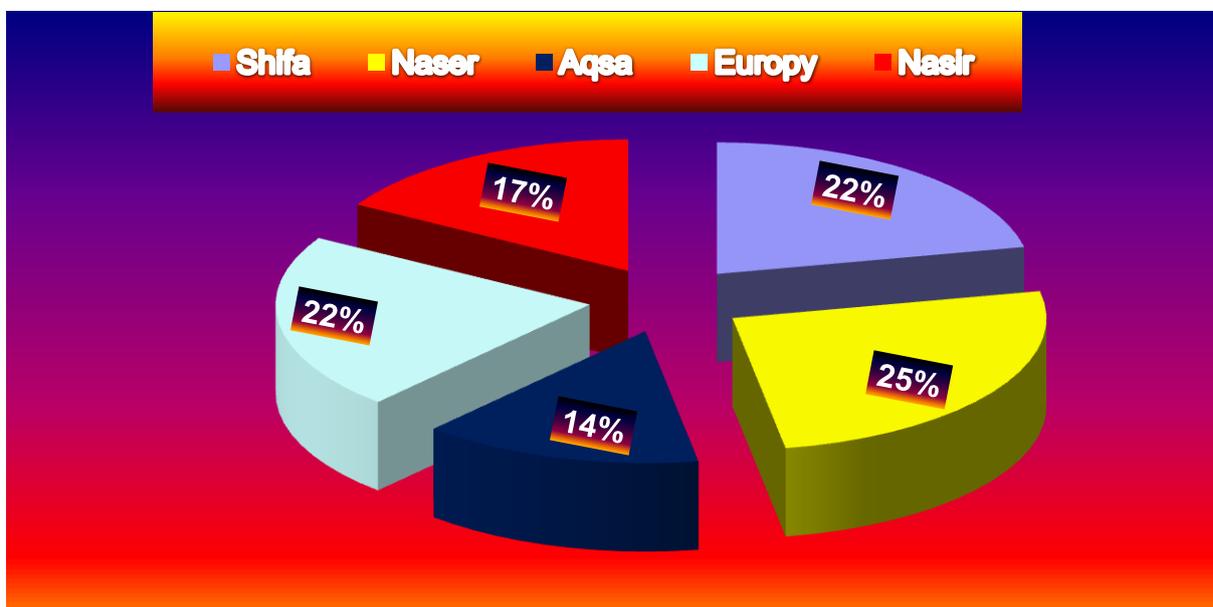
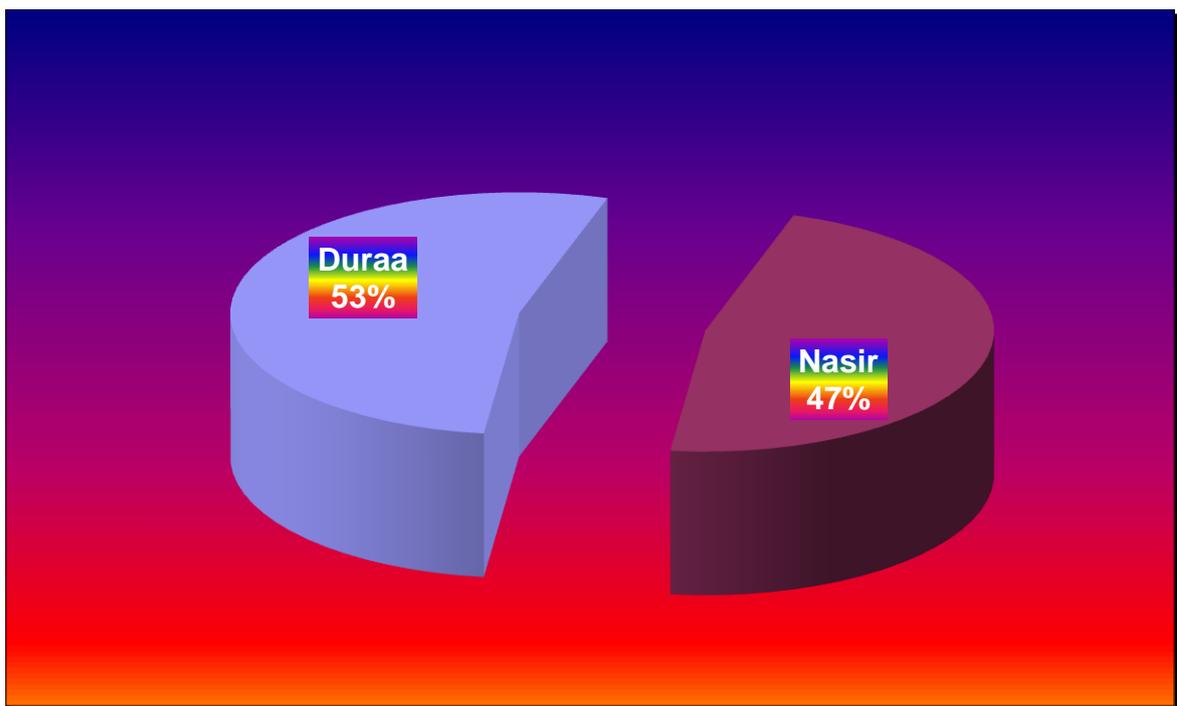


Abb. 29 : Verteilung der Bettenbelegungszeiten der Intensivstationen für Neonatologie (ebd.)

## Intensivstationen für Pädiatrie

Wenn ein Kind akut erkrankt und intensivmedizinisch versorgt werden muss, wird es auf der pädiatrischen Intensivstation aufgenommen. Die Betreuung der Intensivstation für Pädiatrie ist für Kinder bis zum vollendeten 14. Lebensjahr vorgesehen. Die durchschnittlichen Bettenbelegungszeiten in den Intensivstationen für Pädiatrie der Allgemeinkrankenhäuser betrug 67,7 % im Jahr 2004. Die höchste Rate war im Duraa-Krankenhaus mit 73,2%.

Die folgende Grafik zeigt die prozentualen, durchschnittlichen Bettenbelegungszeiten in den Intensivstationen für Pädiatrie der Allgemeinkrankenhäuser.



**Abb. 30 : Verteilung der Bettenbelegungszeiten der Intensivstationen für Pädiatrie (ebd.)**

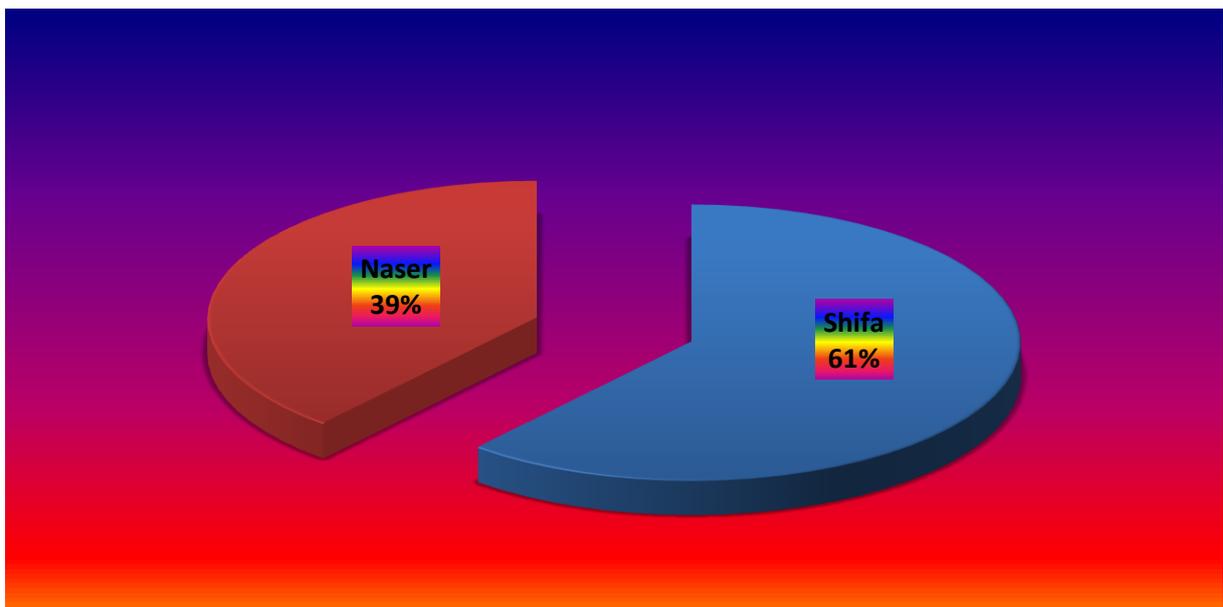
## **Kardiologische Abteilungen**

Die Kardiologie ist die Lehre vom Herzen und befasst sich mit der Struktur, der Funktion und den Erkrankungen des Herzens. Sie ist ein Teilgebiet der Inneren Medizin und beschäftigt sich mit den Herz-Kreislaufkrankungen beim Erwachsenen. Die Kardiologie konzentriert sich normalerweise nicht nur auf die angeborenen und erworbenen Erkrankungen des Herzens, sie befasst sich auch mit dem Kreislauf und den herznahen Blutgefäßen. Der daraus abgeleitete Begriff der Herz-Kreislaufkrankungen, im englischen Sprachraum *cardiovascular diseases*, beinhaltet auch Bluthochdruck (*Hypertonie*), Schlaganfall, arterielle Verschlusskrankheit und viele andere Erkrankungen, ist aber nicht verbindlich definiert (vgl. Herz-Kreislaufkrankung).

Im Gazastreifen leidet heute die große Mehrzahl der von Kardiologen betreuten Patienten an der koronaren Herzkrankheit (KHK), so dass dort die Erkennung, Behandlung und Nachsorge von Angina Pectoris, Herzinfarkten und infarktbedingter Herzmuskelschwäche zur Haupttätigkeit der meisten Kardiologen geworden ist. Neben der KHK und der Herzinsuffizienz spielen für die heutige Kardiologie im Gazastreifen Herzrhythmusstörungen eine große Rolle (Rhythmologie).

Durch mangelhafte Informationen über den Umgang mit der Krankheit und unzureichende Vorbeugungstherapien wird die Situation immer dramatischer. Bei der Tabelle der Todesursachen durch Krankheiten steht die Herzkrankheit an höchster Stelle. Die durchschnittliche Bettenbelegungszeit in den kardiologischen Abteilungen der Allgemeinkrankenhäuser betrug 73,8 % im Jahr 2004.

Die höchste Rate war im Shifa-Krankenhaus mit 86,1%. Die folgende Grafik zeigt die prozentualen, durchschnittlichen Bettenbelegungszeiten in den kardiologischen Abteilungen der Allgemeinkrankenhäuser.



**Abb. 31 : Verteilung der Bettenbelegungszeiten der kardiologischen Abteilungen (ebd.)**

### 8.1.4 Spezialkrankenhäuser

Obwohl es weniger Spezial- als Allgemeinkrankenhäuser gab, waren die Bettenbelegungszeiten im Jahr 2004 um ca. 10% geringer als in den Allgemeinkrankenhäusern. Die durchschnittlichen Bettenbelegungszeiten betragen 73,9% im Jahr 2004. Die höchste war im Nasir-Krankenhaus mit 82% und die niedrigste im Nafsy-Krankenhaus mit 50,8%. Die folgende Tabelle und die Grafik zeigen die prozentualen, durchschnittlichen Bettenbelegungszeiten in Spezialkrankenhäuser.

<b>KH</b>	<b>Nasir</b>	<b>Nafsy</b>	<b>Duraa</b>	<b>Auen</b>	<b>Σ</b>
<b>2001</b>	<b>63</b>	<b>60</b>	<b>77</b>	<b>61</b>	<b>65,25</b>
<b>2002</b>	<b>59,72</b>	<b>59,23</b>	<b>77,66</b>	<b>67,06</b>	<b>65,92</b>
<b>2003</b>	<b>82</b>	<b>55</b>	<b>99</b>	<b>69</b>	<b>80</b>
<b>2004</b>	<b>82,0</b>	<b>50,8</b>	<b>72,2</b>	<b>71,5</b>	<b>73,9</b>

**Tab. 25 : Durchschnittliche Bettenbelegungszeiten in Spezialkrankenhäusern (ebd.)**

Die stark schwankenden Mittelwerte über die Jahre 2001 bis 2004 bestätigen, dass sich hierbei um eine ungesteuerte Entwicklung handelt.

## 8.2 Krankenhausaufnahmequote

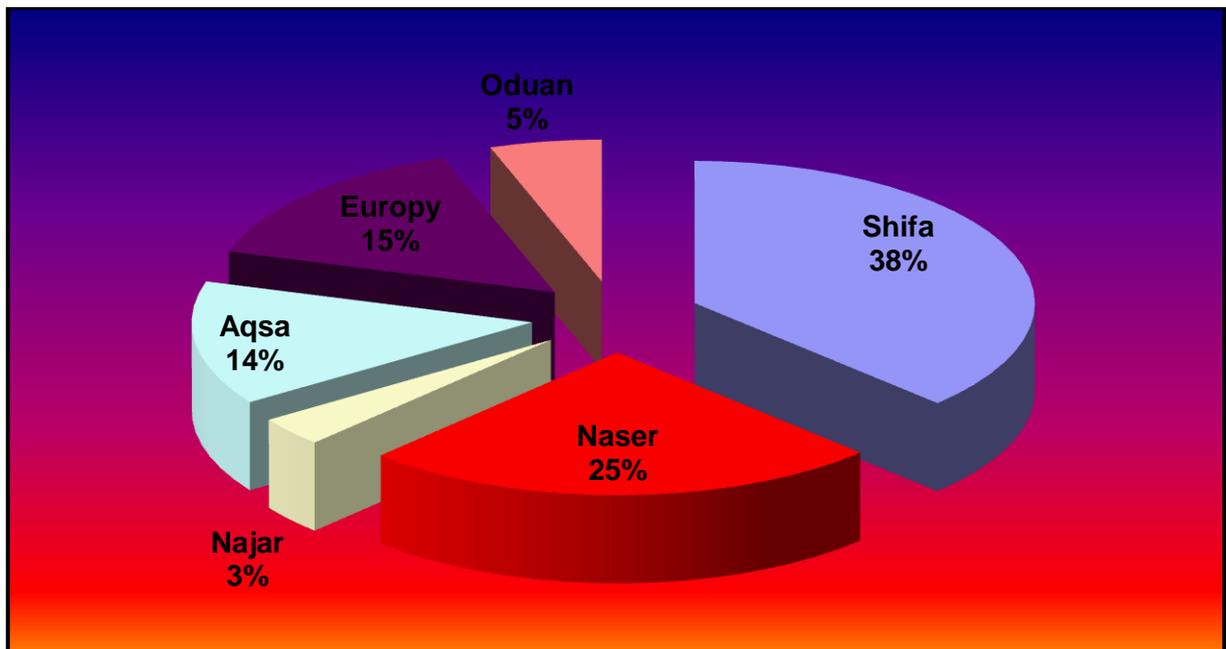
Die ärztliche Einweisung ist die Überstellung eines Patienten in ein Krankenhaus oder in eine Klinik. Normalerweise darf eine Krankenhauseinweisung nur durch einen Arzt erfolgen. Die Einweisungsquote zur stationären Behandlung hängt wesentlich von der Struktur der fachärztlichen Versorgung ab. Einweisungsquote und Verweildauer sind hier wichtige Parameter für den Vergleich verschiedener Krankenhaussysteme. Liegen sie hoch, so wird dies entweder als Zeichen mangelnder Effizienz gewertet oder weil viele Patienten in der Region leben. Da die Patienten im Gazastreifen nach ihrer Entlassung aus einem Krankenhaus keine ausreichende Ambulanz oder stationäre Pflegedienstleistungsstruktur vorfinden, ist die Wahrscheinlichkeit einer erneuten Krankenhauseinweisung sehr hoch. Mit diesem Problem sind alle Krankenhäuser im Gazastreifen konfrontiert.

Das Instrument der Einweisung befindet sich im Gazastreifen in einem Spannungsfeld zwischen gesellschaftlicher Normkontrolle und individueller Hilfe. Unter dem Gesichtspunkt der Normkontrolle wird eine gefährliche Zwangseinweisung von der Seite der Angehörigen auf den Arzt ausgeübt, da sich im Gazastreifen viele Angehörige in die Aufnahme eines Patienten einmischen. Der Arzt kommt dann manchmal in eine Situation, in der er über die Aufnahme nicht das letzte Wort hat. Auf der einen Seite gibt es Personen, die kaum in der Lage sind ihren alltäglichen Bedürfnissen wie Körperpflege und Nahrungsaufnahme nachzukommen und deren Angehörige verlangen, sie Zuhause betreuen zu können. Auf der anderen Seite ist die Einweisung eine Garantie für eine optimale medizinische Versorgung des Patienten.

Die Fürsorge und Normkontrolle können in der Praxis niemals isoliert voneinander betrachtet werden (Florian, R., Norbert, K, 2001). Um Rückschlüsse auf das Leistungsniveau der Stationen und deren Zustandslage ziehen zu können, muss unter anderen Aspekten wie Krankenhauseinweisung auch betrachtet werden, inwieweit die Bevölkerung die Krankenhäuser nutzt.

Im Jahr 2004 wurden insgesamt 129.805 Patienten, ambulant und stationär, in den Krankenhäusern registriert. Die höchste Rate war in Shifa-Krankenhaus mit 38,52%.

Im Untersuchungsjahr 2004 verteilten sich die Nachfragen, d.h. die statistisch erfassten Krankenhausaufnahmen, wie in nachfolgender Grafik gezeigt.



**Abb. 32 : Verteilung der Patienten auf die Allgemeinkrankenhäuser 2004 (ebd.)**

Fast 2/3 der Patienten wurden von den zwei größten Krankenhäusern erfasst; die Krankenhäuser im Südbezirk werden dagegen weniger häufig frequentiert.

## **8.2.1 Aufnahmequote bei unterschiedlichen Abteilungen**

Wenn hier eine Optimierung des Gesundheitsversorgungssystems vorgenommen werden soll, so ist es zwingend erforderlich, dass die Aufnahmequoten der Patienten auf die unterschiedlichen Abteilungen bezogen werden. Hierdurch sollen die Unterschiede je nach Erkrankungsspezifika verdeutlicht werden.

Die Patienten im Gazastreifen suchen z.T. von sich aus ein Krankenhaus auf und werden dort häufig stationär aufgenommen, obwohl sie ambulant behandelt werden könnten. Es werden zu viele unnötige Untersuchungen vorgenommen und die Aufnahmequote einer Abteilung wird dadurch schnell überschritten. Die zunehmende Anzahl der Inanspruchnahme der Krankenhäuser im Gazastreifen bei unterschiedlichen Diagnosen lässt sich nicht nur auf die verbesserten Behandlungsmöglichkeiten, sondern vor allem auch auf die sich verändernden Lebensumstände der Palästinenser zurückführen.

Die Einweisungsprozesse unterteilen sich in zwei Arten:

- 1- Allgemeinkrankenhäuser mit speziellen Abteilungen
- 2- Spezialkrankenhäuser

### 8.2.1.1 Allgemeinkrankenhäuser

Für die Behandlung in einer Klinik ist in der Regel die Einweisung durch einen Arzt notwendig. Die Krankenhäuser, besonders die Allgemeinkrankenhäuser, sind aber für jeden offen. Jeder kann zu jedem Krankenhaus zu jeder Zeit gehen. Deswegen werden zwei verschiedene Begriffe benutzt: **Einweisung**, die durch einen Arzt erfolgt und **Aufnahme**, die auf Wunsch des Patienten erfolgt.

Um die Aufnahmequote analysieren zu können, müssen die Abteilungen separat betrachtet werden, so soll festgestellt werden, welche Abteilungen überlastet bzw. nicht ausgelastet sind.

### Chirurgische Abteilungen

Die chirurgischen Abteilungen befassen sich mit Erkrankungen oder Verletzungen, die operativ behandelt werden müssen. Durch die spezielle politische Situation im Gazastreifen sind diese Abteilungen besonders stark frequentiert.

Die chirurgischen Patienten werden normalerweise aufgenommen, untersucht, beraten und über die notwendigen Behandlungen vom Chirurgen aufgeklärt. Diese werden von ihm durchgeführt, auch wenn sie nicht operativ sind. Alle Begleituntersuchungen werden ebenfalls von Chirurgen vorgenommen oder zumindest veranlasst. Täglich finden Visiten auf den chirurgischen Abteilungen statt. Schließlich werden die Entlassungen der Patienten von den Chirurgen vorbereitet und geplant. Die Herzchirurgie, Neurochirurgie, Kinderchirurgie, Kieferchirurgie und die Plastische Chirurgie sind in den palästinensischen Krankenhäusern im Gazastreifen eigenständige Fachgebiete. Viele **Fachärzte für Chirurgie** haben nicht die Qualifikation Operationen aus diesen speziellen Bereichen durchzuführen. Die meisten Patienten werden deshalb ins Ausland überwiesen.

Normalerweise haben die chirurgischen Abteilungen die meisten Aufnahmen und Besucher von allen Abteilungen. Das betrifft die chirurgischen Abteilungen im Gazastreifen besonders aus folgenden Gründen:

- 1- Viele Patienten gehen ohne ärztliche Einweisung zum Krankenhaus und aus Gewohnheit direkt zur chirurgischen Abteilung.
- 2- Verletzte werden direkt, ohne Krankenwagen ins Krankenhaus in die chirurgische Abteilung gebracht.
- 3- Auf Grund der krisenhaften Lage gibt es eine besonders hohe Zahl von Verletzten.

Ein Krankenhaus wie das Shifa-Krankenhaus, das nur eine kleine chirurgische Abteilung hat, bekommt durchschnittlich über 40 Patienten pro Tag. Die gesamte Zahl der Patientenaufnahmen in den chirurgischen Abteilungen (allgemeine und spezifische Chirurgie) betrug 36.096 im Jahr 2004. Das Shifa-Krankenhaus hatte davon allein 15.058; das sind 42%. Die Anderen verteilten sich auf die restlichen Krankenhäuser. 28% aller Krankenhausaufnahmen waren für die Chirurgischen Abteilungen. Die folgende Grafik zeigt die durchschnittlichen Aufnahmen in den chirurgischen Abteilungen der Allgemeinkrankenhäuser in Prozenten.

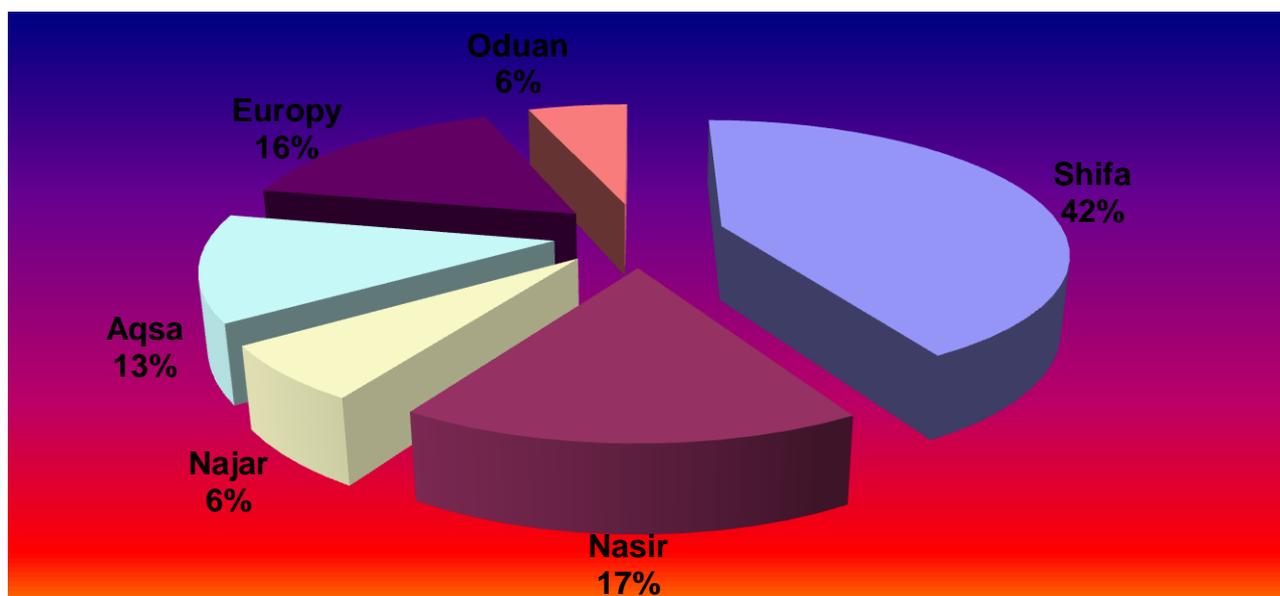


Abb. 33 : Verteilung der Aufnahmequote auf die Chirurgischen Abteilungen (ebd.)

## Gastroenterologische Abteilungen

Die Aufnahmen in den gastroenterologischen Abteilungen betreffen vor allem folgende Erkrankungen der Verdauungsorgane:

- die Speiseröhre, den Magen, den Dünn- und den Dickdarm
- die Leber
- die Gallenblase und die ableitenden Gallenwege
- die Bauchspeicheldrüse

Die gastroenterologischen Abteilungen haben nach den chirurgischen Abteilungen im Gazastreifen die meisten Aufnahmen. Insgesamt wurden im Jahr 2004 in den gastroenterologischen Abteilungen 24521 Patienten aufgenommen. Das Shifa-Krankenhaus hat davon alleine 11.972. Das ist mit 49% fast die Hälfte aller Aufnahmen. Die folgende Grafik zeigt die prozentualen durchschnittlichen Aufnahmen in die gastroenterologischen Abteilungen in den Allgemeinkrankenhäusern.

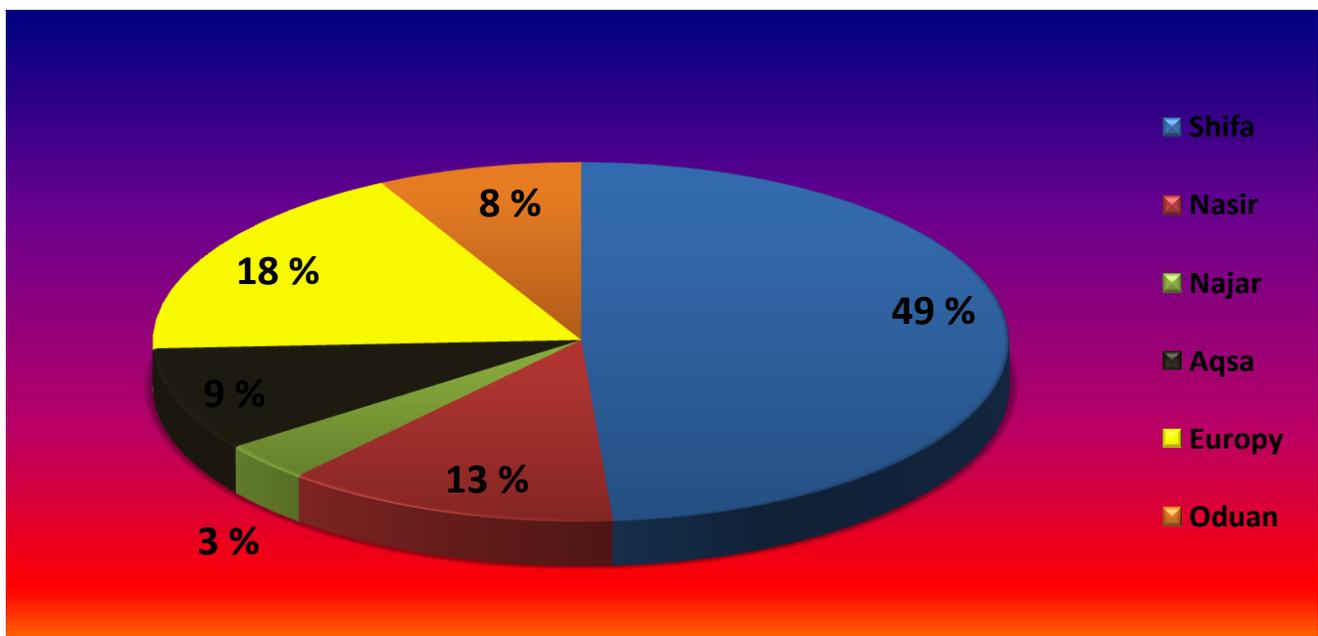


Abb. 34 : Verteilung der Patientenaufnahme auf die Gastroenterologischen Abteilungen (ebd.)

## Pädiatrische Abteilungen

Im Gazastreifen gibt es bei der Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention für Kinder und speziell für Kleinkinder keine Früherkennungsprogramme, Vorsorgeuntersuchungen oder ähnliches. Die Zuständigkeit für Gesundheitsleistungen, die im Rahmen dieser Programme angeboten werden, sollten auf Kinderärzte oder Gesundheitsexperten übertragen werden. Ein Konzept für die Vorsorgeuntersuchungen für Kinder (U1 bis U10) wie in Deutschland oder Untersuchungsprogramme (Mutter-Kind-Pass) wie in Österreich (Gesundheitsministerium für Gesundheit, Österreich, 1996) wäre sinnvoll. Hausärzte, welche die gesundheitliche Versorgung von Kindern übernehmen, wie in den nationalen Gesundheitssystemen in Dänemark und Großbritannien, gibt es im Gazastreifen nicht. Das hat zur Folge, dass Säuglinge und Kinder auch bei kleinen gesundheitlichen Problemen immer direkt in die pädiatrischen Abteilungen der Krankenhäuser gebracht werden und dies die Aufnahmequoten in die Höhe treibt. Die Gesamtzahl der Aufnahmen in den Kinderabteilungen betrug 21.374 im Jahr 2004. Davon waren allein 11.043 im Nasir-Krankenhaus, das sind mehr als die Hälfte der Patientenaufnahmen aller Kinderabteilungen. Durchschnittlich werden pro Tag über 58 Kinder in den pädiatrischen Abteilungen aufgenommen. Die folgende Grafik zeigt die prozentualen durchschnittlichen Aufnahmen in den pädiatrischen Abteilungen der Allgemeinkrankenhäuser.

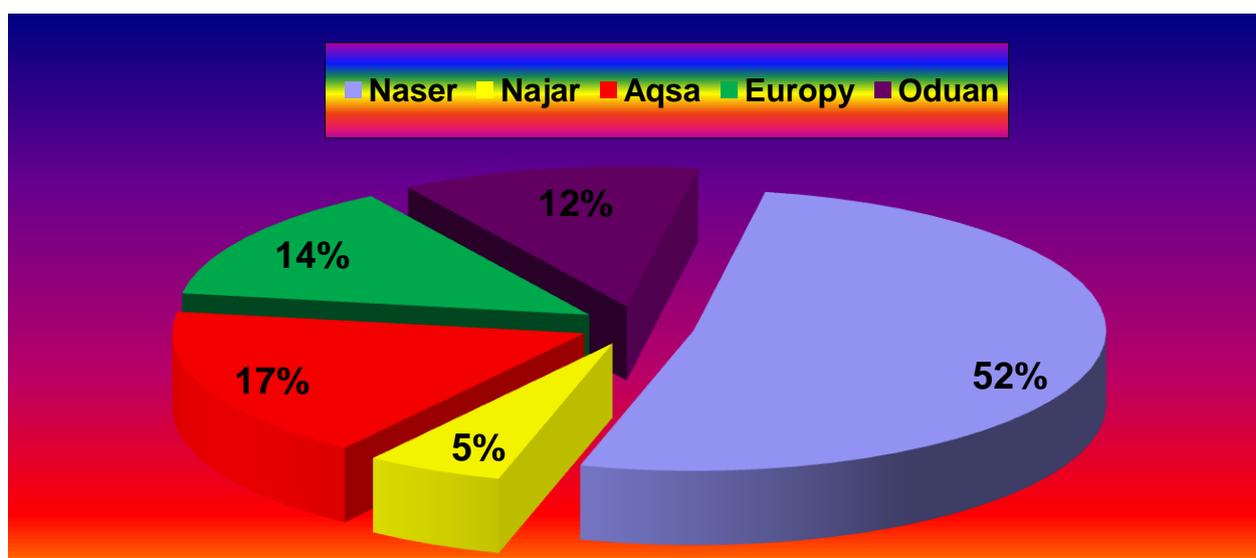
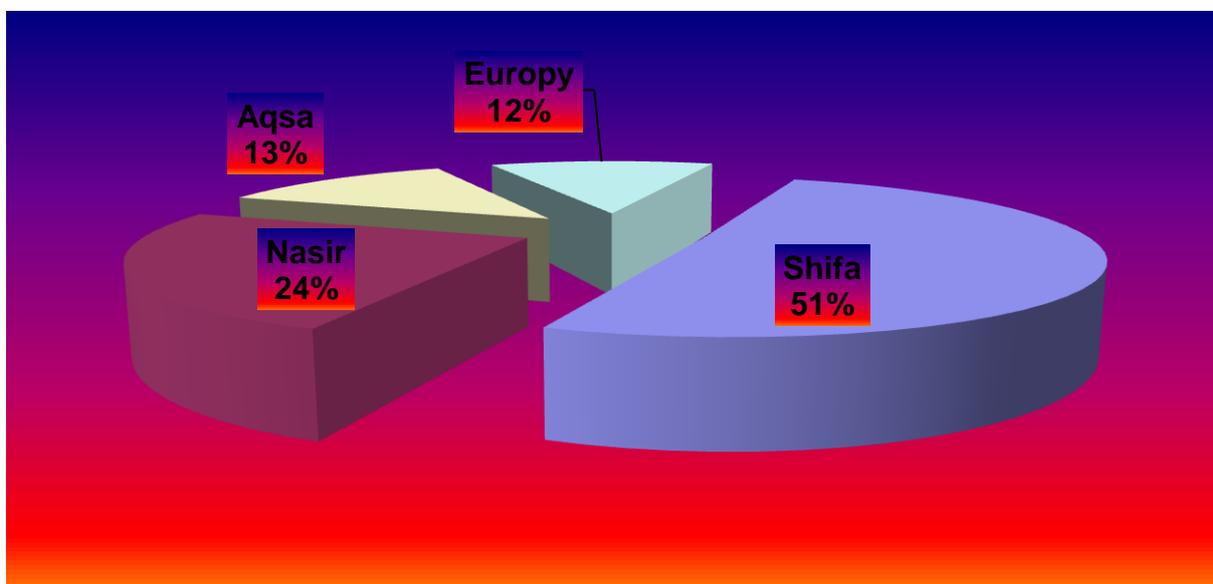


Abb. 35 : Verteilung der Patientenaufnahmen auf die Kinderabteilungen (ebd.)

## Gynäkologische Abteilung

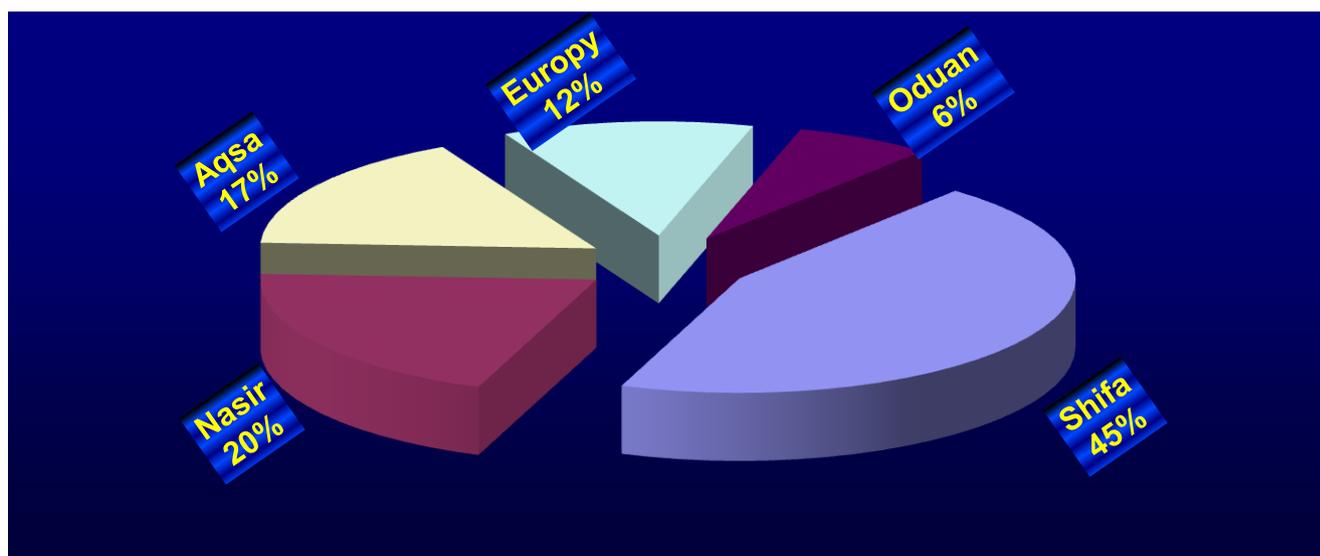
Die gynäkologische Untersuchung dient der Vorsorge und Kontrolle. Sie ist wichtig, um Erkrankungen wie Brustkrebs und Gebärmutterhalskrebs frühzeitig zu erkennen. Ab dem 20. Lebensjahr sollte jede Frau einmal jährlich zur Vorsorgeuntersuchung gehen. Da die Frauen im Gazastreifen die üblichen Vorsorgeuntersuchungen nicht wahrnehmen, auch nicht wenn sie Polygravida sind, ist die Aufnahmequote in den gynäkologischen Abteilungen wegen Erkrankungen beträchtlich; die zweithöchste nach den chirurgischen Abteilungen. Die Geburtenrate im Gazastreifen ist sehr hoch (Siehe Kap. 2.2.1) und die meisten Patientinnen kommen, um ihr Kind auf die Welt zu bringen. Die Gesamtzahl der Patientenaufnahmen in den Frauenabteilungen betrug 43.144 im Jahr 2004. Das Shifa-Krankenhaus hatte davon allein 21.834. Das sind mit 51% über die Hälfte aller Patientenaufnahmen. Täglich besuchen über 118 Frauen die gynäkologischen Abteilungen der Allgemeinkrankenhäuser. Die folgende Grafik zeigt die durchschnittlichen Aufnahmen in den gynäkologischen Abteilungen der Allgemeinkrankenhäuser in Prozent.



**Abb. 36 : Verteilung der gesamten Patientenaufnahmen auf die Frauenabteilungen der Allgemeinkrankenhäuser (ebd.)**

## Intensivstationen

Die Intensivstation ist eine Abteilung von einem Krankenhaus, in der Patienten mit schweren bis lebensbedrohlichen Erkrankungen überwacht, gepflegt und behandelt werden. Dazu werden bei den Intensivpatienten zahlreiche technische Apparate eingesetzt. Die Einweisung bzw. die Aufnahme in einer Intensivstation macht vielen Patienten und deren Angehörigen im Gazastreifen besonders Angst. Gründe dafür sind zum Einen der lebensbedrohliche Zustand, der eine Einweisung auf die Intensivstation nötig macht oder eine schwere Operation, und zum Anderen die spezielle Umgebung auf einer solchen Station. Intensivstationen werden im Gazastreifen als letzte Station vor dem Sterben gesehen. Es ist die einzige Abteilung, zu der die Patienten nicht direkt gehen dürfen. Die Patienten werden von einer anderen Station auf die Intensivstation verlegt oder kommen zur Überwachung nach einer Operation dorthin. Viele Patienten werden von der Intensivstation direkt ins Ausland oder zu einem israelischen Krankenhaus überwiesen. Die Gesamtzahl der Patientenaufnahmen der Intensivstationen betrug 1990 im Jahr 2004. Im Shifa-Krankenhaus waren allein 847 Patienten, das waren mit 51% über die Hälfte aller Patienteneinweisung aller Intensivstationen und pro Tag 5,6 Patienten. Die folgende Grafik zeigt die prozentualen durchschnittlichen Einweisungen auf die Intensivstationen in den Allgemeinkrankenhäusern.



**Abb. 37 : Verteilung der gesamten Aufnahmen auf die Intensivstationen der Allgemeinkrankenhäuser (ebd.)**

## Intensivstationen für Neonatologie

Die Versorgung von Risikoneugeborenen und neonatologischen Notfallpatienten bzw. Neugeborenen mit lebensbedrohlichen Erkrankungen wird auf dieser Station erbracht durch Behandlung, Überwachung und Pflege. Die Betroffenen werden normalerweise durch einen Kinderarzt eingewiesen. Oder, ähnlich wie bei allen Intensivstationen im Gazastreifen, von einem entsprechenden Facharzt verlegt.

Die Gesamtzahl der Patientenaufnahmen in der Intensivstation für Neugeborene betrug 4.270 im Jahr 2004. Im Nasir-Krankenhaus für Kinder waren es 1.333. Das sind 31% aller Krankenhauseinweisungen in die Neunatalogie. Täglich kommen über 11,5 kleine Patienten auf die Intensivstationen für Neugeborene im Gazastreifen. Die folgende Grafik zeigt die prozentualen durchschnittlichen Aufnahmen auf die Intensivstationen für Neunatalogie in den Allgemeinkrankenhäusern.

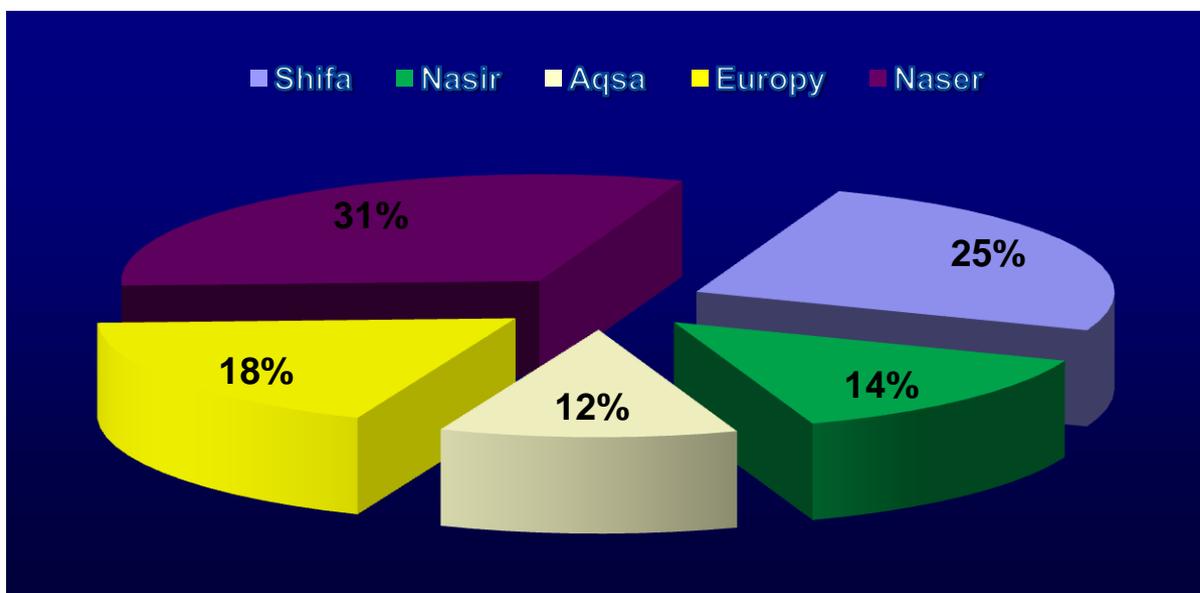


Abb. 38 : Verteilung der Aufnahmequoten auf die Intensivstationen für Neugeborene (ebd.)

## Intensivstation für Pädiatrie

Wenn ein Kind akut erkrankt und intensivmedizinisch versorgt werden muss, wird es auf der pädiatrischen Intensivstation eines Krankenhauses aufgenommen. Diese sind speziell für die Behandlung von Kindern ausgelegt. Für die Aufnahme wird eine ärztliche Einweisung benötigt. Auf der Pädiatrischen Intensivstation werden akut bedrohte Kinder und Jugendliche betreut. Die Behandlung wird entsprechend der Grunderkrankung in enger interdisziplinärer Zusammenarbeit mit den Ärzten der entsprechenden Fachrichtungen organisiert, insbesondere der Pädiatrischen Nephrologie, Neuropädiatrie und Kinderchirurgie. Die Gesamtzahl der Patientenaufnahmen auf die Intensivstationen für Pädiatrie betrug 281 im Jahr 2004. Das Nasir-Krankenhaus für Kinder hatte allein 195 Patienten. Die folgende Grafik zeigt die prozentualen durchschnittlichen Einweisungen auf die Intensivstationen für Pädiatrie in den Allgemeinkrankenhäusern.

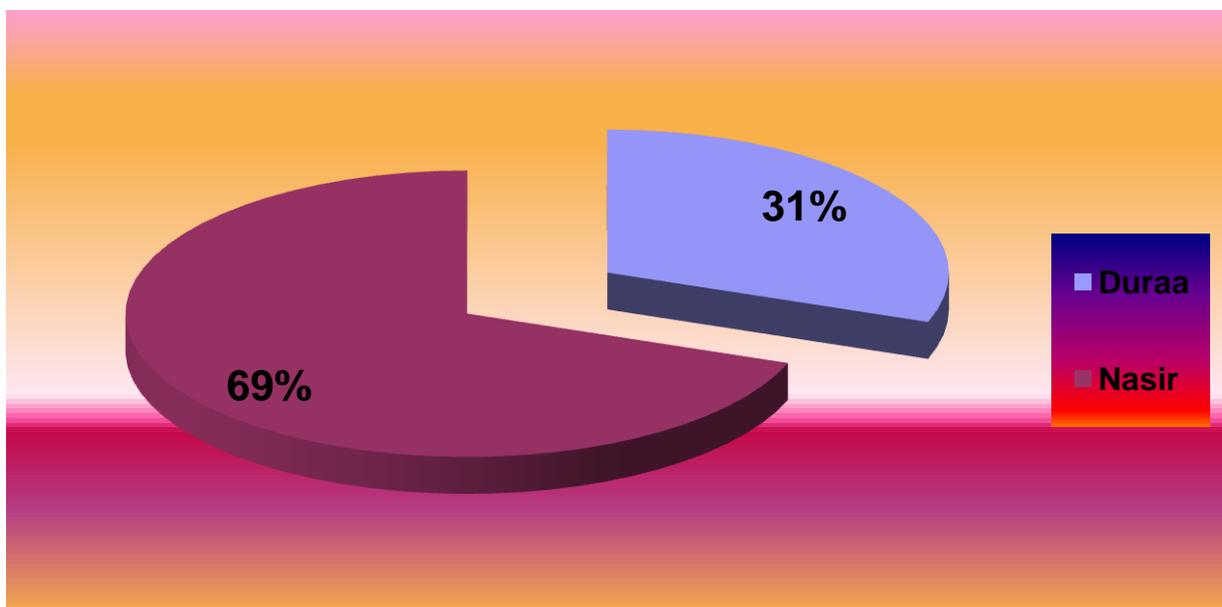
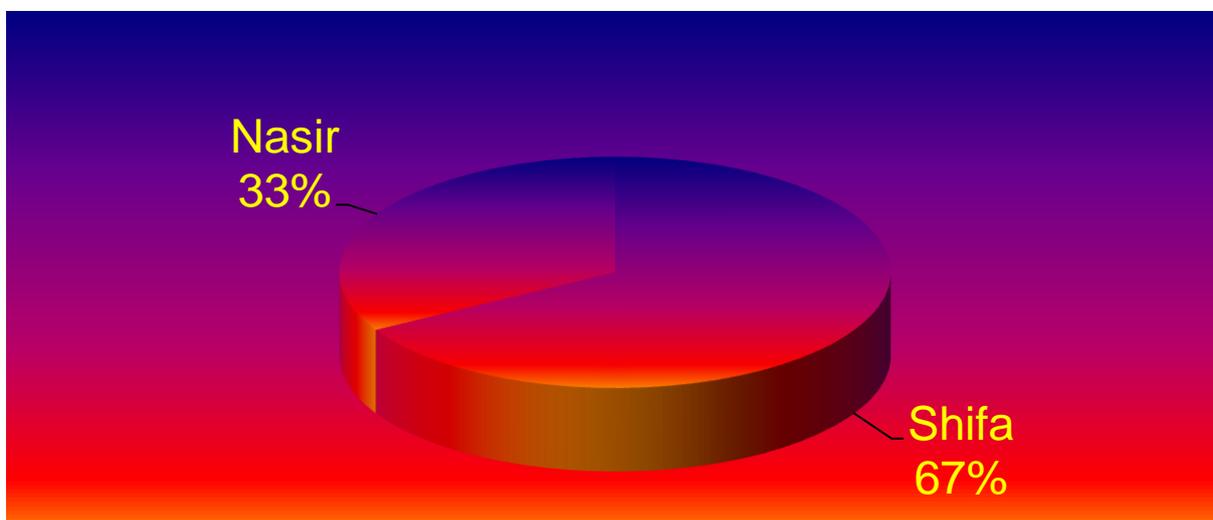


Abb. 39 : Verteilung der Aufnahmequoten auf die Intensivstationen für Pädiatrie (ebd.)

## Kardiologische Abteilungen

Die Versorgungsaufgabe eines Krankenhauses im Gazastreifen mit kardiologischer Abteilung umfasst das Erkennen sowie die konservative und interventionelle Behandlung<sup>12</sup> von erworbenen Erkrankungen des Herzens, des Kreislaufs, der herznahen Gefäße und des Perikards. Die kardiologischen Abteilungen sind bei der Diagnostik und Behandlung von Herz- und Kreislaufkrankheiten aller Art nicht auf dem Stand der modernsten Medizin- und computergesteuerten Diagnose- und Überwachungstechniken. Viele technische Geräte sind in den kardiologischen Abteilungen nicht vorhanden, aber für alle kardiologischen Notfälle steht an 365 Tagen im Jahr, rund um die Uhr, ein Team aus Pflegepersonal und Ärzten bereit. Eine Kooperation mit den niedergelassenen Ärzten zur Effizienzsteigerung der optimierten Patientenversorgung ist leider in ganz seltenen Fällen vorhanden. Die Gesamtzahl der Patientenaufnahmen in den Herzabteilungen betrug 3.066 im Jahr 2004. Täglich sind das mehr als 8 Patienten. Das Shifa-Krankenhaus für Kinder hat allein 2.045 der Gesamtaufnahmen bekommen. 2,3% von allen Krankenhauseinweisungen waren für die Herzabteilungen.



**Abb. 40 : Verteilung der Aufnahmen auf die Herzabteilungen (ebd.)**

---

**12** Als interventionell bezeichnet man Diagnose- oder Therapieverfahren, die - im Gegensatz zum konservativen Vorgehen - gezielte Eingriffe (Interventionen) am erkrankten Gewebe vornehmen, um den Krankheitsverlauf positiv zu beeinflussen (DocCheck-Flexkon, 21.04.2008).

### 8.2.1.2 Spezialkrankenhäuser

Die meisten Aufnahmen in die Spezialkrankenhäuser im Gazastreifen erfolgen ohne ärztliche Verordnung. Hier gibt es keine wesentlichen Unterschiede im Vergleich zu den Aufnahmen der Allgemeinkrankenhäuser. Viele Patienten orientieren sich an den Organverletzungen und danach entscheiden sie zu welchem Krankenhaus sie gehen werden.

Die Gesamtzahl der Aufnahmen in die spezialisierten Krankenhäuser betrug 22.608 im Jahr 2004. Täglich kommen durchschnittlich 62 Patienten zu den Spezialkrankenhäusern. Davon waren nur 383 in Nafsy-Krankenhaus (Siehe Abb. 44). Die folgende Grafik zeigt die prozentualen durchschnittlichen Aufnahmen in die Spezialkrankenhäuser.

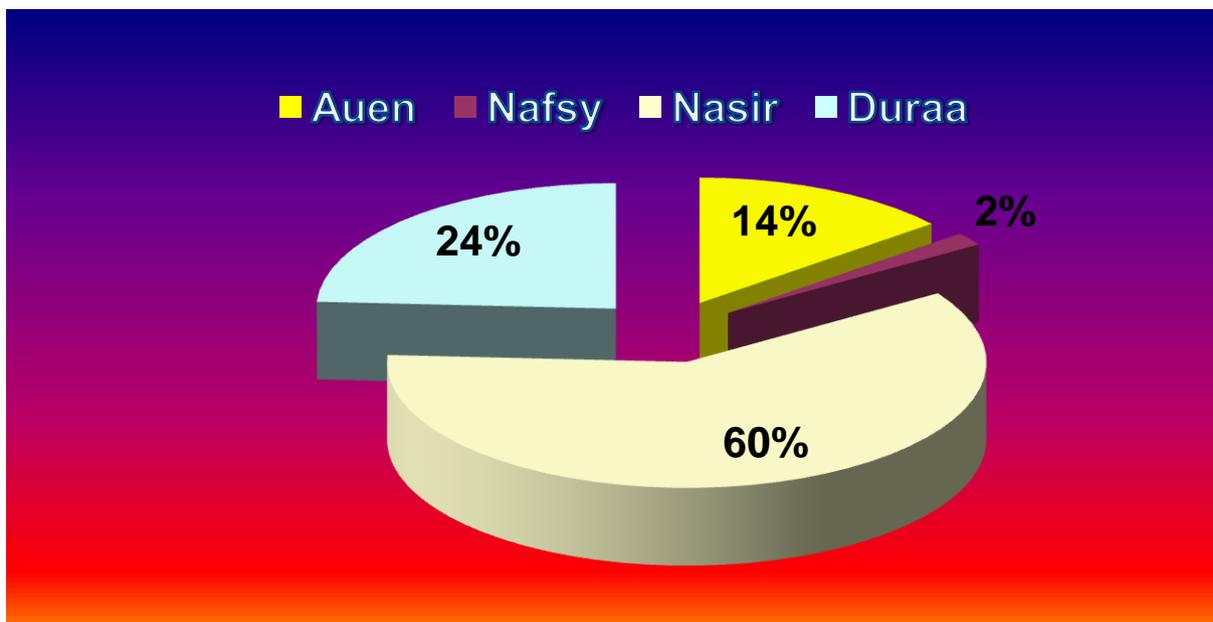


Abb. 41 : Die Verteilung der Aufnahmen auf die Spezialkrankenhäuser (ebd.)

## Duraa und Nasir-Krankenhaus für Pädiatrie

Die Aufnahme in die pädiatrischen Spezialkrankenhäuser geht meistens von den Eltern eines Kindes aus. Denn, kommt es zu einer kritischen gesundheitlichen Situation, gehen die Eltern mit ihrem Kind direkt in eine der beiden Kinderkliniken, um es dort aufnehmen zu lassen. Der Arzt entscheidet also nicht über die Aufnahme an sich sondern lediglich über Behandlungsmethoden und Verweildauer.

Die Gesamtzahl der Krankenhausaufnahmen in die beiden Kinderkrankenhäuser im Gazastreifen betrug 191.22 im Jahr 2004. Davon waren allein 14.082 im Nasir-Krankenhaus.

Die folgende Grafik zeigt die prozentualen durchschnittlichen Einweisungen in die pädiatrischen Krankenhäuser.

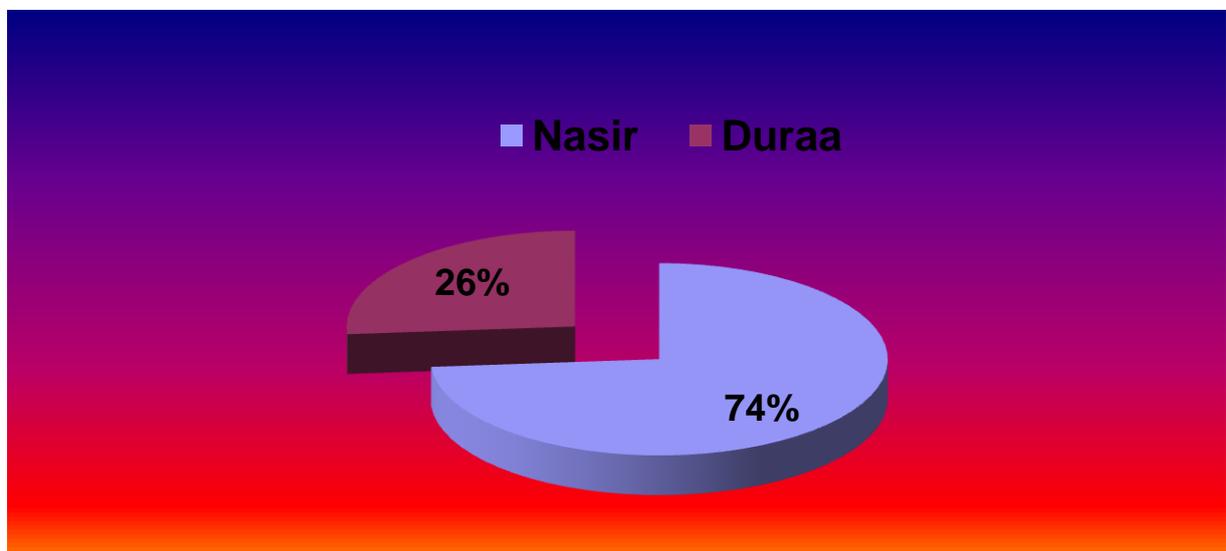
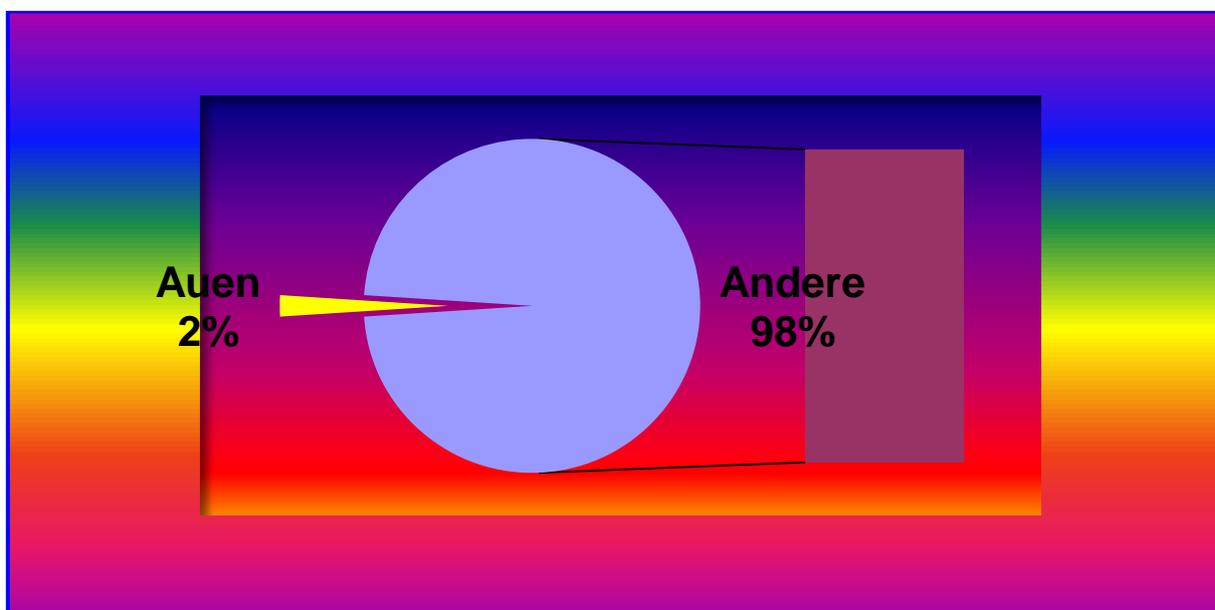


Abb. 42 : Verteilung der Aufnahmen auf die Pädiatrie-Krankenhäuser (ebd.)

## Auen-Krankenhaus für Augenheilkunde

Zu einer konservativen oder operativen Behandlung steht die Auen-Augenklinik allen Patienten im Gazastreifen offen. Die Behandlungen können ambulant oder stationär durchgeführt werden. Das Auen-Krankenhaus ist für die Bewohner in Gazastreifen das bedeutendste Krankenhaus für Augenheilkunde; hier werden die wichtigsten Operationen durchgeführt. Zur Aufnahme benötigt man keine ärztliche Überweisung bzw. Einweisung. Das Krankenhaus nimmt alle Patienten mit Augenkrankheiten auf. Die Gesamtzahl der Krankenhausaufnahmen in das Auen-Krankenhaus für Augenheilkunde betrug 3.191 im Jahr 2004. Das sind 2% aller Aufnahmen der gesamten Krankenhäuser im Gazastreifen. Täglich gibt es durchschnittlich über acht Neuaufnahmen in der Augenklinik.

Die folgende Grafik zeigt die prozentualen durchschnittlichen Aufnahmen in das Auen-Krankenhaus.



**Abb. 43 : Anteil der Krankenhausaufnahmen in das Auen-Krankenhaus im Verhältnis zu den sonstigen Krankenhäusern (ebd.)**

## **Nafsy-Krankenhaus für Psychiatrie**

Psychische Erkrankungen gehören zu den häufigsten und die Lebensqualität der Betroffenen am stärksten einschränkenden Erkrankungsarten unserer Zeit. Psychische Störungen können in jeder Lebensphase auftreten. Gemäß vielen Berichten sind aber vor allem Menschen im mittleren Lebensalter betroffen. Allerdings zeigen die aktuellen Berichte aus Gazastreifen auch für jüngere Altersgruppen (zwischen 15 und 35 Jahren) eine kritische Entwicklung im Bereich psychischer Erkrankungen. Dr. Eyad El-Sarraj leitet in London das Psychische Gesundheitszentrum von Gaza und führt dort zurzeit eine umfassende Studie an 944 Jugendlichen zwischen 10 und 19 Jahren durch. Er deckte auf, dass 97,5 % unter einem post-traumatischen Stress-Syndrom leiden. Etwa 32,7% der Kinder waren mit schweren Symptomen diagnostiziert worden. 84,1 % der Kinder waren in einem Flüchtlingslager, 94,6 % der Kinder waren bei einer Beerdigung, 83,2 % waren Zeugen eines Schusswechsels; 61,6% sahen, wie ein Verwandter getötet oder verwundet wurde, 36,1% sind durch Tränengas verwundet worden (arendt-art.de. Interview mit Dr. Eyad Sarraj).

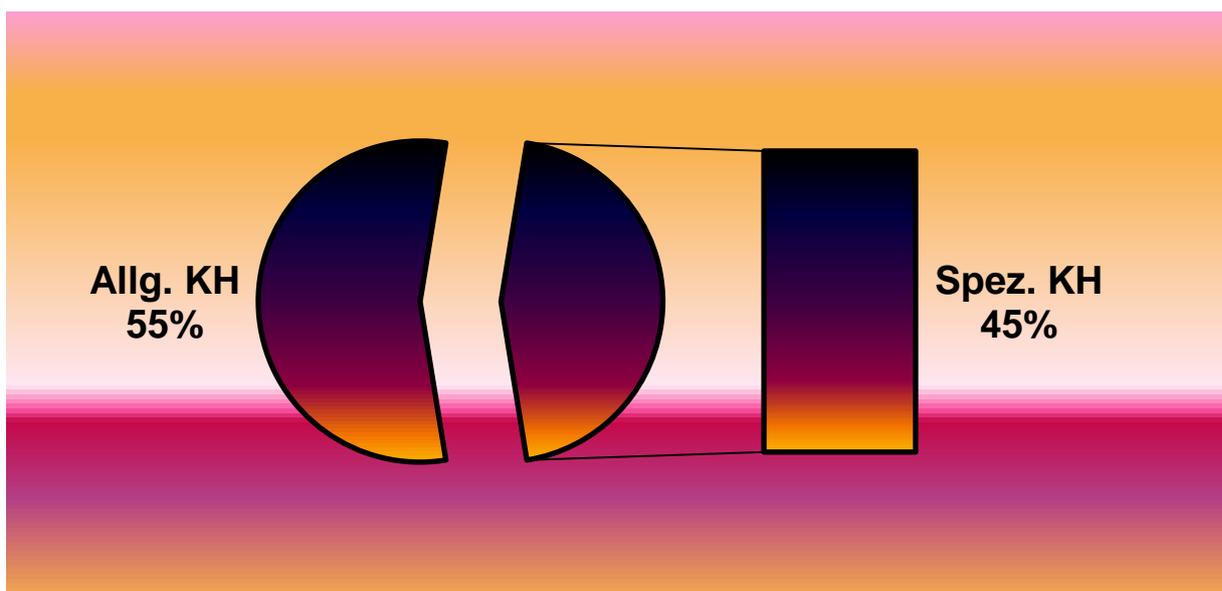
Die Forschung hat gezeigt, dass psychiatrische Symptome, psychisches Leid und Beeinträchtigungen, die durch viele psychische Erkrankungen verursacht werden, durch eine Vielzahl psychopharmakologischer und psychosozialer Behandlungen signifikant verringert werden könnten (Patrick, W., 2004, N. Torrey, WC., 2001).

Die Krankenhausaufnahme eines psychiatrischen Kranken basiert auf zwei unterschiedlichen Grundlagen: der Gefahrenabwehr und der individuellen Fürsorge. Einerseits handelt es sich um eine Freiheitsentziehung zum Schutz der öffentlichen Sicherheit und Ordnung, andererseits um einen Freiheitsentzug im Interesse des Kranken und damit für sein Wohl (Florian 2001, N. Bergener, M., 1986). Eine psychiatrische Abteilung im Gazastreifen wird generell weniger stark als jede andere Abteilung frequentiert sein, u.a. weil ein Besuch oder eine dortige Aufnahme als beschämend empfunden wird.

Gerade die Personengruppe der psychisch- und suchtkranken Menschen ist häufig von Zwangseinweisung betroffen. Häufige Erkrankungen sind Schizophrenie, Persönlichkeitsstörung, affektive Störungen. Suchterkrankungen gibt es im Gazastreifen nicht. Im Laufe der genannten Erkrankungen kommt es oft zu wechselhaften Verläufen mit abrupten Krisen. Diesen wird durch die Vermittlung familiärer Helfer und regelmäßiger Medikamenteneinnahme entgegenzuwirken versucht.

„(...) doch nicht immer können die Krankheits- und oftmals zusätzlich sozialmedizinisch bedingten Schübe wirkungsvoll vermieden werden“ (ebd. S. 18, N. Simmich, T., 1999).

Vielfach lässt sich trotz aller Maßnahmen im Vorfeld bei manischdepressiven oder schizophrenen Psychosen eine geschlossene stationär-psychiatrische Behandlung nicht vermeiden (ebd. N. Seier , F.E., 1993). Die Zahl der Krankenhausaufnahmen im Nafsy-Krankenhaus für Psychiatrie betrug 383 im Jahr 2004. Das ist mehr als eine Aufnahme pro Tag und 0,25% der Aufnahmen aller Krankenhäuser im Gazastreifen. Die Gesamtzahl der Aufnahmen in die psychiatrischen Abteilungen der Allgemeinkliniken und in die Spezialkliniken für Psychiatrie betrug 38.794 im Jahr 2004, davon waren 55% in den Spezialkliniken. Die folgende Grafik zeigt die durchschnittliche Aufnahmezahl in die Psychiatrischen Krankenhäuser in Prozent.



**Abb. 44 : Verteilung der gesamten Aufnahmen in die Psychiatrie (ebd.)**

## 8.2.2 Krankenhausverweildauer

Die Verweildauer registriert die Zeitdauer bis zum Eintreffen eines bestimmten Ereignisses (Thomas, 1988). Krankenhausverweildauer ist die Zeit, die ein Patient in einem Krankenhaus verbringt, um seinen physischen und psychischen Zustand zu verbessern, bzw. gesund zu werden oder einen zufrieden stellenden Grad der Heilung zu erreichen. In medizinsoziologischen und gesundheitsökonomischen Untersuchungen wird häufig davon ausgegangen, dass die Dauer eines Krankenhausaufenthalts im Wesentlichen durch systemstrukturelle Faktoren beeinflusst wird. „Römer hat gezeigt, dass eine Ausdehnung der durchschnittlichen Verweildauer durch eine Erhöhung des Bettenangebots eintreten kann“ (Düllings, J., 1988. S. 1., N. Anderson, J.G., 1976).

Das Alter, das Geschlecht und die Art der Krankheit haben einen großen Einfluss auf die Krankenhausverweildauer. Theoretisch gesehen kann die Krankenhausverweildauer von zwei Komponenten abhängen, vom Verhalten des Arztes und vom Verhalten des Patienten. Der Arzt vermittelt eine Vielzahl von Einflüssen (medizinisch-, technischer Fortschritt, Bettenangebot, Pflegesatzrecht usw.), diese wirken jedoch immer nur in Verbindung mit dem Krankheitsverhalten des Patienten. So kann sich die gleiche Behandlung bei einem Patienten anders als bei einem Anderen auswirken. Im Gazastreifen kommen dazu auch die Wünsche der Angehörigen, die ihren Patienten lieber selbst Zuhause pflegen würden und der Zustand der Krankenhäuser, in denen viele Patienten sich nicht wohl fühlen. Diese zusätzlichen Komponenten haben großen Einfluss auf die Krankenhausverweildauer und auch auf die Entscheidungen der Ärzte in den Krankenhäusern.

Die Verweildauer in Krankenhäusern im Gazastreifen ist sehr unterschiedlich. Aus sozialen und kapazitätsmäßigen Gründen ist häufig ein kürzerer Aufenthalt erforderlich, als aus medizinischer Sicht notwendig wäre. Ein Beispiel dafür ist der Wunsch des Patienten oder dessen Angehörigen nach familiärer Gemeinschaft.

Die Krankenhausverweildauer wird an Hand der Belegung der Stationsbetten festgestellt. Sie betrug im Jahr 2004 in den gesamten Krankenhäusern des palästinensischen Ministeriums im Gazastreifen 323.067 Tage. Die höchste Rate war im Shifa-Krankenhaus mit 46% und die niedrigste war im Najar-Krankenhaus mit 3% aller Behandlungstage.

Die folgende Grafik zeigt die prozentuale durchschnittliche Krankenhausverweildauer in den Allgemeinkrankenhäusern.

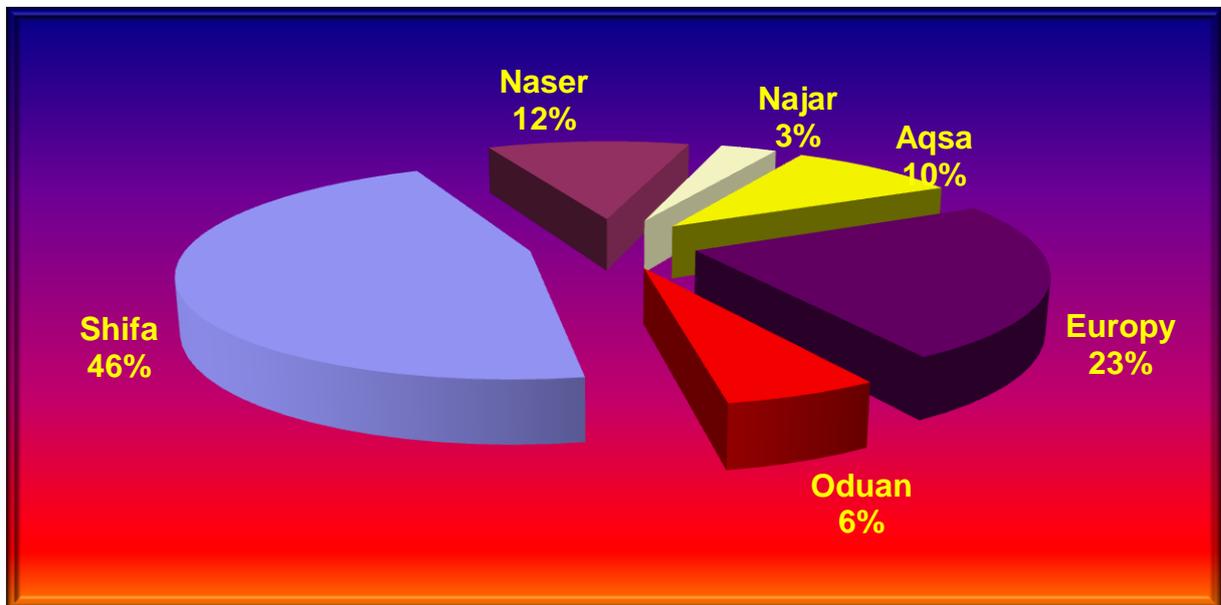


Abb. 45 : Verteilung der Krankenhausverweildauer auf die Allgemeinkrankenhäuser (ebd.)

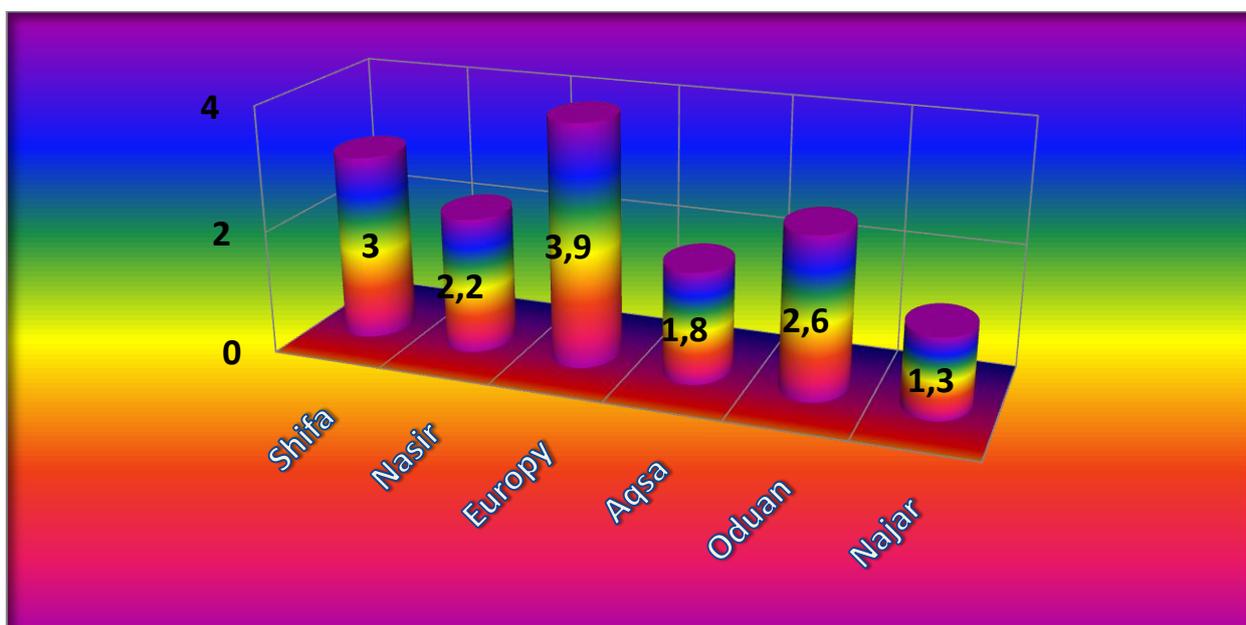
### 8.2.2.1 Allgemeinkrankenhäuser

Die mangelhafte Kooperation zwischen den ambulanten Versorgungssystemen der Allgemeinkrankenhäuser und der teureren nicht MOH-organisierten medizinischen Versorgung im Gazastreifen - z.B. selbständige Ärzte - verlängert die Krankenhausverweildauer. Die Allgemeinkrankenhäuser sind von der längeren Krankenhausverweildauer auf Grund ihres umfassenden Angebotes, z.B. der übergreifenden diagnostischen Maßnahmen in den verschiedensten Fachgebieten, stärker betroffen.

Die Faktoren dafür sind folgende:

- 1- Mangelhafter medizinischer Service
- 2- Verspätete Überweisung in das Ausland
- 3- Die spezialisierten Fachabteilungen decken nicht alle Krankheitsbereiche ab
- 4- Mangelhaft ausgebildetes Fachpersonal für vorhandene moderne medizinische Geräte
- 5- Mangelhafte Kooperation mit der Versorgungsmedizin außerhalb der Krankenhäuser und deren teure Preise.
- 6- Mangelhaftes Management

Die Krankenhausverweildauer in den Allgemeinkrankenhäusern im Gazastreifen betrug durchschnittlich 2,74 Tage im Jahr 2003. Die längste Krankenhausverweildauer war in dem Europy-Krankenhaus mit 3,92 Tagen und die kürzeste im Aqsa-Krankenhaus mit 1,84 Tagen. Die folgende Grafik zeigt die prozentuale durchschnittliche Krankenhausverweildauer in den Allgemeinkrankenhäusern.

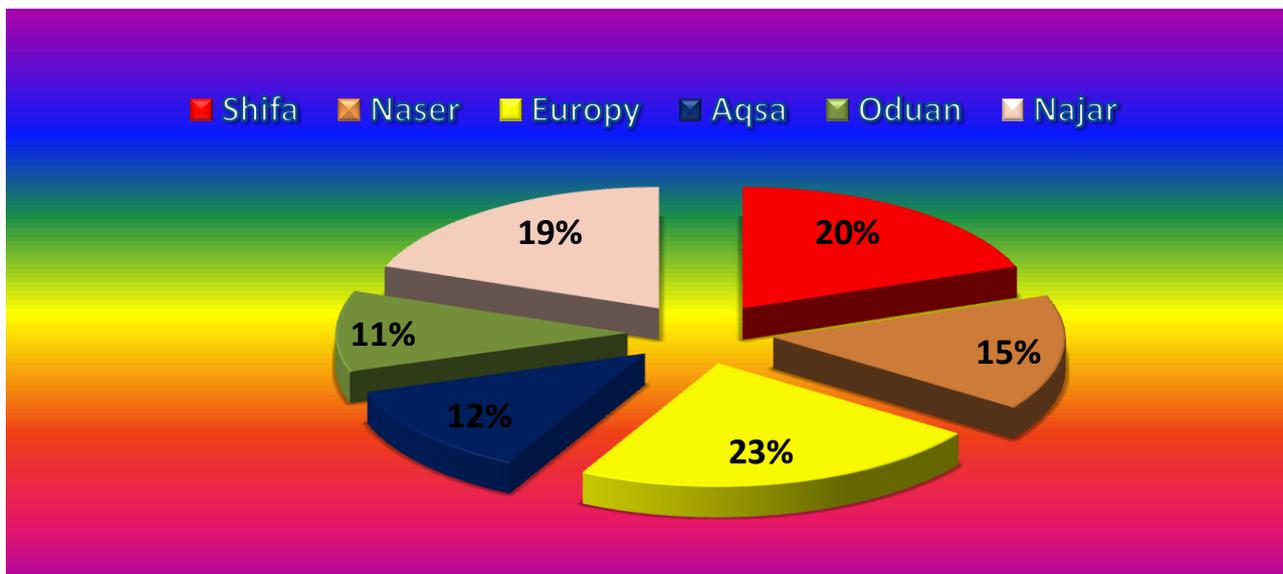


**Abb. 46 : Durchschnittliche Verweildauer in Allgemeinkrankenhäusern (ebd.)**

## Chirurgische Abteilungen

In den chirurgischen Abteilungen im Gazastreifen werden Operationen durchgeführt und die Patienten bleiben danach weiter auf diesen Stationen. Mit dem Ziel einer Verkürzung der Krankenhausverweildauer in den chirurgischen Abteilungen der Krankenhäuser im Gazastreifen muss die Erkennung von Risikopatienten und die Frage einer Gesundheitsprävention, besonders die Tertiär-Prävention, die das Ziel hat den Gesundheitszustand bereits erkrankter Personen zu stärken, weitere Schäden zu verhüten, Rückfällen vorzubeugen und eine weitgehende Wiederherstellung des vorherigen Lebens- und Gesundheitszustandes zu erreichen, bereits prästationär realisiert werden. Hier könnten integrierte Gesundheitsinformationen zukünftig stärkere Bedeutung erhalten.

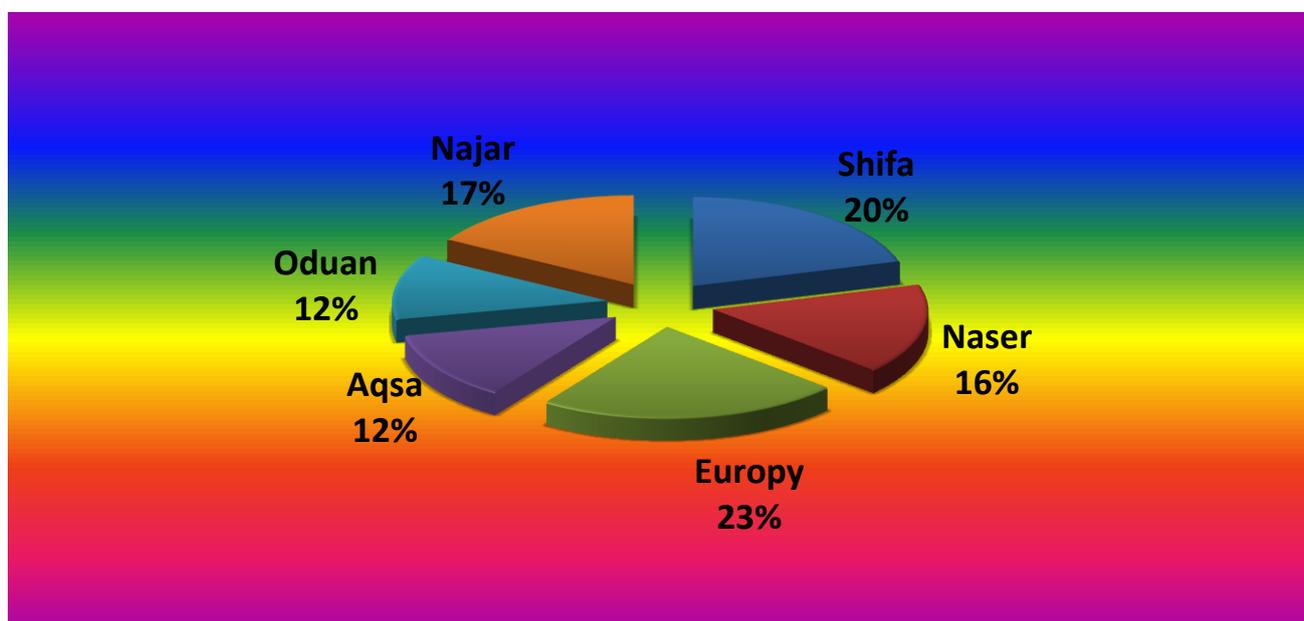
Die Gesamtkrankenhausverweildauer in den chirurgischen Abteilungen betrug 3,54 Tage im Jahr 2004. Die längste Krankenhausverweildauer von allen chirurgischen Abteilungen der Krankenhäuser betrug 4,5 Tage im Europy-Krankenhaus. Die kürzeste war mit 2,1 Tagen im Oduan-Krankenhaus. Die folgende Grafik zeigt die prozentuale durchschnittliche Krankenhausverweildauer in den chirurgischen Abteilungen der Allgemeinkrankenhäuser.



**Abb. 47 : Verteilung der durchschnittlichen Krankenhausverweildauer in chirurgischen Abteilungen (ebd.)**

## Gastroenterologische Abteilungen

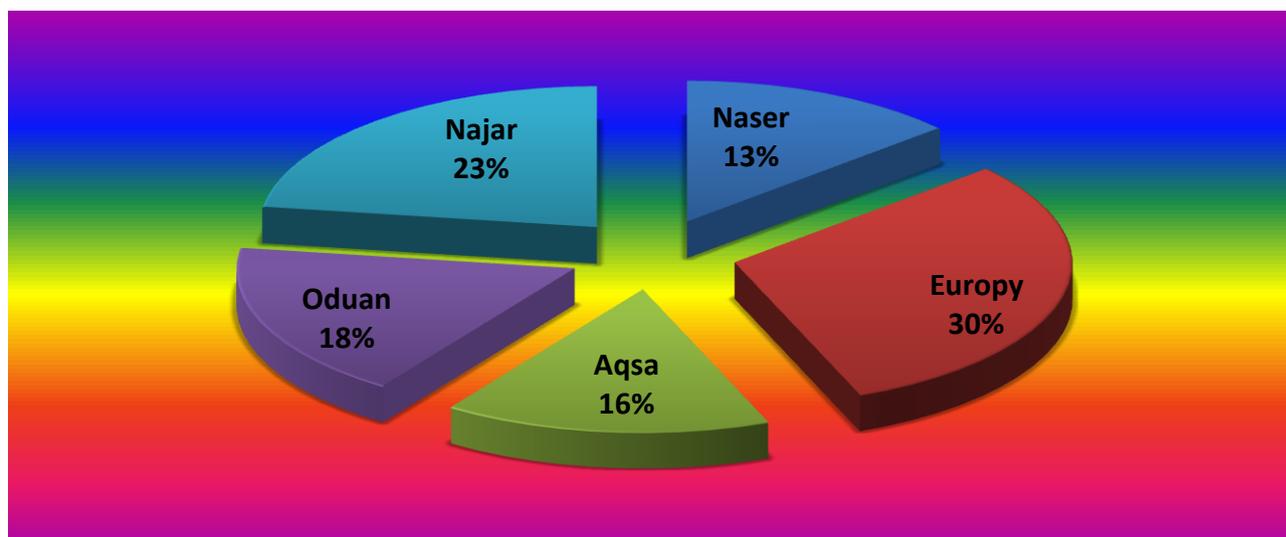
Im Gazastreifen sind Operationen bei gastroenterologischen Erkrankungen keine Seltenheit, denn ungesunde Essgewohnheiten, wiederholter Stress und mangelhaftes Gesundheitsbewusstsein führt immer wieder zu anhaltenden Beschwerden und verlängert den Krankenhausaufenthalt. Bei chronischen Lebererkrankungen, insbesondere einer Leberzirrhose, besteht oftmals Unsicherheit hinsichtlich des operativen Risikos sowie möglicher Kontraindikationen. Deshalb werden diese häufig nicht operiert. Die durchschnittliche Krankenhausverweildauer in den gastroenterologischen Abteilungen betrug 3,4 Tage im Jahr 2004. Die längste durchschnittliche Krankenhausverweildauer aller gastroenterologischen Abteilungen der Krankenhäuser im Gazastreifen war im Europy-Krankenhaus mit 4,1 Tagen. Die kürzeste war im Oduan-Krankenhaus mit 2,1 Tagen. Die folgende Grafik zeigt die prozentuale durchschnittliche Krankenhausverweildauer in den gastroenterologischen Abteilungen der Allgemeinkrankenhäuser.



**Abb. 48 : Verteilung der Krankenhausverweildauer in den gastroenterologischen Abteilungen (ebd.)**

## Pädiatrische Abteilungen

Eine Verkürzung des stationären Aufenthaltes von Kindern hängt im Gazastreifen meistens von den Eltern ab. Eltern sind mit einer stationären Aufnahme nur einverstanden, wenn sie vom behandelnden Arzt von der Ernsthaftigkeit der Erkrankung ihres Kindes überzeugt wurden. Auch die Dauer des stationären Aufenthaltes wird meistens durch den Wunsch der Eltern nach einem möglichst kurzen Aufenthalt auf der Station begrenzt. Allein durch diese Tatsache ist die Krankenhausverweildauer in den pädiatrischen Abteilungen im Gazastreifen die kürzeste nach den gynäkologischen Abteilungen. Die nicht entwickelte medizinische Versorgung bzw. nicht vorhandenen dringend benötigten Geräte in der Pädiatrie sind auch wichtige Faktoren für die Verlängerung einer Krankenhausverweildauer. Die Kinder, so wie auch die Erwachsenen, sollten nach einer bestimmten Weile entweder gesund entlassen oder bei kritischen Situationen für eine weitere Behandlung in das Ausland überwiesen werden. Die durchschnittliche Krankenhausverweildauer in den pädiatrischen Abteilungen betrug 2,4 Tage im Jahr 2004. Die folgende Grafik zeigt die prozentuale durchschnittliche Krankenhausverweildauer in den pädiatrischen Abteilungen der Allgemeinkrankenhäuser.



**Abb. 49 : Verteilung der durchschnittlichen Krankenhausverweildauer in den pädiatrischen Abteilungen (ebd.)**

## Gynäkologische Abteilungen

Traditionell bedingt bleiben die Frauen im Gazastreifen nach der Entbindung nicht lange im Krankenhaus. Die meisten verlassen sofort die Entbindungsstation und gehen nach Hause und werden dort in der gewohnten Umgebung von der Familie versorgt. Die durchschnittliche Krankenhausverweildauer in den gynäkologischen Abteilungen betrug 1,7 Tage im Jahr 2004. Es ist die niedrigste Rate aller Abteilungen der Krankenhäuser im Gazastreifen. Die längste durchschnittliche Krankenhausverweildauer war im Europy-Krankenhaus und betrug 2,5 Tage und die kürzeste war im Aqsa-Krankenhaus mit einer durchschnittlichen Verweildauer von 1,0 Tag. Die folgende Grafik zeigt die prozentuale durchschnittliche Krankenhausverweildauer in den gynäkologischen Abteilungen der Allgemeinkrankenhäuser.

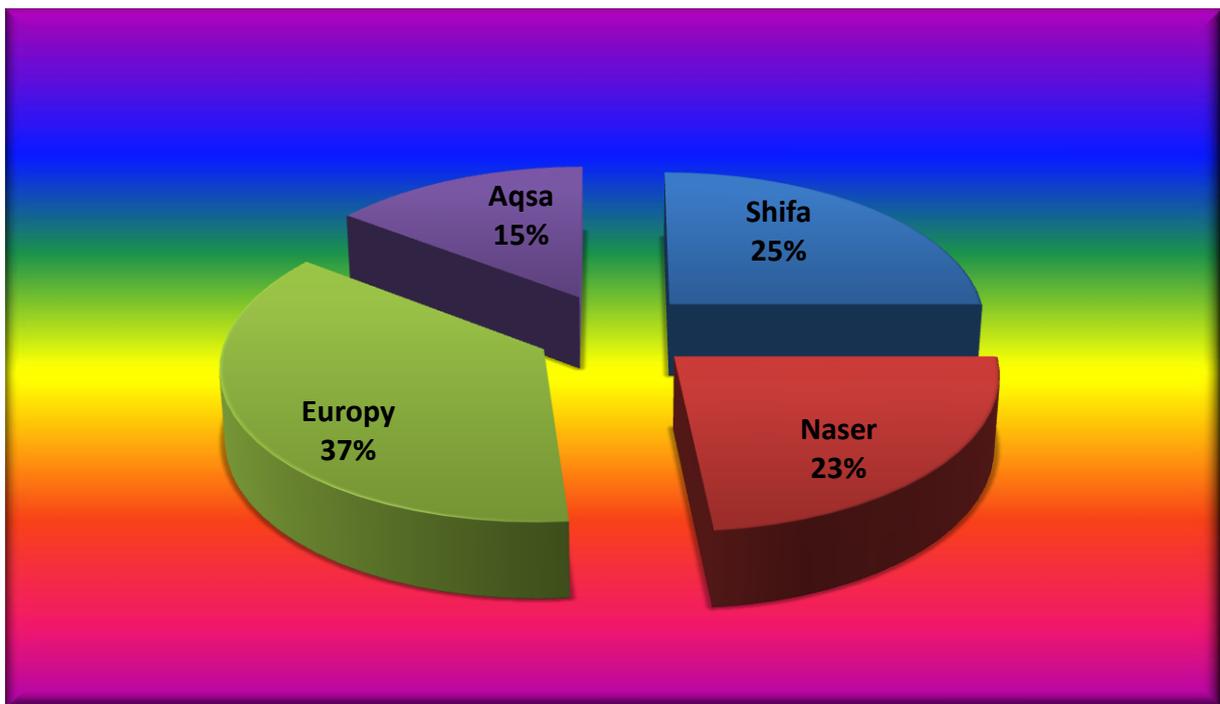


Abb. 50 : Verteilung der Krankenhausverweildauer in den gynäkologischen Abteilungen (ebd.)

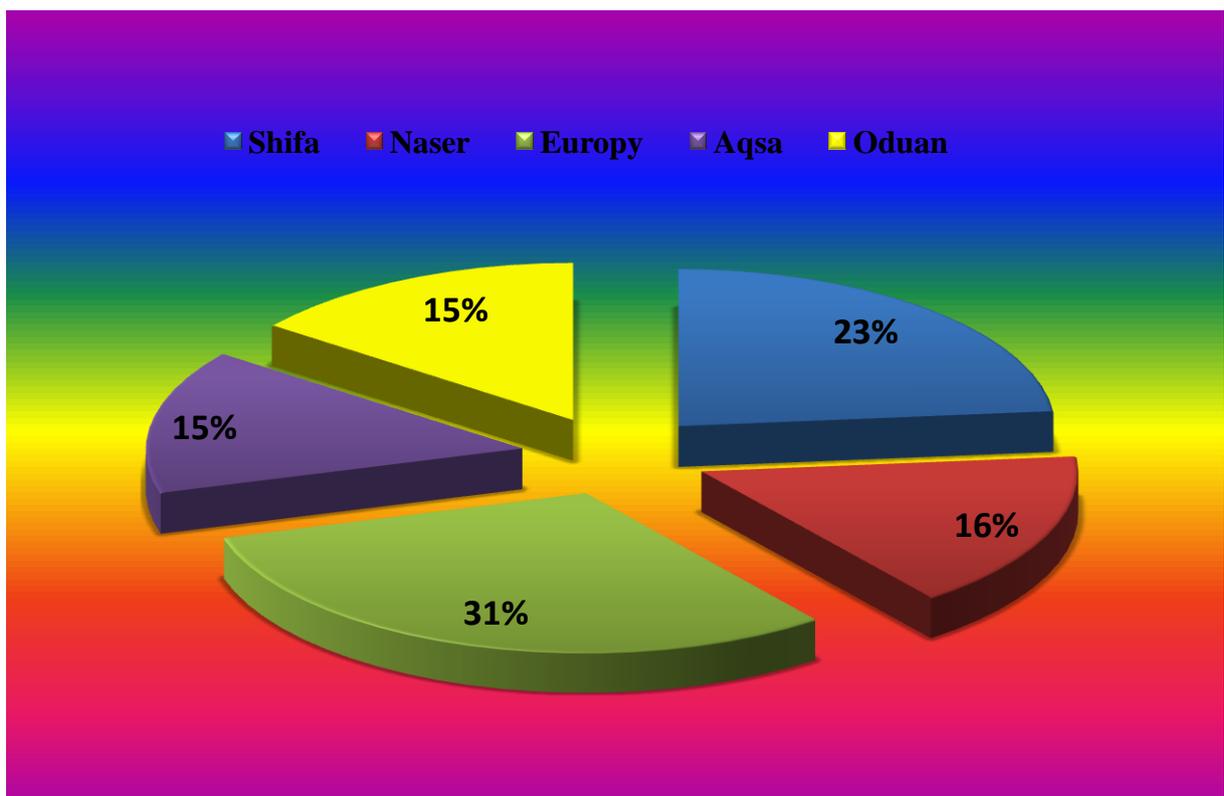
## **Intensivstationen**

Die Krankenhausverweildauer auf der Intensivstation wird von folgenden Faktoren beeinflusst:

- 1- Anzahl der Begleiterkrankungen
- 2- Schwere der Begleiterkrankungen
- 3- Lebensalter
- 4- Immunsuppression
- 5- OP-Dauer
- 6- OP-Technik

Die Intensivabteilungen im Gazastreifen sind nicht auf dem modernsten Stand der Medizintechnik und sind deshalb nicht - wie in den westlichen Ländern - auf jede Notfallsituation vorbereitet. Die meisten Patienten, die in die Intensivstationen eingeliefert werden, bleiben nicht lange, sondern werden in das Ausland überwiesen. Die übrigen Patienten werden nach der intensivmedizinischen Behandlung auf eine Normalstation verlegt. Diese beiden Faktoren beeinflussen die Verweildauer der Patienten auf den Intensivstationen. Die durchschnittliche Krankenhausverweildauer auf den Intensivstationen betrug 3,2 Tage im Jahr 2004.

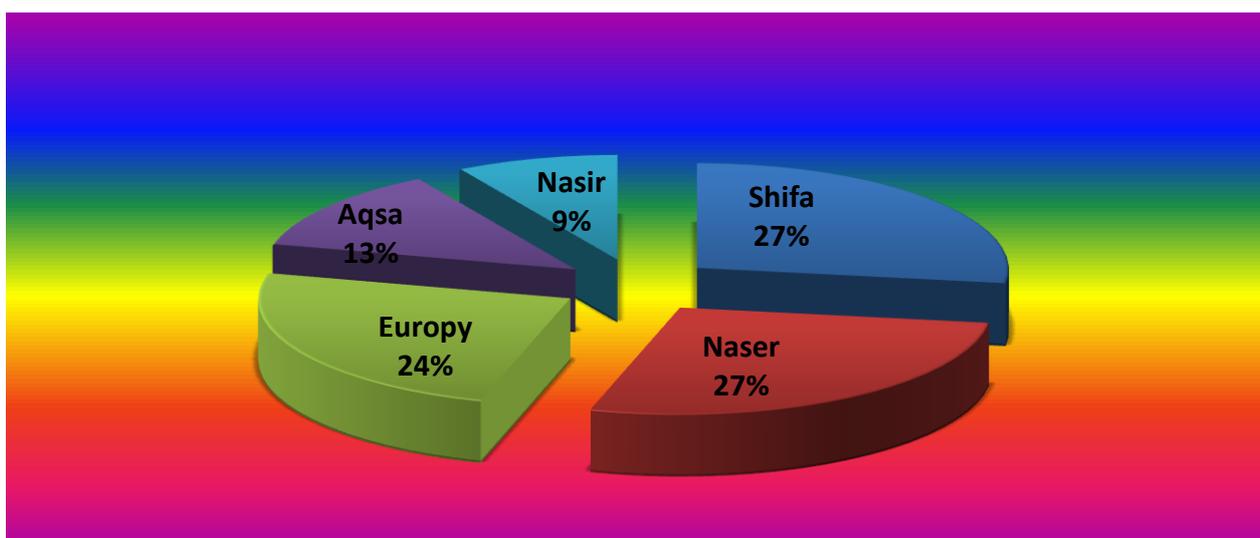
Die längste durchschnittliche Krankenhausverweildauer war im Europhy-Krankenhaus und betrug 4,6 Tage und die kürzeste war im Naser-Krankenhaus mit 2,2 Tagen. Die folgende Grafik zeigt die prozentuale durchschnittliche Krankenhausverweildauer in den Intensivstationen der Allgemeinkrankenhäuser.



**Abb. 51 : Verteilung der durchschnittlichen Krankenhausverweildauer auf die Intensivstationen (ebd.)**

## Intensivstationen für Neonatologie

Schwangerschaft ist keine Krankheit, aber doch ein sehr sensibler und individueller Zustand im Leben einer Frau. Leider lassen sich Komplikationen während der Schwangerschaft oder Geburt nicht immer vermeiden, was die geborenen Kinder eher negativ beeinflussen kann. Da im Gazastreifen während der Schwangerschaftszeiten keine Untersuchungen durchgeführt werden und auf Grund der nicht modernen medizinischen Versorgung werden die Krankheiten eines Geborenen erst nach der Geburt entdeckt. Es kann ein schwerer Unfall, eine große Operation, eine Infektion, eine Herzkrankheit, ein Stoffwechselproblem, eine sehr komplizierte oder viel zu frühe Geburt sein, die eine rasche und intensivmedizinische Hilfe von einem speziell ausgebildeten Team von Ärzten und Pflegenden dringend erforderlich macht. Kinder mit schweren Krankheiten werden überwiegend weiter ins Ausland überwiesen, oder - wenn eine intensivmedizinische Betreuung nicht mehr notwendig ist - auf eine normale Kinderstation verlegt. Entsprechend ist die Verweildauer auf der Intensivstation für Neonatologie relativ kurz. Die durchschnittliche Krankenhausverweildauer in den intensivstation für Neonatologie betrug 4,7 Tage im Jahr 2004. Die folgende Grafik zeigt die prozentuale durchschnittliche Krankenhausverweildauer auf den Intensivstationen für Neonatologie der Allgemeinkrankenhäuser.

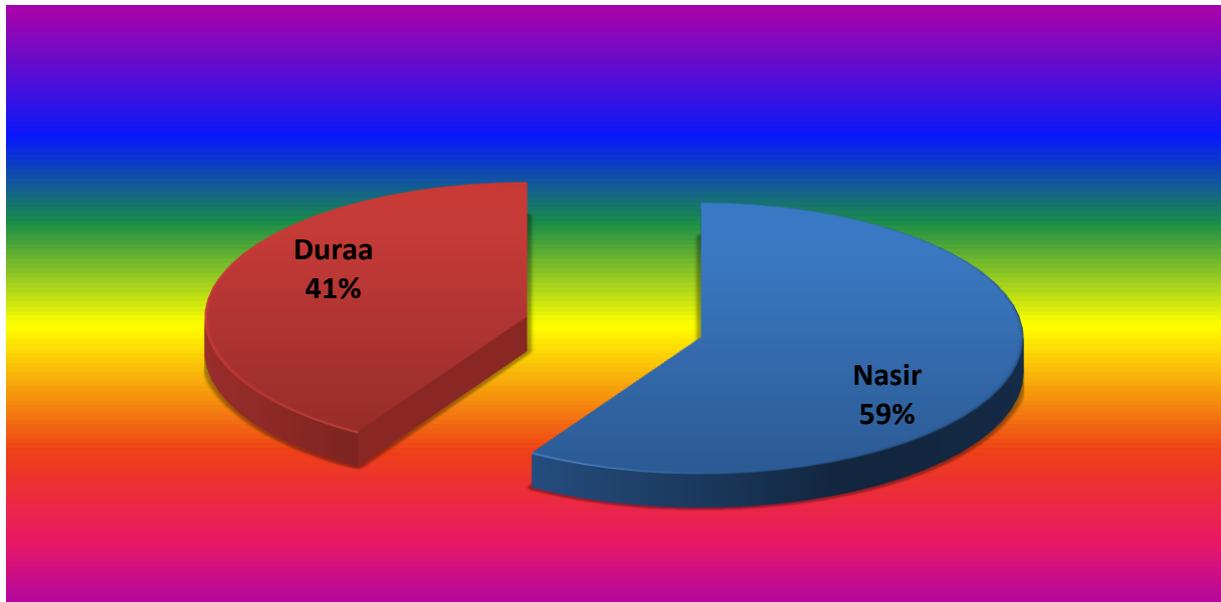


**Abb. 52 : Verteilung der durchschnittlichen Krankenhausverweildauer auf die Intensivstationen für Neonatologie (ebd.)**

## Intensivstationen für Pädiatrie

Die Kinder im Gazastreifen erhalten nicht einmal ein Minimum an Präventionsmaßnahmen und es werden ihnen keine Gesundheitsförderungsprogramme angeboten. Die Intensivstationen für Kinder sind die am schlechtesten betreuten, am wenigsten beachteten und mit medizinischen Geräten unterversorgtesten Abteilungen aller Krankenhäuser im Gazastreifen.

Die durchschnittliche Krankenhausverweildauer auf den Intensivstationen für Pädiatrie betrug 7 Tage im Jahr 2004. Die längste Krankenhausverweildauer war im Nasir-Krankenhaus für Kinder und betrug 7,7 Tage. Die folgende Grafik zeigt die prozentuale durchschnittliche Krankenhausverweildauer in den Intensivstationen für Pädiatrie der Allgemeinkrankenhäuser.

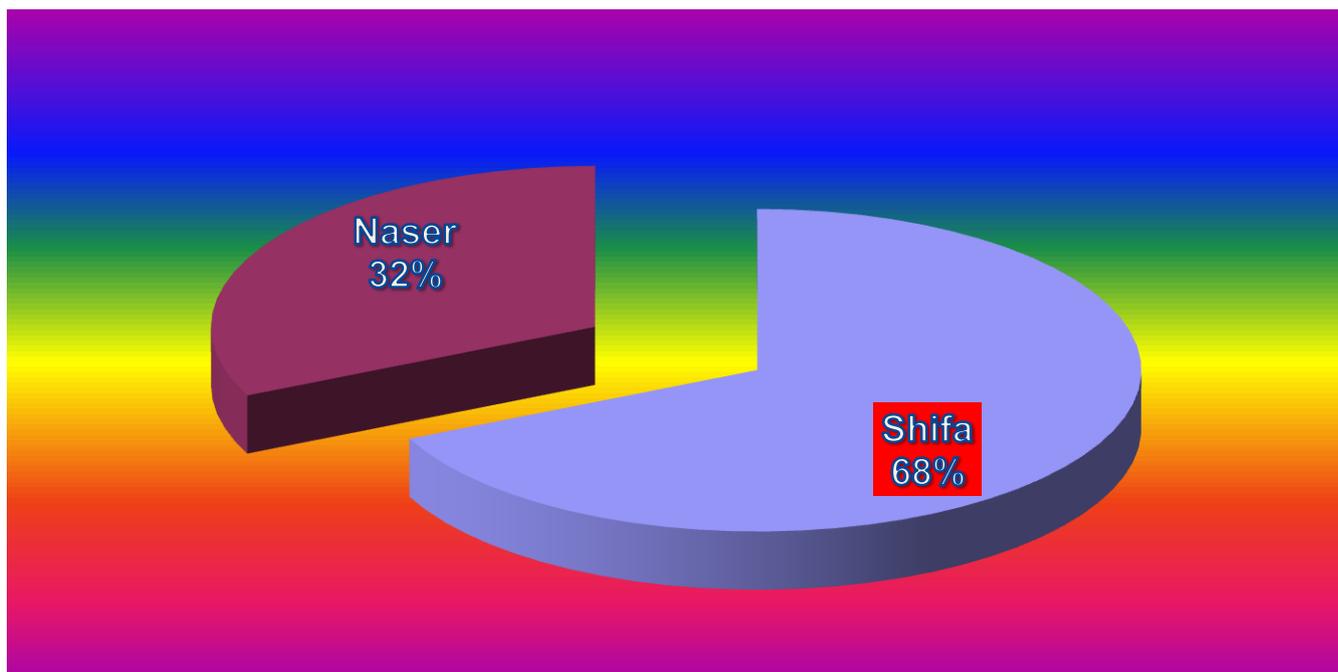


**Abb. 53 : Verteilung der durchschnittlichen Krankenhausverweildauer auf die Intensivstationen für Pädiatrie (ebd.)**

## Kardiologischen Abteilungen

Viele kardiologische Operationen werden in Krankenhäusern im Gazastreifen nicht durchgeführt. Die Überweisung vieler Patienten in das Ausland hat großen Einfluss auf die Verweildauer in den Krankenhäusern.

Die durchschnittliche Krankenhausverweildauer in den kardiologischen Abteilungen betrug 2,6 Tage im Jahr 2004. Die längste Krankenhausverweildauer war im Shifa-Krankenhaus und betrug 3,4 Tage. Die folgende Grafik zeigt die prozentuale durchschnittliche Krankenhausverweildauer in den kardiologischen Abteilungen der Allgemeinkrankenhäuser.

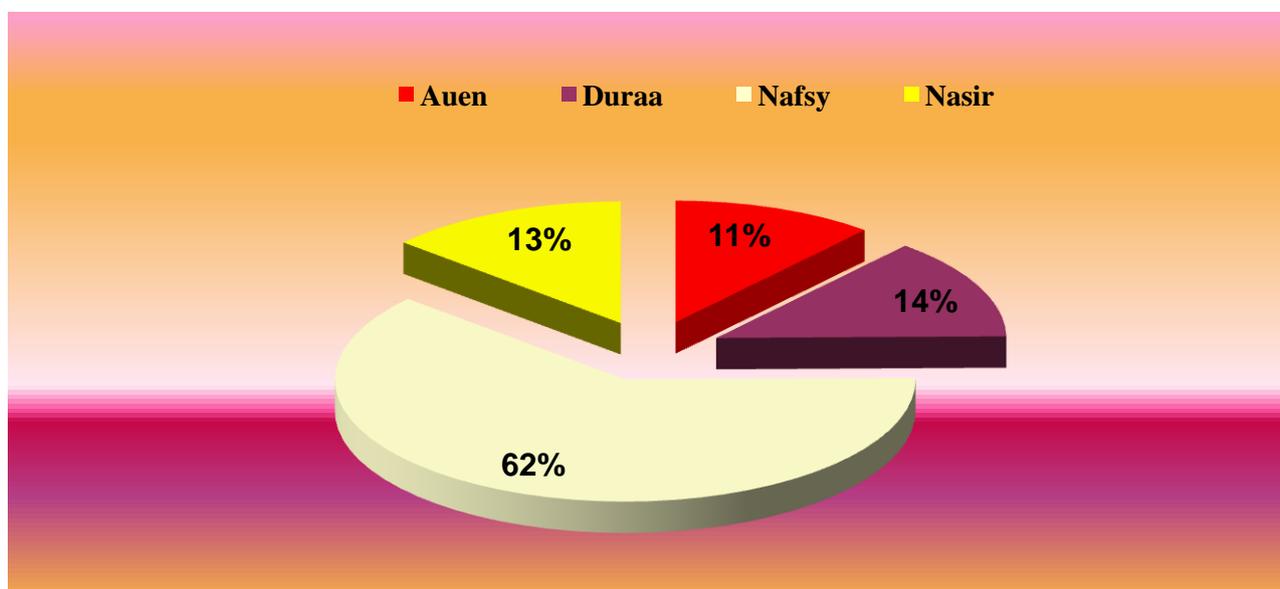


**Abb. 53 : Verteilung der durchschnittlichen Krankenhausverweildauer in den kardiologischen Abteilungen (ebd.)**

### 8.2.2.2 Spezialkrankenhäuser

Die Belegungsspezifika in den Spezialkrankenhäusern unterscheiden sich in einigen Punkten von den Allgemeinkrankenhäusern. Vom Aufnahmevermögen her sind diese spezialisierten Kliniken deutlich kleiner und verfügen in der Regel über einen geringeren Ausstattungsgrad als die Allgemeinkrankenhäuser. Da hier häufig nur eine Erstversorgung erfolgen kann, wird die weitere Behandlung ambulant durchgeführt; deshalb ist die durchschnittliche Verweildauer kürzer als es von der medizinischen Seite geboten ist.

Die Gesamtrate der Krankenhausverweildauer in den Spezialkrankenhäusern im Gazastreifen betrug 3,5 Tage im Jahr 2004. Die längste Krankenhausverweildauer war in dem Nafsy-Krankenhaus für Psychiatrie mit 13,8 Tagen und die kürzeste im Auen-Krankenhaus für Augenheilkunde mit 2,7 Tagen. Die folgende Grafik zeigt die prozentuale durchschnittliche Krankenhausverweildauer in den Spezialkrankenhäusern.



**Abb. 54 : Verteilung der durchschnittlichen Krankenhausverweildauer in den Spezialkrankenhäusern (ebd.)**

### **8.3 Externe Praxen der Krankenhäuser**

Eine Ausnahme in der zentralistischen Organisationsform stellen die in den Krankenhäusern eingerichteten Externpraxen dar, die im Verantwortungsbereich der Krankenhäuser liegen und von diesen autark verwaltet werden.

Das Krankenhauspraxismodell bildet ein Kernelement des Gesundheitssystems im Gazastreifen. Hier wird entschieden, welche Leistungen des Gesundheitssystems vom Patienten in Anspruch genommen werden können. Das bedeutet, dass der erste Kontakt mit dem Gesundheitssystem - bis auf wenige Ausnahmen - mit einem bestimmten Arzt in einer Krankenhauspraxis stattfinden sollte. Bei akuten Beschwerden oder körperlichen Problemen geht der Patient immer zuerst zu einer Krankenhauspraxis. Der Arzt lässt sich ausführlich die Symptome beschreiben und hinterfragt mögliche Auslöser für die Beschwerden, Lebenssituation, Umwelteinflüsse. Der Arzt in der Krankenhauspraxis im Gazastreifen nimmt eine erste Untersuchung vor und stellt eine Diagnose.

In fast jedem Krankenhaus im Gazastreifen gibt es eine externe Praxis, in der die einfachen Behandlungen durchgeführt werden und die von dem jeweiligen Krankenhaus gemanagt und kontrolliert werden. Mindestens ein Arzt mit seinem Team sollte immer vor Ort sein. Das Team arbeitet aber auch in wechselnden Schichten auf anderen Stationen. Die meisten Patienten mit einfachen Beschwerden kommen zuerst zu diesen externen Praxen, dort wird entschieden, ob eine Aufnahme in das Krankenhaus erforderlich ist oder eine ambulante Behandlung in der Praxis ausreicht. Da die meisten Patienten ohne ärztliche Überweisung in das Krankenhaus kommen, hat eine externe Praxis im Gazastreifen eine große Bedeutung. Sie kann die Patienten gezielt weiterleiten und entlastet somit die Teams in den verschiedenen Abteilungen. In kritischen Situationen wird das Personal in diesen Praxen durch Ärzte und Fachkräfte aus dem Krankenhaus verstärkt.

Viele Verletzte werden behandelt und dann nach Hause geschickt, und die Patienten bzw. deren Angehörigen belasten die Abteilungen nicht unnötig. Gäbe es keine externen Praxen in den Krankenhäusern, wäre die Aufnahme rate doppelt so hoch. Für Patienten bedeutet ein Krankenhauspraxismodell nicht nur eine Qualitätsverbesserung in der medizinischen Behandlung, sondern mehr Service und finanzielle Vorteile durch:

- Schnellere Aufnahme
- Kürzere Wartezeiten in der zuständigen Spezialabteilung
- Hilfe zu Terminvereinbarungen mit Fachärzten
- Hilfe für den Patienten auf dem Weg durch die verschiedenen Fachabteilungen
- Vermeidung von unnötigen Kosten

Die Externen Praxen sind in ihren Leistungen durch ihre Krankenhäuser definiert, das heißt ein Krankenhaus für Kinder bietet in seiner Externpraxis Behandlungen für Kinder an. Im Jahr 2004 haben die Externpraxen aller Krankenhäuser 403.543 Patienten behandelt.

### **8.3.1 Externpraxen in Allgemeinkrankenhäusern**

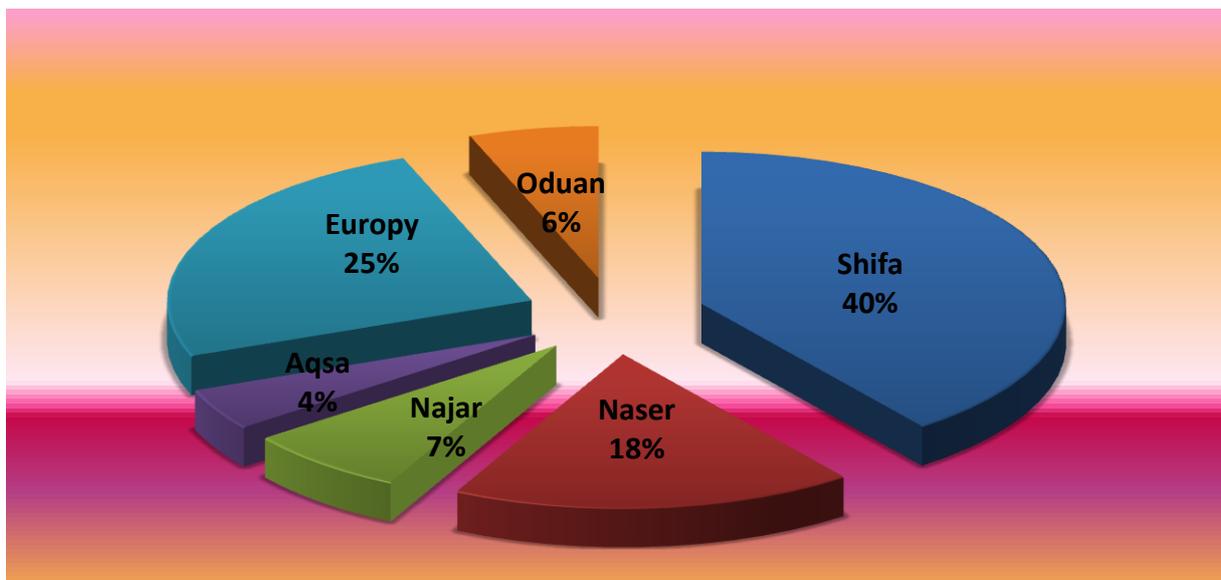
Die Externe Praxen der Allgemeinkrankenhäuser sind genau wie die Allgemeinkrankenhäuser auf Grund ihrer allgemeinen Zuständigkeit stark frequentiert. Hier findet meist der erste Kontakt zum Versorgungssystem im Gazastreifen statt. Durch die schon lange anhaltende kritische, besondere Situation im Gazastreifen werden diese Praxen durch viele Verletzte, die meistens von Privatpersonen gebracht werden, stark belastet. Wenn die Zahl der Verletzten nicht zu bewältigen ist, dann werden die Patienten entweder schnell versorgt und wieder nach Hause geschickt oder, im äußersten Notfall, in das Krankenhaus überwiesen.

Zwischen den einzelnen Praxen gibt es keine Kommunikation oder Kooperation. Jede Praxis arbeitet für sich allein, deshalb ist immer die nächste Praxis zum jeweiligen Krisenherd überlastet. Die Gesamtzahl der Patienten in den Externpraxen der Allgemeinkrankenhäuser betrug 314.158 Personen im Jahr 2004. Davon waren 40% im Shifa-Krankenhaus.

KH	Oduan	Europy	Aqsa	Najar	Naser	Shifa	$\Sigma$
N	18134	78946	13807	22653	55936	124682	314158

**Tab. 26 : Besucher der Externpraxen in Allgemeinkrankenhäusern (ebd.)**

Zur besseren Verständlichkeit der unterschiedlichen Inanspruchnahme folgt eine Grafik der prozentualen Verteilung auf die Externpraxen.



**Abb. 55 : Verteilung der Besucher in Externpraxen der Allgemeinkrankenhäuser (ebd.)**

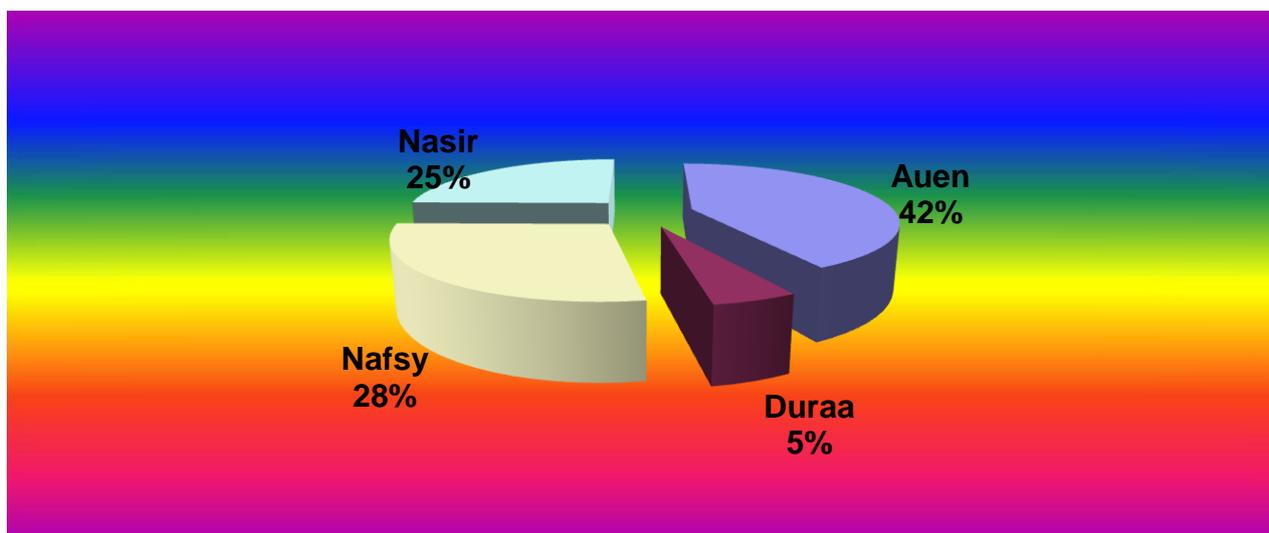
### 8.3.2 Externpraxen in den Spezialkrankenhäusern

Die Externpraxen in den Spezialkrankenhäusern sind weniger stark frequentiert, da hier Fachärzte beschäftigt sind, die hauptsächlich in ihrem Spezialgebiet tätig sind. Die Gesamtzahl der Patienten in den Externpraxen der Spezialkrankenhäuser im Gazastreifen betrug 89385 Patienten im Jahr 2004.

KH	Nasir	Nafsy	Duraa	Auen	$\Sigma$
N	22.183	25.010	4.718	37.474	89.385

**Tab. 27 : Besucher in Externpraxen der Spezialkrankenhäuser (ebd.)**

Die prozentuale Verteilung der Besucher auf diese Praxen ist sehr unterschiedlich; dies hat mit dem jeweiligen Fachgebiet des Krankenhauses bzw. der Praxis und auch mit dem Ruf des Krankenhauses zu tun, zu dem diese Praxis gehört. Die nächste Grafik zeigt die prozentuale Verteilung auf die unterschiedlichen Einrichtungen.



**Abb. 56 : Verteilung der Patienten auf die Externpraxen der Spezialkrankenhäuser (ebd.)**

## 9 Zugänglichkeit des Gesundheitsversorgungssystems

Versorgungs- und (Sozial-) Versicherungssysteme unterscheiden sich grundsätzlich erheblich hinsichtlich der Frage, wer in das Gesundheitsversorgungssystem integriert ist und wer vom Zugang zum Gesundheitsversorgungssystem ausgeschlossen werden kann. Neben der Frage „Wer ist abgesichert?“ gibt es noch weitere Fragen, die sich mit Leistung und Umfang des Gesundheitssystems beschäftigen. Deshalb interessieren sich die Gesundheitswissenschaftler nicht nur für den Zugang zum Gesundheitsversorgungssystem sondern auch für die Leistungen und ihr Qualitätsniveau. Ist das Qualitätsniveau niedrig, wird das Gesundheitsversorgungssystem mit Legitimationsproblemen konfrontiert, da viele Bürgerinnen und Bürger zusätzlich Private Krankenversicherungen in Anspruch nehmen müssen. Dadurch entzieht sich das Gesundheitsversorgungssystem der Solidargemeinschaft. Die Unterschiede zwischen höheren Einkommensgruppen mit Privatversicherung und niedrigen Einkommensgruppen ohne Privatversicherung bei der Gesundheitsversorgung nehmen erheblich zu (Wendt, C., 2003). „Gesundheitsversorgungssysteme reagieren besonders sensibel auf Ungleichbehandlungen, zum Beispiel zwischen verschiedenen Einkommensgruppen“ (ebd. S. 86 N. Dahlgren, G., Whitehead, M., 1993; Whitehead, M., 1998).

Gesundheitsversorgungssysteme sind Institutionen, über die Menschen in eine Gesellschaft integriert oder aber ausgeschlossen werden können. Die Absicherung durch ein Gesundheitssystem verspricht medizinische Versorgung im Krankheitsfall mit dem Ziel der Wiederherstellung von Gesundheit. Grundsätzlich gewährt das Versicherungsprinzip einen Leistungsanspruch auf der Grundlage zuvor gezahlter Beiträge. Beim Versicherungssystem zahlen die Versicherten Beiträge, aus denen im Schadensfall die erforderlichen Leistungen finanziert werden. Das kann zwar für einen Teil der Versicherten bedeuten, dass Sie Beiträge zahlen und selbst, falls Sie nie krank werden, nichts davon bekommen. Dafür besteht allerdings im Schadensfall auch ein Rechtsanspruch auf Leistungen, deren Wert auch die bis dahin gezahlten Beiträge bei weitem übersteigen kann.

„Zu den nach dem Versicherungsprinzip organisierten Trägern gehören die Kranken-, Pflege-, Arbeitslose-, Renten- und Unfallversicherung“ (Brockfeld, T., 1998, S. 288 - 289). Beim Abschließen einer Versicherung wird festgelegt, welches Ereignis als Schadensfall in Betracht kommt und welche Leistungen dann zu zahlen sind. Eine Krankenversicherung, bietet dem Versicherten die Erstattung der Kosten für die Behandlung nach Unfällen, bei Erkrankungen und bei Mutterschaft. Sie sind Teil des Gesundheitsversorgungssystems. Es gibt mehrere Arten von Versicherungen.

Rosenbrock (1998) differenziert drei international verbreitete Grundkonzepte der Krankenversicherung und -versorgung, die sich vor allem in der Art der versicherten Risiken, der Einbeziehung unterschiedlicher Bevölkerungsgruppen und der Form der Leistungsgewährung unterscheiden:

- 1) Das wirtschaftliche Modell in den USA, Australien und Neuseeland, das von der Grundidee ausgeht, Gesundheitsleistungen seien, wie andere Dienstleistungen einer Gesellschaft, den Regeln von Angebot und Nachfrage unterworfen, weswegen sich die Steuerungsinstrumente der Gesundheitspolitik aus der Marktwirtschaft ergäben. Dementsprechend spielen individuell abzuschließende Versicherungen, freiwillige Mitgliedschaft, vertraglich vereinbarte Einzelleistungen und privatwirtschaftliche Kostenerstattung eine große Rolle. Der Intervention des Staates in das Gesundheitssystem werden enge Grenzen gesetzt.
- 2) Das sozialstaatliche Modell, das heute vor allem in den Skandinavischen Ländern anzutreffen ist, stellt im Gegensatz hierzu das gesamte Versorgungssystem unter staatliche Regie und Aufsicht. Versorgungsleistungen werden als ein durch die politische Gemeinschaft besonders zu schützendes Gut bewertet, das nicht den kommerziellen Marktkräften überlassen werden darf. Dieses Modell setzt an die Spitze der sozialpolitischen Ziele, die Gleichheit im Zugang zu den Versorgungsleistungen und die Gleichheit der Qualität der Leistungen für alle Bevölkerungsgruppen. Die gesundheitlichen Leistungen werden weitgehend über den Staat durch Steuermittel finanziert und auch vom Staat organisiert.

- 3) Das Korporatistische Modell, das in Deutschland, Österreich, Frankreich und Italien vorherrscht, stellt eine Mischung aus sozialstaatlichem und marktorientiertem System dar. Typisch ist ein verpflichtendes Versicherungssystem mit Beitragszahlungen nach dem Solidarprinzip, das selbstorganisiert arbeitet, aber unter staatlicher Aufsicht steht (Hurrelmann, K., 2003).

Armut und Krankheit sind untrennbar und auf vielfältige Weise miteinander verbunden. Im Gazastreifen verfügen viele Menschen über keinen ausreichenden und bezahlbaren Zugang zu Gesundheitsleistungen, weder zu präventiver oder primärer Versorgung noch zu lebensnotwendigen Medikamenten oder komplexeren Behandlungen. Problematisch sind nicht allein die im Gazastreifen anzutreffende schlechte Versorgung und die unzureichende Qualität des Dienstleistungsangebots, sondern auch die hohen Kosten für die Inanspruchnahme medizinischer Leistungen.

Wenn das Einkommen kaum für das Überleben reicht, ist kein Geld für den Transport zum Krankenhaus und für die Behandlung übrig. Gleichzeitig kann Krankheit zu Arbeitsunfähigkeit und damit zu Einkommensverlust führen. Bei fehlendem Versicherungsschutz im Gazastreifen enden schwere Erkrankungen oft mit Verschuldung und Verarmung ganzer Familien, die ihren spärlichen Besitz und letztlich ihre Lebensgrundlage veräußern müssen, um medizinische Behandlungen bezahlen zu können. Die arme Bevölkerung im palästinensischen Gebiet ist also in einem regelrechten Teufelskreis, der Krankheits-Armutsfalle (*illness poverty trap*), gefangen. Diese Situation lässt viele Leute kein Interesse an der Krankenversicherung haben.

Im Gazastreifen gibt es keine Privatkrankenversicherung, d.h., wenn ein Mensch nicht versichert ist, dann muss er die Kosten der Behandlung selbst bezahlen. Im Gazastreifen wird das Gesundheitsversorgungssystem von vielen andern - insbesondere europäischen - Ländern unterstützt. Sie unterhalten eigene Praxen im Gazastreifen und bieten die Behandlungen ohne Bezahlung an. Für große Operationen werden, nach einem Antrag beim palästinensischen Gesundheitsministerium, die Kosten im In- oder Ausland übernommen.

Nach dem jährlichen Report des palästinensischen Gesundheitsministeriums ist die Zahl der Mitglieder in den Krankenversicherungen viel zu niedrig und in der Zeit des Volksaufstandes noch geringer geworden. Im Jahr 2004 waren von 1,4 Mio. Einwohnern nur 318.477 Familien versichert (184.179 in der Westbank und 134.298 im Gazastreifen). Das sind 55,9% aller palästinensischen Familien (53,1% in der Westbank und 62,3% im Gazastreifen). Im Vergleich zum Jahr 2000 stellt dies eine Verbesserung dar, denn damals waren nur 175.882 Familien (34%) versichert. Nach den jährlichen Berichten für 2000 und 2004 gibt es in Palästina folgende fünf Formen der Krankenversicherungsmitgliedschaft:

### **9.1 Obligatorisch, verpflichtende Krankenversicherung**

Diese Versicherungsart betrifft alle Angestellten in der Regierung und die pensionierten Beschäftigten im öffentlichen Dienst. Von ihrem Gehalt werden 5% für diese Krankenversicherung abgezogen.

“For the government and municipality employees and retired government employees the premium equal 5% of basic salary” (The status of Health in Palesine, 2000, S. 58).

Diese Versicherungsart zeigt die Änderungen in der Beschäftigung bei den palästinensischen staatlichen Behörden. Und sie stellt die Erhöhung des Prozentsatzes der Angestellten dar. Sie reflektiert auch die Änderungen bei Finanzierung des palästinensischen Gesundheitssystems, da die Teilnahme der Bevölkerung nicht stabil ist.

Jahr	1993	1995	2000
% Anteil der Versicherten	16,1	19,3	34

**Tab. 28: Entwicklung in der obligatorisch verpflichtenden KV.**

Im jährlichen Report des palästinensischen Gesundheitsministeriums im Jahr 2004 beträgt die durchschnittliche Rate in den letzten fünf Jahren 22,3%. Die Einnahmen des palästinensischen Gesundheitssystems von dieser Gruppe im Jahr 1993 waren 20.9 %.

Jahre	1993	1995	2000
% Einnahmen	20,9	24,8	35,4

**Tab. 29: Anteil der Einnahmen durch obligatorisch verpflichtenden KV.**

“The revenues from this group was 20.9 % from the total insurance revenues in 1993, increases gradually to 24.8% in 1995, arrived to 35.4% of the total governmental insurance in 2000” (ebd. S.58).

Offensichtlich ist bei diesem Anstieg der Versicherten auch eine Verbesserung der Beitragssituation erfolgt, da sich die prozentualen Anteile fast angeglichen haben (Siehe Tab. 28).

## **9.2 Freiwillige Krankenversicherung**

Selbstständige können sich freiwillig gegen Krankheit versichern, in dem sie den Beitrag einzahlen. Die Primären werden örtlich festgelegt und haben eine obere Begrenzung. Diese Art von freiwilliger Versicherung hat sich aber offensichtlich nicht etablieren können, da der Anteil der Versicherten von 24% im Jahr 1995 auf 5% in 2000 zurück gegangen ist, was z.T. aber auch durch die steigenden Anteile der anderen Versicherungsarten mit verursacht ist.

“From the year 1995, there was a gradual decline in the number of insured families in the voluntary type (24% in 1995 to 5% in 2000). This is due to change of most of insured people in this type to group contribution (contract). The percentage of the revenue collected from this group to the total government health insurance revenues decreased from 16% in 1995 to 5.1% in 2000” (ebd.).

### 9.3 Krankenversicherung nach Vertrag

Dies ist die neueste Art von Versicherung in Palästina. Nach dem jährlichen Bericht des palästinensischen Gesundheitsministeriums für 2000 entstand sie 1999. Damit haben die freien beschäftigten Mitarbeiter die Chance, für sich einen Versicherungsvertrag abzuschließen.

“And members of societies, associations and syndicates to benefit from health insurance looking for in creased the participation” (Annual Report, 2000, S. 58).

Jahr	1995	1998	2000
% Anteile	14,2	25,7	23

**Tab. 30: Entwicklung KV. nach Vertrag**

Der relative Anteil der Versicherten in der KV nach Vertrag in Bezug auf die Gesamtversichertenzahl sinkt bis zum Jahr 2004 auf 5%.

Das Einkommen von dieser Gruppe von Versicherten hat sich auch mit der Zeit erhöht und trägt in steigendem Maße zu Finanzierung des Gesundheitssystems bei. Die Anteile an der Gesamtfinanzierung könnten über die Jahre kontinuierlich gesteigert werden, wie nachfolgende Tabelle verdeutlicht:

Jahr	1995	1998	2000
Anteil an Gesamtfinanzierung	0,6	10,3	19,2

**Tab. 31: Anteil der Einnahmen durch KV. nach Vertrag**

Der Vergleich mit den Versichertenzahlen aus Tabelle 30 zeigt eine chronische Unterfinanzierung bei dieser Art von Versicherung.

#### **9.4 Sozialversicherung (Social Welfare)**

Das Ministerium für Sozialangelegenheiten deckt Härtefälle mit einer Minimum-Prämie in Höhe von 40 NIS<sup>13</sup> monatlich ab. Das reflektiert die harte Situation der Palästinensischen Bevölkerung. Die Gruppe der sozialversicherten Bedürftigen hat sich vom Jahr 2000 mit 29.997 Familien auf 47.212 Familien im Jahr 2004 vergrößert, was eine enorme Belastung des Sozialhaushaltes mit sich bringt (Annual Report, 2004). „The Ministry of Social Welfare paid 18 percent of total revenue in 1995, 14.percent of the total revenues in both of 1998 and 2000 respectively” (Annual Report, 2000, S. 60).

---

**13** 1 Euro ist von 5,29 NIS wert (18.01.2010)

## **9.5 Krankenversicherung für Angehörige der Kriegsgefangenen**

Unter dieser Versicherungsart sind die Familie eines Gefangenen bzw. die Frau und seine Kinder erfasst. Er selbst ist in der Zeit der Gefangenschaft nicht versichert. Die Angehörigen melden sich mit einer Bescheinigung bei der Behörde, sie bekommen eine Mitgliedskarte und sind dann krankenversichert. Im Jahr 2004 waren 1.680 Gefangene mit ihren Familien in der Krankenversicherung eingetragen. Es sind 0,5% aller Versicherten. Im Jahr 2000 waren es nur 645 Familien, damals 0,2% der Versicherten (Annual Report, 2004).

## 10 Diskussion des Ist-Zustandes

In Zeiten steigenden Kosten- und Leistungsdrucks im Gesundheitswesen stehen insbesondere Krankenhäuser in Brennpunkt der Frage nach möglicher Effizienzsteigerung (Elmar R., Frank, S., 2010). Gemäß dem Statischen Jahrbuch (2004)) entfiel in Gazastreifen in den letzten Jahren der größte Anteil der Gesundheitsausgabe auf stationäre und teilstationäre Behandlungen. Im Zusammenhang mit öffentlichen Einrichtungen gibt es die Unterscheidung zwischen Sachziel und Formalziel. Als Sachziel wird das Leitungsziel bezeichnet: Im Fall von Krankenhäusern als die Deckung des Bedarfes der Bevölkerung an Krankenhausleitungen. Demgegenüber steht das Formalziel als ökonomisches Ziel unter dem Gebot der Wirtschaftlichkeit, was auch als Nebenbedingungen gesehen werden kann. Zur Erfüllung des Formalziels im Krankenhauswesen im Gazastreifen sollten sich die Verantwortlichen zum einen an den Organisationsstrukturen des Gesundheitssystems im Gazastreifen orientieren.

Aus mehreren Sachverhalten heraus ergeben sich schon eine ganze Reihe von Mängeln und Unzulänglichkeiten, die im Wesentlichen aus der nicht koordinierten Arbeitsweise resultieren. Dies beweist, dass das Gesundheitssystem im Gazastreifen ineffizient ist. Bevor über die Ineffizienz des Gesundheitssystems im Gazastreifen diskutiert wird, soll der Begriff deutlich definiert werden.

„Effizienz wird in verschiedenen Disziplinen mit unterschiedlichen Bedeutungen verwendet. Die Geistes- und Sozialwissenschaften bedienen sich in verschiedener Hinsicht des Effizienzbegriffs. In der Linguistik wird ein Text als effizient bezeichnet, wenn erfolgreiche Kommunikation möglichst einfach gemacht wird. Der Ursprung des ökonomischen Effizienzbegriffs ist im Wohlfahrtsökonomischen Prinzip von Pareto (1897) zu finden, welches Koopmans (1951) auf Produktionstheorie übertrug“ (Reucher, E., Sartorius, F. S. 3, 2010, N. Koopmans, T. C., 1951, Pareto, V., 1897).

Danach ist Effizienz das „Verhältnis zwischen dem erzielten Ergebnis und den eingesetzten Mitteln. In diesem Sinn gilt nach Koopmans für den Vergleich der Effizienz mehrerer Wirtschaftseinheiten bzw. allgemein mehrerer Aktivitäten, dass als Kriterien die eingesetzten Mittel (Inputs) zu minimieren und die erzielten Ergebnisse (Outputs) zu maximieren sind.

Die Analyse des palästinischen Gesundheitsversorgungssystems im Gazastreifen muss in Ermangelung wichtiger Bezugsgrößen einer kritischen Würdigung unterzogen werden. Wie bereits an mehreren Stellen dieser Arbeit erwähnt, waren insbesondere die Forschungen vor Ort von vielfältigen Schwierigkeiten geprägt. Deshalb soll hier nicht noch einmal darauf eingegangen werden.

Für das Gesundheitswesen in Gazastreifen sind mehreren Organisationen als selbständige, nicht vernetzte, d. h. völlig voneinander unabhängige Institutionen tätig:

- **MOH:** Ministry of Health
- **NGOs:** Non Governmental Organizations
- **UNRWA:** United Nations Relief and Works Agency for Palestine Refugees
- **MSP:** Medical services for Police and general security hospital

Die Organisation des MOH ist zentralistisch ausgerichtet, d.h. dass sämtliche Strukturentscheidungen einschließlich der Finanzverteilung von einer Stelle aus gesteuert werden. Dies führt zu einer geringen Flexibilität bei den Instanzen auf der ausführenden Ebene und bringt Schwerfällige und zeitaufwändige Abstimmungs- und Genehmigungsprozesse. Diese Organisationsform hindert die Akteure vor Ort daran, bedarfsgerechte und schnelle Entscheidungen zu fällen (Dr. Metzger in Interview).

Um die Effizienz, die Effektivität und die störungsfreien Abläufe der Gesundheitsorganisationen im Gazastreifen beurteilen zu können, wären mehrere Parameter notwendig, die aber aufgrund der besonderen Situation nicht in dem gewünschten Umfang bereitgestellt werden konnten. Deshalb werden im nächsten Abschnitt dieser Arbeit einige der Reformvorschläge lediglich auf der Basis von örtlichen Beobachtungen und Fachgesprächen bzw. Experteninterviews gemacht. Diese Reformvorschläge sind auch von andern Gesundheitssystemen und Gesundheitswissenschaftstheorien berücksichtigt und nach Diskussion mit den Experten vor Ort für den Gazastreifen bearbeitet worden.

Die Bereitstellung von geeigneten Parametern stellt sich als problematisch heraus. Deshalb muss das Datenmaterial als nicht befriedigend bezeichnet werden, weil sich im Lauf der örtlichen Ermittlungen gezeigt hat, dass vielen Zahlen einfach nicht zur Verfügung stehen.

Die Diskussion über den Ist-Zustand des Gesundheitssystems wird mit folgenden Einflussgrößen geführt:

- Verhältnis der Krankenhäuser zur Bevölkerungsverteilung
- Aufnahmequoten der Krankenhäuser
- Belegzeiten
- Verhältnis MTA zu Ärzten
- Verhältnis Pfleger zu Bett

Daneben finden zusätzliche argumentative Punkte Berücksichtigung.

## 10.1 Organisation

Zur tiefergehenden Beurteilung der Organisationsqualität steht in Ermangelung von weiteren aussagefähigen Daten lediglich ein Parameter zur Verfügung, nämlich das Verhältnis der Krankenhäuser zur Bevölkerungsverteilung.

Die Verbindung von wirtschaftlichem Handeln und humanitärer Verpflichtung wird auch im Gazastreifen von den Beschäftigten der Krankenhäuser oft als unauflösbarer Widerspruch gesehen. Das Krankenhaus erfüllt einen doppelten Zweck: einerseits, von einem Selbstverständnis der Präsentation nach außen, es ist eine humane Institution zum Zweck der uneigennütigen Krankenversorgung, andererseits ist es ein Wirtschaftsbetrieb, der verbrauchte Arbeitsfähigkeit reproduzieren soll und dabei orientiert ist an den Prinzipien auch anderer wirtschaftlicher Organisationen: Rationalität, Effektivität und Effizienz und an störungsfreiem Ablauf.

Die Krankenhäuser und ihre Leistungserbringer haben eine bedarfsgerechte und gleichmäßige, dem allgemeinen Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechende Versorgung der Patienten zu gewährleisten. Die Versorgung der Patienten im Gazastreifen sollte ausreichend und zweckmäßig sein, darf aber das Maß des Gebrauchten und die Ressourcen des Gesundheitsversorgungssystems nicht überschreiten und muss wirtschaftlich erbracht werden.

Die beiden Arten von Krankenhäusern (Allgemeine- und Spezialkrankenhäuser) haben im Jahr 2004 insgesamt 35.593 Patienten aufgenommen. Für je 100.000 stehen 0,71 Krankenhäuser zur Verfügung, 91,6 Krankenpfleger, 105,7 Betten, 9,8 MTA und 75 Ärzte. 57% aller Kranken sterben in Krankenhäusern. Im Jahr 2004 haben ihre internen Praxen 403.543 Aufnahmen behandelt.

	Nord	Mitte	Süd
<b>KH</b>	<b>6</b>	<b>2</b>	<b>2</b>
<b>Ärzte</b>	<b>783</b>	<b>79</b>	<b>190</b>
<b>Betten</b>	<b>904</b>	<b>316</b>	<b>271</b>
<b>Aufnahme</b>	<b>95.957</b>	<b>32.612</b>	<b>23.844</b>
<b>Auf./Arzt</b>	<b>122.5</b>	<b>412.8</b>	<b>125.4</b>
<b>Auf./Bett</b>	<b>106</b>	<b>103.2</b>	<b>97.9</b>

**Tab. 32: Bezirkliche Aufteilung der Ressourcen**

Wenn man die Bevölkerungszahl auf Nord, Süd und Mitte des Gazastreifens verteilt, kommen auf den Nordteil nur 1/3 der Bewohner. Dort befinden sich aber drei der oben genannten Spezialkrankenhäuser. Durch dieses deutliche Missverhältnis werden die Allgemeinkrankenhäuser vor allem im Südteil unverhältnismäßig stark frequentiert (Siehe Abb. 32).

Während sich die Aufnahmezahlen pro Bett in etwa die Waage halten, muss bei den Aufnahmezahlen pro Arzt eine krasse Überlastung des Personals im Bezirk Mitte konstatiert werden.

## 10.2 Prozesse

Eine Beurteilung der Qualität der Prozesse wird an Hand der beiden Parameter, Aufnahmequoten der Krankenhäuser und Bettbelegzeiten angestellt.

### Aufnahmequoten der Krankenhäuser

Im Gazastreifen macht es keinen Sinn die Anzahl der Krankenhauseinweisungen zu studieren, denn die Patienten kommen oft ohne Über- oder Einweisung eines Arztes zu einer medizinischen Einrichtung. Vogel hierzu: *“Unser Problem ist, dass die meisten Patienten direkt von Zuhause zu uns kommen. Die haben weder Überweisung, noch wissen wo sie hin gehen sollen. Ein genaue Zahl über die Krankenhauseinweisungen kann Ihnen niemand geben“* (Dr. Vogel in Interview). Dadurch ist die Krankenhausaufnahmequote unverhältnismäßig hoch und ohne Kontrolle. Hier ist ein Missverhältnis zwischen medizinischem Angebot und Bedürfnis der Menschen im Gazastreifen entstanden. Im Jahr 2004 wurden insgesamt 129.805 Patienten, ambulant und stationär, in den Krankenhäusern registriert.

	Allgemeinkrankenhäuser						Spezialkrankenhäuser			
	Shifa	Naser	Najar	Aqsa	Europy	Oduan	Alnafasy	Duraa	Auen	Nasir
<b>Arzt</b>	406	170	51	80	135	66	9	35	26	170
<b>Aufnahme</b>	48510	32229	4324	18309	19520	6913	383	5453	3191	13581
<b>Aufnahme/Arzt</b>	119,5	189,5	84,7	228,8	144,5	104,7	42,5	155,8	122,7	79,8
<b>Betten</b>	496	277	52	97	219	58	39	71	31	151
<b>Aufnahme/Bett</b>	97,8	116,3	83,1	188,7	89,1	119,1	9,8	76,8	102,9	89,9

**Tab. 33: Vergleichszahlen zu Krankenhauskapazitäten (Aufnahmen/Arzt und Aufnahmen/Bett)**

An Hand der vorliegenden Kennzahlen, die auf genauere Erhebungszahlen gestützt, eine gute Vergleichsmöglichkeit der Kapazitätsauslastungen ermöglichen, wird offensichtlich, welche Schiefeastigkeit hier besteht. Wegen der spezifischen Bedingungen in den Spezialkrankenhäusern sollen diese im Weiteren nicht diskutiert werden.

Bei den Allgemeinkrankenhäusern wird die ganze Misere des palästinensischen Gesundheitsversorgungssystems offenbar, **da sich gravierende Unterschiede bei den Krankenhausauslastungen zeigen**. Es wird die Aufgabe einer noch zu installierenden Stelle sein, diese Missverhältnisse mit geeigneten Instrumentarien auszugleichen. *„Die meisten Probleme betreffen die Allgemeinkrankenhäuser, da die Leute sich daran gewöhnt haben, immer an ein Allgemeinkrankenhaus zu wenden und haben dabei die Hoffnung, dass sie das beste Angebot bekommen“* (Dr. Dank, Dr. Vogel in Interview).

## **Belegzeiten**

Die Gründe eines Aufenthaltes in Krankenhäusern im Gazastreifen sind sehr unterschiedlich. Aus sozialen Gründen kommt es häufiger zu einem verkürzten Aufenthalt, als aus medizinischer Sicht geboten wäre. Ein Beispiel dafür ist der Wunsch des Patienten oder dessen Angehörigen, sich zuhause in familiärer Gemeinschaft behandeln zu lassen. *„Viel Betten sind frei, da viele Patienten, die eigentlich eine dringende Behandlung benötigen, sich weigern im Krankenhaus zu bleiben und würden lieber von ihrer Familie oder von einem benachbarten Arzt behandelt“* (Dr. Metzger in Interview) Die Krankenhausverweildauer wird anhand der Belegung der Stationsbetten festgestellt. Sie betrug im Jahr 2004 in den gesamten Krankenhäusern des palästinensischen Ministeriums im Gazastreifen 323.067 Tage. Die höchste Rate war im Shifa-Krankenhaus mit 45% und die niedrigste war im Najar-Krankenhaus mit 3% aller Behandlungstage.

Die Verweildauer in den Krankenhäusern hängt für die Palästinenser im Gazastreifen von verschiedenen Gesichtspunkten ab:

- A- Mangelhafte primäre Gesundheitsversorgung
- B- Personalmangel
- C- Bereitschaft zur Vernachlässigung der eigenen Gesundheit
- D- Tradition
- E- Heimweh nach der Familie

### **Belegungszeiten der Betten in den Krankenhäusern**

Die von dem MOH zur Verfügung gestellten Zahlen zu dieser Beurteilungsgröße stehen in krassem Widerspruch zu den örtlichen Beobachtungen. Deswegen können sie hier auch nur hilfsweise bei der Analyse des Ist-Zustands herangezogen werden (Siehe Tab. 25).

Normalerweise sollte jeder Patient, der in einem Krankenhaus aufgenommen wird, ein Bett zur Verfügung gestellt bekommen. Da nicht genügend Betten vorhanden sind, sieht man Patienten auf dem Boden schlafen, das heißt, die durchschnittliche Belegung liegt in manchen Abteilungen weit über 100%. Das wird zwar beobachtet, aber nie in den Berichten erwähnt. Beobachtet man die durchschnittliche Bettenbelegrate in den OECD Ländern mit 74,2 %, stellt man fest, dass die Belegungsrate im Gazastreifen mit 83,5% sehr hoch ist. Das habe ich in meinem Beobachtungsprotokoll festgehalten. Metzger, Diener bestätigen, dass die Überbelegung mit Patienten die Normalität in den Krankenhäusern darstellt. Im Krisenfall verschlimmert sich dieser Zustand extrem (Dr. Metzger, Dr. Diener in Interview).

Es ist aber zu vermuten, dass der tatsächliche Wert noch höher liegt. Der Mangel an Betten stellt für die Ärzte und Patienten ein großes Problem dar, denn, um freie Betten für die nächsten Patienten zu haben, werden viele Patienten zu früh entlassen, was oft zu einer erneuten Aufnahme führt oder in Folge die Externen Praxen überlastet. Abgesehen von der fragwürdigen Qualität der Daten fällt auf, dass erhebliche Unterschiede in den durchschnittlichen Bettenbelegzeiten in den Allgemeinkrankenhäusern bestehen, was eine bessere Steuerung der Krankenhausauslastungen zwingend erforderlich macht.

### **Zugänglichkeit**

Krankenversichert, und dadurch mit einer Zugangsmöglichkeit zum Versorgungssystem, waren im Jahr 2004 nur 55,9% der gesamten Familien (53% in der West Bank und 62,3% im Gazastreifen). Dieser geringe Versicherungsgrad und damit verbundene schwierigere Zugang von großen Bevölkerungsteilen zu medizinischen Hilfen wirkt sich äußerst problematisch auf den allgemeinen Gesundheitszustand aus. Diese Nichtabsicherung der finanziellen Risiken führt zu unerwünschten Hilfs- und Ersatzlösungen, die aus medizinischer Sicht abzulehnen sind, weil sie i.d.R. keine fachgerechte Behandlung darstellen. In anderen Fällen wird aus der Not heraus auf eine medizinische Behandlung völlig verzichtet. *„Da die Behandlung gegen Bezahlung geleistet wird, lassen sich viele Leute nicht in einer Gesundheitseinrichtung behandeln und versuchen dadurch Geld zu sparen. Der wesentliche Nachteil ergibt sich daraus, dass die Leute keine Versicherung haben“* (Dr. Vogel, Dr. Schaf in Interview).

### 10.3 Ressourcen (Verhältnis MTA zu Ärzten)

In diesem Prozess kommt den Ärzten in palästinensischen Krankenhäusern im Gazastreifen die wichtigste Schlüsselrolle zu. Während sie für die palästinensische Bevölkerung in den kritischen Situationen den humanen Charakter der Versorgungsinstitutionen repräsentieren, garantieren sie nach innen einen reibungslosen Arbeitslauf. Sie haben die Aufgabe, neben dem medizinischen Service die Durchführung der entsprechenden Maßnahmen und deren Qualität, die Anpassung der verfügbaren medizinischen Ressourcen des Gesundheitsversorgungssystems für die Bevölkerung zu koordinieren, entsprechend der Wechselhaftigkeit der politischen Lage<sup>14</sup>.

	Allgemeinkrankenhaus						Spezialkrankenhaus				
	Shifa	Nasir	Najar	Aqsa	Europy	Oduan	Auen	Naser	Duraa	Nafsy	Σ
Arzt	406	70	51	80	135	66	26	170	35	9	1048
MTA	114	67	27	29	57	24	0	27	20	10	375
<b>MTA/Arzt</b>	0,35	0,95	0,5	0,36	0,42	0,36	0	0,15	0,5	1,1	0,35

**Tab. 34: Verhältnis von medizinischem Hilfspersonal zu Ärzten**

---

**14** Wenn durch einen Wechsel der politischen Lage Krieg ausbricht, wird die Grenze geschlossen und bei den medizinischen Ressourcen muss rationiert werden.

Der effektive Einsatz des akademisch ausgebildeten Fachpersonals ist in hohem Maße von der Unterstützung durch fachliches Hilfspersonal – hier MTA – abhängig. Abgesehen von der Tatsache, dass eine generelle Unterversorgung mit MTA besteht, sollten auch hier die erkennbaren **Unterschiede einer Nivellierung zwischen den Allgemeinkrankenhäusern** unterworfen werden. *„Die Allgemeinkrankenhäuser im Gazastreifen haben ganz unterschiedliche Niveaus. Auch das hat mit ungerechter Verteilung der medizinischen Ressourcen zu tun. Die Lage, wo das Krankenhaus ist, spielt eine große Rolle“* (Dr. Militär, Dr. Schaf in Interview).

### **Verhältnis Pfleger zu Bett**

In Tabelle 22 sind die Relationen des Pflegepersonals zu den Betten in den Allgemeinkrankenhäusern gegenübergestellt. Die dort ausgewiesene Differenz von 40% kann im Interesse einer gleichmäßigen Ressourcenauslastung nicht hingenommen werden.

#### **➤ Ausbildung**

Ein besonders Problem ist die Anzahl und die Ausbildung der Ärzte in Spezialkrankenhäusern. Zum Einen gibt es zu wenigen Fachärzte, das heißt, dass in den Spezialkrankenhäusern die Anzahl der Allgemeinärzte überwiegt und zum Anderen sind die vorhandenen Fachärzte nicht auf dem neuesten Stand der wissenschaftlichen Entwicklung (Siehe Tab. 14). *„Wir haben Ärzte, die seit Jahren arbeiten und seit Jahren keine einzige Fortbildung gemacht haben. Die MOH sollte endlich diese Ärzte auf den neusten Stand der Wissenschaft bringen, ansonsten bleibt das Problem weiter bestehen“* (Dr. Obst in Interview).

## ➤ Ausstattung

Ein weiteres Problem findet sich in den Fachbereichen. Hier sind die materiellen Voraussetzungen für bestimmte Behandlungen und Operationen nicht vorhanden. Das heißt, **die Patienten werden entweder von Allgemeinärzten oder, nach langer Wartezeit, von Fachärzten unzureichend behandelt** und dann ins Ausland, das heißt Israel, geschickt. Das trägt nicht zu einer Verringerung der Sterberate bei. Auf 100.000 Bewohner kommen 0,42 Spezialkrankenhäuser und 3,6 Fachärzte. *„Manche Patienten bei uns müssen in vielen Fällen sehr lange warten, denn entweder bekommen sie eine unzureichende Behandlung, da die entsprechenden Fachleute nicht vorhanden sind oder es mangelt an Materialien. Dann erfolgt in den meisten Fällen die Auslandsüberweisung“* (Dr. Vogel in Interview).

Die beiden zuletzt diskutierten Problemfelder sind eigentlich nicht Bestandteil dieser Dissertation, sollen in diesem Zusammenhang jedoch angeführt werden, weil sie sich im Verlauf der örtlichen Beobachtungen als sehr korrekturbedürftig gezeigt haben. Die vorgenannten, schwerpunktmäßig herausgearbeiteten Mängel in Ressourcenverteilung und Ressourcenauslastung verlangen aus den unterschiedlichen Gründen nach gezielten Korrekturen.

Die Ausrichtung eines Gesundheitsversorgungssystems hat in erster Linie den Bedürfnissen der Kunden – hier Patienten – zu folgen. Ein zweiter Aspekt ist die Ressource Arzt, die einerseits ausbildungsgerecht einzusetzen ist und andererseits vor Überlastungen geschützt werden muss. Als letztes soll in diesem Zusammenhang noch der wirtschaftliche Einsatz der Finanzmittel genannt werden, d.h. deren sparsame Verwendung ist sicherzustellen. Dies sind die Merkmale, die für diese Dissertation festzustellen waren. Auf dieser Basis werden mit Hilfe der Experteninterviews, sowie den Vergleichen mit anderen Gesundheitssystemen und unter Hinzuziehung des entwickelten Dezentralisierungstheorems von Wallace E. Oates (1972) praktische Reformvorschläge entworfen.

## 11 Reformvorschläge

Die Bevölkerung in Palästina bzw. im Gazastreifen hat – wie in jedem anderen Land auch – ihre eigenen Einstellungen zum Leben und zur Gesundheit (Siehe Kap. 4). Davon ist das Gesundheitsverhalten beeinflusst und sie hat auch große Bedeutung für die Lebenserwartung und die Verbreitung von Krankheiten. Diese Mentalität zeigt sich auch in der Auswirkung auf die Verteilung der medizinischen Ressourcen sowie in der Orientierung der Patienten innerhalb des Versorgungssystems.

Nach der Analyse der vorhandenen Ressourcen des Gesundheitssystems im Gazastreifen und der Feststellung der Defizite, habe ich diese mit mehreren anderen Gesundheitssystemen präzisiert. Der erwarteten Ergebnisse entsprechend, wollte ich anschließend Reformvorschläge formulieren, mit denen sich die Defizite beheben lassen. Ich konnte jedoch keine passenden Reformvorschläge zu den im Gesundheitssystem des Gazastreifens festgestellten Defiziten finden, weil die jeweiligen Verhältnisse sich zu sehr voneinander unterschieden, um miteinander vergleichbar zu sein. Da ich im Laufe meiner Dissertation mehrere Gesundheitssysteme betrachtet habe, z.B. jene in Russland, Kosovo, Dänemark, Brasilien und Deutschland, lag es nahe, aus diesen Erfahrungen einen allgemeinen Überblick über das Gesundheitswesen zu gewinnen. Dazu kamen die Experteninterviews.

Im Folgenden werden zunächst die Reformvorschläge bzw. die Anforderungen an das Versorgungssystem des Gazastreifens definiert, ohne allerdings schon an dieser Stelle eingehend analysiert zu werden. Die genauen Analysen wurden in den entsprechenden Kapiteln ausgeführt. Die Daten sind auf einer wissenschaftlichen Reise (**Forschungsaufenthalt**) in den Gazastreifen erhoben worden.

Das Jahr 2004 war für die Erhebung der Daten besonders geeignet, weil die Lage im Gazastreifen ruhig war und somit die Erhebung von Daten, die der Alltagsrealität der Bevölkerung entsprechen, erleichterte. Die Datenerhebung spielt in dieser Arbeit eine große Rolle. Sie macht es nicht nur möglich, einen Überblick über das Gesundheitsversorgungssystem im Gazastreifen zu gewinnen, sondern auch gezielt Schwachstellen auszuweisen. Auch heute bestehen noch dieselben Probleme und Dringlichkeiten wie 2004.

Um eine bessere Qualität in der Gesundheitsversorgung des Gazastreifens zu erreichen, müssten mehr Parameter berücksichtigt und untersucht werden, als im Rahmen dieser Arbeit zu behandeln möglich ist. Diese Arbeit begrenzt sich, nach Abschluss einer umfassenden Analyse, auf den Personalschlüssel und das Verteilungsmanagement in dem Versorgungssystem des Gazastreifens und versucht für die folgenden zwei ausgewählten Punkte wissenschaftlich begründete Reformvorschläge zu machen:

## **ORGANISATION**

Die bedarfsgerechte und wirtschaftliche Verteilung der Ressourcen des Gesundheitsversorgungssystems sowie die Entscheidungsprozesse innerhalb des Systems.

## **ORIENTIERUNG**

Patienten stehen im Mittelpunkt des Systems und sollten sich in diesem leicht zurechtfinden.

## **Ausblick**

Im Rahmen der nationalen Bemühungen zur Qualitätsverbesserung im Gesundheitssektor soll im Gazastreifen zu einem geeigneten Zeitpunkt eine Initiative zur Entwicklung von Qualitätsindikatoren gestartet werden.

Dabei sollen die Indikatoren, die für klinische Teilgebiete unterschiedliche Einzelfaktoren abbilden, zur Anwendung kommen. Neben den Behandlungsergebnissen soll die Zufriedenheit der Patienten bewertbar gemacht werden. Zentrales Ziel der nachgeschalteten Reform ist es, einheitliche nationale Qualitätsstandards zu definieren, die den einzelnen Krankenhäusern ein Qualitäts- Benchmarking untereinander ermöglichen und damit die Informationsbasis für Nachfragen von Krankenhausleistungen verbessern soll.

## 11.1 Organisation

Hier geht es um die organisatorische Verteilung sowie die Entscheidung zur Allokation „*Allokation bedeutet die Zuteilung knapper Ressourcen auf konkurrierende Verwendungsmöglichkeiten (Güter und Dienstleistungen). Im Allgemeinen geht es dabei sowohl um die Verteilung der Ressourcen auf den privaten und öffentlichen Sektor als auch innerhalb des jeweiligen Sektors*“ (Herbert, E., 2001).

Die Gesundheitssystemforschung grenzt sich durch ihren Bezug zur Bevölkerung und zum System der Gesundheitsversorgung von epidemiologischen Fragestellungen ab. Es geht dabei im Wesentlichen um thematische Fragestellungen, wie:

- a. Allokation von Leistung und Kosten zu Institutionen oder bestimmten Bevölkerungsgruppen
- b. gerechte Verteilung von Gesundheitslasten und -nutzen auf die Bevölkerung
- c. Zugangsmöglichkeiten
- d. Untersuchung von Anreizen für Leistungserbringer innerhalb von Gesundheitssystemen
- e. Präferenzen und Strukturen der Leistungsnachfrage
- f. medizinische Effektivität und ökonomische Effizienz des Systems

Auch in der wissenschaftlichen Literatur fasst man die Ziele für ein Gesundheitswesen so zusammen, dass sie sich an der Gerechtigkeit der Verteilung der vorhandenen Ressourcen und der Chancengleichheit orientiert.

Man kann die Ziele für ein Gesundheitswesen und ein stabiles Gesundheitssystem wie folgt zusammenfassen:

- a. Chancengleichheit (Zugang zu Gesundheitsleistungen)
- b. Leistungsfähigkeit (schnelle und wirksame Behandlung)
- c. Bedarfsgerechtigkeit (Problem der Beeinflussung der Nachfrage durch die Anbieter)
- d. Wirtschaftlichkeit (Verhältnis von Kosten und Nutzen)
- e. Finanzierbarkeit (Preisbildung und Inanspruchnahme von Leistungen)

*„Innovationen, die zu einem zukunftsfähigen Gesundheitswesen beitragen wollen, dürfen nicht nur auf einen aktuell bestehenden Bedarf reagieren, sondern müssen sich an übergeordneten Werten und Prinzipien orientieren. Die Europäische Union verfolgt in den Gesundheitsversorgungssystemen die übergeordneten Werte flächendeckender Versorgung, Zugang zu qualitativ hochwertiger Versorgung, Verteilungsgerechtigkeit und Solidarität, wobei Chancengleichheit und Solidarität hier besonders hervorzuheben sind“* (Bernhard, B., 2009. S. 3).

Auch die WHO hat sich im Jahr 2000 bezüglich der Gesundheitssysteme Ziele gesetzt: das Gesundheitsniveau der Bevölkerung, das Eingehen auf Bedürfnisse der Bevölkerung in allgemeineren Fragen wie Würde, Selbstbestimmung, Datenschutz und Kundenorientierung, sowie die gerechte Verteilung der finanziellen Lasten. Die Verteilungsgerechtigkeit der Gesundheitsressourcen des Gesundheitssystems spielt im Gazastreifen eine herausragende Rolle. Hierzu gehören eine faire Verteilung von Vorteilen und Nachteilen, sowie von Nutzen und Risiken. Verantwortung und Rechte sowie Nutzen und Schaden sollen gerecht verteilt werden. Auch Kriterien für die gerechte Verteilung medizinischer Ressourcen sollten kontrovers diskutiert werden. Für die Verteilung von Gesundheitsressourcen muss zum Einen bestimmt werden, welche Ressourcen im Gazastreifen überhaupt vorhanden sind und für welche Zwecke sie Verwendung finden sollen.

Zum Anderen spielt es natürlich auch eine Rolle, wer welche Ressourcen erhält und wie sie optimal verteilt werden können. Es geht im Gazastreifen um die Entscheidung, welche Art von Gesundheitsdiensten bereitgestellt werden sollen, wem diese auf welcher Grundlage zur Verfügung gestellt werden, wer von den mehreren vorhandenen Anbietern im Gazastreifen sie anbieten darf, wie die Kosten zu verteilen sind und wie dies kontrolliert werden soll.

Die Koordination zwischen den verschiedenen Gesundheitsanbietern ist im Gazastreifen ein Punkt von herausragender Bedeutung. Hierzu muss die MOH eine Koordinationsinstitution schaffen, die als Schnittstelle die Kommunikation zwischen den Akteuren gewährleistet, indem sie sich an den statistischen Daten der Gesundheitsadministration und am allgemeinen Zustand der Bevölkerung orientiert. Hierfür müssen die Effizienz und die Frequentierung der vorhandenen Ressourcen festgestellt werden und der Maßstab für die Sicherung einer Grundversorgung sein.

Ein Problem, das im Gazastreifen bzw. in der Analyse seines Gesundheitsversorgungssystems besonders auffällt ist, dass nahezu alle Ressourcen nicht bedarfsgerecht verteilt sind. Die Verteilung erfolgt nicht nach dem Bedarf eines bestimmten Ortes oder nach der Anzahl seiner Bewohner, sondern nach Wichtigkeit des Staateils auf politischer Ebene. Dies zeigt sich im Gazastreifen mit großer Deutlichkeit. Die Ungerechtigkeit der Gesundheitsversorgung fängt schon bei der Verteilung von Gesundheitsressourcen an den Krankenhäusern und deren Personalschlüssel an. Nicht jeder hat die gleiche Möglichkeit ins Versorgungssystem zu kommen, weil der Patient nicht im Mittelpunkt eines wettbewerblichen Gesundheitssystems steht, wie es, der Gesundheit des Patienten dienlich, eigentlich existieren sollte. Das hat mit der Gestaltung des aktuellen Gesundheitsversorgungssystems zu tun. Da alle Entscheidungen von einer zentralen Stelle kommen, werden viele kleine Orte, die aus politischer Sicht unwichtig sind, nur mangelhaft versorgt.

Die Gesundheitsressourcen sowie die Entscheidungsprozesse und die Orientierung der Patienten innerhalb des Gesundheitssystems waren die beiden Punkte, die von jedem Experten in den Interviews erwähnt worden sind.

*„Das Problem der Unterversorgung durch die zentral gesteuerte Verteilung von Gesundheitsressourcen verstärkt sich besonders in unruhigen Zeiten. Die Zentralisierung des Gesundheitssystems im Gazastreifen hat sich im Lauf seiner Geschichte immer wieder als nachteilig erwiesen. Neben den zentralisierten Entscheidungen gibt es keine klare Aufgabenteilung zwischen nationaler, Bezirks- und Gemeindeebene,“ (Dr. Vogel, Dr. Metzger, Dr. Schaf in Interview).*

Die vorhandenen gesundheitlichen Ressourcen im Gazastreifen werden auch nicht nach primärer und sekundärer Gesundheitsversorgung unterschieden. Damit bleibt unklar, wer für welche Leistung verantwortlich ist. Der Zugang der Bevölkerung zu diesen zwei Arten der Gesundheitsversorgung ist nicht lückenlos gewährleistet und der Patient hat Schwierigkeiten, sich im Gesundheitssystem zu orientieren. Die Verteilung der gesundheitlichen Ressourcen auf die Orte im Gazastreifen wird im Laufe der Arbeit im Einzelnen erörtert.

Das Verteilungsproblem betrifft nicht nur den Zeitraum, in dem die Daten erhoben worden sind, vielmehr zeigt die Erfahrung, dass dieses Problem auch heute noch der Fall ist. Daher müssen künftig die Leistungen des Gesundheitssystems bedarfsgerechter und effizienter erbracht werden. Außerdem muss die Behandlung des Patienten aufgrund einer medizinisch-individuellen Anamnese erbracht werden. Letztlich muss sich die Verteilung der Ressourcen an den spezifischen Notwendigkeiten medizinischer Leistungen orientieren (Siehe Kap. 7.3. Tab. 32, Tab. 33).

Die Verteilung der Gesundheitsressourcen sollte sich vor allem auf das ganze Gebiet des Gazastreifens erstrecken und für alle Bevölkerungsgruppen möglich gemacht und sichergestellt werden. Daher sollte ein Konzept für den Gazastreifen erarbeitet werden, welches die gerechte Verteilung der Ressourcen ermöglicht. Die Verteilung der medizinischen Ressourcen im Gazastreifen sollte aus zwei Perspektiven gesehen werden:

### **11.1.1 Managementseite**

Hier geht es um das Management bei der Verbesserung der Verteilung der vorhandenen medizinischen Ressourcen im Gazastreifen. Gemeint ist der Managementprozess der Versorgung, der die Steuerung von Kernprozessen in Organisationen mit dem Fokus umfasst, das Gesundheitssystem zu strukturieren und die Aufgabenverteilung innerhalb des Gesundheitsversorgungssystems zu regeln.

Das Studium des Managementprozesses ermöglicht einen Überblick über die Gestaltung und die Abläufe innerhalb des Gesundheitssystems. Die Hauptaufgabe des Gesundheitsmanagements ist die Bereitstellung gesundheitlicher Ressourcen. Dazu ist die Einbindung aller relevanten Anbieter der Gesundheitsversorgung zwingend erforderlich. Das Management hat die Aufgabe die Koordinierung zwischen im Gazastreifen vorhandenen gesundheitlichen Ressourcen und deren Verbrauch übernehmen und zur Erreichung der Ziele des MOH beizutragen.

Dieses Konzept bezieht sich auf den Prozess der Sicherstellung gesundheitlicher Ressourcen für die Bevölkerung. Die folgenden Punkte sollten dabei berücksichtigt werden:

#### **11.1.1.1 Dezentralisierung der Verwaltung der Gesundheitsversorgung im Gazastreifen**

Bevor die Dezentralisierung definiert wird, soll das Wort „Zentralisierung“ erklärt werden. Nach Carolin, E.; Gregor, S. (2004) wird in der Zentralisierung die gesamte Entscheidungsgewalt in den Händen eines einzigen Organs, das hierarchisch aufgebaut ist, konzentriert oder die Entscheidungsbefugnis wird an Dienststellen übertragen, die der Zentralgewalt untergeordnet sind, jedoch im Rahmen der erhaltenen Weisungen selbst Entscheidungen treffen können. Zentralisierung erlaubt eine unvoreingenommene Verwaltungsführung und eine ausgewogene regionale Entwicklung.

Nach dieser Definition erscheint die Erklärung des Begriffes der Dezentralisierung einfach, aber in der politischen Diskussion unter den Kulturen und auch in den Medien gibt es keinen Konsens darüber, was genau unter Dezentralisierung zu verstehen ist. So werden unterschiedliche Prozesse, wie die Übertragung oder Zuweisung von Verwaltungsaufgaben von der Zentralregierung auf untergeordnete Behörden, aber auch Versuche zu einer territorialen Umverteilung politischer Macht mit dem gleichen Begriff belegt.

Dezentralisierung lässt sich laut Bünte als ein „Sammelbegriff“ charakterisieren, „der sich auf Prozesse der Lockerung der Macht der Zentralregierung bezieht“ (Lutz, Frank, 2007, N. Bünte 2003a). Die Mehrdeutigkeit des Wortes erklärt, wie auch bei anderen Begriffen, möglicherweise zu einem Teil, warum er in der öffentlichen Diskussion so beliebt ist. Auch in der Wissenschaft besteht kein völliger Konsens über die Bedeutung des Begriffs Dezentralisierung, aber es gibt große Übereinstimmungen.

Zentralisation und Dezentralisation gelten als grundsätzliche Möglichkeiten organisatorischen Gestaltens; trotzdem ist gerade dieses Begriffspaar in der Literatur besonders unklar geblieben (Hill, W.; Fehlbaum, R.; Ulrich, P., 1994, N. Kosiol, 1962).

Dezentralisierung bedeutet, dass die formale Verantwortung und Macht über die Entscheidungen von einer kleineren auf eine größere Zahl an geografischen oder organisatorisch getrennten Akteuren übertragen wird. Die Entscheidungen betreffen Produktion, Verteilung und/oder Finanzierung von öffentlichen Gütern. Dezentralisierung bedeutet im Verständnis des deutschen EZ<sup>15</sup> die Übertragung von Aufgaben, Zuständigkeiten, Ressourcen und politischen Entscheidungsbefugnissen an mittlere (z. B. Provinzen, Distrikte, Regionen) und untere Ebenen (Städte, Gemeinden, Dörfer). Damit geht das Verständnis von Dezentralisierung über eine administrative Dezentralisierung (Dekonzentration) hinaus, auch wenn diese die wichtigen ersten Schritte einer umfassenden Dezentralisierung sind und mehr Bürgernähe leisten kann (Dorothea, G., 2002).

### **11.1.1.2 Vorteil der Dezentralisierung für den Gazastreifen**

Selbst wenn die Zentralisierung öffentliche Güter differenziert bereit stellen kann, ist unter bestimmten Bedingungen Dezentralisierung vorzuziehen. Thushyanthan B, 2007 N. Besley/Coate (2003). Nach der Analyse der Vorgehensweise im Gazastreifen ist zu bemerken, dass die gesamten Entscheidungen und Richtlinien in einer Hand liegen, nämlich in Hand des MOH. Die zurzeit bestehende alleinige Entscheidungsvollmacht hat sich im Katastrophenfall als sehr nachteilig herausgestellt, weil dann die Funktionsfähigkeit der Zentralgewalt nicht gegeben sein kann. Durch die zentralisierte Entscheidung kann deshalb ein großer Nachteil bei Entscheidungen im Katastrophenfall entstehen.

---

**15** Bundesministerium für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung

Deshalb sollte der Dezentralisierungsprozess im Gazastreifen ein politischer Prozess sein, der in die Reform des gesamten Regierungs- und Verwaltungssystems eingebettet ist.

*„Dezentralisierung und die Einführung der Selbstverwaltung ist in vielen Kooperationsländern zu einem wichtigen Bestandteil politischer Reformprozesse geworden,“* (Dr. Vogel, Dr. Diener und Stempel in Interview).

Obwohl die Dezentralisierung im Gazastreifen nicht automatisch und kurzfristig zu Entwicklungserfolgen führen kann, sind effiziente dezentrale Regierungs- und Verwaltungsstrukturen ein Bestandteil verantwortungsvoller Regierungsführung und sollte damit die Grundlage für strukturelle Armuts- und Krankheitsbekämpfung und nachhaltige Entwicklung des Versorgungssystems bilden.

Dieses Verwaltungskonzept wird die Chance zu höherer Effizienz, Transparenz und Bürgernähe bieten und könnte damit einen Beitrag zu Demokratieentwicklung und einer dynamischen Wirtschaftsentwicklung im gesamten Land leisten. *„Wir brauchen die Dezentralisierung für mehr Transparenz und damit wir endlich mit Sparmaßnahmen beginnen können“* (Dr. Militär in Interview).

Dezentralisierung im Gazastreifen kann jedoch in sich auch Risiken bergen, insbesondere die Gefahr von Konflikten durch Veränderungen der Machtkonstellationen und Umverteilungen von Ressourcen, die erkannt und bearbeitet werden müssen. Entsprechend werden unter lokaler Selbstverwaltung räumlich abgegrenzte Verwaltungseinheiten mit einem nennenswerten eigenen Aufgabenkreis, ausreichenden eigenen Ressourcen und demokratisch legitimierte Vertretungsorganen verstanden.

Dies entspricht dem Leitbild der Verwaltung in einem leistungsfähigen, kundenorientierten, aktivierenden und an demokratischen Grundprinzipien gebundenen Staat. Für eine sachgerechte Erfüllung der übertragenen Aufgaben ist eine angemessene Ressourcenbasis notwendig.

Die dezentralisierte Körperschaft im Gazastreifen kann bei Entscheidungsprozessen schnell handeln und sich selbst verwalten, im Gegensatz zu der jetzigen vorhandenen Zentralisierung durch MOH, bei der die Entscheidungsprozesse länger dauern. *„Durch die jetzigen zentralisierten Entscheidungsprozesse haben wir immer sehr lange zu warten, wenn etwas entschieden werden muss“* (Dr. Vogel, Dr. Obst in Interview).

Die Dezentralisierung eines Gesundheitsversorgungssystems im Gazastreifen kann, nach Aussage der Experten, die folgenden Vorteile bieten:

- I. Die öffentliche Verwaltung wird durch die Dezentralisierung effizienter und besser kontrolliert.
- II. Im Zusammenspiel mit einer erhöhten internen Selbstkontrolle der Verwaltung wird dies zur Reduzierung von Korruption und Verschwendung führen; stattdessen sind eine verbesserte Ressourcenallokation und -distribution zu erwarten.
- III. Durch lokale Selbstverwaltung und vermehrte Beteiligungsmöglichkeiten für die Bevölkerung werden Demokratieprozesse im lokalen Raum angestoßen bzw. konsolidiert und damit die Demokratieentwicklung des gesamten Land gestärkt.

Stärkere lokale Eigenverantwortung bietet die Chance für die Entwicklung eines dynamischen lokalen Wirtschaftsraums, da auf die spezifischen Potentiale der jeweiligen Gemeinde oder Bezirke eingegangen und Maßnahmen zur Wirtschaftsförderung zielgerichteter eingesetzt werden. So kann, insbesondere auch für die Entfaltung von Selbsthilfeinitiativen der armen Bevölkerung und das Entstehen neuer unternehmerischer Aktivitäten, ein Beitrag geleistet werden.

Dezentralisierung erhöht die Chancen zur Partizipation der verschiedenen (ethnischen, politischen, ökonomischen, sozialen und religiösen) Interessengruppen und kann so das gesellschaftliche Konfliktpotential im gesamten Gazastreifen vermindern. Die Einführung der Dezentralisierung im Gesundheitsversorgungssystem im Gazastreifen wird ein wichtiger Aspekt bei Verwaltungsreformen sein, da sie zur Steigerung der Effizienz und zur Transparenz in der Verwaltung des Systems beiträgt.

Durch Verbesserung der Infrastruktur, sozialen Dienstleistungen und anderen Aktionen liefert sie den notwendigen institutionellen Rahmen für Projekte der Stadtentwicklung, in deren Mittelpunkt die Verbesserung städtischer Lebensbedingungen steht. In einem dezentralisierten Gesundheitsversorgungssystem im Gazastreifen wird die Organisation des Gesundheitssystems zukünftig zu weiten Teilen von mehreren Akteuren, die die gesamtgesellschaftliche Verantwortung tragen, übernommen und nicht mehr von einer einzigen Gruppe, die ggf. ihren eigenen Interessen verfolgt.

## **11.1.2 Gestaltung des dezentralisierten Gesundheitsversorgungssystems für den Gazastreifen**

Ein Schwerpunkt in der Charakteristik des Gesundheitsversorgungssystems sollte die verstärkte Einbindung von mehreren Akteuren sein. Ihre Aufgabe wäre es auf regionaler Gemeindeebene zu agieren und die Leistungen der unterschiedlichen Anbieter von Gesundheitsleistungen zu koordinieren. Das Ziel wäre zwar ein staatliches aber dezentralisiertes Gesundheitssystem. Um das zu erreichen müsste der gesamte Aufgabenbereich in drei Ebenen aufgliedert werden: National, Bezirke und Gemeinden. Jede Ebene teilt sich wiederum in verschiedene Verantwortungsbereiche. z.B. die Bezirke in Nord, Süd und Mitte. Jeder Bezirk umfasst mehrere Städte und verwaltet sich selbst. Er ist jedoch der übergeordneten Schnittstelle in der Nationalebene Rechenschaft schuldig. Diese Schnittstelle arbeitet mit den Organen für Statistiken und anderen Gesundheitsversorgungsanbietern zusammen. Das Gesundheitsministerium MOH hat die Kontrolle über das gesamte System.

### **11.1.2.1 Nationalebene (MOH und Koordinationsstelle)**

Im Gegensatz zum vorhandenen Gesundheitssystem sollte in dem vorgeschlagenen Gesundheitsversorgungssystem die Verantwortung für die Gesundheitsversorgung auf der Nationalen Ebene liegen. Auf dieser Ebene befindet sich auch die Koordinationsstelle; ihre Aufgabe besteht in der Initiierung, Koordinierung und Beratung für die Verbesserung und Anpassung der Infrastruktur für das Gesundheitswesen und steht in direktem Kontakt zu den Bezirken. Durch die Erstellung von Statistiken und der Kooperation mit den privaten Gesundheitsversorgungsanbietern ist es der Schnittstelle möglich eine optimale Lokation der Gesundheitsressourcen in den jeweiligen Bezirken im Gazastreifen zu erreichen. Sie sorgt also dafür, dass alle angebotenen Gesundheitsversorgungen für die MOH transparent und leichter kontrollierbar sind.

Eine der Hauptaufgaben des MOH ist die Festlegung von Zielen für die nationale Gesundheitspolitik. Das Parlament des MOH und die Koordinationsstelle sind in ihrer Rolle als wichtigste Gesundheitsbehörden zuständig für die Gesetzgebung im Gesundheitswesen. Die Aufgaben der Bezirke und Gemeinden im Gesundheitswesen werden durch gesetzliche Vorschriften von der Nationalen Ebene geregelt. Das Ministerium MOH erlässt danach die Richtlinien für die Verwaltung des Gesundheitswesens im Rahmen des gesetzlichen Auftrages.

Das Parlament des MOH sollte den gesetzlichen Rahmen für das Gesundheitssystem im Gazastreifen vorgeben und ihn an die Schnittstelle weiterleiten und hat ansonsten in erster Linie Kontrollfunktion. Die Schnittstelle studiert die gesetzlichen Vorgaben und gibt der MOH Rückmeldung über die Möglichkeit der Einsetzung der Maßnahme. Gibt die Schnittstelle ihre Zustimmung, wird die Anordnung an die Bezirke bzw. Gemeinden weitergeleitet. Fall die Zustimmung ausbleibt, muss das Thema von der MOH erneut bearbeitet und an die aktuelle Lage angepasst werden. Ein Ziel wäre es, per Gesetz Vorgaben für das Niveau und die Qualität der Gesundheitsversorgung, die Ausbildung des Gesundheitspersonals, Medikamente, Impfungen, Vorsorgeprogramme, Gesundheitsleistungen für Kinder und Patientenrechte zu schaffen. Alle Bezirke und Gemeinden wären verpflichtet sich an die von der MOH verabschiedeten Gesetze zu halten. Diese Gesetze bilden den Rahmen für den Aufgabenbereich der Bezirke und Gemeinden. Darüber hinaus koordiniert und kontrolliert das Gesundheitsministerium MOH und die Schnittstelle, die in der National Ebene zusammengefasst sind.

Die Nationalebene (MOH und Koordinationsstelle) ist zuständig für die Überwachung der Gesundheitsentwicklung, die Beaufsichtigung des Gesundheitspersonals, die Qualitätssicherung, das Erlassen von Leitlinien und Orientierungshilfen, die Zulassung von Arzneimitteln und die Lizenzvergabe für Gesundheitspersonal. Das Gesundheitsministerium regelt auf einer übergeordneten Ebene die gesetzlichen und politischen Rahmenbedingungen und koordiniert das Gesundheitsförderungsprogramm im Gazastreifen und verwaltet die Finanzen des Gesundheitssystems.

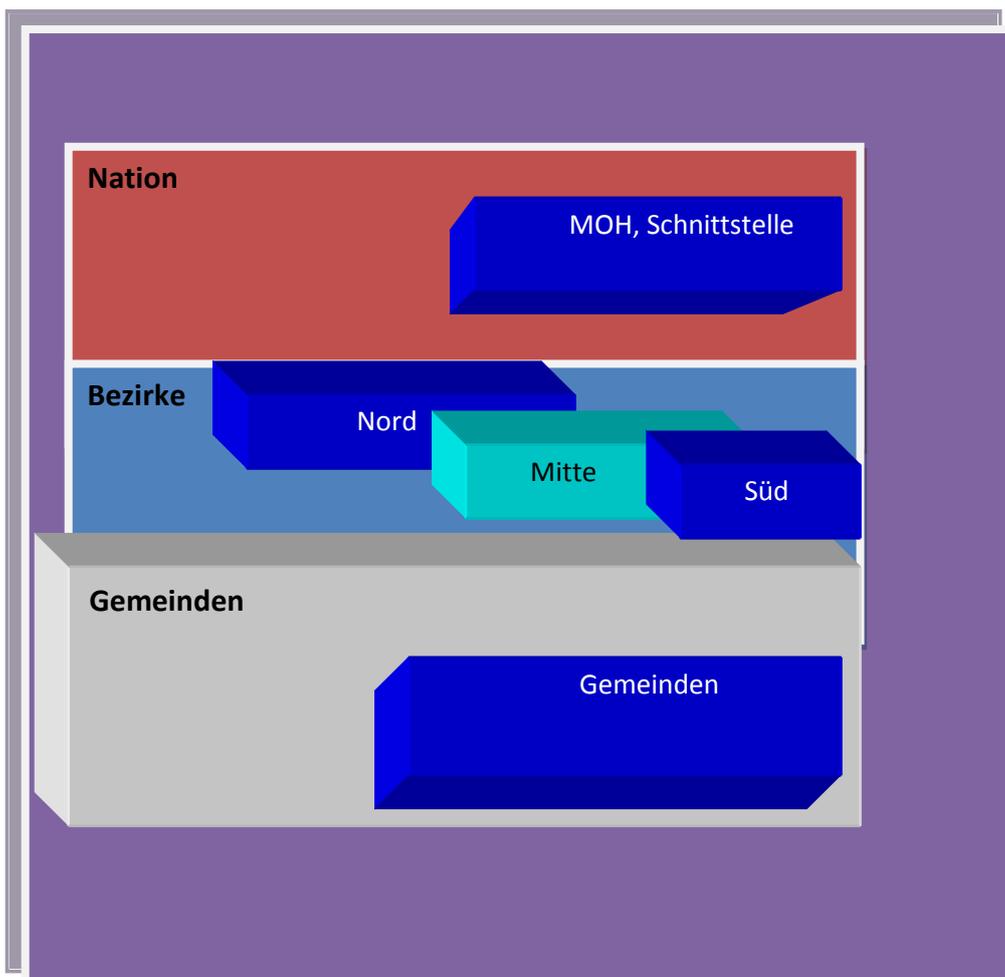
Damit es in einem Bezirk nicht zu einem Überangebot einer bestimmten Leistung oder einer Unterversorgung kommt, erfasst die Schnittstelle unter anderem die Zahl der Bevölkerung in jedem Bezirk und kann durch die Erstellung von Statistiken eine optimale Verteilung der vorhandenen Gesundheitsressourcen und Kooperation der Privaten Gesundheitsanbieter NOG´s erreichen.

#### **11.1.2.2 Bezirksebene (Nord, Mitte, Süd)**

Da der Gazastreifen über 1,5 Mio. Bewohner hat, sollte jeder Bezirk zwischen 400.000 und 500.000 Einwohner umfassen, Die drei Bezirke sind zuständig für die Krankenhäuser der MOH und sind in der Gestaltung ihrer Sozial- und Gesundheitspolitik weitgehend voneinander unabhängig. In jedem Bezirk sollte ein Komitee die Zusammenarbeit von Ärzten, Krankenhäusern und anderen Gesundheitsleistungen koordinieren. Die Bezirke können innerhalb der national einheitlichen Gesetzesvorgaben und Richtlinien die Gesundheitsversorgung in Eigenregie steuern und organisieren.

Anhand dieser dezentralisierten Struktur des Gesundheitssystems im Gazastreifen können die Bezirke die Gesundheitsleistungen gemäß den Gegebenheiten im jeweiligen Bezirk und den Bedürfnissen und Vorstellungen ihrer Bevölkerung eigenständig definieren, und die Anzahl der Beschäftigten feststellen, die in bezirklichen Einrichtungen gebraucht werden. Diese Struktur ermöglicht auch die Patientenorientierung zu etablieren und stellt sicher, dass gesundheitspolitische Entscheidungsträger von ihren Wählerinnen und Wählern zur Verantwortung gezogen werden können. Damit größere Unterschiede zwischen den Bezirken vermieden werden, sind die Bezirke dazu verpflichtet, alle vier Jahre einen Gesundheitsplan für die Schnittstelle aufzustellen, in dem aufgeführt ist, in welcher Form die Effizienz des Versorgungssystems verbessert werden kann (Dr. Vogel, Stempel in Interview).

Durch die Kompetenz der Gesundheitsexperten in der Schnittstelle wird überprüft, ob die auf nationaler Ebene vorgegebenen Mindeststandards eingehalten werden. Nach der Überprüfung durch die Koordinationsstelle wird dieser Bericht an die MOH weitergeleitet. Diese Gesundheitsexperten sind auf der Nationalen Ebene insbesondere dafür verantwortlich, dass präventive Gesundheitsleistungen in der bedarfsgerechten vorgesehenen Weise bereitgestellt werden.



**Abb. 57 : Struktur des Gesundheitsversorgungssystem im Gazastreifen**

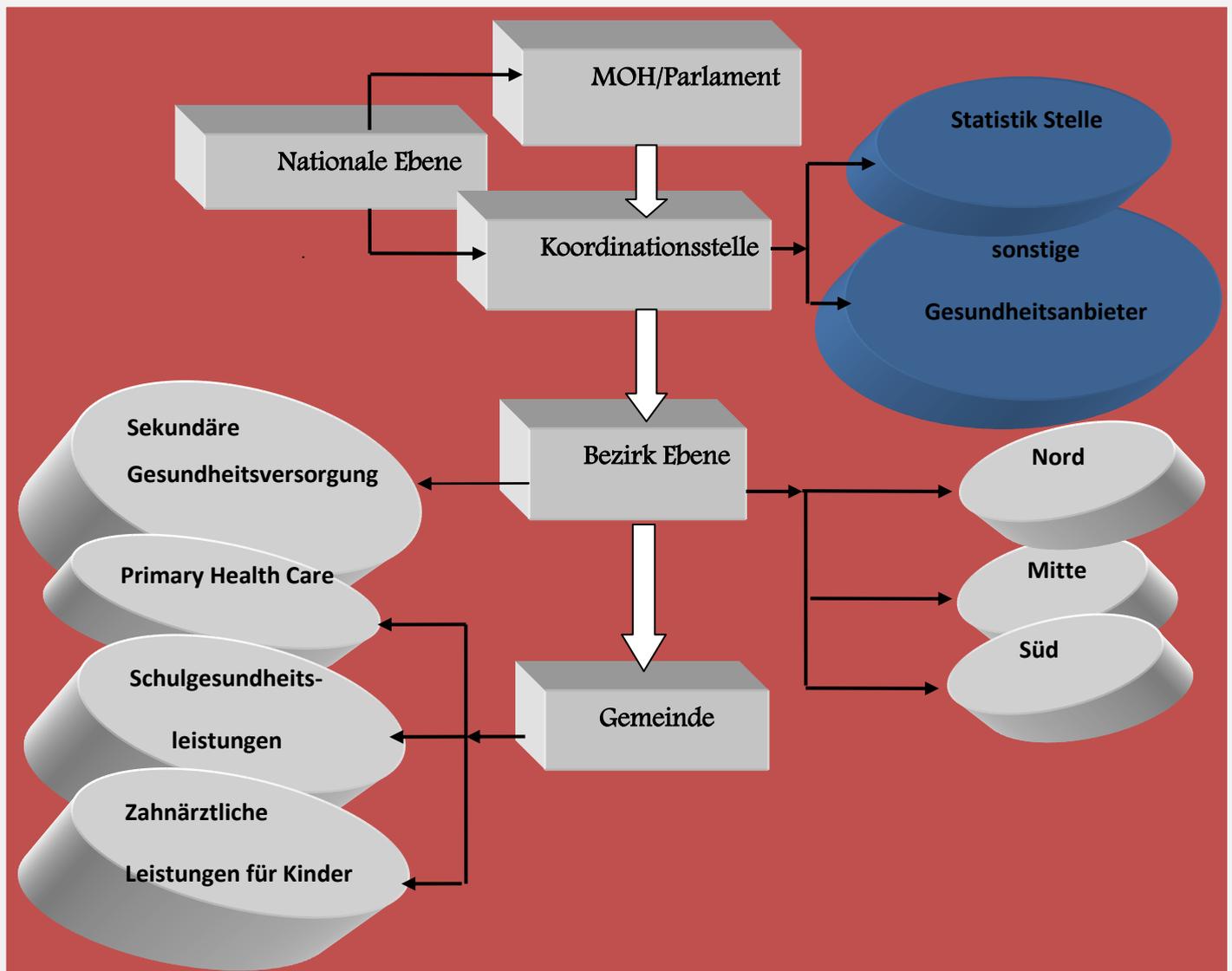
### 11.1.2.3 Gemeinden

Die **Gemeinde** ist die kleinste politische, geografische Verwaltungseinheit, die im Gesundheitssystem im Gazastreifen die unterste staatliche Ebene bilden sollte, deren gewählte Regierungen ebenfalls über weitreichende gesundheitsbezogene Kompetenzen verfügen. Hauptaufgaben der Gemeinden sollten Sozial-, Gesundheits-, und Schulwesen, Gemeindestraßen und -wege, Einwohnermeldeamt, Parkanlagen, Stadtplanung, Bibliotheken, Örtliche Betriebe, Öffentlicher Nahverkehr, Kinderzahnpflege, Beschäftigung von Arbeitslosen sein. Zudem sollten sie zuständig für die häusliche Pflege, zahnärztliche Versorgung und die Vorsorgesysteme für Kinder und Jugendliche sein. In ihren Aufgabenbereich fallen auch die Mehrheit der Sozialdienste, die in manchen Fällen (Seniorenheime, betreutes Seniorenwohnen) mit dem Gesundheitswesen verknüpft sind und große Bedeutung für die Arbeit des Gesundheitswesens haben. Rahmengesetze sollten den Gemeinden im Gazastreifen Richtlinien vorgeben, so dass eine größere Nähe zum Bürger möglich wird. Gegenüber der jetzigen Situation werden durch ein dezentralisiertes System die Gemeinden für eine geringere Bevölkerungszahl in Bezug auf Prävention und Gesundheitsförderung zuständig sein.

*„Mit der Dezentralisierung des Systems haben die Gemeinden bessere Chancen die Qualitäten der Gesundheitsförderungs- und Präventionsprogramme zu managen. In ihrem Aufgabenbereich, dem „**Primary Health Care**“, liegen auch der Schulgesundheitsdienst, der ambulante soziale Pflegedienst sowie die zahnärztliche Versorgung für Kinder und Jugendliche“ (Dr. Vogel, Dr. Schaf, Dr. Militär in Interview).*

Die Gemeinden sollten auch für den überwiegenden Teil der sozialen Dienstleistungen zuständig sein. Dazu gehört die Beratung älterer Menschen über die ambulanten oder stationären Einrichtungen. Durch die Gemeinden als Entscheidungsträger bestehen hohe Anreize, Gesundheits- und soziale Dienstleistungen so aufeinander abzustimmen, dass die damit verbundenen Kosten möglichst gering gehalten werden.

In einem dezentralen System kann natürlich auch die Ungleichheit zwischen den Regionen/Kommunen ansteigen. Um neue Ungleichheiten zu vermeiden, sollten bereits früh nationale Richtlinien zur Qualitätskontrolle aufgestellt werden und Kontrollen auf regionaler Ebene durchgeführt werden.



**Abb. 58 : Organisationsstruktur des Gesundheitsversorgungssystems im Gazastreifen**

### **11.1.3 Zugänglichkeitsseite**

Die Gesundheit der Bevölkerung hat nicht nur Auswirkungen auf das individuelle Wohlbefinden des Einzelnen, sondern ist unter anderen auch eine wesentliche Voraussetzung für ein nachhaltiges Wirtschaftswachstum und die Bekämpfung der Armut im Gazastreifen. Intersektorale Investitionen in der Gesundheit erschließen nicht nur neue Ressourcen für die Gesundheit, sondern bringen auch größeren Nutzen, indem sie langfristig zur wirtschaftlichen und sozialen Gesamtentwicklung beitragen. Investitionen in ergebnisorientierter Gesundheitsversorgung verbessern die Gesundheit und zeigen, welche Ressourcen eingesetzt werden können, um den zunehmenden Anforderungen an den Gesundheitssektor zu entsprechen.

Die Verbesserung der Gesundheit ist ein Endziel der Gesundheitsexperten im Gazastreifen. Damit die Bevölkerung während ihres gesamten Lebens eine bestmögliche Gesundheit erreichen und aufrechterhalten kann, sollten die Gesundheitsexperten auch im Gazastreifen unter dem Motto „Gesundheit für alle im 21. Jahrhundert“ arbeiten. Dazu müssten alle Bewohner im Gazastreifen eine Möglichkeit haben, das Gesundheitsversorgungssystem optimal zu nutzen. Dieser Zugang sollte als Grundrecht für jeden Menschen durch die Richtlinien von MOH gewährleistet sein.

Das Gesundheitssystem im Gazastreifen ist auszubauen, soll reformiert und an die Gegebenheiten angepasst werden, so dass die allgemeine Zugänglichkeit für die gesamte Bevölkerung im Gazastreifen sichergestellt wird.

Die Gesundheitsversorgung soll in zwei grundsätzlich differenzierten Systemen angeboten werden:

#### **11.1.3.1 Basisgesundheitsversorgung - Primary Health Care -**

Die Zentren für eine gesundheitliche Erstversorgung sollen sich in jeder Gemeinde befinden und für jeden zugänglich sein, egal ob alt oder jung, arm oder reich, Mann oder Frau. Die Nationalebene sollte gewährleisten, dass die Gemeinde den Zugang zur Basis für ihre Bewohner sicherstellt. Durch eine gerechte Verteilung der medizinischen Ressourcen und dem allgemeinen Zugang zu dem Gesundheitsversorgungssystem, Verbesserung von Ernährungsgewohnheiten und schließlich Bewusstmachung der jeweils vorherrschenden Gesundheitsprobleme und ihrer Verhütung (z.B. Arbeitsschutzbestimmungen, Verhaltensmaßnahmen, Impfungen, Vektorkontrolle, usw.) könnte die Basisgesundheitsversorgung optimiert werden. Das Gesundheitswesen sollte so umstrukturiert werden, dass die dringendsten Gesundheitsprobleme der Mehrheit der Bevölkerung im Gazastreifen mit hoher Priorität und unter Ausnutzung der vorhandenen Ressourcen gelöst werden können.

Statt viel Geld in die Hochtechnologie der überwiegenden Anzahl der Krankenhäuser zu investieren, die aber nur von wenigen Patienten genutzt werden, ist es geboten, die Basisgesundheitsversorgung zu verbessern, damit die Masse der Bevölkerung die Möglichkeit erhält, die häufigsten Krankheiten und die damit verbundenen Probleme in den Griff zu bekommen.

### **Primary Health Care sollte zwei Teile umfassen:**

- ✓ Die Prophylaxe, das heißt die Vorbeugung von Krankheiten (Primary sector). Hierunter fallen unter anderem die Präventivmedizin und die besondere Zahnpflege für Kinder.
- ✓ Die Heilung von Krankheiten. Auf diesem Gebiet sind tätig die praktizierenden Ärzte und Zahnärzte, praktizierende Physiotherapeuten und nicht zuletzt das ambulante Pflegepersonal.

### **Die wichtigsten Maßnahmen dieser Art von Gesundheitsversorgung sind:**

- Gesundheitsförderung und Präventionsprogramme
- Bekämpfung der häufigsten örtlichen Krankheiten und das Angebot von Erster Hilfe
- Die gesundheitliche Grundversorgung durch Krankenhäuser und durch andere kleine Versorgungsstellen
- Erziehung zur Erkennung, Vorbeugung und Bekämpfung der örtlich vorherrschenden Gesundheitsprobleme
- Nahrungsmittelversorgung und Trinkwasserversorgung
- Mutter- Kind-Gesundheitsversorgung und Familienplanung
- Impfungen gegen die vorherrschenden Infektionskrankheiten
- Behandlung gewöhnlicher Verletzungen und Erkrankungen in angemessener Form durch befähigte Gesundheitsintuitionen
- Angemessene Dokumentation der wichtigsten Patientendaten (Anamnese, Krankenkartei usw.).

Die Basisgesundheitsversorgung ist umfassend, da im Primären Versorgungssystem außer den medizinischen Leistungen auch präventive und rehabilitative Maßnahmen angeboten werden. Es arbeitet zudem als Koordinator in der gesamten medizinischen und gesundheitlichen Versorgung (Meei-seh, L., 2001).

Sie soll folgende Aufgaben erfüllen:

**a. Primäre Gesundheitsversorgung als Gatekeeper und Lotse**

Das Primäre Gesundheitsversorgungssystem fungiert als erste Anlaufstelle für die Patienten und kann somit die gesamte medizinische und gesundheitliche Versorgung koordinieren. Das System hat die Funktion eines „Gatekeepers“, aber auch die eines Lotsen in der gesamten Gesundheitssystemebene. Ihre Aufgabe es ist z.B. darauf zu achten, dass die Bevölkerung nur dann mit Fachdisziplinen konfrontiert wird, wenn es unbedingt notwendig ist (Torwächter). Und sie ist es, die die Patienten in der Regel zur ambulanten oder stationären Behandlung an ein Krankenhaus überweisen, wenn fachärztliche Leistungen erforderlich sind. Neben der Möglichkeit einer Überweisung an einen Facharzt oder in ein Krankenhaus, kann der Patient auch an einen weiteren Anbieter von Gesundheitsleistungen geleitet werden. Um diese Aufgabe erfüllen zu können, ist es erforderlich, dass bereits an dieser Stelle die Patienten mit Fachpersonal konfrontiert werden. *„Das System wird immer ineffizient benutzt. Hier benötigen wir eine Stelle, die die Aufgabe hat, die Patienten zu orientieren“* (Dr. Obst, Dr. Danke und Stempel in Interview).

## **b. Primärgesundheitsversorgung als Advokat der Patienten**

In Falle des Verhältnisses zwischen den Ärzten und Patienten wird herkömmlich das Advokat-Modell bzw. das Prinzipal-Agent-Konzept befürwortet. Die Ärzte des Primärgesundheitsversorgungssystems sollen ihre Patienten, die ja medizinische Laien sind, bei der Entscheidung beraten, ob und wie sie sich behandeln lassen können. Nach Kaufmann (1984) sollten Ärzte ihre Patienten als Klienten betrachten und zu einem sachgemäßen Verhalten motivieren. Eine wesentliche Bedingung des Primären Gesundheitsversorgungssystems als Advokat des Patienten stellt das Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patient dar. Es ermöglicht eine persönliche medizinische Versorgung; darunter ist zu verstehen, dass die Ärzte des Primärgesundheitsversorgungssystems einerseits die Krankengeschichte ihrer Patienten kennen, und andererseits ihre Patienten aufgrund somatischer Faktoren sowie psychischer und sozialer Faktoren behandeln bzw. betreuen. Diese persönliche Versorgung ist besonders wichtig für die multimorbiden bzw. chronischen Kranken (ebd.).

Diese Betreuung der Patienten erfolgt sowohl in Falle des Verdachts auf eine Krankheit als auch in Bezug auf Probleme im Bereich der Gesundheitsförderung und Prävention.

### 11.1.3.2 Sekundäre Gesundheitsversorgung

Die sekundäre Gesundheitsversorgung dient der Behandlung von Krankheiten, die eine spezielle Therapie, besondere Ausrüstung oder Intensivpflege und -medizin benötigen. Die Sekundäre Gesundheitsversorgung im Gazastreifen soll die zweite Säule im Gesundheitsversorgungssystem sein. Hiermit sind die sonstigen Einrichtungen der Gesundheitsversorgung und Krankenhäuser auf der Bezirksebene gemeint. Für sie benötigt der Patient eine Überweisung von einer Stelle der Basisgesundheitsversorgung. Die wichtigsten Aspekte dieser Art von Gesundheitsversorgung sind:

1. Behandlung von schweren komplizierten Fällen und Operationen
2. Auslandsüberweisungen
3. Schnelle und sichere Termine bei einem Arzt
4. Kurze Wartezeiten und Vermeidung von Doppeluntersuchungen
5. Vorteile im Vertrauensverhältnis zwischen Ärzten und Patienten durch enge persönliche Kontakte auf der überschaubaren Gemeindeebene
6. Koordinierung der Behandlungen zwischen den verschiedenen Versorgungsanbietern.

Die Versorgung der Patienten erfolgt zeitnah und möglichst in der Nähe des Wohnortes. Für die Patienten sind nicht nur eine Qualitätsverbesserung in der medizinischen Behandlung, sondern auch mehr Service und Verteilungsvorteile zu erwarten. Bei akuten Beschwerden oder körperlichen Problemen geht der Patient immer zu einem Allgemeinarzt im Primärgesundheitsversorgungssystem. Der Arzt lässt sich ausführlich die Symptome beschreiben und hinterfragt mögliche Auslöser für Beschwerden, Lebenssituation, Umwelteinflüsse.

Er nimmt eine erste Untersuchung vor, stellt eine Diagnose und entscheidet dann, ob der Patient bei ihm behandelt werden kann oder in das Sekundärgesundheitsversorgungssystem weitergeleitet werden soll. Die Untersuchungsergebnisse gehen wieder zurück zum Primärgesundheitsversorgungssystem, wo sie dokumentiert werden. Die Ärzte empfehlen außerdem an regelmäßigen Vorsorge- und Früherkennungsuntersuchungen teilzunehmen.

Im Primärgesundheitsversorgungssystem sollten Allgemeinärzte und Fachärzte angestellt werden, die als Gatekeeper für das gesamte Gesundheitsversorgungssystem fungieren. Ein so strukturiertes Gesundheitsversorgungssystem stellt eine optimal abgestimmte, medizinische Versorgung der Patienten dar und erzielt damit eine Qualitätssicherung und Effizienzsteigerung. Mit dem Primärgesundheitsversorgungssystem, das von der Gemeinde organisiert wird, fühlen sich die Patienten besser verstanden und können darauf vertrauen, die bestmögliche Versorgung direkt zu erhalten oder optimal weitergeleitet zu werden.

Der Gesetzgeber in der Nationalebene kann erwarten, dass durch die Stärkung der Lotsenfunktion des Primärgesundheitsversorgungssystems positive Effekte, im Hinblick auf Qualität und Wirtschaftlichkeit des gesamten Gesundheitsversorgungssystems erzielt werden. Allerdings gibt es vergleichsweise wenige Forschungsergebnisse, die das stützen. Eine 1995 von der OECD veröffentlichte ökonometrische Analyse kam zu dem Ergebnis, dass die Funktion „Gatekeeping“ tatsächlich einen signifikanten, dämpfenden Effekt auf die stationären Gesundheitsausgaben und damit auf die Gesamtausgaben hat. Allerdings wurde in dieser Studie „Gatekeeping“ als Zugangskontrolle zur stationären Versorgung durch einen Arzt definiert (Stefan, G., Franz, H., Jürgen, W., 2003, N. Gerdtham, J., 1995).

## 11.2 Orientierung

Hiermit ist gemeint die Nutzbarkeit der MOH-Ressourcen durch die Bevölkerung und damit eine Eindämmung der Krankheiten - Der Patient steht im Mittelpunkt des Systems. *„Der Patient steht nicht in Mittelpunkt des Systems. Der Patient hat auch keinen entsprechenden Stellenwert in dem Gesundheitssystem und er wird auch keine richtige Orientierung finden“* (Dr. Danke, Dr. Vogel in Interview).

Innovationen im Gesundheitsversorgungssystem betreffen nicht nur die Entwicklung und Einführung neuer Produkte, Prozesse und Strukturen, vielmehr wird ein grundlegender Perspektivenwechsel erforderlich, um grundsätzlich vorhandene und neue Potenziale zur Verbesserung des Nutzungsgrades der Gesundheitsressourcen erkennen und realisieren zu können. Dies gilt für viele Bereiche, vor allem bedeutet es aber, dass die Nutzung des Gesundheitsversorgungssystem einen Paradigmenwechsel von einer krankheitsorientierten zu einer die Gesundheit erhaltenden Strategie, die Ausrichtung des Systems auf Bürger, Versicherte und Patienten im Gazastreifen als aktiv Handelnde, die ganzheitliche Berücksichtigung ihres Bedarfs und ihrer Bedürfnisse, und die alle Politikfelder übergreifende Betrachtung des Zuganges zum Gesundheitsversorgungssystem als entscheidende Grundlage und Chance für die gesellschaftliche Entwicklung, zur Folge hat.

Ein umfassendes Verständnis von Gesundheit und ihre Determinanten erfordert, dass Gesundheit als gemeinsame Aufgabe aller Verantwortungsebenen im Gesundheitsversorgungssystem im Gazastreifen, aller Ministerien und aller Volksvertretungen auf allen Ebenen des Staats verstanden wird. Es sollten nicht nur alle Ressorts zur Gesundheit beitragen, die medizinische Ressourcen in koordinierter Weise anbieten, sondern durch ein gut funktionierendes und angepasstes Gesundheitsversorgungssystem wird die Lebensqualität der Bevölkerung verbessert. Damit entsteht auch ein Mehr an Chancengleichheit und in dieser Folge eine Verbesserung des sozialen Friedens.

Um die derzeitige Situation in Palästina zu charakterisieren sind nachfolgend einige Zahlen des Bevölkerungsanteils genannt, die das Privileg einer Krankenversicherung besitzen:

„Krankenversichert, und dadurch mit einer Zugangsmöglichkeit zum Versorgungssystem, waren im Jahr 2004 nur 55,9% der gesamten Familien (53% in der West Bank und 62,3% im Gazastreifen). Das MOH rechnete 1384 US\$ für jeden Palästinenser. Im Jahr 2003 benötigte das MOH 13,0% des BIP, hatte aber nur 7% zur Verfügung“ (MOH, 2004).

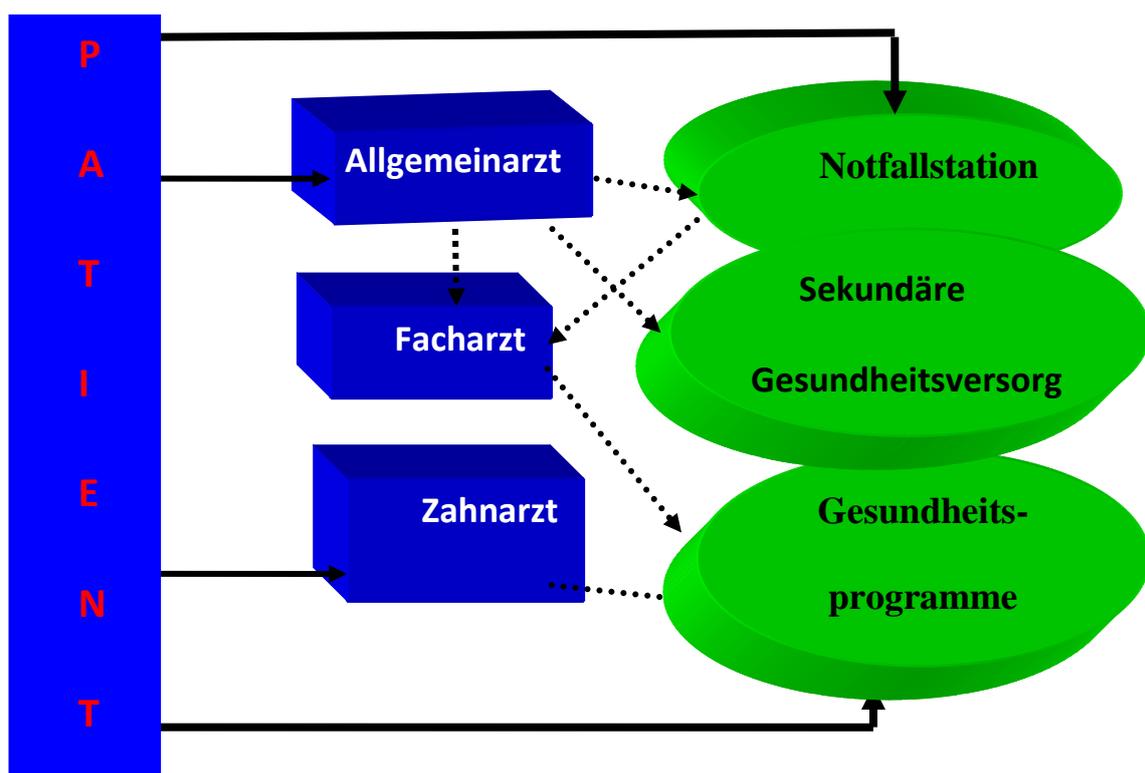
Gerade diese Problematik der Finanzierung des Gesundheitssystems zwingt dazu, die Verwendung der knappen Mittel mit einer größtmöglichen Effizienz anzustreben.

Der Grad der Nutzbarkeit der vorhandenen medizinischen Ressourcen im Gazastreifen durch alle Bevölkerungsgruppen ist ein wichtiger Indikator für die gerechte Verteilung der Ressourcen. Das Gesundheitsversorgungssystem sollte seiner Bevölkerung die einfache Nutzung seiner Ressourcen ermöglichen und immer in der Lage sein, sie zu kontrollieren. Bei einer festgestellten Über- bzw. Unterversorgung kann dann sofort nachgebessert werden. Die Gesundheitseinstellung und die Bekämpfung der Krankheiten sind die wichtigsten Indikatoren für einen stabilen Gesundheitszustand und Voraussetzung für eine höhere Lebenserwartung in der Bevölkerung.

Im Rahmen dieser Dissertation soll folgende Frage beantwortet werden: Ist das Gesundheitsversorgungssystem im Gazastreifen reformierbar und kann der Patient in dessen Mittelpunkt gestellt werden? In der politischen Diskussion, über die Probleme der Finanzierung des Gesundheitssystems, stellen sich diese Fragen jedes Jahr neu. Meist folgt der Diskussion ein Gesetz, dessen negative Auswirkungen dann, von allen Akteuren gleichermaßen, beklagt werden. In den Diskussionen wird ein konsequenteres Umdenken gefordert, dass sich das Gesundheitssystem nach seinen Nutzern, den Patienten ausrichtet.

„Der Patient steht im Mittelpunkt des Systems“ soll endlich im Gazastreifen wirklich gewollt und umgesetzt werden. „ (...)Wie sich Demokratie über Jahrhunderte, ja über Jahrtausende hinweg entwickelt hat, so muss auch die demokratische Mitgestaltung des Gesundheitssystems erst gelernt und geübt werden“(Christoph, K., 2003, S. 7).

Flankierende Maßnahmen sollten parallel auf dem Gebiet der Patientenrechte ergriffen werden. Neben dem Recht auf Behandlung soll das Recht auf Akteneinsicht, das Recht auf Klage, das Recht auf Information und Mitentscheidung, das Recht auf Schweigepflicht des Fachpersonals und das Recht auf freie Wahl des Allgemeinarztes innerhalb des Primärversorgungssystems gewährleistet werden.



**Anmerkungen:**  
 —————> Direkter Zugang      .....> Durch Überweisung

Abb. 59 : Zugangsmöglichkeit der Patienten zum Gesundheitsversorgungssystem im Gazastreifen

Ein wichtiger Arbeitsschwerpunkt der Verbesserung des Gesundheitsversorgungssystems wird vordringlich die Bekämpfung von ansteckenden Krankheiten sein. Hierfür sind die entsprechenden logistischen, organisatorischen und medizinischen Maßnahmen zu planen.

Im Jahr 2004 wurden im Gazastreifen 81,9% der Gesamttodesfälle durch Krankheiten verursacht, 42,2% der Todesfälle traten in den Krankenhäusern ein. Dabei muss man vermuten, dass ein Großteil durch die nicht optimierte Ressourcenverteilung mit verursacht war (Siehe Kap. 2.1.4.3). Die Durchführung der Maßnahmen zur Krankheitsverringern muss sich nach bestimmter Priorität ausrichten. Die Krankheiten sollten epidemiologisch erfasst und nach ihrem Gefahrenpotenzial zugeordnet werden.

Zur Bestimmung der Priorität einer Krankheit sollten diese Indikatoren kombiniert werden:

- Verbreitung der Krankheit
- Geschwindigkeit des Krankheitsausbruchs
- Schwere, in Bezug auf Dauer und Grad des Leidens
- Beeinflussbarkeit durch Maßnahmen der öffentlichen Gesundheitspflege
- Kosten der geplanten Maßnahmen

Ein weiterer Faktor kann der Grad der Beunruhigung in der Bevölkerung sein (Reitmaier, P., 2001).

Ein wesentlicher Mangel im jetzigen Gesundheitsversorgungssystem besteht darin, dass sich die Bevölkerung nur schlecht darin orientieren kann. D. h. neben der Optimierung der Ressourcenverteilung kommt der Verbesserung der Nutzungsorientierung eine hohe Bedeutung zu.

**In der Grafik 60** sind die vorgeschlagenen Funktionsträger und Prozessabläufe schematisch dargestellt. Durch die Implementierung einer zentralen Anlauf- bzw. Kontaktstelle wird eine umfassende sach- und bedarfsgerechte Bearbeitung des jeweiligen Falles eingeleitet. Abgesehen von Ausnahmefällen (Notfallstation, zahnärztliche Betreuung und Inanspruchnahme von Gesundheitsprogrammen) gibt es nur eine einzige Instanz, an die sich die Betroffenen zu wenden haben. Einfache Behandlungen sollen in dieser Organisation des Primärgesundheitsversorgungssystems direkt durchgeführt werden. In allen anderen Fällen wird mit den nachgeschalteten Stellen der Sekundären Gesundheitsversorgung die weitere Versorgung vermittelt.

*„(...) Nicht nur die Nachfrager sind am extensiven Konsum von Gesundheitsdienstleistungen schuld. Erfahrungsgemäß tragen auch die Anbieter dazu bei. Vor vielen Jahren hat K.J. Arrow (1963) darauf hingewiesen, dass das Gesundheitswesen insofern einen besonderen Markt darstellt, als nicht die Nachfrager, sondern die Anbieter das Konsumniveau bestimmen. Wenn sich ein Patient einmal zum Arzt begeben hat, legt dieser fest, welche Therapie ihm am besten bekommt. Das ist in diesem Fall nicht sachkundig und daher nur sehr begrenzt in der Lage, eine richtige Therapieentscheidung zu treffen“ (Blankart, B., 2001. S. 403).*

Die Vorteile des vorgeschlagenen Systems lassen sich schlagwortartig wie folgt darstellen:

- Qualitätssicherung für die Patienten ( Schnellstmögliche Versorgung)
- Vermeidung von Fehlversuchen
- Keine unnötigen Mehrfachuntersuchungen
- Reduzierung von unnötigen Fahr und Wartezeiten
- Kostenreduzierung
- Bessere Ressourcenausnutzung

Diese Veränderung im Gesundheitsversorgungssystem bringt zu mindesten in der Aufbau- und Einführungsphase einen erhöhten Aufwand mit sich, der jedoch durch die erzielten nachhaltigen Verbesserungen gerechtfertigt ist. Dies trifft auch für den Aufwand zu, mit dem die Bevölkerung eingehend über Sinn und Zweck und die Abläufe im neuen System informiert werden muss.

Es würde den gesetzten Rahmen dieser Arbeit übersteigen, wenn sich hier die erforderliche Detailplanung für die Installation des vorgeschlagenen Gesundheitsversorgungssystems anschließen würde. Dies bleibt Aufgabe der entsprechenden Fachinstanzen, die unter Beteiligung aller tangierten Stellen die Reformvorschläge in konkrete Aufbau- und Ablauforganisationen umsetzen sollen (Projektorganisation).

## 12 Schlusswort

Allgemein dürfte es unstrittig sein, dass in allen Kulturkreisen der Gesundheit die höchste Priorität beigemessen wird; jedoch kann festgestellt werden, dass zum Teil sehr unterschiedlich damit umgegangen wird. Während bei den Entwicklungsländern eine Mangelsituation hinsichtlich Ressourcen und Bildung besteht, „leidet“ die Bevölkerung in den reichen Ländern vermehrt an den sogenannten Wohlstandskrankheiten.

Die Gesundheitssituation in meinem Heimatland entspricht der eines Entwicklungslandes. Erschwerend dazu wirkt sich die politische und militärische Situation im Nahen Osten auf die Lebensqualität im Gazastreifen aus.

Schon vor der Analyse stellte sich die Problematik von Vergleichsmöglichkeiten mit anderen Gesundheitssystemen. Ein Vergleich mit z.B. dem Gesundheitssystem in Deutschland konnte nicht angestellt werden, da im Gazastreifen keine adäquaten Kennzahlen zur Verfügung stehen. Aus demselben Grund musste der Vergleich mit anderen arabischen Ländern unterbleiben. Als letzte Möglichkeit sah ich daher nur den Weg, das vorhandene Gesundheitssystem im Gazastreifen zu analysieren und auf Schwachstellen hin zu untersuchen dabei konnten sowohl das dänische als auch das brasilianische Gesundheitsversorgungssystem als Vorbild herangezogen werden.

Das Dezentralisierungstheorem von Wallace E. Oates (1972) hat mich bei der Erarbeitung von Lösungsmöglichkeiten wesentlich geleitet. Viele Ideen stammen aber auch aus den Interviews mit den Experten vor Ort.

Diese Arbeit konzentriert sich darauf, aus den vorgenannten Informationsquellen einen für den Gazastreifen effizienten und effektiven Reformvorschlag zu erarbeiten, der die Chance bieten soll, die gesundheitspolitischen Verhältnisse in meinem Heimatland möglichst zügig zu verbessern. Auf die eingangs gestellten Fragen konnte ich nach Analyse des Ist-Zustandes mit zwei Vorschlägen Antworten finden. Das Problem der mangelhaften Ressourcenverteilung und -nutzung soll

- einerseits durch Organisationsänderung des Gesundheitswesens
  - andererseits durch ein verbessertes Orientierungsangebot für die Bevölkerung
- gelöst werden.

Diese zwei Themenbereiche münden in zwei konkreten Vorschlägen, die hinsichtlich ihres Kosten/Nutzenverhältnisses die günstigsten Voraussetzungen für eine bessere Reorganisation des Gesundheitssystems im Gazastreifen bieten. Im Rahmen meiner wissenschaftlichen Untersuchungen würden sich weitere Verbesserungsansätze anbieten; diese sind aber hinsichtlich ihrer Effizienz als nachrangig einzustufen.

Um Gesundheitsversorgungssysteme steuern und bewerten zu können, müssten statistische Auswertungen zur Verfügung gestellt werden. Diese könnten sein:

- 1- allgemeiner gesundheitlicher Zustand der Bevölkerung
- 2- bedarfsgerechte Aufteilung der Ressourcen
- 3- Gleichberechtigung im Zugang zu den Vorsorgeangeboten

Aufgrund der zeitigen Situation im Gazastreifen ist nicht damit zu rechnen, dass in kurzer Zeit solche Kontroll- und Steuerungsinstrumente zur Verfügung gestellt werden.

Die Verteilung der gesundheitlichen Ressourcen des Gesundheitsversorgungssystems im Gazastreifen hat großen Einfluss auf die Lebensqualität und Lebenserwartung der palästinensischen Bevölkerungsgruppen. Mit einer angepassten und effektiven Verteilungsstruktur der vorhandenen medizinischen Ressourcen des palästinensischen Gesundheitsversorgungssystems im Gazastreifen werden die Krankheiten bekämpft, die Sterblichkeitsrate gesenkt und die Nutzung von Ressourcen optimiert.

Vertrauen in ein Gesundheitswesen bezieht sich zuallererst auf die Frage, ob im Krankheitsfall die notwendigen Leistungen bereitgestellt werden. Ein grundlegender Vertrauensverlust ist dann zu erwarten, wenn eine größere Gruppe der Gesellschaft über längeren Zeitraum hinweg die Erfahrung macht, medizinisch nicht ausreichend versorgt zu werden. Anhand der Analyse und Diskussionen mit den Experten vor Ort, lassen sich für den Gazastreifen folgende subjektiven Aussagen machen:

- Das palästinensische Gesundheitssystem ist ineffizient
- Das derzeitige zentralisierte Gesundheitssystem gewährleistet keine Gleichverteilung der medizinischen Leistungen
- Es ist keine Transparenz sowohl von der Fachseite als auch der Bevölkerung gegeben.
- Die überwiegende Mehrheit der palästinensischen Bevölkerung ist mit ihrem Gesundheitssystem nicht zufrieden

Diese Arbeit will keine völlige Neugestaltung oder Reform für das vorhandene Gesundheitsversorgungssystem im Gazastreifen anbieten, sondern untersucht und analysiert unter dem Gesichtspunkt der besseren Verteilung und Ausnutzung die verschiedenen Angebote des palästinensischen Gesundheitssystems sowohl von der Seite der Leistungserbringer als auch aus Sicht der Bevölkerung. Sie soll als Ausgangspunkt für weitere Forschungen dienen. Die im Rahmen dieser Studie vorgeschlagenen Verbesserungen müssen zuerst auf politischer Ebene akzeptiert und beschlossen werden.

Meine Empfehlung geht dahin, dass nach Erfüllung dieser Voraussetzungen im Rahmen einer Projektarbeit die notwendigen Planungs- und Umsetzungsschritte vorgenommen werden. In diesem Zusammenhang wird es sehr hilfreich sein, dass diese Arbeit übersetzt und damit einem größeren Kreis von Beteiligten vor Ort zugänglich gemacht wird.

Die Studie bearbeitete Aspekte, die ich nach eingehenden persönlichen Beobachtungen und Experteninterviews vor Ort, als die Wichtigsten identifiziert habe und die zu einer Verbesserung des Gesundheitssystems beitragen sollen. Es ist meine Hoffnung, dass diese Anstöße zur Verbesserung des Gesundheitsversorgungssystems im Gazastreifen aufgegriffen und in einer für die Bevölkerung Vorteile bringenden Weise umgesetzt werden. Dies wäre mein Wunsch.

## 13 Literaturverzeichnis

- (1) Antonovsky, A. (1993): Complexity, Conflict, Chaos, Coherence, Coercion and Civility. Social Science and Medicine.
- (2) Antonovsky, A. (1997): Unraveling the Mystery of Health. How People Manage Stress and Stay Well, San Francisco: Jossey-Bass.
- (3) Antonovsly, A. (1979): Health, stress and coping. San Francisco.
- (4) Andrea, D. (1999): Perspektiven der Gesundheitsökonomie in der Onkologie Ethische Betrachtungsweise, Springer-Verlag Heidelberg.
- (5) Annual Report (2004): Health Status in Palestine. Palestine 2005.
- (6) Anderson, J.G. (1976): A social Systems Model of Hospital Utilization, Health Services Research 11, 271 – 287.
- (7) Aljazzar, A. (2005): Der Einfluss der Dezentralisierung auf das dänische Gesundheitssystem. „Welche Vor- und Nachteile hat die Dezentralisierung auf Entscheidungssteuerung, Qualität und Kosten“ Uni-Bielefeld.

- (8) Asaad, B. (2000): Krankenhäuser-spezifische Kosten- und Leistungsrechnung -aktuelle Anwendung in Deutschland und Aufbau- sowie Übertragungsmöglichkeiten in andere Länder (am Beispiel Syrien) Universität Göttingen.
- (9) American Hospital Association (1974): Classification of Health Care Institutions, Chicago, 1974. S. 10).
- (10) Arendt-art.de.[http://www.arendt-art.de/deutsch/palestina/texte/traumatiserte\\_kinder.htm](http://www.arendt-art.de/deutsch/palestina/texte/traumatiserte_kinder.htm). (24.01.08).
- (11) Abu-Lughod, Janet L.; Dumper, Michael (2007): Cities of the Middle East and North Africa: A Historical Encyclopedia, ABC-CLIO, S. 155.
- (12) Bengel, J. Strittmatter, R. Willmann, H. (1998): Was erhält Menschen gesund? Köhn: Bundeszentral für gesellschaftliche Aufklärung.
- (13) Belz -Merk (1994): Gesundheit ist alles und Alles ist Gesundheit, Freiburg.
- (14) Besley, T and Coate, T. (2003): Centralized versus Decentralized Provision of Local Public Goods: A Political Economy Approach. Journal of Public Economics, 87 (12):2611–2637.
- (15) Bourmer, H. (1976): Die Gesundheitserziehung: Aufgabe und Verpflichtung, Rheinisches Ärzteblatt 30.

- (16) Badura, B. (1999): Elemente einer bürgerorientierten Gesundheitspolitik. In: Gewerkschaftliche Monatsheft, 6/1999, 349-356.
- (17) Bogner, A., Littig B., Menz, W. (2002): Das Experteninterview. Theorie, Methode, Anwendung. Leske + Budrich-Verlag. Opladen.
- (18) Braun, H. (1994): Gesundheitssysteme und Sozialstaat. In P. Schwenkmezger & LR. Schmidt (Hg.),. Lehrbuch der Gesundheitspsychologie. Thieme-Verlag. Stuttgart.
- (19) Blankart, Ch, (2001): Öffentliche Finanzen in der Demokratie. Vahlen-Verlag. München.
- (20) Badura, B. Schäffer, D. Troschke, J. (2001): Versorgungsforschung in Deutschland. Fragstellungen und Förderbedarf. Zeitschrift für Gesundheitswissenschaften 9. 294 – 311.
- (21) Braun, B., Müller, R. (2006): Versorgungsqualität im Krankenhaus aus der Perspektive der Patienten. Ergebnisse einer wiederholten Patientenbefragung und einer Längsschnittanalyse von GEK-Routinedaten. Asgard-Verlag. Augustin.
- (22) Beske, Fritz; Hallauer, Johannes F. (2001): Das Gesundheitswesen in Deutschland. Struktur – Leistung – Weiterentwicklung 3. Aufgabe, Köln. Deutscher Ärzte-Verlag. Köln.
- (23) Bünte, Marco (2003a) : Dezentralisierung in Indonesien. Teil 1: Initiation und Inhalt, In: Südostasien aktuell Jg. 22, Nr. 6, S. 565-579. Hamburg.

- (24) Bergener, M. (1986): Die zwangsweise Unterbringung psychisch Kranker. Springer-Verlag. Berlin, Heidelberg, New Yourk, Tokyo.
- (25) Bohnsack, R., Marozki, W., Meuser, M. (2003): Hauptbegriffe Qualitative Sozialforschung. Leske +Budrich. Opladen.
- (26) Black, RE, Morris, SS, Bryce, J. (2003): Where and why are 10 Million children dying every year? The Lancet 203, 361: 2226-2234.
- (27) Brückner-Groh (1989): Gesundheit ist kein Kinderspiel: von der Gesundheitserziehung zur Gesundheitsförderung als Erweiterung von Handlungsmöglichkeiten Rainer Hampp-Verlag. München.
- (28) Bernhard, B. (2009): Abschlussdokument des MetaForums „Innovation im Gesundheitswesen“2007-2009.Fraunhofer-Institut für System-und Innovationsforschung. [www.metaforum-innovation.de](http://www.metaforum-innovation.de)(20. 07.2009).
- (29) Benita, E. (2005): Gesundheitssystem und Gesundheit in Deutschland. Eine Soziologische Anylyse. VAS-Verlag. Frankfurt.
- (30) Bortz, J., Döring, N. (2002): Forschungsmethoden und Evaluation für Sozialwissenschaftler. Springer-Verlag. Berlin.

- (31) CIA- The World Factbook (2007): [www.cia.gov/library/publications/the-world-factbook/geos/gz.html](http://www.cia.gov/library/publications/the-world-factbook/geos/gz.html). 13.11.07.
- (32) Carolin, E.; Gregor S. (2004): Dezentralisierung in Frankreich Überblick und Ausblick.
- (33) Claudia, B. (2003): Patientenorientierte Information und Kommunikation im Gesundheitswesen. Deutscher Universität-Verlag. Wiesbaden.
- (34) Christoph, K. (2003): Das Gesundheitswesen am Patienten orientieren, Mabuse-Verlag. Frankfurt.
- (35) Christoph, K. (2004): Gesundheit bewegt, Mabuse-Verlag. Frankfurt.
- (36) Detlef, D., Annegreth, S. (2005): Einführung in das wissenschaftliche Arbeiten: Das Verfassen einer Seminararbeit. Berlin, Institut für Evangelische Theologie mit dem Fachgebiet Religionsgeschichte.
- (37) Denzin, N. (1970): The research act. Chicago: Aldine.
- (38) Dorothea, G. (2002): Bundesministerium für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung Bonn.

- (39) Dunn, F.,L., und Janes, C.R. (1986): Introduction: Medical anthropology and epidemiology. In C.R: Janes (Hrsgb.) "Anthropology and Epidemiology" Dortrecht: Reidel Publishing Co., pp.3-34.
- (40) DocCheck-Flexkon (21.04.2008): [www.flexikon.doccheck.com](http://www.flexikon.doccheck.com), 21.04.2008.
- (41) Deutsche Krankenhausgesellschaft (1994): Positionen der DKG zur Reformdiskussion im Gesundheitswesen, die Stellung des Krankenhauses in der künftigen gesundheitlichen Versorgung, in: Das Krankenhaus, 12/1994, S. 539.
- (42) Deutz, W. (1999): Marketing als Erfolgsfaktor in Krankenhausmanagement, Peter lang-Verlag Frankfurt a. M., Berlin, New York, Paris, Wien: Peter Lang AG. Internationaler Verlag der Wissenschaften. Schweiz.
- (43) Donabedian, A. (2003): An Introduction to Quality Assurance in Health Care. Oxford: University Press.
- (44) Donabedian, A. (1966): Evaluating the Quality of Medical Care. In: The Milbank Memorial Fund Quarterly. Vol. XLIV, No. 3, Part. 2 (1966), 166-206.
- (45) Donabedian, A. (1980): The definition of quality and approaches to its assessment. Explorations in quality assessment and monitoring. Health Administration: Ann Arborl Michigan.

- (46) Donabedian, A. (1992): The role of outcomes in quality assessment and assurance. Qual Rev Bull 18; 356-360.
- (47) Düllings, J. (1988): Sonderforschungsbereich 3. Mikroanalytische Grundlagen der Gesellschaftspolitik, Personalbezogene Faktoren der Krankenhausverweildauer. Arbeitspapier. Frankfurt/ Mannheim.
- (48) Dahgren, G.; Whitehead, M. (1993): Konzepte und Strategien zur Förderung der Chancengleichheit im Gesundheitsbereich. Kopenhagen, WHO.
- (49) Eckhard, B.; Bernd, H.; Christian, W. (1997): Wie funktioniert unser Gesundheitswesen? Hamburg.
- (50) East, L. Hammersly V., Hancock B. (1998): Health Needs Assessment in Primary Care. (Ed.) Trent Focus Group.
- (51) Ehmer, J., Ferdinand, U., Reulecke, J., Mackensen, R. (2007): Herausforderung Bevölkerung: zu Entwicklungen des modernen Denkens über die Bevölkerung vor, im und nach dem "Dritten Reich" VS für Sozialwissenschaft-Verlag. Wiesbaden.
- (52) Eberstein, B. (2005): Gesundheitssystem und Gesundheit in Deutschland, Eine soziologische Analyse. VAS- Verlag für Akademische Schriften. Frankfurt.
- (53) Fuchs, D. (1999): Soziale Integration und politische Institutionen in modernen Gesellschaften, Westdeutscher-Verlag. Wiesbaden.

- (54) Fischer, H. (1987): Absentismus beim Personal eines Krankenhauses. Peter Lang-Verlag. Frankfurt.
- (55) Freidson, E. (1979): Der Ärztestand: Berufs- und wissenschaftssoziologische Durchleuchtung einer Profession. Enke-Verlag. Stuttgart.
- (56) Frank, L. (2007): Regionale Autonomie als Folge politischer Entwicklungen in Indonesien seit 1998, Frankfurt am Main.
- (57) Flick, U. (2005): Qualitative Sozialforschung. Reinbek-Verlag. Hamburg.
- (58) Forian, R; Norbert, K. (2001): Einflussfaktoren auf die Qualität medizinischer Gutachten bei Zwangseinweisung. BIS-Verlag der Carl von Ossietzky Universität Oldenburg.
- (59) Faltermaier, T. (1994): Gesundheitsbewusstsein und Gesundheitshandeln. BELTZ Psychologie-Verlags Union. Weinheim.
- (60) Gesundheitsbericht für Deutschland (1998): Herausgegeben vom statistischen Bundesamt; Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Metzler-Poeschel-Verlag. Stuttgart.

- (61) Großkinsky, S. (2007): Systemprinzipien der Gesundheitsversorgung in der Sozialen Marktwirtschaft. Nomos-Verlag. Baden- Baden.
- (62) Gläser, J. Laudel, G. (2009): Experteninterviews und qualitative Inhaltsanalyse. VS-Verlag für Sozialwissenschaft. Wiesbaden.
- (63) Gerdtham, U., Jonsson, B. (1995): Factors affecting health spending: a cross-country econometric analysis. New directions in health care policy: health policy series no. 7. OECD. Paris, OECD: 71-89.
- (64) Gerlinger, T., Mosebach, K., Schmucker, R. (2007): Wettbewerbssteuerung in der Gesundheitspolitik. Die Auswirkungen des GKV-WSG auf das Akteurshandeln im Gesundheitswesen. Diskussionspapiere des Instituts für Medizinische Soziologie. Frankfurt/M..
- (65) Gerlinger, T. (2007): Soziale Ungleichheit von Gesundheitschancen: Anmerkungen zum Beitrag der Gesundheitspolitik. Diskussionspapier des Instituts für Medizinische Soziologie. Frankfurt/M..
- (66) Gerlinger, T. (2003): Gesundheitsreform in der Schweiz – ein Modell für die Reform der Gesetzlichen Krankenversicherung? In Gesundheitsreform – internationale Erfahrungen. Argument-Verlag. Hamburg.
- (67) Hahn, K. (1924): Pädagogik des Erlebens. Duncker und Humboldt-Verlag. Berlin.

- (68) Hurrelmann, K. (2000): Gesundheitssoziologie. Juventa-Verlag. München.
- (69) Hurrelmann, K., Laaser, U. (1998): Handbuch Gesundheitswissenschaften. Neuausgabe. Juventa-Verlag. Weinheim.
- (70) Hurrelmann, K. (2000): Gesundheitssoziologie. Eine Einführung in sozialwissenschaftliche Theorien von Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung. Juventa-Verlag Weinheim.
- (71) Hurrelmann, K. (1994): Sozialisation und Gesundheit. Juventa-Verlag. Weinheim.
- (72) Hurrelmann, K., Richter, M. (2006): Gesundheitliche Ungleichheit: Grundlagen, Probleme, Perspektiven Veröffentlicht von VS-Verlag. Wiesbaden.
- (73) Hans-Joachim, M. (1987): Gesundheitssystem und Politik Gilles& Francke-Verlag. Duisburg.
- (74) Ham, Ch. (1999): Health Policy in Britain. The Poliics and Organisation of the National Health Service. 4. Auflage, London, Macmillan.
- (75) Health status in Palestine, Annual Report (2004).

- (76) Hardil, S. (2005): Der Theoretische Hintergrund die Gesundheitslebensstile. In : Gärtner K., Grünheid E, Juy M., eds, Lebensphase, Lebensqualität. Interdisziplinäre Analyse von Gesundheit und Sterblichkeit aus dem Lebenserwartungssurvey des BiB. Wiesbaden: VS-Verlag. für Sozialwissenschaften 65-93. Wiesbaden.
- (77) Hitzler, R., Maeder A., Christoph, M. (1994): Expertenwissen. Die institutionalisierte Kompetenz zur Konstruktion von Wirklichkeit. Westdeutscher-Verlag. Opladen.
- (78) Herbert, E. (2001): Der Staat in der Wirtschaft. Vahlen-Verlag. München.
- (79) Hill, W., Fehlbaum, R., Ulrich P. (1994): Organisationslehre 1. Haupt-Verlag. Stuttgart.
- (80) Ingeborg, L. (2003): Privatisierung öffentlicher Krankenhäuser und Partizipation der Beschäftigten. Eine Fallstudie zur Modernisierung des öffentlichen Dienstes. Mabuse-Verlag. Frankfurt.
- (81) Jukes, M. The long-term impact of preschool health and nutrition on education. Food Nutr Bull 2005, 26 (Suppl. 2): 193-201.
- (82) Johannes, Kopp. (2002): Geburtenentwicklung und Fertilitätsverhalten: Theoretische Modellierungen und empirische Erklärungsansätze (Analyse und Forschung). UVK-Verlag Konstanz.

- (83) Kralovsky, T. (1995): Gesundheit in der Stadt. Gesundheit und Bürgerbeteiligung in Berlin. Eine laienorientierte Gesundheitsberichtserstattung. Schmengler-Verlag. Berlin.
- (84) Kissling, Ch. (1994): Gesundheit hat keinen Preis. NZN-Buchverlag. Schweiz.
- (85) Kissling, Ch. (1994): Gesundheit hat keinen Preis NZN-Buchverlag. Schweiz.
- (86) Koopmans, T. C. (1951): Analysis of Priducktion as an Efficient Combination if Activities. In: Koopmans, T. C., (Hrsg.): Activity Analysis of Production and Allocation. New York 1951, 33-97.
- (87) Kurt, W. (2001): IMPACT- Zeitschrift von Basler Institut für Sozialforschung und Sozialplanung. Nr. 4. Basel.
- (88) Kruse, J. (1997): Das Krankenversicherungssystem der USA. Ursachen seiner Krisen und Reformversuche. Nomos-Verlag. Baden-Baden.
- (89) Kaufmann, F. (1997): Herausforderung des Sozialstaats. Suhrkamp-Verlag. Frankfurt a M..

- (90) Kwan, YL., Petersen, PE, Pine CM, Borutta, A., Health-promoting school: an opportunity for oral health promotion. Bull World Health Organ (2005), 83(9): 677-685.
- (91) Kaufmann, F. (1984): Ärztliches Handeln zwischen Paragraphen und Vertrauen. Patmos-Verlag. Düsseldorf.
- (92) Leisering, L. (1999): Der Sozialstaat in der zweiten Moderne; Ambivalenzen und Zukunftsperspektiven des neuzeitlichen Individualisierungsprozesses. In Lamnek, Siegfried; Luedke, Jens (Hg.): Der Sozialstaat zwischen, Markt; und ;Hedonismus,? Opladen, Leske und Budrich.
- (93) Lamnek, S. (1988): Qualitative Sozialforschung. Psychologie-Verlags Union. München.
- (94) Lamprecht, M., Stamm, H. (1999): Individualisiertes Gesundheitshandeln und soziale Lage in: Maeder C., Bruton-Jeangros C., Haour-knipe M., eds Gesundheit, Medizin und Gesellschaft, Beiträge zur Soziologie der Gesundheit. Zürich: Seismo: 62-85.
- (95) Landesinstitut, S. (1987): Wegweiser für die Lehrerfortbildung. Praktische Gesundheitserziehung in der Grundschule. Schmidt & Klaunig-Verlag. Kiel.
- (96) Ministry of Health Palestine (2004). Gazastreifen.

- (97) Maria Post, E. (2010): Der Einsatz von handlungs-, erfahrungs- und erlebnisorientierten Methoden in der Lehrerinnen- und Lehrerfortbildung von pädagogischen Führungskräften zur Initiierung von Lernen Studien zur Verknüpfung von Erfahrung, Reflexion und Transfer. Universität Leipzig.
- (98) Matthes-Nagel, U. (1986): Modelle und Methoden rekonstruktiver Theoriebildung. In Ebert, G. /Hester, W./Richter, K. (Hg.): Subjektorientiertes Lernen und Arbeiten – Ausdeutung einer Gruppeninteraktion. Bonn, S. 29 – 55.
- (99) Meei-seh, L. (2001): Zur Einführung der primärärztlichen Versorgung als Reformstrategie in Taiwan. Peter Lang-Verlag. Frankfurt am Main.
- (100) Nikolaus, B., Enkelmann (2001): Mentaltraining. Der Weg zur Freiheit, GABAL-Verlag. Offenbach.
- (101) Osterrieder, M. (2004): Der Entdecker der Welt: Gesundheitserziehung im Vorschulalter LIT-Verlag Berlin-Hamburg-Münster.
- (102) Pohle, C. (1993): Gesundheitsbewusstsein, Lang-Verlag. Frankfurt.
- (103) Pareto, V. (1875): Coursed´ Economique Politique. Lausanne, Paris.

(104) Parsons, T. (1951): The Social System. New Yourk, Free Press.

(105) Petra, Sch. (2004): Meissner Soziale Repräsentationen über Gesundheit und Krankheit im europäischen Vergleich, Europäischer-Verlag der Wissenschaft. Frankfurt a. M..

(106) Pillau, H. (2006): Was ist ein Arzt. Books-on-Demand-Verlag. Berlin, Norderstedt.

(107) Proszolt, F. (1996): Rationalisierung und Rationierung im Gesundheitssystem. Münchner Medizinische Wochenschrift 138, 608-611.

(108) palästinensisches Gesundheitsministerium.

(109) Patrick, W., Nicolas, R. (2004): Stereotypen über psychische Erkrankungen und klinische Versorgung: Vermeiden Menschen Behandlung wegen Stigmatisierung? Deutschsprachige Korrespondenz an: Nicolas Rüschi, Abteilung Psychiatrie und Psychotherapie, Universität Freiburg.

(110) Paulus, P. (1992): Prävention und Gesundheitsförderung. Perspektiven für die Psychosoziale Praxis.. In Weltgesundheitsorganisation(1992). Die Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung Peter Sabo-Verlag. Mainz.

- (111) Pauls, P. (1995): Die Gesundheitsfördernde Schule. Der innovativste Ansatz gesundheitsbezogener Interventionen in Schulen. Deutsche Schule 87.
- (112) Priebe, B., Israel, G. & Hurrelmann, K. (1993): Gesunde Schule. Gesundheitserziehung, Gesundheitsförderung, Schulentwicklung. Beltz-Verlag. Weinheim.
- (113) Rose, M. (1986): The Relief of Poverty 1834-1914. Studies in Economic and Social History. London Macmillan.
- (114) Reucher, E., Sartorius, F. (2010): Europäische Gesundheitssysteme im Vergleich Effizienzmessungen von Akutkrankenhäusern mit DEA. Diskussionsbeitrag der Fakultät für Wirtschaftswissenschaft der Fernuniversität in Hagen. Diskussionsbeitrag Nr. 450.
- (115) Römer, M. (1961): Bed Supply and Hospital Utilization, Hospital 35, 36 – 42. pubmed.gov.
- (116) Rowoht, T. (1969): Duden- Lexikon. Rowohlt Taschenbuch-Verlag. München.
- (117) Razum, O. (2008): Kindergesundheit in Entwicklungsländer. In Challenges in Public Health. Peter Lang-Verlag. Frankfurt.

(118) Reitmaier, P. (2001): Planung. In: Diesfeld HJ, Falkenhorst G, Razum O, Hamel, D. (Hg). Gesundheitsversorgung in Entwicklungsländern. Medizinisches Handeln aus bevölkerungsbezogener Perspektive. 2. Aufl. Springer-Verlag. Berlin.

(119) Regina, B. (2004): Familienbericht, Gesundheitsamt Düsseldorf.

(120) Süß, W. (1998): Gesundheitspolitik. In Hockerts, Hans Günter (Hg.): Drei Wege deutscher Sozialstaatlichkeit. NS-Diktatur, Bundesrepublik und DDR im Vergleich. Akademie-Verlag. Berlin.

(121) Schulburg, J. (1990): Die ethischen Grundlagen des Gesundheitssystems in der Bundesrepublik Deutschland. Versuche einer Positionsbestimmung. In Sachss, Christoph, Engelhardt, H. Tristam (Hg.) Sicherheit und Freiheit. Zur Ethik des Wohlfahrtstaats. Schrank-Verlag. Frankfurt a. M.

(122) Schmidt, L.R. (1984): Psychologie in der Medizin. Thieme-Verlag. Stuttgart.

(123) Schneider, K. (1987): Ärzte, Pflegepersonal und Patienten im Krankenhaus, Peter Lang-Verlag. Frankfurt am Main.

- (124) Sanier, S. (1990): Health Service Utilization and Physician Income Trends. In OECD: Health Care System in Transition. The Search for Efficiency. OECD Social Policy Studies No. 7 Paris, OECD 41-56.
- (125) Simmich, T. (1999): Psychotherapeutische Krisenintervention. *Nervenheilkunde*, 18, 181-186
- (126) Seier, F. E. (1993): Patientenautonomie und Zwangseinweisung. In K. Dornhauser (Hrsg) *Krankenhauspsychiatrie und Ethik*. Dr. Josef H. Röhl-Verlag. Dettelbach.
- (127) Schubert, T. (2008): *New Public Management an deutschen Hochschulen. Strukturen, Verbreitung und Effekte*. Fraunhofer IRB-Verlag. Stuttgart.
- (128) Schwefel, D. *Gerechtigkeit und Gesundheit*. In Razum, O., Zeeb H., Laaser, U. (Ug.) (2006): *Globalisierung – Gerechtigkeit – Gesundheit. Einführung in International Public Health*. Huber, Bern, p. 65-78.
- (129) Strauss, A, Corbin, J. (1996): *Grounded Theory: Grundlagen Qualitativer Sozialforschung*. Psychologie Verlags Union. Weinheim.
- (130) Strauss, A. (1987): *Qualitative Analysis for social Scientists*. Cambridge-University Press. University of California, San Francisco and Tremont Research Institute, San Francisco.

(131) Strauss, A., Bucher, R., Ehrlich, D., Schatzman, L., & Sabshin, M. (1964): Psychiatric ideologies and institutions. Glencoe, IL: Free Press.

(132) Schwarzer, R. (1996): Psychologie des Gesundheitsverhaltens. Hogrefe-Verlage. Göttingen.

(133) Stefan, G., Franz, H., Jürgen, W. (2003): Hausarztmodelle in der GKV – Effekte und Perspektiven vor dem Hintergrund nationaler und internationaler Erfahrungen. Diskussionsbeiträge aus dem Fachbereich Wirtschaftswissenschaften Universität Duisburg-Essen Campus. Essen.

(134) Schnell, R., Hill, P.B., Esser, E. (1999): Methoden der empirischen Sozialforschung. Oldenbourg-Verlag. München.

(135) Schütz, A. (1972): Der gute informierte Bürger. In Ders.: Gesammelte Aufsätze, Bd.2. Den Haag, S. 85-101.

(136) Sprondel, Walter M. (1979): Experte und Laie : zur Entwicklung von Typenbegriffen in der Wissenssoziologie. In Ders./Grathoff, Richard (Hg.): Alfred Schütz und die Idee des Alltags in den Sozialwissenschaften. Stuttgart, S. 140-154.

(137) The status of Palestine (2001). Gazastreifen.

- (138) Thushyanthan, B. (2007): Zentrale und dezentrale Bereitstellung von öffentlichen Gütern. Alfred Weber Institut Ruprecht–Karls Universität Heidelberg.
- (139) Tamar, B., Dena, A. (1994): Israel and Palestinian Health Care Reform, Proceedings of a Seminar Jerusalem. American Jewish Joint Distribution Committee JDC-Brookdale Institute. Jerusalem.
- (140) Tamara, B. Rafiq, H. (2001): Separate and Cooperate, Cooperate and Separate. The Disengagement of the Palestine Health Care System from Israel and its Emergence as an Independent System. ARAEGGER-London.
- (141) Torrey, WC., Drake, RE., Dixon L, Burns BJ., Flynn L., Rush, A.J, Clark, RE., Klatzker, D. (2001): Implementing evidence-based practices for persons with severe mental illnesses. *Psychiatric Services*, 52, 45-50.
- (142) Thomas, G. J. Meindl (1988): Neuere Regressionsansätze zur Marktanalyse. Universität Regensburg. <http://opensigle.inist.fr/handle/10068/228634>.
- (143) Ulrich, B. Georg, I., Peter P., Norbert, P. (1998): Gesundheitsförderung in der Schule. Verlag für Schule und Weiterbildung. Druck-Verlag Kettler. Bönen/Westfalen.
- (144) Vogd, W. (2006): Die Organisation Krankenhaus im Wandel. Hans Huber-Verlag. Schweiz.

- (145) Voigt, N. (1978): Gesundheitsverhalten. Kohlhammer-Verlag. Stuttgart.
- (146) Wendt, C. (2003): Krankenversicherung oder Gesundheitsversorgung ? Westdeutschland-Verlag. Wiesbaden.
- (147) Whitehead, M. (1998): Diffusion of Ideas on Social Inequalities in Health: A European Perspective. In: The Milbank Quarterly, Vol. 76, No. 3, 469-492.
- (148) Wendt, C. (2006): Soziologie der Gesundheit. Christof Wolf (Hrsg.) VS-Verlag. Wiesbaden.
- (149) Wendt, C. (2006): Soziologie der Gesundheit. Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie.
- (150) World Health Organization. Expert Committee on School Health Services. Technical Report Series 1951, 30.
- (151) Wirsing, R. (1992): Gesundheits- und Krankheitsverhalten und Seine Kulturelle Einbettung in einer Kleinstadt im Südosten der Türkei. Böhlau-Verlag. Köln, Weimar, Wien.
- (152) Weinstein, N.D. (1982): Unrealistic optimism about susceptibility to health problems. Journal of Behavioral Medicine, 5, 441-460.
- (153) Wikipedia nach [www.un.org/unrwa/refugees/gaza.html](http://www.un.org/unrwa/refugees/gaza.html) (21.10.2009).

# 14 Anhang 1

## Leitfaden der Interviews (ungefähre Bedeutung von arabisch)

- 1- In wie fern benötigte das Gesundheitssystem im Gazastreifen die Reformen
- 2- In wie fern wird das Gesundheitssystem von der Bevölkerung benutzt
- 3- In wie fern sind die Gesundheitsressourcen innerhalb Gazastreifen gerecht verteilt
- 4- Wann wird das System von der Bevölkerung benutzt
- 5- Wie werden Sie die Entscheidungsstrategie des Systems beurteilen
- 6- Wenn wir über die Zentralisierung in dem Gesundheitssystem sprechen, woran denken sie
- 7- In wie fern hilft die Zentralisierung des Systems in den kritischen Situationen sowohl auch in den normalen Situationen
- 8- Welche Probleme bekommt das System in den kritischen Situationen
- 9- Welche Vorschläge bevorzugen Sie
- 10- Welche Probleme bekommen die entscheidenden Personen bei Entscheidungstreffen
- 11- Welsche wissenschaftliche Forschungspapier haben Sie über das System gelesen
- 12- In wie fern beeinflusst die politische Situation auf das Gesundheitssystem
- 13- Welche Problem haben die Patienten innerhalb des Systems
- 14- Wie orientiert sich der Patienten innerhalb des Systems, welche Probleme bekommen die Ärzte von den Patienten und auch die Patienten von den Ärzten
- 15- Welche Zugangsmöglichkeit haben die Patienten innerhalb des Gesundheitssystems
- 16- Wie bewerten Sie die Patientenorientierung innerhalb des Gesundheitssystem

- 17- Was benötigen die Patienten, um sich innerhalb des System besser orientieren zu können
- 18- In wie fern sind die Leute für die Reformvorschläge bereit
- 19- Wie zufrieden sind die Leute mit den Gesundheitssystemleistungen
- 20- In wie fern können die Reformvorschläge eingesetzt werden und was kann sie verhindern
- 21- Die Patienten, die im Gazastreifen keine entsprechende Behandlung finden, was machen sie
- 22- Welche Hauptprobleme hat das Gesundheitssystem
- 23- Wer hat das letzte Wort bei der Entscheidung
- 24- Was vermissen Sie bei dem Management im Gesundheitssystem
- 25- Wie werden die Gesundheitsressourcen verteilt, welche Kriterien haben werden bei der Verteilung benutzt

## **Eidesstattliche Erklärung**

Hiermit erkläre ich, dass ich die vorliegende Dissertation selbständig verfasst und keine anderen als die angegebenen Hilfsmittel benutzt habe. Die Dissertation ist bisher keiner anderen Fakultät vorgelegt worden.

Ich erkläre, dass ich bisher kein Promotionsverfahren erfolglos beendet habe und dass keine Aberkennung eines bereits erworbenen Doktorgrades vorliegt.

Ahmed Aljazzar

29.11.2010