

Das Programm „Gesunde Dörfer“ in Syrien

-eine empirische Analyse-

Dissertation

zur Erlangung des akademischen Grades

doctor rerum politicarum

(Dr. rer. pol.)

**eingereicht an der
Wirtschafts- und Sozialwissenschaftlichen
Fakultät der Universität Potsdam**

von **Dipl. Wirtsch. Stat. Rasha Mohamed**

geb. am 30.04.1981 in Syrien

Präsident der Universität Potsdam

Dr. Thomas Grünewald

Dekan der Wirtschafts- und Sozialwissenschaftlichen
Fakultät

Prof. Dr. Klaus H. Goetz

Gutachter:

- 1. Prof. Dr. Hans Gerhard Strohe**
- 2. Prof. Dr. Christoph Rasche**

Online veröffentlicht auf dem
Publikationsserver der Universität Potsdam:
URL <http://opus.kobv.de/ubp/volltexte/2011/5554/>
URN <urn:nbn:de:kobv:517-opus-55545>
<http://nbn-resolving.de/urn:nbn:de:kobv:517-opus-55545>

Danksagung

An dieser Stelle möchte ich mich bei all denen bedanken, die mich in den letzten Jahren auf vielfältige Weise unterstützt und so die Entstehung dieser Arbeit erst möglich gemacht haben.

Herrn Prof. Dr. Hans G. Strohe danke ich für die interessante Themenstellung und für die jederzeit gewährte freundliche und verständnisvolle wissenschaftliche Unterstützung.

Ich danke allen Mitarbeitern und Mitarbeiterinnen des Lehrstuhls für Statistik und Ökonometrie für die freundliche Atmosphäre und für alle gewährten Hilfen.

Sehr dankbar bin ich auch Frau Wilhelmine Berg und Frau Viola Schölzel für ihre freundliche Hilfsbereitschaft im Rahmen meines Aufenthaltes in Deutschland.

Frau Maria Petschelt danke ich für die vielseitige Hilfeleistung beim Verfassen der Arbeit.

Nicht zuletzt möchte ich von ganzem Herzen meinen Eltern für ihre umfangreiche Hilfe während der Zeit der Erstellung der Arbeit danken, sowie meinem Mann für seine Geduld, sein Verständnis und seinen Beistand.

Potsdam 2011

Rasha Mohamed

Eidesstattliche Erklärung

Hiermit erkläre ich, Rasha Mohamed, an Eides statt, die vorliegende Dissertation selbstständig verfasst und keine anderen als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel benutzt zu haben.

Datum

Unterschrift

1. EINLEITUNG	1
2. DEMOGRAPHISCHE LAGE IN SYRIEN	3
<i>2.1. Charakteristika Syriens.....</i>	<i>3</i>
<i>2.2. Demographische Entwicklung der Arabischen Republik Syrien in den Jahren 1960 bis 2050.....</i>	<i>6</i>
<i>2.3. Faktoren der Bevölkerungsentwicklung.....</i>	<i>17</i>
2.3.1. Fertilität	18
2.3.2. Mortalität	23
2.3.3. Migration	29
<i>2.4. Schlussfolgerung.....</i>	<i>30</i>
3. WIRTSCHAFTLICHE UND SOZIALE LAGE IN SYRIEN	33
3.1. Wirtschaftssektoren.....	33
3.2. Erwerbstätigkeit und Arbeitslosigkeit.....	38
3.3. Analphabetismus in Syrien	44
3.4. Schlussfolgerung.....	47
4. DAS GESUNDHEITSWESEN IN SYRIEN.....	49
4.1. Gesundheitslage in Syrien	50
4.2. Leistungserbringer im Gesundheitswesen	53
4.2.1. Ärzte und Zahnärzte	53
4.2.2. Apotheker	58
4.2.3. Krankenschwestern und Hebammen.....	61
4.3. Krankenhäuser und Gesundheitspunkte.....	66
4.4. Gesundheitsausgaben	73
4.5. Schlussfolgerung.....	75
5. DAS PROGRAMM „GESUNDE DÖRFER“.....	77

5.1. Aufgaben und Merkmale des Programms „Gesunde Dörfer“	78
5.2. Erfahrungen in anderen Ländern	80
5.2.1. Iran.....	80
5.2.2. Jordanien	82
5.3. Das Programm „Gesunde Dörfer“ in Syrien	83
5.3.1. Partnerschaften.....	86
5.3.2. Finanzierung.....	88
5.3.3. Evaluation durch die WHO.....	91
6. AUSWERTUNG DES PROGRAMMS „GESUNDE DÖRFER“ IN SYRIEN ...	95
6.1. Material und Methode	95
6.1.1. Fragebogen	95
6.1.2. Stichprobenverfahren.....	98
6.1.3. Schwierigkeiten bei der Datenerhebung.....	100
6.1.4. Analyseverfahren.....	101
6.2. Ergebnisse und Diskussion	104
6.2.1. Ziel der Verbesserung der Gesundheitseinrichtungen und der medizinischen Grundversorgung.....	104
6.2.2. Ziel der Verbesserung der Infrastruktur für grundlegende Bedürfnisse.....	115
6.2.3. Ziel der Förderung von kulturellen und sportlichen Aktivitäten für Kinder und Jugendliche	119
6.2.4. Ziel der sozialen und wirtschaftlichen Entwicklung von Frauen.....	123
6.2.5. Ziel der Steigerung der Beschäftigung und Senkung der Arbeitslosigkeit.....	126
6.2.6. Ziel der Alphabetisierung von Erwachsenen und der Leseförderung.....	130
6.2.7. Ausweitung der Aktivitäten des Programms „gesunde Dörfer“	134
6.3. Schlussfolgerung	139
7. ZUSAMMENFASSUNG	141
LITERATURVERZEICHNIS	144
ANHÄNGE	

Abb. 1: Landkarte Syriens.....	4
Abb. 2: Grundformen von Bevölkerungspyramiden (Bähr u.a., 1992)	7
Abb. 3: Altersaufbau der syrischen Bevölkerung am 31.12.1960	10
Abb. 4: Altersaufbau der Bevölkerung in Syrien am 31.12.1970.....	11
Abb. 5: Altersaufbau der Bevölkerung in Syrien am 31.12.1980.....	12
Abb. 6: Altersaufbau der Bevölkerung in Syrien am 31.12.1990.....	13
Abb. 7: Altersaufbau der Bevölkerung in Syrien am 31.12.2000.....	14
Abb. 8: Altersaufbau der Bevölkerung in Syrien am 31.12.2010.....	15
Abb. 9: Prognostizierter Altersaufbau der Bevölkerung in Syrien im Jahr 2050	16
Abb. 10: Regionale Bevölkerungsverteilung 2007	17
Abb. 11: Rohe Geburtenrate Syriens 1960 – 2050	19
Abb. 12: Regionale Verteilung der allgemeinen Geburtenrate Syriens 2007	20
Abb. 13: Totale Fertilitätsrate Syriens 1960 und 2050	22
Abb. 14: Rohe Sterberate Syriens 1960 – 2050	24
Abb. 15: Regionale Verteilung der rohen Sterberate Syriens 2007	25
Abb. 16: Säuglingssterblichkeit Syriens 1960 – 2050.	27
Abb. 17: Sektorale und geschlechtsspezifische Verteilung der Beschäftigten2007	36
Abb. 18: Regionale Verteilung der Beschäftigten in den Sektoren 2007	37
Abb. 19: Erwerbsstatus 2007	39
Abb. 20: Regionale und geschlechtsspezifische Verteilung der Erwerbstätigkeit 2007.	40
Abb. 21: Regionale und geschlechtsspezifische Verteilung der Arbeitslosigkeit 2007..	41
Abb. 22: Regionale und räumliche Verteilung der Erwerbstätigkeit 2007.....	42
Abb. 23: Regionale und räumliche Verteilung der Arbeitslosigkeit 2007.....	43
Abb. 24: Regionale und räumliche Verteilung des Analphabetismus 2007	45
Abb. 25: Regionale und geschlechtsspezifische Verteilung des Analphabetismus 2007	46

Abb. 26: Anzahl der Ärzte und Zahnärzte 1997 – 2008	54
Abb. 27: Anzahl der Einwohner je Arzt und je Zahnarzt 1997 – 2008	54
Abb. 28: Regionale Verteilung der Anzahl der Ärzte und Zahnärzte 2007.....	56
Abb. 29: Regionale Verteilung der Anzahl der Einwohner je Arzt und Zahnarzt 2007 ..	57
Abb. 30: Anzahl der Apotheker 1997 – 2008	58
Abb. 31: Anzahl der Einwohner pro Apotheker 1997 – 2008	59
Abb. 32: Regionale Verteilung der Anzahl der Apotheker 2007.....	60
Abb. 33: Regionale Verteilung der Anzahl der Einwohner je Apotheker 2007	60
Abb. 34: Anzahl der Krankenschwestern und Hebammen 1997 – 2008	62
Abb. 35 Anzahl der Einwohner pro Krankenschwester und Hebamme 1997 – 2008	62
Abb. 36: Regionale Verteilung der Anzahl der Krankenschwestern und Hebammen 2007.....	64
Abb. 37: Regionale Verteilung der Anzahl der Einwohner je Krankenschwester und Hebamme 2007	64
Abb. 38: Anzahl der staatlichen und privaten Krankenhäuser 1997 – 2008.....	66
Abb. 39. Regionale Verteilung der Anzahl der staatlichen und privaten Krankenhäuser 2007.....	67
Abb. 40: Anzahl aufgestellter Betten in staatlichen und privaten Krankenhäusern 1997 – 2008.....	68
Abb. 41: Anzahl der Einwohner je aufgestelltes Bett 1997 – 2008.....	68
Abb. 42: Regionale Verteilung der aufgestellten Betten 2007	70
Abb. 43: Regionale Verteilung der Anzahl der Einwohner pro aufgestelltes Bett 2007	70
Abb. 44: Anzahl der Gesundheitspunkte 1997 – 2008	72
Abb. 45: Regionale Verteilung der Anzahl der Gesundheitspunkte 2007.....	73
Abb. 46: Dörfer mit einem Gesundheitspunkt.....	105
Abb. 47: Dörfer mit einem Arzt.....	106
Abb. 48: Dörfer mit einem Zahnarzt.....	107

Abb. 49: Dörfer mit einer Hebamme	108
Abb. 50: Dörfer mit einer Apotheke	109
Abb. 51: Dörfer mit einem Labor	110
Abb. 52: Haushalte mit einem Verbandkasten.....	111
Abb. 53: Befragte, die regelmäßig einen Arzt konsultieren.....	112
Abb. 54: Befragte, die Medikamente ohne ärztliches Rezept einnehmen	113
Abb. 55: Dörfer mit einem Gymnasium	116
Abb. 56: Trinkwasserversorgung in den Dörfern	117
Abb. 57: Abwasserentsorgung in den Dörfern.....	118
Abb. 58: Dörfer mit einem Kindergarten.....	120
Abb. 59: Dörfer mit einem Kulturzentrum	121
Abb. 60: Dörfer mit einem Sportplatz.....	122
Abb. 61: Regionale Verteilung der arbeitslosen Männer.....	127
Abb. 62: Regionale Verteilung der arbeitenden Kinder.....	128
Abb. 63: Regionale Verteilung der Analphabeten	130
Abb. 64: Regionale Verteilung der Haushalte, in denen Zeitungen und Zeitschriften gelesen werden.....	131
Abb. 65: Regionale Verteilung der Haushalte mit einem Bücherregal.....	132
Abb. 66 Regionale Verteilung der Kinder, denen in der Schule Wissen zu den Themen Umwelt und Gesundheit vermittelt wurde	134
Abb. 67: Regionale Verteilung der Einwohner mit Teilnahme an einem sozialen Programm.....	135
Abb. 68: Regionale Verteilung der Einwohner mit Teilnahme an einem Gesundheitsprogramm	136
Abb. 69: Regionale Verteilung der Einwohner mit regelmäßigem Kontakt zum Programm „Gesunde Dörfer“	137

Tab. 1: Totale Fertilitätsrate Syriens im städtischen und ländlichen Raum.....	23
Tab. 2: Kleinkindersterblichkeit in Syrien, Deutschland und in der Welt 1995 – 2010 .	28
Tab. 3: Gesundheitsausgaben 1995 – 2007	74
Tab. 4: Beschäftigung von Frauen im Alter von 15 bis 60 Jahren in Abhängigkeit ihres Wohnortes	124

AKDN	Aga Khan Development Network
BIP	Bruttoinlandsprodukt
CBS	Zentral statistisch Amt in Syrien
EMRO	Regional Office for the Eastern Mediterranean
EU	Europäische Union
FIRDOS	Fund for Integrated Rural Development of Syria
Mrd.	Milliarde
TFR	Total Fertility Rate
UNFPA	United Nations Fund for Population Activities
UNICEF	United Nation International Children Emergency Fund
WHO	World Health Organisation

Zentrale Statistische Amt

1. Einleitung

Syrien hatte im Jahr 2008 ca. 22,33 Mio. Einwohner. Derzeit leben 40 % der Bevölkerung auf dem Land, doch dieser Prozentsatz nimmt aufgrund der Landflucht stetig ab. Ursachen für die abnehmende Anzahl der Landbevölkerung liegen zum einen in fehlenden Arbeitsplätzen, einem gering ausgeprägten Dienstleistungssektor und einem erschwerten Zugang zum öffentlichen Personennahverkehr; zum anderen auch in der zum Teil mangelhaften gesundheitlichen Versorgung.

Infolgedessen hat sich die syrische Regierung zum Ziel gesetzt, die Attraktivität ländlicher Räume zu erhöhen, um der niedrigen Bevölkerungsdichte entgegenzuwirken. Mittels Einführung unterschiedlicher Programme und Projekte sollen Beschäftigungsmöglichkeiten geschaffen sowie Umweltbedingungen und die gesundheitliche Versorgungssituation verbessert werden. Das Programm „Gesunde Dörfer“, welches im Rahmen dieser Bestrebungen vom Gesundheitsministerium und der WHO gemeinsam im Jahr 1997 etabliert wurde, verfolgt unter anderem die nachstehenden Ziele: Die Sicherung und Verbesserung der Gesundheitsversorgung in den verschiedenen Regionen Syriens, die Reduzierung der Arbeitslosigkeit, die Steigerung des Alphabetisierungsgrades sowie die Stärkung der Rolle der Frauen. Derzeit umfasst das bis heute bestehende Programm über 500 teilnehmende Dörfer. Bis zum Stand dieser Arbeit erfolgte lediglich eine von der WHO im Jahr 2006 durchgeführte Evaluation des Programms. Diese Auswertung war jedoch nicht ausreichend, um den positiven Einfluss des Programms auf die Dörfer zu zeigen und statistisch abzusichern, da es beispielsweise weder eine Kontrollgruppe noch eine persönliche Befragung der Bewohner der teilnehmenden gesunden Dörfer gab.

Demzufolge besteht das wichtigste Ziel dieser vorliegenden Arbeit darin, eine Analyse und Bewertung des Programms „Gesunde Dörfer“ differenziert nach den Regionen Syriens mit Stand des Jahres 2007 vorzunehmen. Dafür wurde auf Grundlage eines selbst erstellten Fragebogens eine Befragung in ausgewählten Dörfern durchgeführt. Die demografische Entwicklung, die gesundheitliche, wirtschaftliche und soziale Lage, welche sowohl für die Attraktivität der ländlichen Räume als auch für den Erfolg des Programms „Gesunde Dörfer“ bedeutende Einflussfaktoren darstellen, werden in der vorliegenden Arbeit genauer betrachtet, zumal anhand des Vergleichs der Informationen aus diesen vier Bereichen mit den Ergebnissen der Befragung die Bewertung des

Programms ermöglicht wird. Das Kapitel 2 verfolgt angesichts der Faktoren der Bevölkerungsentwicklung, wie der Fertilität, Mortalität und der Migration, das Ziel, eine Evaluation der demografischen Entwicklung für den Zeitraum von 1960 bis 2050 zu erarbeiten. Dabei stehen die Unterschiede zwischen den Regionen Syriens sowie zwischen Stadt und Land im Vordergrund. Im Anschluss wird im Kapitel 3 an den Beispielen Arbeitslosen- und Analphabetenquote die soziale und wirtschaftliche Entwicklung Syriens dargestellt, was wiederum eine regionale Unterscheidung, eine Gegenüberstellung von städtischem und ländlichem Raum sowie eine Abgrenzung hinsichtlich der Geschlechter miteinschließt.

Die Analyse der Entwicklung des Gesundheitswesens in Syrien von 1997 bis 2008 wird im Kapitel 4 vorgenommen. Besondere Berücksichtigung finden verschiedene Leistungserbringer und die bereits genannten regionalen Unterschiede. Das Programm „Gesunde Dörfer“ wird im folgenden Kapitel 5 genauer beleuchtet. Dazu werden der Ansatz, die Theorien und die Erfahrungen mit dem Programm in anderen arabischen Ländern in einer Literaturübersicht vorgestellt. Des Weiteren befasst sich das Kapitel mit dem Programm in Syrien inklusive der Partnerschaften, der Finanzierung und der von der WHO durchgeführten Evaluation. Die Auswertung des Programms „Gesunde Dörfer“ erfolgt im Kapitel 6 durch den Vergleich der gesetzten Programmziele mit den Ergebnissen der Befragung. Genaue Beachtung findet die Unterscheidung zwischen den „Gesunden Dörfern“ und den Kontrolldörfern sowie die regionale Differenzierung. Den Abschluss dieser Doktorarbeit bildet die Schlussfolgerung und Zusammenfassung.

2. Demographische Lage in Syrien

2.1. Charakteristika Syriens

Syrien, dessen amtliche Bezeichnung Arabische Republik Syrien (al jumhuriya al-`arabiya as-suriya) lautet, ist ein Staat in Vorderasien. Das Staatsgebiet Syriens weist eine Flächengröße von 185.180 km² auf. Es erstreckt sich zwischen dem 32. und 37. nördlichen Breitengrad und zwischen 35° bis 42° östlicher Länge. Im Norden grenzt Syrien an die Türkei, im Osten an den Irak, im Süden an Jordanien und im Westen an den Libanon und das Mittelmeer. Damaskus (arab.: dimašq, lokal auch ashsham) ist die Hauptstadt Syriens.

Verwaltungstechnisch wird Syrien seit 1987 in 14 Provinzen, die nach dem jeweiligen Hauptort benannt sind, und geografisch in fünf Regionen unterteilt (Abbildung 1).

Die nördliche Region besteht aus den zwei Provinzen Aleppo und Idleb, die mittlere Region umfasst zwei Provinzen (Homs, Hama), ebenfalls zwei Provinzen gehören zur westlichen Region (Tartus, Latakia), die östliche Region umfasst das Gebiet von drei Provinzen (AL-Haskeh, AL-Rakeh, Deer-ALzour) und die südliche Region besteht aus fünf Provinzen (Damaskus, Damaskus-Land, Daara, AL-Sweeda, AL-qunatera).

Die Landschaft Syriens setzt sich zu großen Anteilen aus Steppe und Wüste zusammen. Im Westen grenzt Syrien auf einer Länge von ca. 193 km an das Mittelmeer. Entlang dieses Küstenstreifens findet sich eine typische Vegetation des Mittelmeerraumes. Westlich des Küstenstreifens verläuft das Alawitengebirge, welches zum Teil bewaldet ist oder mittels Terrassenfeldbau landwirtschaftlich genutzt wird. Insgesamt beträgt Syriens landwirtschaftliche Nutzfläche 24,8 % der gesamten Staatsfläche.

Im Westen Syriens herrscht Mittelmeerklima und im Osten kontinentales Steppen- und Wüstenklima.

Zu den Bodenschätzen Syriens gehören Erdöl, welches im Nordosten gefördert und zum Großteil exportiert wird, sowie Phosphate, in der Nähe der Stadt Palmyra abgebaut werden.

Die syrische Währung ist das syrische Pfund (Lira suriya, 1 €= 65 syrische Lira, Stand vom 10.03.2011).

Am 01.01.2008 zählte Syrien 22,33 Mio. Einwohner, wobei die Bevölkerung jährlich um 2,3 % wächst. Die mittlere Bevölkerungsdichte beträgt 108 Einwohner je Quadratkilometer. Die durchschnittliche Lebenserwartung betrug im Jahr 2007 für neugeborene Mädchen 71,71 Jahre und für neugeborene Jungen 69,01 Jahre. Für das Jahr 2007 wurde eine Analphabetenquote von 16,84 % für Einwohner über 15 Jahre berechnet. 3,0 % der Männer und 9,1 % der Frauen konnten nicht lesen und schreiben. 8 % der syrischen Bevölkerung über 15 Jahre wurde im Jahr 2007 offiziell als arbeitslos geführt.

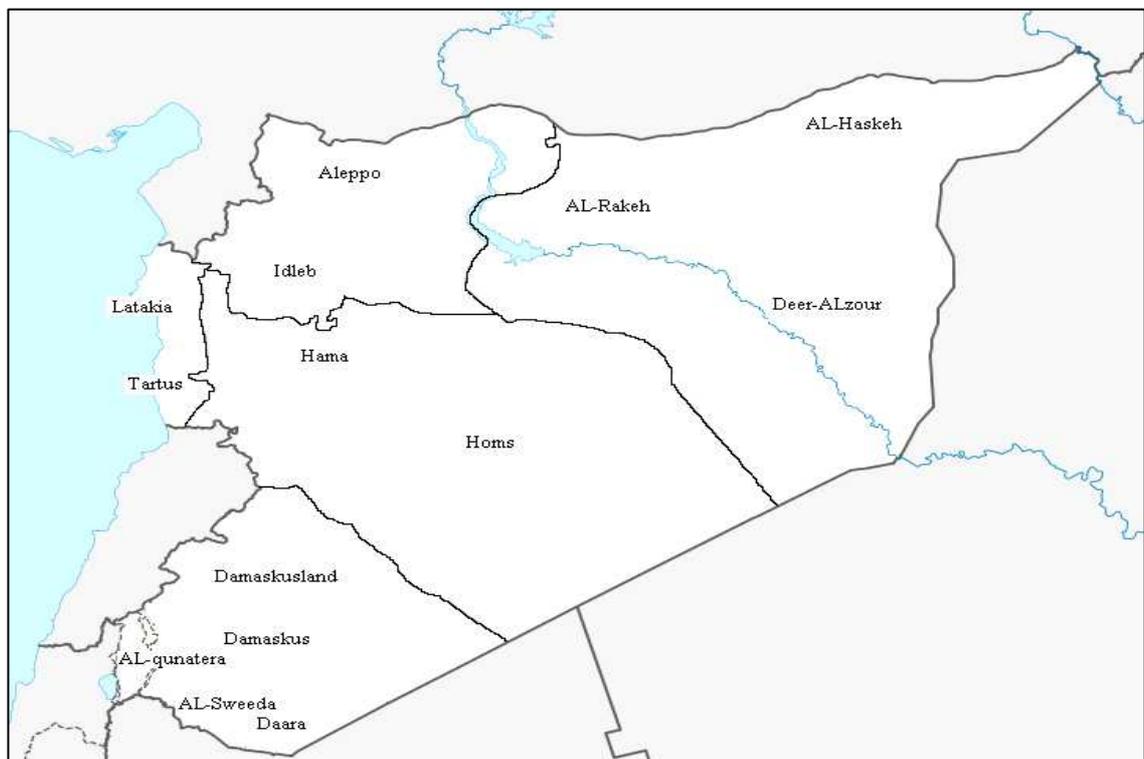


Abb. 1: Landkarte Syriens

Die Bevölkerungsanzahl Syriens ist in den letzten 50 Jahren von 4,2 Millionen Einwohner im Jahr 1960 auf 22,5 Mio. im Jahr 2010 gestiegen. Innerhalb dieses Zeitraums kam es außerdem zu weitreichenden Änderungen des Strukturaufbaus der Bevölkerung, was unter anderem durch die gesunkene Fertilitäts- und Mortalitätsrate begründet werden kann. So sank beispielsweise der Anteil der Personen unter 15 Jahre, der Anteil der Personen zwischen 15 und 65 Jahren nahm zu.

Ziel dieses Kapitels ist es deshalb, die Entwicklung der Bevölkerungsanzahl und den Strukturaufbau der Bevölkerung zu analysieren. Dabei werden im Besonderen die Faktoren der Bevölkerungsentwicklung, wie die Fertilität, die Mortalität und die Migration, von 1960 bis 2010 ausgewertet sowie bis für das Jahr 2050 prognostiziert.

Die verwendeten Daten für die Betrachtung des Strukturaufbaus und der Faktoren der Bevölkerungsentwicklung stammen von den Vereinten Nationen, da Daten von der syrischen Regierung nicht zugänglich sind. Informationen zur regionalen Verteilung der Bevölkerungsanzahl und der Faktoren der Bevölkerungsentwicklung für das Jahr 2007 wurden dem Jahrbuch 2008 des Zentralen Statistischen Amtes in Syrien entnommen.

Das Jahr 2007 bildet die Grundlage für alle weiteren Betrachtungen und Auswertungen in der vorliegenden Doktorarbeit.

2.2. Demographische Entwicklung der Arabischen Republik Syrien in den Jahren 1960 bis 2050

Der Altersaufbau der Bevölkerung ist von entscheidender Bedeutung für die Beurteilung der Bevölkerungsentwicklung, für das Potential an Arbeitskräften, für soziale Beziehungen sowie für den Bedarf an speziellen Einrichtungen auf dem Sektor des Bildungs- und Gesundheitswesens oder der allgemeinen Versorgung (ANDERSON u.a. 1983).

Der Altersaufbau zeigt wesentliche Einflüsse der demographischen Geschichte eines Landes aus den letzten Jahrzehnten. Er erhält seine Form aus dem Zusammenwirken von Geburtenhäufigkeit und Sterblichkeit sowie den Zu- und Abwanderungen. Diese sind unter anderem geprägt von wirtschaftlichen und sozialen Ereignissen der Vergangenheit.

Für die Darstellung werden Bevölkerungspyramiden verwendet. Darunter versteht man Diagramme, in denen auf der Abszisse die Häufigkeiten nach männlichen und weiblichen Bevölkerungsanteilen getrennt und auf der Ordinate die Altersjahrgänge eingetragen sind. Um Vergleiche durchführen zu können, benutzt man im Allgemeinen relative Angaben, wobei als Bezugsbasis für die beiden Seiten des Diagramms jeweils die Gesamtbevölkerung dient. Das Medianalter ist für die erste Kennzeichnung bestehender Altersunterschiede sinnvoll, für eine Charakterisierung ist jedoch die Zusammenfassung von Altersjahrgängen zu größeren Altersgruppen besser. Bei hoher Geburtenhäufigkeit und hoher Sterblichkeit entsteht in der graphischen Darstellung eine Pyramidenform, weshalb die Altersstruktur häufig auch als „Alterspyramide“ bezeichnet wurde bzw. wird. Tatsächlich ist diese Form der Altersstruktur für Syrien aber nur bis zum Ende des 20. Jahrhunderts typisch gewesen. Gegenwärtig kann man eher von einem "ausgefranzten Tannenbaum" sprechen, der durch mehrere Einschnitte und Ausbuchtungen gekennzeichnet ist, die auf vergangene Ereignisse zurückzuführen sind.

Im Allgemeinen lassen sich drei Grundtypen der Bevölkerungspyramide unterscheiden: Dreieck oder Pyramide (a) - Glocke oder Bienenkorb (b) - Urne oder Zwiebel (c).

Der Typ (a) entspricht einer wachsenden Bevölkerung. Die Geburtenzahlen nehmen absolut um jeweils die gleichen Faktoren zu, die alterspezifische Sterblichkeit ist weitgehend konstant. Grundtyp (b) beschreibt einer alternde Bevölkerung, in der die absolute Zahl der Geburten gleich bleibt und die Anzahl älterer Menschen relativ zunimmt, Eine schrumpfende Bevölkerung wird durch den Grundtyp (c) charakterisiert. Bei diesem Typ ist die Geburtenzahl rückläufig und die Sterblichkeit. (BÄHR u.a. 1992).

Die nächsten Abbildungen verdeutlichen die drei Grundtypen der Bevölkerungspyramide:

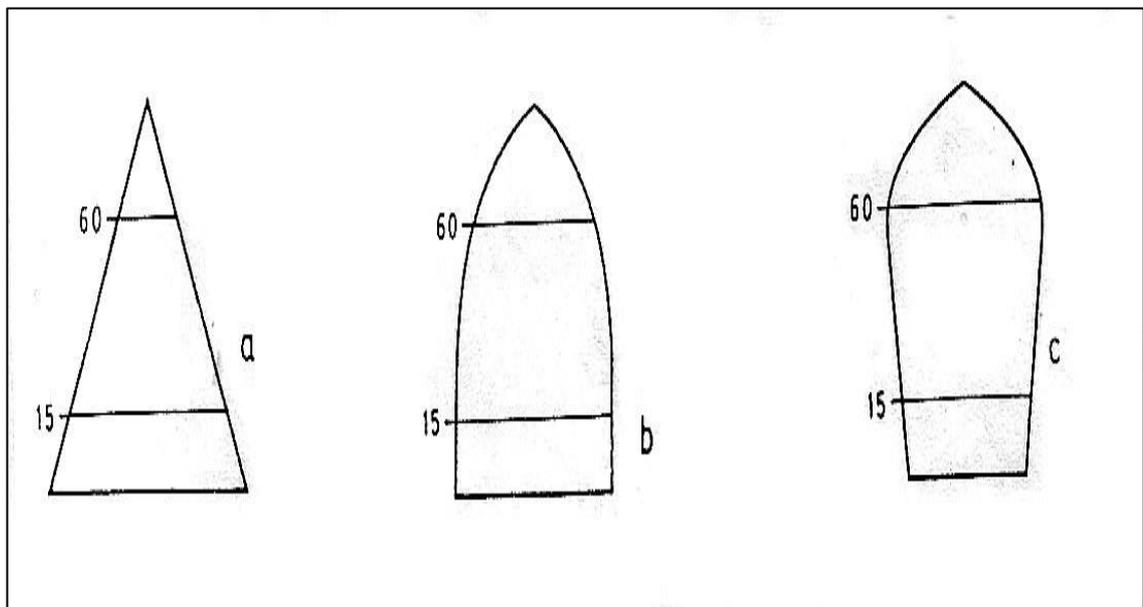


Abb. 2: Grundformen von Bevölkerungspyramiden (Bähr u.a., 1992)

Zu den bedeutsamen Auswirkungen des demographischen Wandels gehören vor allem die Verschiebung der Altersstruktur und der Sexualproportion, die in der Darstellung in Form einer Bevölkerungspyramide deutlich zu erkennen sind. Solange Geburten- und Sterberate nicht nachhaltig eingeschränkt sind, handelt es sich um eine insgesamt junge Bevölkerung, in der der männliche Anteil gewöhnlich überwiegt. Mit der Verringerung der Sterblichkeit erhöht sich zwar die Zahl älterer Menschen, durch die Abnahme der Säuglings- und Kindersterblichkeit und die allgemeine Steigerung der Lebenserwartung entsteht aber aus der vorher bienenkorbartigen Pyramide einer stationären Bevölkerung eine Pyramide mit sehr breiter Basis bei gleich bleibender Geburtenrate.

Die geringere Kindersterblichkeit führt ebenfalls zu einem Anstieg der durchschnittlichen Lebenserwartung. Folglich erreicht ein zunehmend größer werdender Anteil der Bevölkerung das zeugungs- und gebärfähige Alter (Hemmer, 1988). Dieser Bevölkerungsanteil verändert sich dann mit dem Rückgang der Geburten durch Verschmälerung seiner Basis. Nach Abschluss des Übergangs kann sich die Zwiebelform einer schrumpfenden Bevölkerung entwickeln.

Die Zusammensetzung einer Bevölkerung nach Alter und Geschlecht beeinflusst ihrerseits die zukünftigen Geburten- und Sterberaten und bis zu einem gewissen Grade auch die Wanderungsbewegungen. Entscheidend ist dabei, dass sich Besonderheiten des Altersaufbaus, wie sie z.B. durch Kriegsverluste oder auch durch einen Baby-Boom hervorgerufen werden, innerhalb der Pyramide „fortbewegen“ und, sobald die entsprechenden Jahrgänge die reproduktionsfähige Altersklasse durchlaufen, einen „Echoeffekt“ auslösen (Bähr u.a., 1992).

Die Faktoren Fertilität und Mortalität bestimmen im Wesentlichen die altersmäßige Zusammensetzung der Bevölkerung und somit auch den Altersquotienten. Altert eine Bevölkerung zunehmend, kann das auf den Rückgang der beiden Einflussparameter zurückgeführt werden. Die Veränderung der Mortalität wirkt sich direkt auf die Lebenserwartung aus. Die Fertilität ist ausschlaggebender für die Alterung als die Mortalität, obwohl man annehmen könnte, dass die Alterung von der sinkenden Sterberate und somit einer längeren Lebenserwartung abhängt. Jedoch bestimmen die Fertilitätsrate (und die Kindersterblichkeit) die Basis der Pyramide. Ein anhaltender Rückgang der Geburtenrate erzeugt demographische Alterung, d.h. einen zunehmenden Anstieg des Durchschnittsalters der Bevölkerung und damit einen steigenden Anteil der Älteren an der Bevölkerung (Warnes, 1994). Diese Kohorte wandert durch die Pyramide und beeinflusst die gesamte Altersstruktur (Johnson und Falkingham, 1992)

Das „Altern von der Basis der Bevölkerungspyramide“ ist der Hauptmechanismus, bis ein Lebenserwartungsniveau von ca. 70 Jahren erreicht wird. Bei einem weiteren Sterblichkeitsrückgang, der insbesondere die ältere Bevölkerung betrifft und der zu

Lebenserwartungen von über 70 Jahren führt, kommt es zu einem zusätzlichen und stärkeren „ Altern von der Spitze der Bevölkerungspyramide“ (Myers, 1984). Ein rascher Anstieg der Zahl älterer Menschen ist allerdings eher dadurch bedingt, dass größere Geburtenkohorten ein hohes Alter erreichen als durch einen Sterblichkeitsrückgang in den hohen Altersgruppen. Insgesamt ist festzustellen, dass die demographische Alterung hauptsächlich auf einem verlangsamten Bevölkerungswachstum und den Fortschritten im Gesundheitswesen beruht (LLOYD, 1992).

Weiterhin muss zwischen individueller Alterung und der Alterung der Gesellschaft unterschieden werden. Die individuelle Alterung ist ein kontinuierlicher Prozess, der einer Person von der Geburt bis zum Tod widerfährt. Im Vergleich dazu kann die Bevölkerung, in Abhängigkeit von den sich verändernden jüngeren oder älteren Anteilen, jünger oder älter werden (JOHNSON und FALKINGHAM, 1992). Altern als demographischer Prozess bedeutet, dass in Zukunft sowohl absolut als auch relativ immer mehr Ältere in einer Gesellschaft leben werden, und dass der Anteil der Hochaltrigen (d.h. Personen, die 65 Jahre und älter sind) stetig zunehmen wird (RITTER und HOHMEIER, 1999). Die Alterung der Bevölkerung als demographischer Prozess hat weit reichende Auswirkungen. Er betrifft einmal die alternde Person, zudem auch ihre Familie, die Gesellschaft und Organisationen, welche für die Bedürfnisse der Senioren zuständig sind, sowie den Staat (JOSEPH und MARTIN-MATTHEWS, 1994).

Die nächsten Abbildungen verdeutlichen die Altersstruktur in Syrien innerhalb der Jahre 1960 und 2010 sowie für das Jahr 2050.

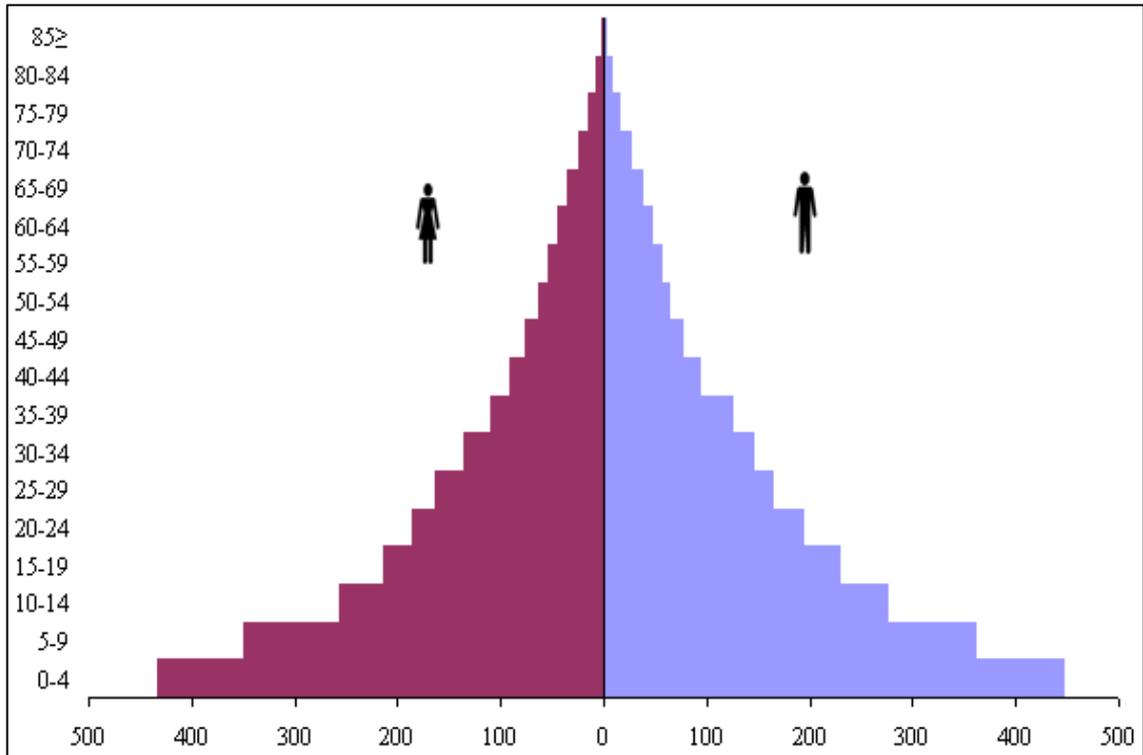


Abb. 3: Altersaufbau der syrischen Bevölkerung am 31.12.1960

Im Jahr 1960 lebten in Syrien ca. 4,62 Mio. Einwohner. Davon waren 2,36 Mio. Personen männlich, die einen Anteil von 51,08% darstellten, und 2,26 Mio. Menschen weiblich, die einen Anteil von 48,92% ausmachten.

Die Bevölkerungsstruktur hatte eine klassische Pyramidenform, wie aus der Abbildung 3 ersichtlich ist. Die stärksten Jahrgänge stellten Kinder und Jugendliche dar. So gab es im Alter von 0 bis 19 Jahre 2,56 Mio. Einwohner, deren Anteil sich in Bezug auf die gesamte Bevölkerung auf 55,52 % bezifferte. Die Einwohner dieser Altersgruppe unterteilten sich in 1,31 Mio. männliche und 1,25 Mio. weibliche Personen. 40,80 % der gesamten syrischen Bevölkerung war zwischen 20 und 64 Jahre alt. 0,96 Mio. Männer und 0,92 Mio. Frauen wurden dieser Altersgruppe zugeordnet. Der Anteil der über 65-Jährigen betrug 3,68 %, was in absoluten Zahlen ausgedrückt 0,17 Mio. Bewohner ausmachte. 88 Tausend Männer und 82 Tausend Frauen zählten zu dieser Altersgruppe. Die Lebenserwartung lag für eine neugeborene weibliche Person bei 51,8 Jahren, für eine männliche bei 49 Jahren.

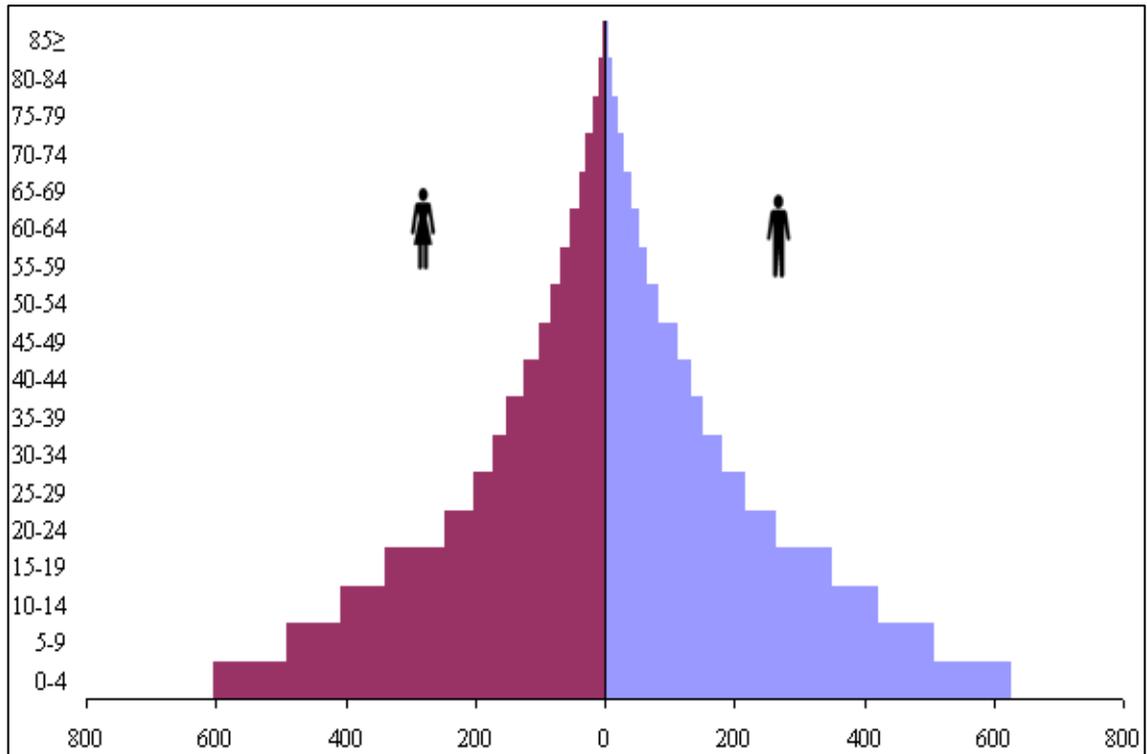


Abb. 4: Altersaufbau der Bevölkerung in Syrien am 31.12.1970

Die Bevölkerungsanzahl betrug im Jahr 1970 ca. 6,37 Mio. und sie unterteilte sich auf 3,23 Mio. Männer, was einen Anteil von 50,7 % ergab, und auf 3,14 Mio. Frauen, was einen Anteil von 49,3 % darstellte.

In der Abbildung 4 ist erkennbar, dass die Altersgruppe der 0- bis 19-Jährigen mit 3,74 Mio. Personen bzw. 58,7 % an der Gesamtbevölkerung die zahlenmäßig am stärksten vertretene Gruppe war. 1,90 Mio. dieser Kinder und Jugendlichen waren männlichen und 1,84 Mio. weiblichen Geschlechts. Im Alter von 20 bis 64 Jahre gab es 2,44 Mio. Einwohner, deren Anteil an der gesamten Bevölkerung 38,3 % betrug. Diese Altersgruppe untergliederte sich in 1,24 Mio. Männer und 1,20 Mio. Frauen. Die 192 Tausend Personen, welche über 65 Jahre alt waren, machten 3 % an der Gesamtbevölkerung aus. Es waren 93 Tausend männliche und 99 Tausend weibliche Personen. Neugeborene weibliche Personen hatten eine Lebenserwartung von 59,1 Jahren und neugeborene männliche Personen 55,7 Jahre.

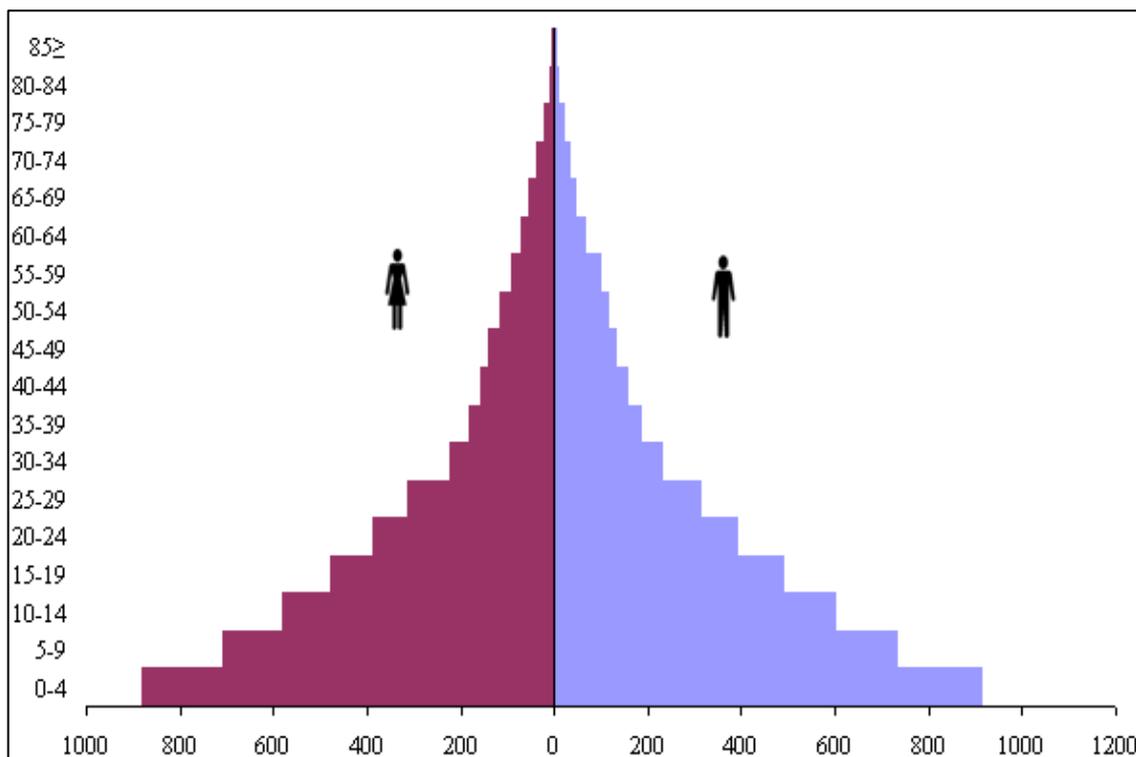


Abb. 5: Altersaufbau der Bevölkerung in Syrien am 31.12.1980

Im Jahr 1980 bezifferte sich die Zahl der Einwohner Syriens auf 8,97 Mio. Menschen. Mit 50,3 % war über die Hälfte aller Einwohner männlich (4,52 Mio.) und 49,7 % der Einwohner weiblich (4,45 Mio.).

Der Anteil der Personen zwischen 0 und 19 Jahre betrug 59,9 %, was in absoluten Zahlen ausgedrückt 5,38 Mio. Personen entsprach. 2,73 Mio. Kinder und Jugendliche waren männlich, 2,65 Mio. weiblich. Die Altersgruppe der 20- bis 64-Jährigen stellte einen Anteil von 37,4 % an der Gesamtbevölkerung dar. Die 3,36 Mio. Einwohner teilten sich in 1,68 Mio. Männer und 1,68 Mio. Frauen auf. Es wurden 238 Tausend Personen ab 65 Jahre gezählt, die mit 2,7 % den geringsten Anteil der Bevölkerung ausmachten. Von ihnen waren 109 Tausend männlichen und 129 Tausend weiblichen Geschlechts. Die Lebenserwartung für eine neugeborene weibliche Person wurde auf 66,5 Jahre und die für eine männliche Person auf 62,9 Jahre geschätzt.

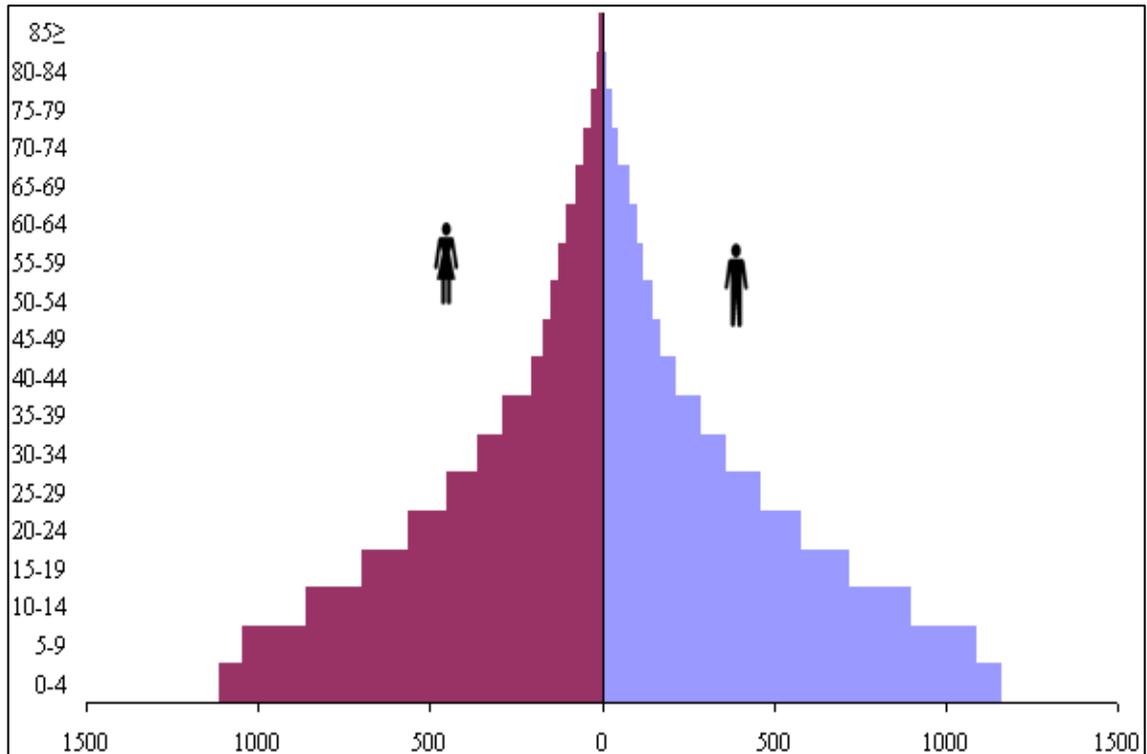


Abb. 6: Altersaufbau der Bevölkerung in Syrien am 31.12.1990

Die Bevölkerungszahl betrug im Jahr 1990 ca. 12,72 Mio. Menschen, davon stellten die 6,41 Mio. Männer einen Anteil von 50,4 % und die 6,31 Mio. Frauen einen Anteil von 49,6 % dar.

7,57 Mio. Einwohner waren zwischen 0 und 19 Jahre alt (Abbildung 6). Diese entsprachen 59,5 % der gesamten syrischen Bevölkerung. Sie untergliederten sich in 3,85 Mio. männliche und 3,72 Mio. weibliche Personen. 2,40 Mio. Männer und 2,41 Mio. Frauen bildeten zusammen die Altersgruppe der 20- bis 64-Jährigen. Diese 4,81 Mio. Menschen hatten einen Anteil von 37,8 % an der Gesamtbevölkerung. Mindestens 65 Jahre alt waren insgesamt 339 Tsd. Personen, was 2,7 % entsprach. Männlich waren 159 Tsd. , weiblich 180 Tsd. Personen. 71,2 Jahre betrug die Lebenserwartung für neugeborene Mädchen, 67,6 Jahre für neugeborene Jungen.

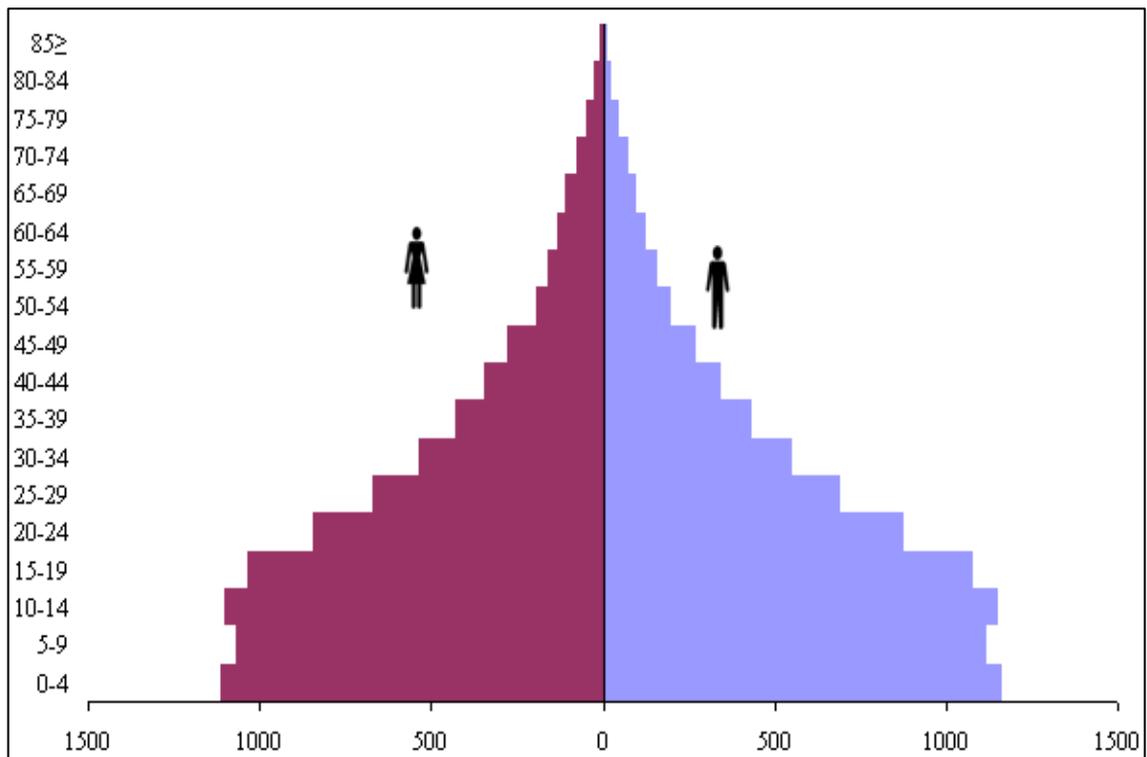


Abb. 7: Altersaufbau der Bevölkerung in Syrien am 31.12.2000

ca. 16,51 Mio. Menschen lebten im Jahr 2000 in Syrien. 50,5 % der Einwohner war männlich (8,33 Mio.) und 49,5 % weiblich (8,18 Mio.).

Aus der Abbildung 7 ist ersichtlich, dass die 8,81 Mio. Personen, welche der Altersgruppe der 0- bis 19-Jährigen zugeordnet wurden, mit 53,4 % die Mehrheit der Gesamtbevölkerung ausmachten. Von ihnen waren 4,49 Mio. männlichen und 4,32 Mio. weiblichen Geschlechts. Zwischen 20 und 64 Jahre alt waren 7,20 Mio. Einwohner, was wiederum einem Anteil von 43,6 % entsprach. 3,61 Mio. Männer und 3,59 Mio. Frauen bildeten diese Altersgruppe. 3 % betrug der Anteil der 498 Tsd. Personen ab 65 Jahre. Es gab mit 227 Tsd. im Vergleich zu den 271 Tsd. Frauen weniger Männer. Die Lebenserwartung lag für eine neugeborene weibliche Person bei 74,9 Jahren, für eine männliche bei 71,2 Jahren.

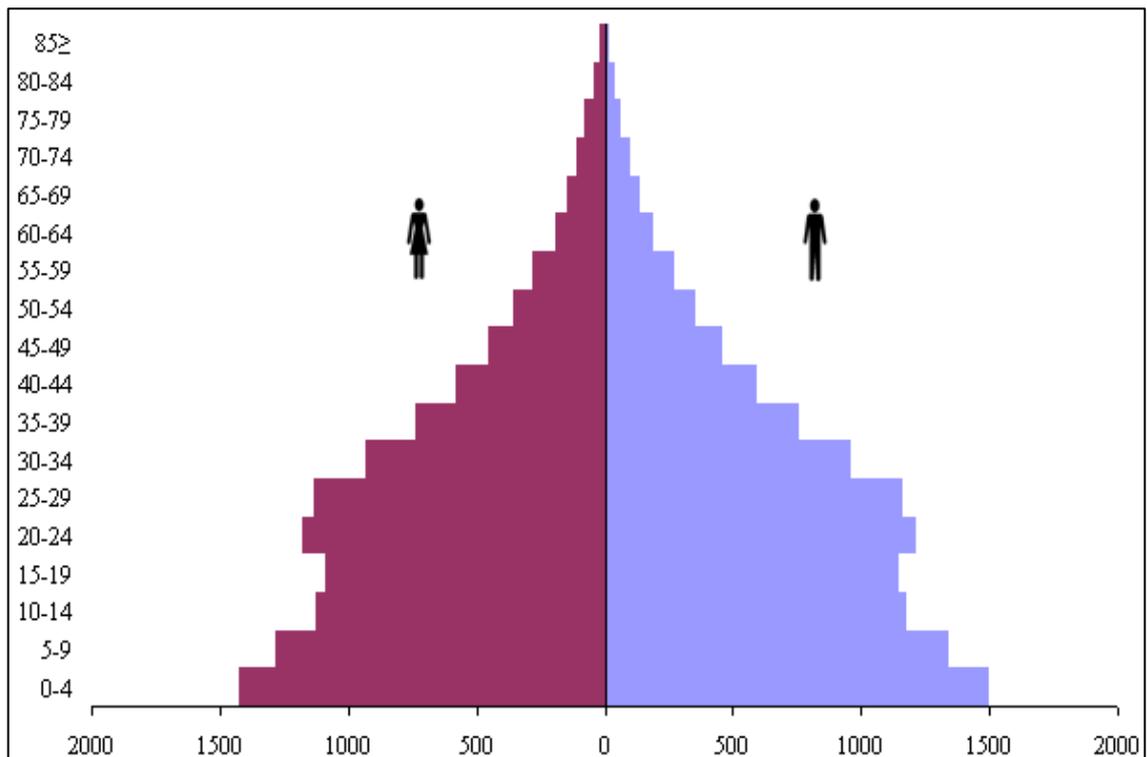


Abb. 8: Altersaufbau der Bevölkerung in Syrien am 31.12.2010

Die Einwohnerzahl Syriens betrug im Jahr 2010 ca. 22,50 Mio. Es wurden 11,36 Mio. Männer, d.h. 50,49 %, und 11,14 Mio. Frauen (49,51 %) gezählt.

Wie in der Abbildung 8 zu erkennen ist, zählten 10,06 Mio. Personen zur Altersgruppe der 0- bis 19-Jährigen, was 44,7 % der gesamten Einwohnerzahl entsprach. 5,13 Mio. Personen dieser Gruppe waren männlich und 4,93 Mio. weiblich. Die Altersgruppe der 20- bis 64-Jährigen stellte mit 52,1 % die Mehrheit der Bevölkerung dar. Die 11,72 Mio. Menschen unterteilten sich auf 5,90 Mio. Männer und 5,82 Mio. Frauen. Zur Gruppe der Einwohner ab 65 Jahre gehörten 723 Tsd. Personen, 329 Tsd. männliche und 394 Tsd. weibliche. Der Anteil dieser Personen an der Gesamtbevölkerung betrug 3,2 %. Weibliche Neugeborene hatten eine Lebenserwartung von 77,1 Jahren und männliche Neugeborene 73,1 Jahren.

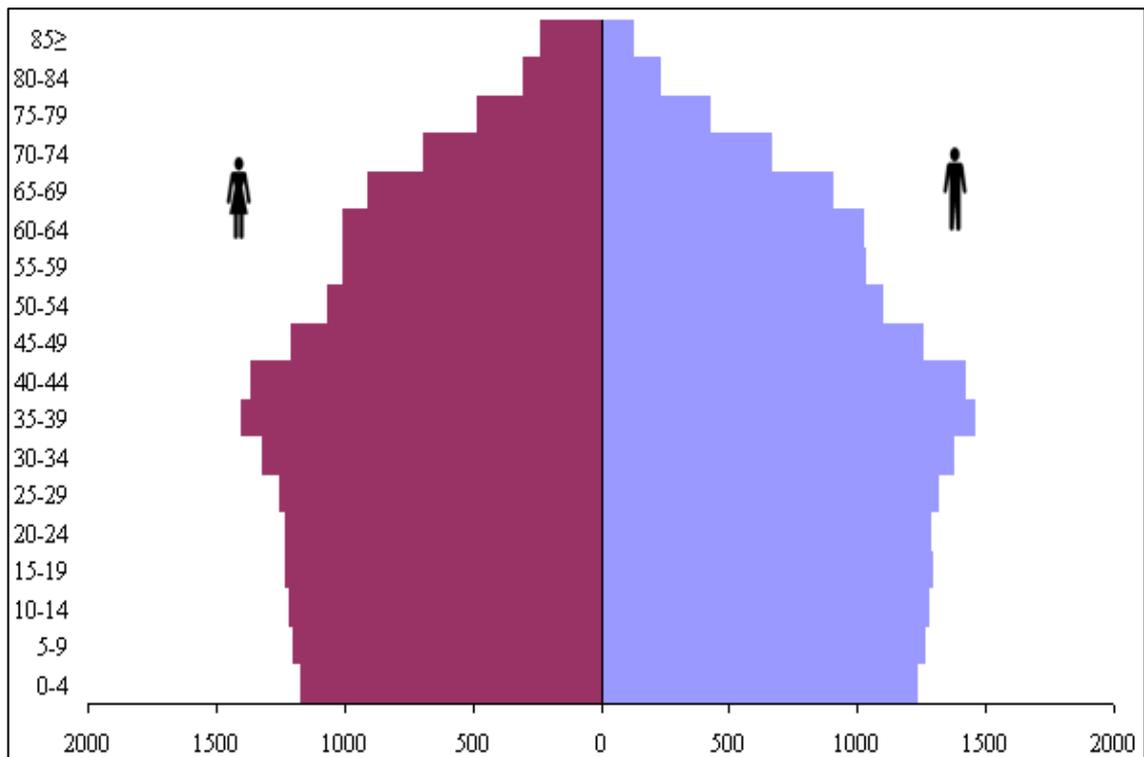


Abb. 9: Prognostizierter Altersaufbau der Bevölkerung in Syrien im Jahr 2050

Für das Jahr 2050 wird prognostiziert, dass ca. 36,91 Mio. Einwohner in Syrien leben werden. Diese werden sich voraussichtlich in 18,63 Mio. Männer 50,46% und 18,28 Mio. Frauen (49,54 %) unterteilen.

Der wahrscheinliche Altersaufbau findet sich in der Abbildung 9. Erkennbar ist, dass 26,76 % der Bevölkerung zwischen 0 und 19 Jahre sein wird, was 9,88 Mio. Personen entspricht. Davon werden 5,06 Mio. Kinder und Jugendliche männlich und 4,82 Mio. weiblich sein. Mit 59,83 % wird die Mehrheit der Bevölkerung in der Altersgruppe der 20- bis 64-Jährigen zu finden sein. Die 22,08 Mio. Menschen werden sich in 11,24 Mio. Männer und 10,84 Mio. Frauen untergliedern. 65 Jahre und älter werden 13,41 % bzw. 4,95 Mio. Einwohner sein. Diese Altersgruppe wird 2,33 Mio. Männer und 2,62 Mio. Frauen umfassen. Die Prognose für die Lebenserwartung eines neugeborenen Mädchens liegt bei 82,1 Jahren, die für einen neugeborenen Jungen bei 77,9 Jahren.

Die nächste Abbildung zeigt die regionale Bevölkerungsverteilung im Jahr 2007.

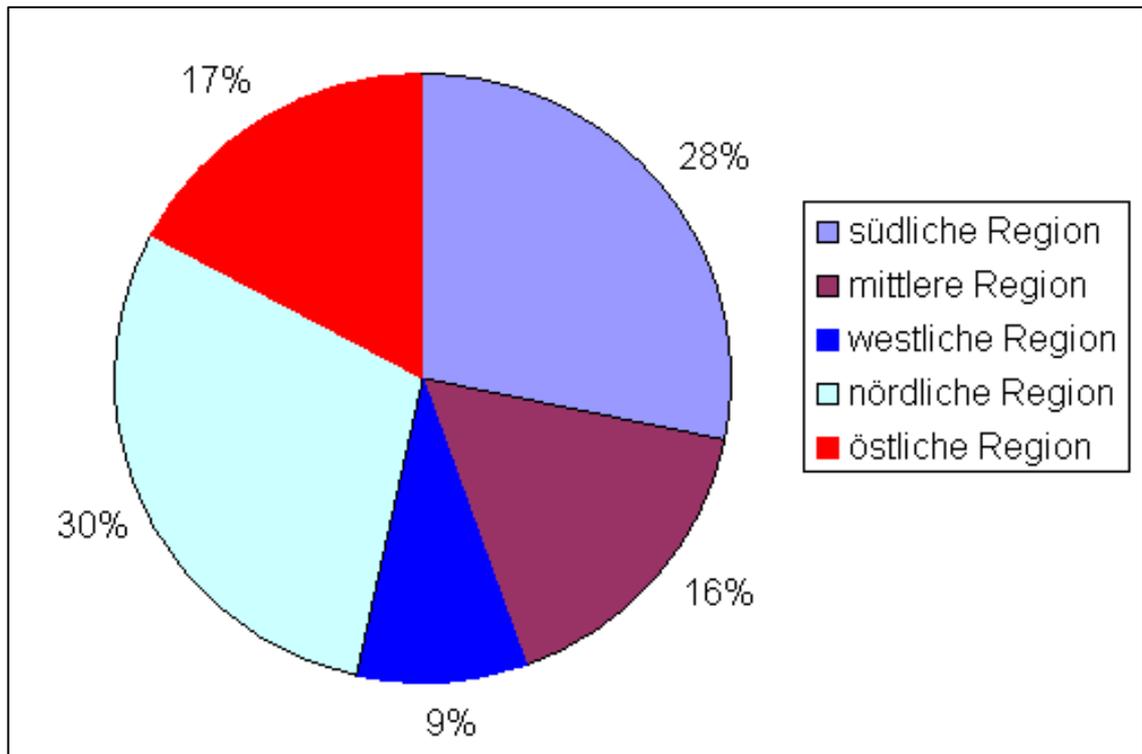


Abb. 10: Regionale Bevölkerungsverteilung 2007

Im Jahr 2007 lebten in Syrien 19,1 Mio. Einwohner. Sie verteilten sich wie folgt auf die Regionen Syriens: Mit 30 % lebte der größte Teil der Bevölkerung in der nördlichen Region. 28 % der Bevölkerung wohnte in der südlichen Region. Die östliche Region war die Heimat von 17 % der Bevölkerung und die mittlere Region von 16 %. Der geringste Bevölkerungsteil war mit 9 % in der westlichen Region vertreten.

2.3. Faktoren der Bevölkerungsentwicklung

Die Bevölkerungsentwicklung bezeichnet die Zu- oder Abnahme der Zahl der Menschen (Einwohner) auf einer bestimmten Fläche. Sie ergibt sich aus der Differenz zwischen Geburtenrate und Sterberate (natürliche Bevölkerungsentwicklung). Betrachtet man nur ein bestimmtes geographisches Gebiet, muss zudem das Migrationsaldo, das heißt die Differenz zwischen Zu- und Abwanderungen über die Gebietsgrenze, mitberücksichtigt werden.

Die Bevölkerungsentwicklung wird durch drei verschiedene Faktoren bestimmt, die Fertilität, Mortalität und die Migration.

2.3.1. Fertilität

Neben der Sterblichkeit sind die Geburtenvorgänge maßgeblich für die Bevölkerungsentwicklung. Diese werden mit verschiedenen Begriffen wie Fruchtbarkeit, Fertilität und Fortpflanzung beschrieben. Einerseits erwendet man die genannten Bezeichnungen als Synonyme, andererseits dienen sie auch der Kennzeichnung einzelner Aspekte des Bevölkerungsvorganges. Der Begriff „Fertilität“ (lat. fertilis = fruchtbar), hat zwei Bedeutungen: In der Demografie (ebenso wie in der Soziologie und Psychologie) bedeutet Fertilität die Anzahl von Kindern, die eine Frau in ihrem Leben gebärt. In diesem Sinn wird der Begriff in der Akademiengruppe „Fertilität und gesellschaftliche Entwicklung“ benutzt. In der Biologie und Medizin bedeutet Fertilität Fruchtbarkeit, das heißt die Fähigkeit zur geschlechtlichen Fortpflanzung. So wird der Begriff auch in der breiteren Öffentlichkeit oft verstanden. Als Maß für die Häufigkeit der Geburten findet man in den meisten Fällen die Rohe Geburtenrate (b), das ist die Anzahl der Lebendgeborenen (B) bezogen auf den mittleren Bevölkerungsbestand (P) in einem Zeitraum (Bähr u.a., 1992).

$$b = \frac{B}{P} \times 100$$

Weltweit ist die Rohe Geburtenrate in den letzten 50 Jahren gesunken. Sie lag im Jahr 1950 im Mittel bei 37,2 Kindern pro 1000 Einwohner und reduzierte sich bis zum Jahr 2010 auf 20,3 Kinder pro 1000 Einwohner. Die Rohe Geburtenrate unterscheidet sich stark zwischen Industrieländern und Entwicklungsländern.

Die Abbildung 11 zeigt die Rohe Geburtenrate Syriens von 1960 bis 2010 sowie die Prognose bis zum Jahr 2050.

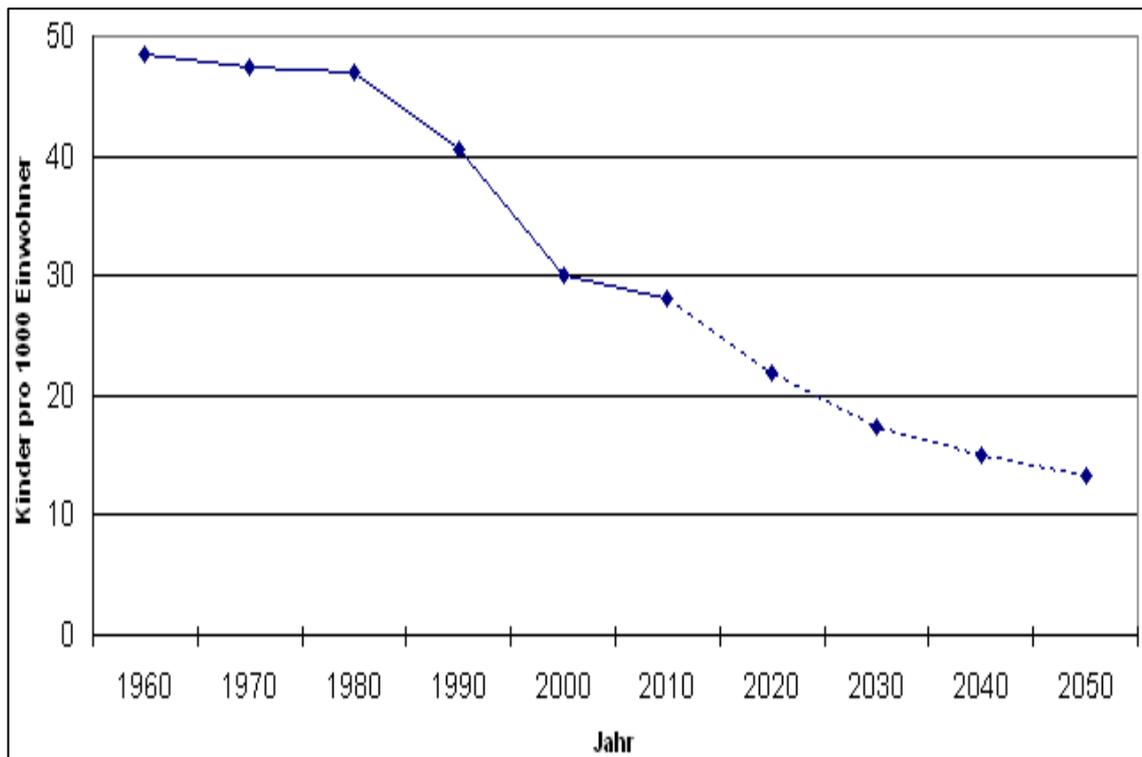


Abb. 11: Rohe Geburtenrate Syriens 1960 – 2050

Die Rohe Geburtenrate, welche im Jahr 1960 einen Wert von 48,4 Kindern pro 1000 Einwohner annahm, ist innerhalb von fünf Jahrzehnten auf 28,2 Kinder je 1000 Einwohner gesunken. Bis zum Jahr 2050 wird prognostiziert, dass die allgemeine Geburtenrate bis auf 13 Kinder pro 1000 Einwohner abnehmen wird.

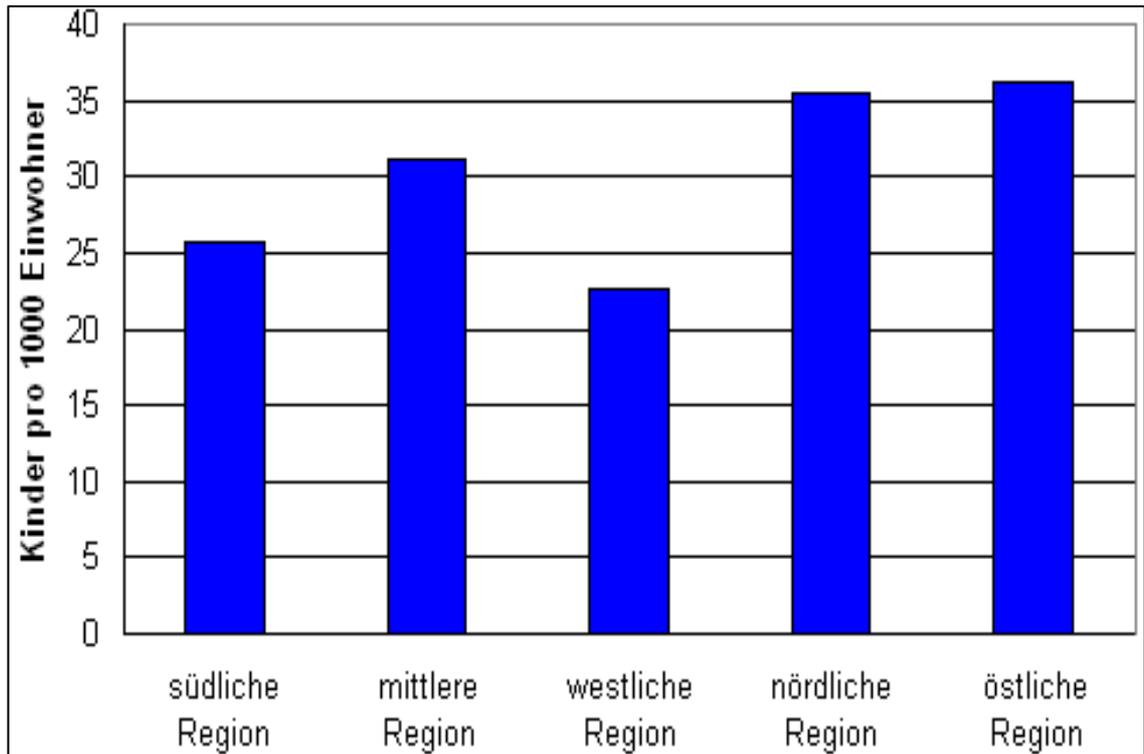


Abb. 12: Regionale Verteilung der allgemeinen Geburtenrate Syriens 2007

Die allgemeine Geburtenrate in Syrien betrug im Jahr 2007 durchschnittlich 31 Kinder je 1000 Einwohner. In der östlichen Region wurden mit 36 Kindern je 1000 Einwohner die meisten Kinder geboren. Auch in der nördlichen Region lag die allgemeine Geburtenrate mit 35 Kindern je 1000 Einwohner auf einem ähnlichen Niveau. In der mittleren Region wurden 31 Kinder je 1000 Einwohner geboren. Die geringsten Geburtenraten wurden in der südlichen und westlichen Region registriert. 26 Kinder je 1000 Einwohner wurden in der südlichen und 23 Kinder je 1000 Einwohner in der westlichen Region zur Welt gebracht.

Die allgemeine Fruchtbarkeitsrate ist in internationalen Übersichten neben der Geburtenrate häufig zu finden und wird oft zur Analyse verwendet. Dabei wird die Anzahl der Lebendgeborenen innerhalb eines Jahres auf 1000 Frauen im gebärfähigen Alter zwischen 15-49 Jahren bezogen (Bähr u.a., 1992).

$$AFR = \frac{B}{P_{w15-49}} * 1000$$

wobei:

AFR = allgemeine Fruchtbarkeitsrate

B = Anzahl der Lebendgeborenen eines Jahres

P_{w15-49} = Anzahl der Frauen im Alter von 15-49 Jahren.

Tiefergehende Einblicke verschaffen altersspezifische Fruchtbarkeitsraten, bei denen die Zahl der Lebendgeborenen von Frauen einzelner Altersklassen häufig werden (5 Jahrgänge zusammengefasst) innerhalb eines Kalenderjahres ermittelt werden. Allerdings sind die altersspezifischen Fruchtbarkeitsraten in ihrer Verwendung relativ umständlich und lassen nur begrenzte Vergleiche zu. Es ist deshalb zweckmäßiger, die altersspezifischen Fruchtbarkeitsraten zur Gesamtfruchtbarkeitsrate (engl. Total Fertility Rate, TFR) zusammenzufassen.

Die TFR gibt für eine bestimmte Region, ein Land oder einen Kontinent an, wie viele Kinder eine dort lebende Frau durchschnittlich im Laufe ihres Leben zur Welt bringen würde, wenn die in einem Zeitraum aktuellen altersspezifischen Geburtenraten über ihre gesamten fruchtbaren Lebensjahre (15-49 Jahre) konstant blieben (Bähr u.a., 1992).

$$TFR = \sum_i \frac{B_i}{P_{wi}} * 1000$$

wobei:

B_i = Anzahl der Lebendgeborenen von Müttern der i-ten Altersklasse

P_{wi} = Anzahl der Frauen der i-ten Altersklasse.

Die Fertilität lag im globalen Mittel bis zur Mitte der 1960er Jahre konstant bei etwa 5 Kindern pro Frau. Danach begann sie infolge der Durchsetzung der politisch gesteuerten Familienplanung zu sinken. Aktuell beträgt die Fertilität 2,7 Kinder je Frau. Die TFR ging zunächst in den Industrieländern, anschließend auch in den Entwicklungs- und Schwellenländern zurück. Frauen in Industrieländern bringen derzeit durchschnittlich 1,6 Kinder zur Welt, während in Entwicklungsländern 2,9 Kinder pro Frau geboren werden (ohne China: 3,3 Kinder pro Frau) (Hemmer, 1988).

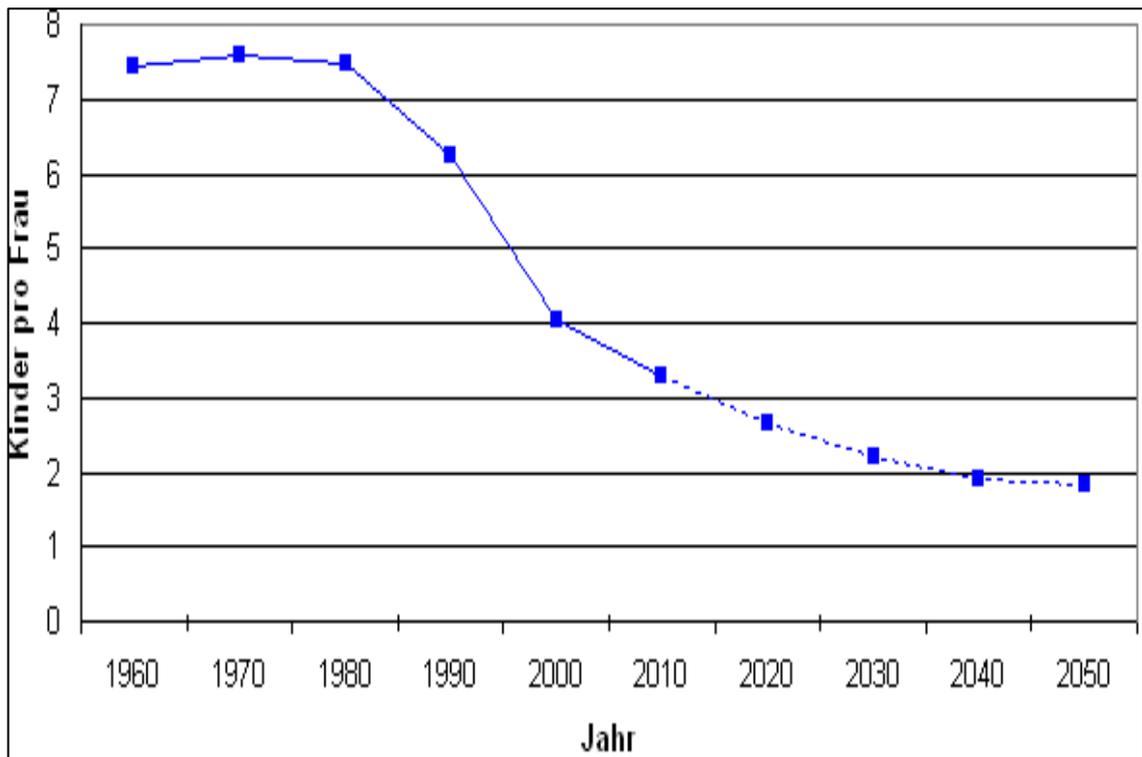


Abb. 13: Totale Fertilitätsrate Syriens 1960 und 2050

In der Syrischen Arabischen Republik lag die TFR in den 1960er Jahren bei etwa 7 Kindern pro Frau (Abb. 13). Sie sank bis zum Jahr 1993 auf ca. 4,20 Kinder pro Frau. In der letzten aktuellen Befragung aus dem Jahr 2004 wurde eine TFR von 3,58 Kindern je Frau bestimmt (CBS- Syrien, 2009). Das Fortpflanzungsverhalten der modernen syrischen Paare der 1980er Jahre hat stark zur Reduzierung der Geburtenrate beigetragen und war ein deutliches Ergebnis des wirtschaftlichen Drucks. Des Weiteren hat die zunehmende Erwerbstätigkeit der Frauen, ihr beruflicher Eintritt in wirtschaftliche Bereiche sowie die allgemeine Erhöhung des Bildungsniveaus das Alter der Einwohner bei der ersten Eheschließung erhöht. Auch die politische Familienplanung spielte eine große Rolle, entweder direkt über die Verteilung von Verhütungsmitteln oder indirekt über die Aufklärung.

Die TFR in Syrien und ihre zeitliche Veränderung, unterteilt in den städtischen und ländlichen Raum, sind in der Tabelle 1 dargestellt. Auffällig sind die deutlichen Unterschiede zwischen Stadt und Land, welche sich durch den geringeren Stellenwert der Familienplanung in ländlichen Gebieten begründen lassen. Die ländliche Bevölkerung vertritt immer noch die Meinung, dass jedes geborene Kind in der Landwirtschaft gebraucht wird.

Tab. 1: Totale Fertilitätsrate Syriens im städtischen und ländlichen Raum

Jahr	Stadt	Land	Gesamt
1993	4,59	5,06	4,20
2001	3,4	4,4	3,8
2004	3,19	4,1	3,58

Erkennbar ist in der Tabelle außerdem, dass die TFR seit 1993 abnehmend ist. 4,2 Kinder gebar eine Frau in diesem Jahr, 2004 waren es 3,58 Kinder. Im ländlichen Raum bringt eine Frau mehr Kinder zur Welt als in der Stadt. Beispielsweise waren es 1993 auf dem Land 5,06 Kinder je Frau und in der Stadt 4,59 Kinder je Frau. In beiden Gebieten ist die Fertilitätsrate rückläufig und so gebar eine Frau auf dem Land im Jahr 2004 4,1 Kinder und eine Frau, welche in der Stadt lebte, 3,19 Kinder.

2.3.2. Mortalität

Die Allgemeine Mortalität wird im deutschen Sprachgebrauch mit Sterblichkeit gleichgesetzt (Höhn.1987, S.70) und es wird nicht zwischen Sterbe- und Mortalitätsraten unterschieden. Wie auch bei den bereits beschriebenen unterschiedlichen Fertilitätsraten gibt es verschiedene Arten von Sterbe- bzw. Mortalitätsraten. Zuerst wird an dieser Stelle auf die „Rohe Sterberate (-ziffer)“ eingegangen. Diese bezeichnet die Zahl der Sterbefälle pro 1000 Einwohner in einem Jahr.

$$m = \frac{D}{P} * 1000$$

wobei:

m = rohe Sterberate

D = Sterbefälle innerhalb eines Jahres

P = durchschnittliche Bevölkerung des betreffenden Jahres.

Weltweit verringerte sich die rohe Sterberate aufgrund der medizinischen Fortschritte, der Verbesserung der Ernährungsbasis sowie der Verbesserung der hygienischen Bedingungen, vor allem der Wohnverhältnisse, der Wasserver- und Wasserentsorgung. Diese Rückentwicklung verläuft in verschiedenen Ländern in differenzierter Weise: Zum Beispiel liegt die rohe Sterberate in Deutschland seit 10 Jahren bei 10,3 Sterbefällen pro 1000 Einwohner. Im Zeitraum von 1965 bis 1975 betrug sie noch 12,3 Sterbefälle je 1000 Einwohner. Eine wichtige Rolle spielt dabei die Altersstruktur. Im Gegensatz zu Deutschland ist die rohe Sterberate in Syrien stark gesunken; von über 20 Sterbefällen pro 1000 Einwohner auf 3,4 Sterbefälle in der heutigen Zeit. Dies ist ein deutliches Ergebnis der Verbesserung des allgemeinen Lebensstils in Syrien, der einen direkten Einfluss auf die Lebendgeborenen Ratio und die Lebenserwartung hat.

Die nächste Abbildung verdeutlicht die rohe Sterberate in Syrien zwischen 1960 und 2050.

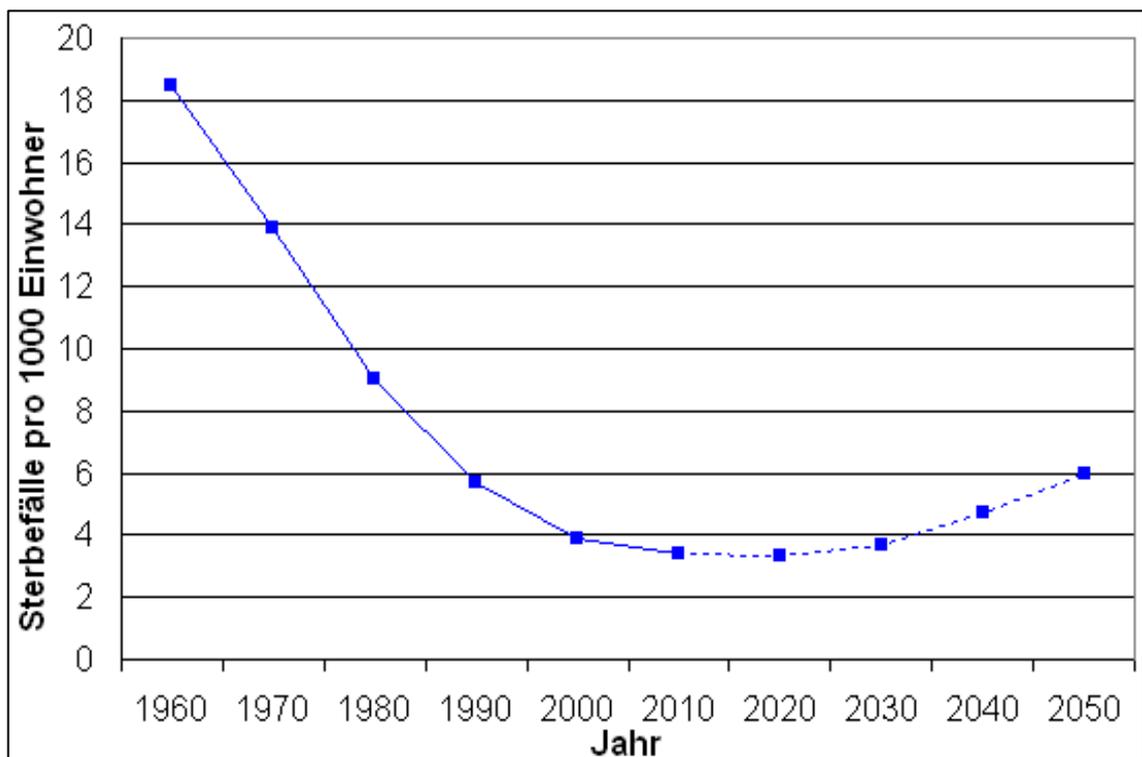


Abb. 14: Rohe Sterberate Syriens 1960 – 2050

Erkennbar ist, dass die rohe Sterberate von 1960 bis 2010 abnahm. Sie betrug im Jahr 1960 18,5 Sterbefälle pro 1000 Einwohner und sank auf 3,8 Sterbefälle pro 1000 Einwohner im Jahr 2010. Für das Jahr 2050 wird prognostiziert, dass die rohe Sterberate

auf 6 Sterbefälle je 1000 Einwohner ansteigen wird.

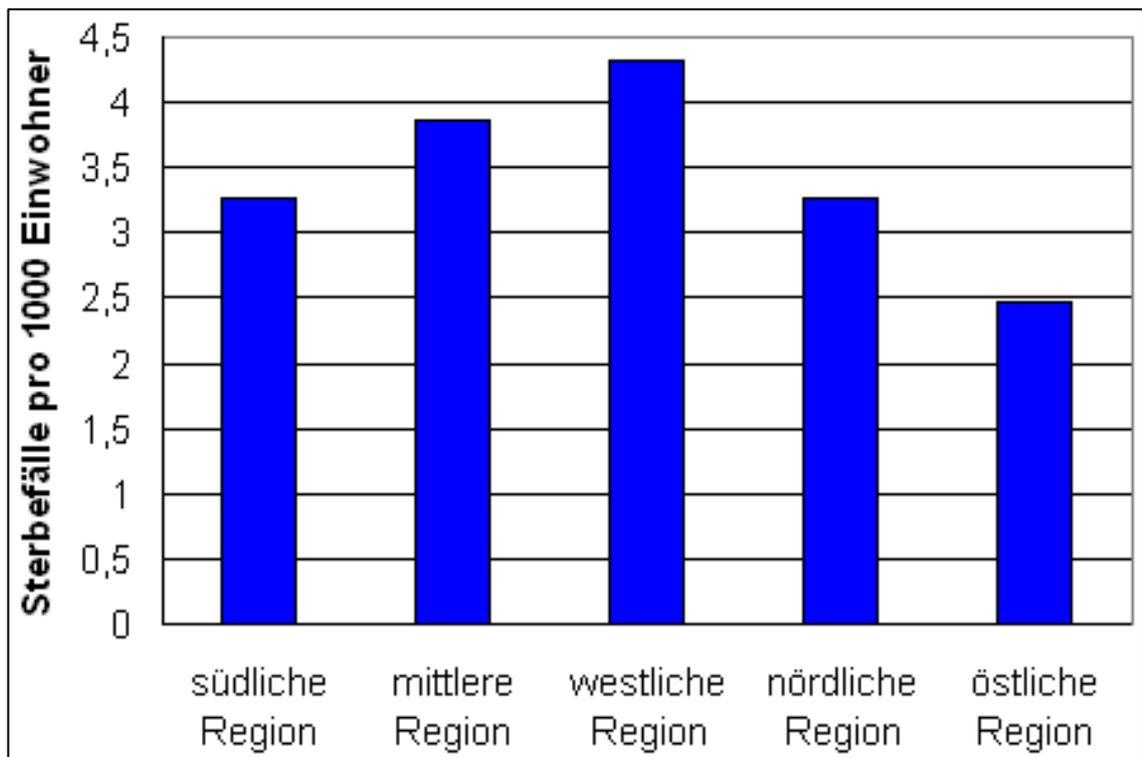


Abb. 15: Regionale Verteilung der rohen Sterberate Syriens 2007

Die rohe Sterberate differenziert nach den Regionen, in der Abbildung 15 dargestellt, zeigt, dass sie im Jahr 2007 besonders in der östlichen Region mit 2,5 Sterbefällen je 1000 Einwohner auf einem niedrigen Stand lag. Dagegen war die rohe Sterberate in der westlichen und mittleren Region mit 4,4 und 3,9 Sterbefällen je 1000 Einwohner höher. Die Ursache für diese Verteilung ist in der hohen allgemeinen Geburtenrate in der östlichen Region und in der niedrigen Geburtenrate in der westlichen Region zu finden.

Bei den rohen Sterbeziffern wird die Zahl der Sterbefälle auf die Gesamtbevölkerung bezogen. Folglich findet die Zusammensetzung der Bevölkerung nach Alter, Geschlecht, Familienstand und anderen Merkmalen keine Berücksichtigung. Zur Beurteilung der Mortalitätsunterschiede zwischen verschiedenen Ländern und Regionen ist die rohe Sterberate nur wenig geeignet, da sie ganz entscheidend von der Alterszusammensetzung der Bevölkerung beeinflusst wird. Das gilt insbesondere für einen Vergleich zwischen Industrie- und Entwicklungsländern.

Eine weitere Darstellungsform bietet die altersspezifische Sterberate:

$$m_i = \frac{D_i}{P_i} \times 1000$$

wobei:

m_i = Sterberate der i-ten Altersklasse

D_i = Anzahl der Todesfälle in der Altersklasse innerhalb eines Jahres

P_i = Bevölkerungsanzahl der Altersklasse i.

Mit der altersspezifischen Sterberate wird der Unterschied der Anzahl der Todesfälle zwischen Altersgruppen wie der jungen Bevölkerung (Säuglinge und Kleinkinder) und den Jugendlichen gekennzeichnet. Nachhaltigen Einfluss auf die Gesamtsterblichkeit hat vor allem die Säuglingssterblichkeit.

Die Säuglingssterberate bezeichnet die Zahl der Sterbefälle von Kindern unter einem Jahr je 1000 Lebendgeburten in einem definierten Zeitraum. Die Säuglingssterberate gilt als guter Indikator für den Stand der Gesundheitsversorgung in einem Land.

$$m_0 = \frac{D_0}{B} \times 1000 \quad (\text{Bähr u.a., 1992})$$

wobei:

m_0 = Säuglingssterblichkeit

D_0 = Anzahl der gestorbenen Säuglinge (unter einem Jahr) innerhalb eines Jahres

B = Zahl der Lebendgeborenen in einem Kalenderjahr.

Die Säuglingssterberate ist weltweit gesunken; von durchschnittlich 151,9 Sterbefällen pro 1000 Lebendgeborenen in der Mitte des letzten Jahrhunderts bis auf 47,3 als Durchschnitt der letzten 5 Jahre.

Syriens Säuglingssterblichkeit zwischen 1960 und 2050 ist aus der Abbildung 16 ersichtlich.

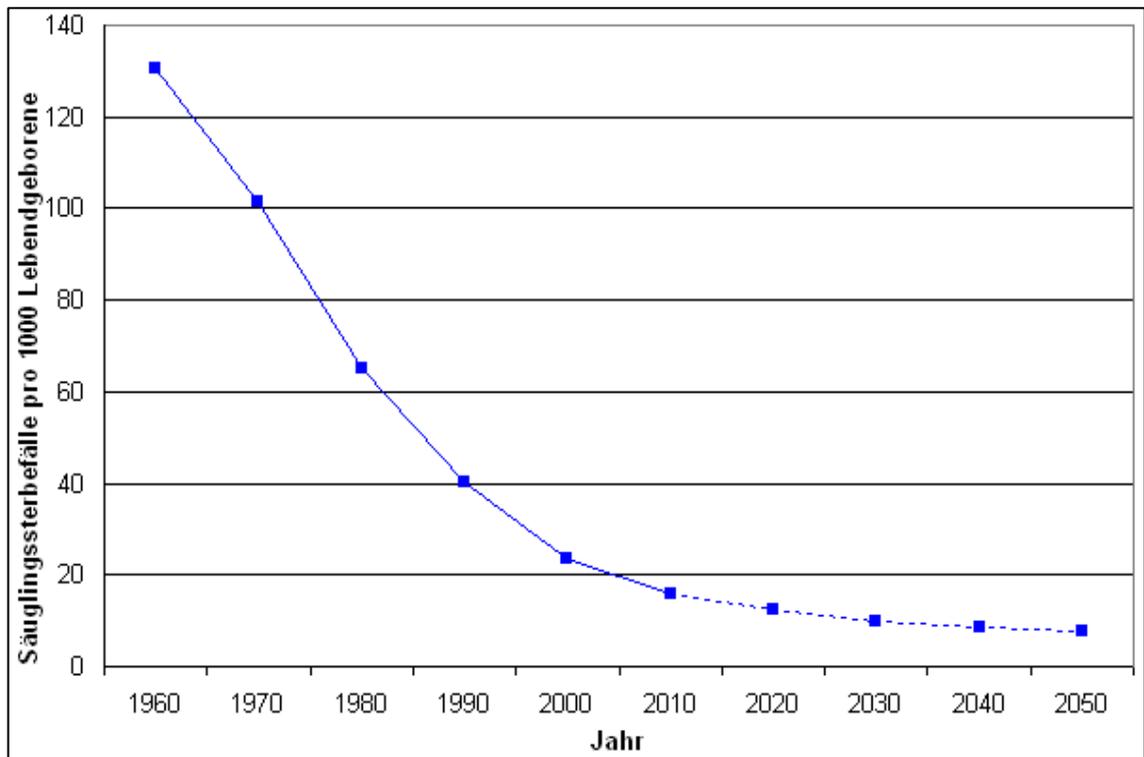


Abb. 16: Säuglingssterblichkeit Syriens 1960 – 2050.

Die Säuglingssterblichkeit betrug in Syrien im Jahr 1960 132 Todesfälle pro 1000 Lebendgeborene. Anschließend sank sie exponentiell und kontinuierlich. Im Jahr 2010 lag die Säuglingssterblichkeitsrate bei 18 Sterbefällen pro 1000 Lebendgeborene. Besonders im Vergleich zu Deutschland mit 4,1 Todesfällen pro 1000 Lebendgeborenen wird sie immer noch als hoch erachtet. Für die folgenden Jahre wird eine weiterhin sinkende Rate erwartet, sodass im Jahr 2050 mit 8 Todesfällen pro 1000 Lebendgeborene gerechnet wird.

Eine weitere ähnlich wichtige Rate zur Beschreibung der Mortalität ist die Kleinkindsterblichkeit, welche Kinder von 1 – 5 Jahre einschließt.

$$m_{1-5} = \frac{D_{1-5}}{P_{1-5}} \times 1000 \quad (\text{Bähr u.a., 1992})$$

wobei:

m_{1-5} = Kleinkindersterblichkeit

D_{1-5} = Anzahl der gestorbenen Kinder (1-5 Jahre alt) innerhalb eines Jahres

P_{1-5} = Zahl der Kinder (1 – 5 Jahre alt) in einem Kalenderjahr.

Auch diese Rate ist in letzter Zeit weltweit in unterschiedlichem Maße gesunken. In der nachstehenden Tabelle 2 kann man die Verbesserungen und Unterschiede erkennen.

Tab. 2: Kleinkindersterblichkeit in Syrien, Deutschland und in der Welt 1995 – 2010

Jahr	Syrien	Deutschland	Welt
1995-2000	28	6	85
2000-2005	22	5	77
2005-2010	18	5	71

Bezüglich der Kleinkindersterblichkeit konnte Syrien seit dem Zeitraum 1995-2000 Fortschritte erzielen. Sie sank von 28 Todesfällen pro 1000 Kinder im Alter von 1-5 Jahren im Zeitraum 1995 – 2000 auf 18 Todesfälle pro 1000 Kinder im Zeitraum 2005-2010. Die Kindersterblichkeit Syriens ist im Vergleich zur Kindersterblichkeit in der Welt wesentlich besser. Global betrachtet verringerte sich die Kindersterblichkeit von 85 Todesfällen pro 1000 Kinder im Mittel der Jahre 1995 – 2000 auf 71 Todesfälle je 1000 Kinder im Mittel des Zeitraumes 2005 – 2010. In Anbetracht der Kindersterblichkeit in Industrieländern, wie zum Beispiel Deutschland mit nur 5 Todesfällen pro 1000 Kinder, ist diese in Syrien allerdings immer noch vergleichsweise hoch.

2.3.3. Migration

Die zahlenmäßige Entwicklung der Bevölkerung eines Gebiets wird nicht nur durch die natürliche Bevölkerungsbewegung, sondern auch durch Zu- und Abwanderungen, also durch räumliche Bevölkerungsbewegungen, bestimmt. Der Einfluss der Wanderungen (Migrationen) nimmt dabei in der Regel mit der Größe der betrachteten Raumeinheit ab.

Wanderung ist ein wesentlicher Bestimmungsfaktor der Bevölkerungsentwicklung, sie beeinflusst maßgeblich die Einwohnerzahl und wichtige Aspekte der Sozialstruktur wie etwa die Alters-, Geschlechts- und Schichtstrukturen.

Die Migrationsrate beschreibt die Zu- oder Abwanderung der Bevölkerung eines Landes. Sie wird in Migranten je 1.000 Einwohner und Jahr oder in Prozent je Migrationsintervall angegeben. Ein Überschuss an Zuwanderung wird dabei als positive Zahl, ein Abwanderungsüberschuss als negative Zahl dargestellt.

Die Migrationsrate ist auch ein Indiz für die soziale Lage eines Landes. Hunger, Dürre, Arbeitslosigkeit und Krieg führen in der Regel zu Abwanderung, während sozialer Wohlstand, Arbeitskräftemangel und politische Stabilität Gründe für Zuwanderung sein können. Prinzipiell bieten sich zwei Möglichkeiten zur Erfassung von Wanderungen an:

Bei den direkten Methoden wird auf Daten zur Wanderung selbst zurückgegriffen, die indirekten Methoden zielen auf eine Berechnung der Wanderung aus anderen Größen ab (BÄHR 1992 nach COURGEAU 1980 und 1988; ESENWEIN-ROTHE 1982).

In Syrien kann die Wanderung mit den direkten Methoden infolge der Nichtverfügbarkeit statistischer Daten nicht erfasst werden (CBS-2009).

Die Anzahl der Auswanderer wird indirekt über die Differenz zwischen der Anzahl der syrischen Einwohner und der Anzahl der syrischen Bürger mit syrischer Staatsangehörigkeit ermittelt. Im Jahr 2004 betrug die Anzahl der Auswanderungen ca. -2,5 Millionen Menschen. Diese negative Migrationsrate bedeutet eine Abwanderung von ca. 12% der syrischen Bürger (CBS-2009).

Syrien hätte im Jahr 2006, ohne die ca. 2 Mio. eingewanderten Vertriebenen und Flüchtlinge, 18,914 Mio. Einwohner gezählt. 0,5 Mio. Zuwanderer stammten aus Palästina, die Übrigen aus dem Irak (CBS-2009).

2.4. Schlussfolgerung

Die Anzahl der syrischen Bevölkerung ist in den vergangenen 50 Jahren auf das 5-fache angestiegen – von 4,6 Mio. Einwohnern im Jahr 1960 auf 22,5 Mio. Einwohner im Jahr 2010. Für die nächsten Jahre wird ein weiterer Zuwachs prognostiziert und im Jahr 2050 werden voraussichtlich 36,9 Mio. Einwohner in Syrien leben.

Eine Altersaufbaustruktur in klassischer Pyramidenform wies die Bevölkerung im Jahr 1960 auf. Den größten Bevölkerungsanteil stellten Kinder und Jugendliche dar, während Menschen älterer Jahrgänge nach oben hin zahlenmäßig immer mehr abnahmen und dementsprechend einen immer kleiner werdenden Anteil bildeten (siehe Abbildung 3).

Im Jahr 2000 wich die Altersaufbaustruktur von der idealen Vorstellung einer Pyramide ab. Ältere Personengruppen machten den größten Anteil der Bevölkerung aus. Dieser Trend wird sich bis 2050 fortsetzen: Die jüngere Altersgruppe wird weiter abnehmen, die mittleren und älteren Altersgruppen werden anteilmäßig zunehmen.

Veränderungen sind auch bei der durchschnittlichen Lebenserwartung Neugeborener zu beobachten. Im Jahr 1960 betrug die mittlere Lebenserwartung neugeborener weiblicher Personen 51,8 Jahre und die mittlere Lebenserwartung für neugeborene männliche Personen 49 Jahre. Bis 2010 verlängerte sich die Lebenserwartung kontinuierlich auf 77,1 Jahre für neugeborene Mädchen und auf 73,1 Jahre für neugeborene Jungen. Laut Prognosen wird dieser Trend andauern, so dass man im Jahr 2050 mit einer durchschnittlichen Lebenserwartung neugeborener Mädchen von 82,1 Jahre kalkulieren kann. Die entsprechende Zahl für neugeborene Jungen lautet 77,9 Jahre.

Ursache für die Umformung der Altersaufbaustruktur und die Verlängerung der Lebenserwartung ist eine veränderte natürliche Bevölkerungsentwicklung, welche die Fertilität, Mortalität sowie die Änderungen im Migrationsaldo miteinschließt.

Zum Beispiel sank die allgemeine Geburtenrate von 48,4 Kindern je 1000 Einwohner im Jahr 1960 auf 28,2 im Jahr 2010. Begründet werden kann dieser Rückgang mit dem verbessertem Bildungsniveau der Bevölkerung, der Familienplanung und der veränderten wirtschaftlichen Lage, zu welcher der gestiegene Anteil weiblicher Erwerbstätiger zählt. Im Vergleich mit Industrieländern ist diese Zahl dennoch als hoch einzuschätzen. Bis zum Jahr 2050 wird eine weitere Abnahme der Rate auf 13 Kinder je 1000 Einwohner vorhergesagt.

Analog zur allgemeinen Geburtenrate entwickelte sich auch die totale Fertilitätsrate. Im Jahr 1960 lag sie bei 7 Kindern je Frau. Im vergangenen Jahr 2010 gebar eine Frau 3,2 Kinder und bis zum Jahr 2050 wird die totale Fertilitätsrate laut Prognosen auf 2 Kinder je Frau abnehmen.

Des Weiteren reduzierte sich aufgrund des medizinischen Fortschritts, der verbesserten hygienischen Bedingungen und der verbesserten Ernährung die rohe Sterberate. Noch im Jahr 1960 betrug die rohe Sterberate 18,7 Todesfälle je 1000 Einwohner. Sie sank bis 2010 auf 3,8 Todesfälle je 1000 Einwohner. Die Anzahl der Todesfälle wird infolge des sich verändernden Altersaufbaus der Bevölkerung sowie infolge der Zunahme der Zahl älterer Menschen bis zum Jahr 2050 auf 6 Todesfälle je 1000 Einwohner ansteigen.

Zum Positiven verändert sich ferner die Zahl der Säuglingssterblichkeit. 132 Säuglinge je 1000 Lebendgeborene starben 1960. Im Jahr 2010 lag die entsprechende Zahl bei 18 und bis 2050 wird sie sich auf weniger als 10 reduzieren.

Die Migration als dritter Faktor der Bevölkerungsentwicklung ist in Syrien von entscheidender Bedeutung. Die Volkszählung im Jahr 2004 ergab anhand einer negativen Migrationsrate von 12 % einen Auswanderungsüberschuss.

Syrien hatte im Jahr 2007 19,1 Mio. Einwohner und die regionale Verteilung der Bevölkerung stellte sich folgendermaßen dar: Der größte Bevölkerungsanteil lebte mit 30 und 28 % in der nördlichen und südlichen Region. 17 % der Bevölkerung war in der östlichen Region und 16 % der Bevölkerung in der mittleren Region beheimatet. Der geringste Anteil von 9 % lebte in der westlichen Region Syriens.

Bezüglich der allgemeinen Geburtenrate, welche im Jahr 2007 durchschnittlich 31 Kinder je 1000 Einwohner betrug, gibt es regionale Unterschiede. Eine hohe Rate wurde mit 36 und 35 Kindern je 1000 Einwohner in der östlichen und nördlichen Region ermittelt. Dagegen wurde in der westlichen mit 23 Kindern je 1000 Einwohner eine niedrige Geburtenrate festgestellt

Regionale Abhängigkeiten sind auch aus der rohen Sterberate ersichtlich. Im Jahr 2007 lag die rohe Sterberate in der östlichen Region mit 2,5 Todesfällen je 1000 Einwohner auf einem niedrigen Niveau, was durch die hohe allgemeine Geburtenrate in dieser Region begründet werden kann. Andererseits gab es in der westlichen Region aufgrund der dortigen niedrigen Geburtenrate 4,4 Todesfälle je 1000 Einwohner.

Die hier genannten demografischen Unterschiede zwischen den syrischen Regionen müssen bei gesundheitlichen, wirtschaftlichen und sozialen Vorhaben der Regierung Berücksichtigung finden, um finanzielle Mittel optimal einzusetzen.

3. Wirtschaftliche und soziale Lage in Syrien

In den letzten Jahren war die syrische Wirtschaft einer stetigen Transformation und Modernisierung unterworfen. Das Bruttoinlandsprodukt betrug im Jahr 2007 1,28 Billion syrische Lira (ca. 18 Mrd. Euro) und das reale Bruttoinlandsprodukt nahm im Jahr 2007 um 5,7 % zu. Die Inflationsrate lag bei 15,4 %.

Die syrische Wirtschaft ist von einer starken Erdölabhängigkeit geprägt. Hauptexportgüter sind neben Öl und petrochemischen Produkten, Obst und Gemüse, Fleisch, Vieh, Weizen sowie Baumwolle, Textilien und Bekleidung. Die Hauptabnehmerländer im Jahr 2007 waren Italien (19,6%), Frankreich (8,8%), Saudi-Arabien (8,8%), Irak (6,4), Jordanien (4 %) und Ägypten (4%).

Syrien ist vor allem bei Maschinen und Transportausrüstungsgütern, Metallen und Metallerzeugnissen, Kraftfahrzeugen, chemischen Produkten und Nahrungsmitteln auf Importe angewiesen. Italien (10,2%), USA (6,5%), Deutschland (5,3%) sowie die Türkei (5,2%) stellten im Jahr 2007 die Hauptlieferländer dar.

Dieses Kapitel widmet sich einer genaueren Betrachtung der wirtschaftlichen Sektoren in Syrien. Des Weiteren wird für das Jahr 2007 die wirtschaftliche und soziale Lage anhand des Standes der Arbeitslosigkeit, Beschäftigung und Analphabetisierung in Syrien mit besonderem Augenmerk auf die geschlechtsspezifischen und geografischen Unterschiede ausgewertet. Die dafür nötigen Daten stammen aus dem Jahrbuch für das Jahr 2008 des Zentralen Statistischen Amtes in Syrien.

3.1. Wirtschaftssektoren

In der Wirtschaftswissenschaft werden Industrie und Gewerbe in Wirtschaftssektoren eingeteilt. Diese Sektoren finden ihre Grundlage in der Drei-Sektoren-Hypothese der Volkswirtschaftslehre (Danielli u.a. 2009):

- Primärsektor (Urproduktion): Er umfasst die direkte Ressourcennutzung, wie die Land-, Forst-, Fischereiwirtschaft sowie den Bergbau.

- Sekundärsektor (industrieller Sektor): Zu ihm werden das verarbeitende Gewerbe, die Industrie, das Handwerk, das Bauwesen und die Energiewirtschaft gezählt.
- Tertiärsektor (Dienstleistungssektor): Dieser Sektor umfasst alle Dienstleistungen, die in eigenständigen Unternehmungen oder durch den Staat sowie in anderen öffentlichen Einrichtungen erbracht werden. Ihm werden der Handel, der Verkehr, die Banken, der Tourismus etc. zugeordnet.

1. Primärsektor (Urproduktion)

In Syrien hat wie in allen Entwicklungsländern die Landwirtschaft eine große Bedeutung. Bei lebensnotwendigen Erzeugnissen wie Weizen ist Syrien fähig, sich selbst zu versorgen und konnte in der Vergangenheit sogar als Exporteur von Weizen auftreten. Aufgrund der schlechten Ernte 2007 wurden allerdings die Exportverpflichtungen bei Weizen zu Gunsten des lokalen Marktes eingeschränkt.

Baumwolle ist das zweitwichtigste Agrarerzeugnis mit besonderer Bedeutung für den Export. Die Regierung hat sich zum Ziel gesetzt, die Wertschöpfung aus Baumwolle weiter zu steigern, indem mehr Baumwolle im eigenen Land durch die lokale Textilindustrie verarbeitet werden soll, anstatt sie als Rohbaumwolle zu exportieren (Daloia, 2008). Des Weiteren werden Obst und Gemüse, beispielsweise Oliven und Zitrusfrüchte, exportiert. Eine besondere Rolle spielen auch Fleisch, Vieh und Fisch.

Der Anteil des Primärsektors am Bruttoinlandsprodukt sank vom Jahr 2002 bis zum Jahr 2008 von 25 auf 19 %. Im gleichen Zeitraum ging der Anteil aller Beschäftigten in diesem Sektor von 24 auf 16 % zurück. (CBS)

2. Sekundärsektor (industrieller Sektor)

Es besteht eine starke Verknüpfung der syrischen Wirtschaft mit der Erdölindustrie und obwohl der Anteil dieses Rohstoffes am Exportvolumen von 2000 auf 2008 von 80 auf 40 % fiel und der Beitrag des Sekundärsektors zum Staatshaushalt langfristig abnehmen wird, investiert die Regierung vorerst weiter in die Exploration neuer Ölfelder.

Neben der privaten Industrie gibt es auch die staatliche (Stengel, 2010). Staatliche Betriebe sind hauptsächlich in den Bereichen Chemie, Bauwesen und Infrastruktur tätig, während die privaten Betriebe vor allem in der Lebensmittelverarbeitung, der Textilindustrie und der Pharmazie agieren.

Syrien ist überwiegend bei Maschinen und Transportausrüstungsgütern, Metallen und Metallerzeugnissen, Kraftfahrzeugen, chemischen Produkten und Nahrungsmitteln auf Importe angewiesen.

Der Anteil des Sekundärsektors am BIP stieg von 30 % im Jahr 2002 auf 35 % im Jahr 2008 an. In diesem Sektor arbeiteten im Jahr 2002 31 % aller Beschäftigten, dieser Anteil sank bis 2008 leicht auf 30 %.

3. Tertiärsektor (Dienstleistungssektor)

Im Dienstleistungssektor ist vor allem der Tourismus als wachstumstärkster Bereich zu nennen. Derzeit ist Syrien noch weit davon entfernt, ein Tourismusland zu sein, doch die Regierung hat das Potenzial dieser Branche erkannt und wird in sie weiter verstärkt investieren. In den nächsten Jahren wird sich herausstellen, ob Syrien den Übergang von einem agrardominierten zu einem Industrie- und Dienstleistungsland schafft. Der Tourismus wird dabei ein wichtiger Baustein sein.

Branchen mit Wachstumspotenzial sind neben dem Tourismus der Transport und die Logistik, Finanzdienstleistungen, die Telekommunikationsbranche und der Außenhandel.

Während im Jahr 2002 auf den Dienstleistungssektor 40 % des BIP entfielen, waren es im Jahr 2008 bereits 46 %. Der Anteil aller Beschäftigten in dem Sektor steigerte sich von 45 % im Jahr 2002 auf 54 % im Jahr 2008.

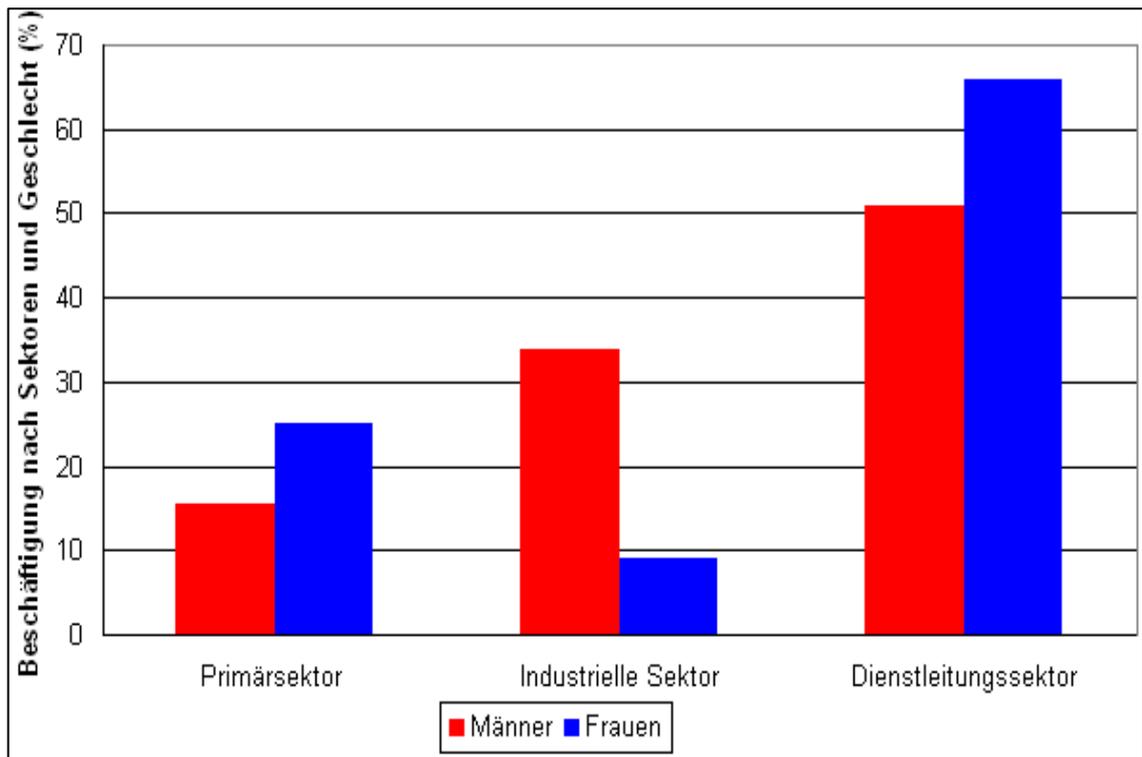


Abb. 17: Sektorale und geschlechtsspezifische Verteilung der Beschäftigten 2007

In der Abbildung 17 ist die Verteilung der Beschäftigten unterteilt in Sektoren und Geschlechter, für das Jahr 2007 dargestellt. Erkennbar ist, dass im Dienstleistungssektor sowohl die meisten Männer als auch Frauen beschäftigt sind. 51 % aller männlichen Personen und 66 % aller weiblichen Personen arbeiten im Tertiärsektor. Ein Viertel der Frauen geht einer Beschäftigung im Primärsektor und 9 % der Frauen geht einer Beschäftigung im Sekundärsektor nach. Bei den Männern ergibt sich für die ersten beiden Sektoren ein gegenteiliges Bild: 33% der Männer arbeitet im industriellen und 16 % im Primärsektor.

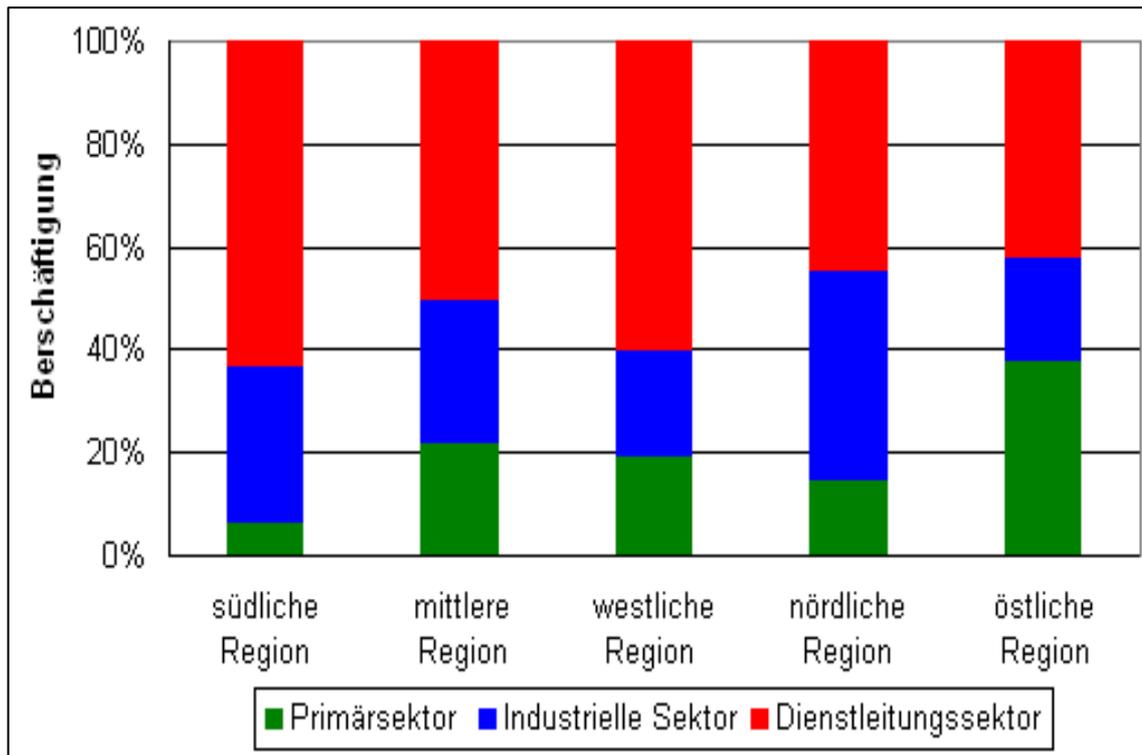


Abb. 18: Regionale Verteilung der Beschäftigten in den Sektoren 2007

Die regionale Verteilung der Beschäftigten in den drei Wirtschaftssektoren für das Jahr 2007 findet sich in der Abbildung 18. Aus ihr geht hervor, dass besonders in der östlichen Region der Primärsektor mit 38 % eine wichtige Rolle spielt. Dagegen nimmt im Vergleich zu den anderen Regionen der Dienstleistungssektor mit 42 % den geringsten Stellenwert ein. 20 % aller Beschäftigten dieser Region arbeiten im industriellen Sektor. Der Primärsektor in der nördlichen Region bietet 17 % der Beschäftigten Arbeit. Auffällig ist der große Anteil des industriellen Sektors, dieser beschäftigt 40 % aller Arbeiter und damit bei der prozentualen Gegenüberstellung der Regionen in der nördlichen Region die meisten Beschäftigten. Im Dienstleistungssektor arbeiten 44 % der Beschäftigten. In der mittleren und westlichen Region sind 22 % bzw. 19 % der Beschäftigten im Primärsektor tätig. Der Sekundärsektor spielt in Bezug auf die Beschäftigung in der mittleren Region (24 %) eine größere Rolle als in der westlichen Region (20 %). In diesen beiden Regionen dominiert jedoch der Dienstleistungssektor als Arbeitsstätte für Beschäftigte. In der mittleren Region arbeitet rund die Hälfte aller Beschäftigten und in der westlichen Region sogar zwei Drittel aller Beschäftigten im Tertiärsektor. Bezüglich des Tertiärsektors ergibt sich in der südlichen Region ein ähnliches Bild wie in der westlichen. 62 % der Beschäftigten sind in diesem

Wirtschaftssektor tätig, damit stellt der Dienstleistungssektor in der südlichen Region die wichtigste Beschäftigungsmöglichkeit dar. Auch der industrielle Sektor bietet mit 23 % im regionalen Vergleich vielen Beschäftigten eine Arbeit. Lediglich 5 % der Beschäftigten arbeiten in der südlichen Region im Primärsektor. Hinsichtlich des industriellen Sektors fällt eine gleichmäßige regionale Verteilung, mit der nördlichen Region als Ausnahme, auf.

3.2. Erwerbstätigkeit und Arbeitslosigkeit

Syrien weist eine relativ junge Bevölkerung mit einer hohen Geburtenrate auf, demzufolge steigt die Zahl an Personen auf dem Arbeitsmarkt jährlich an. Die Erwerbstätigkeit und die Arbeitslosigkeit nimmt absolut gesehen stetig zu.

Obwohl Syriens Bevölkerung zu 63,2 % über 15 Jahre alt ist, ist nur 44 % dieser Bevölkerungsgruppe auf dem Arbeitsmarkt tätig.

Die Nichterwerbspersonen stellen mit 56 % den größten Anteil an dieser Gruppe dar. Nichterwerbspersonen sind Personen, die keine – auch keine geringfügige – auf Erwerb gerichtete Tätigkeit ausüben oder suchen. Sie sind nach dem ILO-Konzept weder als erwerbstätig noch als erwerbslos einzustufen.

Die Ursache für diesen hohen Anteil liegt an der geringen Beteiligung von Frauen am Arbeitsmarkt. Weniger als 15 % der Frauen im Erwerbsalter werden zu den Erwerbspersonen gezählt.

Erwerbspersonen sind entweder erwerbstätig oder erwerbslos.

Erwerbstätige sind Personen von über 15 Jahren, die in einem Arbeitsverhältnis stehen (Arbeitnehmer); selbstständig ein Gewerbe, einen freien Beruf oder einen Landwirtschaftsbetrieb betreiben (Selbstständige, Unternehmer) oder als mithelfende Familienangehörige im Betrieb eines Verwandten tätig sind.

Erwerbslose (Arbeitslose) werden als Personen älter als 15 Jahre definiert, welche während einer begrenzten Periode ohne Arbeitsplatz sind, dem Arbeitsmarkt jedoch zur Verfügung stehen und auf Arbeitssuche sind.

Laut den Informationen des syrischen Zentralen Statistischen Amtes betrug die Arbeitslosigkeit im Jahr 2007 4,8 %. Schätzungen von Satouf Hussen 2007 zufolge lag die verdeckte Arbeitslosigkeit allerdings bei 20 – 25 %.

Der Erwerbsstatus in Syrien für das Jahr 2007 ist aus Abbildung 19 ersichtlich.

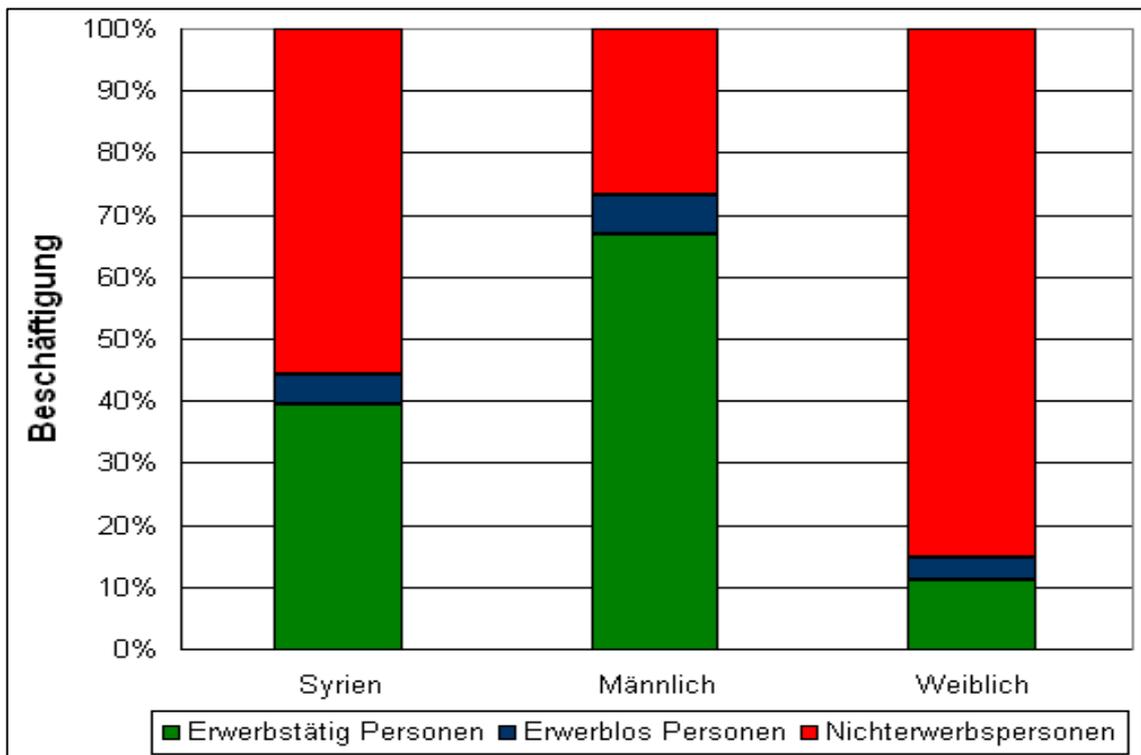


Abb. 19: Erwerbsstatus 2007

Der Erwerbsstatus 2007 macht deutlich, dass 39 % aller Erwerbspersonen in Syrien erwerbstätig sind. 5 % werden den Erwerbslosen und 55 % den Nichterwerbspersonen zugerechnet. Bezüglich der Geschlechter ergibt sich ein abweichendes Bild. 68 % der männlichen Erwerbspersonen sind erwerbstätig, 5 % sind erwerbslos und 28 % der Männer sind Nichterwerbspersonen. Dagegen sind ausschließlich 12 % der weiblichen Personen erwerbstätig und 3 % erwerbslos. Die Mehrheit der Frauen (85 %) zählt zu den Nichterwerbspersonen.

Die Erwerbstätigkeit und die Arbeitslosigkeit weist in den fünf Regionen sowohl Unterschiede zwischen Männern und Frauen als auch räumliche Unterschiede zwischen städtischen und ländlichen Gebieten auf. Die nächsten Abbildungen sollen dies verdeutlichen.

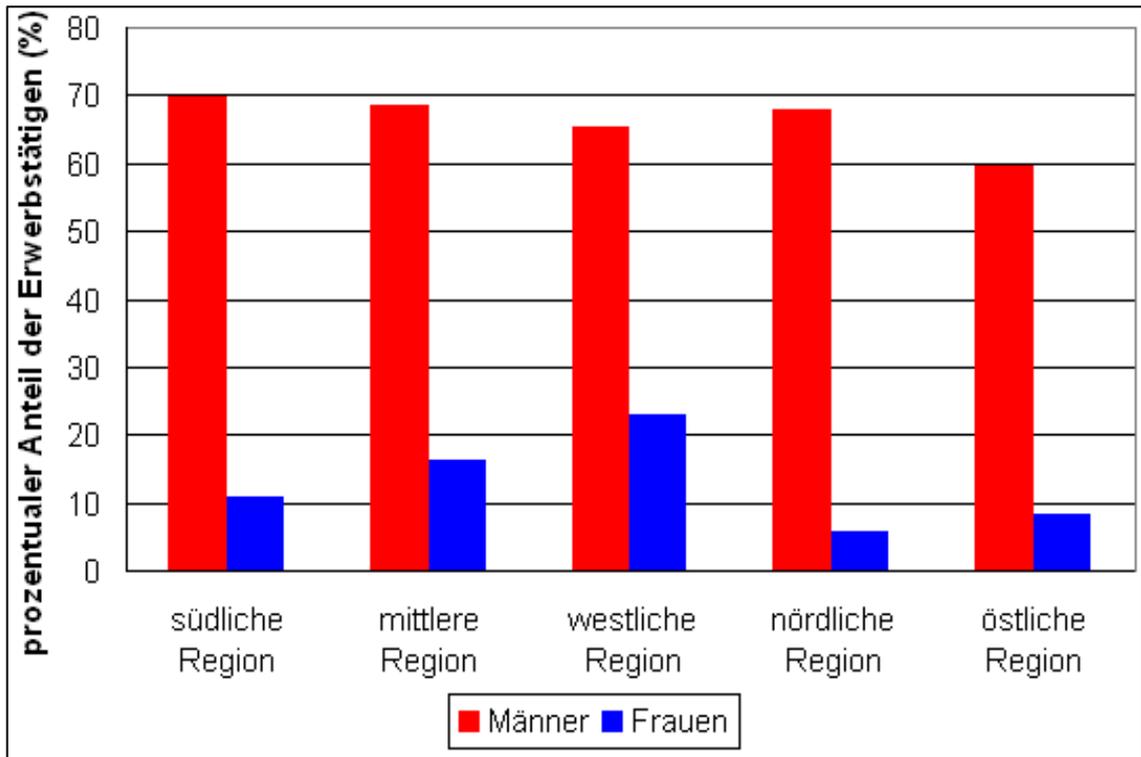


Abb. 20: Regionale und geschlechtsspezifische Verteilung der Erwerbstätigkeit 2007

Augenscheinlich ist in der Abbildung 20 zu erkennen, dass der Anteil der erwerbstätigen Männer in allen Regionen auf einem ähnlichen Niveau liegt und weit größer als der Anteil der erwerbstätigen Frauen ist. Die meisten erwerbstätigen Männer finden sich mit 70 % in der südlichen Region. Dort sind nur 11 % der Frauen erwerbstätig. Auch in der mittleren und nördlichen Region ist mit 69 % und 68 % der Großteil der männlichen Personen erwerbstätig. In diesen Regionen unterscheidet sich allerdings der Anteil erwerbstätiger Frauen: Mit 18 % wird der zweithöchste Prozentsatz Syriens in der mittleren Region erreicht, in der nördlichen Region sind im Vergleich mit den anderen Regionen die wenigsten Frauen erwerbstätig (5 %). Dagegen finden sich in der westlichen Region die meisten erwerbstätigen weiblichen Personen, es sind 22 %. 65 % der Männer sind erwerbstätig. Die östliche Region weist mit einem Prozentsatz von 60 den geringsten Anteil erwerbstätiger männlicher Personen auf. In dieser Region wird des Weiteren der zweitniedrigste Anteil an erwerbstätigen Frauen (8 %) festgestellt.

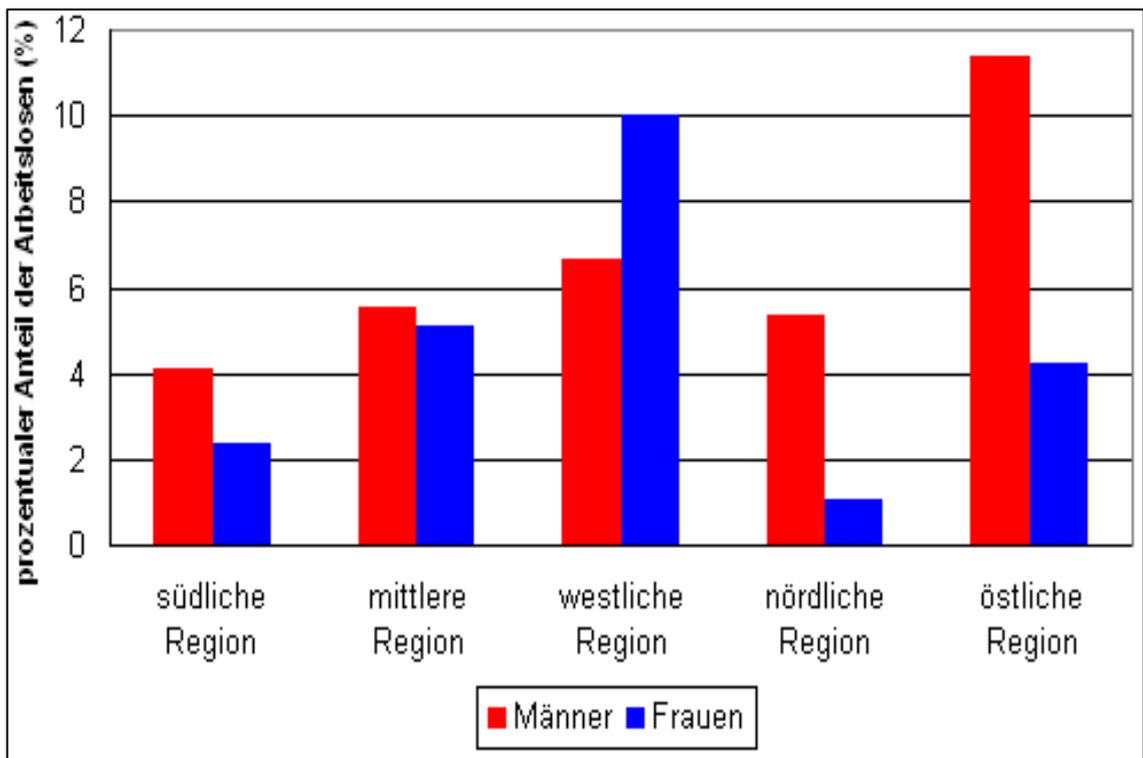


Abb. 21: Regionale und geschlechtsspezifische Verteilung der Arbeitslosigkeit 2007

Eine sehr differenzierte regionale und geschlechtsspezifische Verteilung der Arbeitslosigkeit ist in der Abbildung 21 für das Jahr 2007 dargestellt. Vergleichsweise niedrig ist die Arbeitslosigkeit in der südlichen, mittleren und nördlichen Region. Eine hohe Arbeitslosigkeit lässt sich in der westlichen und östlichen Region erkennen. Den geringsten Anteil an arbeitslosen Männern gibt es mit 4,1 Prozent in der südlichen Region. Die Arbeitslosigkeit der Frauen ist in dieser Region auf dem zweitniedrigsten Stand und beträgt 2,2 %. In der mittleren Region sind 5,7 % und in der nördlichen Region 5,4 % der männlichen Personen arbeitslos. In Bezug auf die Frauen sind in der mittleren Region 5,2 % arbeitslos, den geringsten Prozentsatz arbeitsloser weiblicher Personen von 1,0 findet man in der nördlichen Region. 6,8 % aller männlichen Personen zählen in der westlichen Region zu den Arbeitslosen und in der östlichen Region sind es mit 11,5 % die meisten. In der westlichen Region findet man außerdem den höchsten Anteil an weiblichen Arbeitslosen, es sind 10 %. Die Arbeitslosigkeit der Frauen in der östlichen Region liegt mit 4,2 % im mittleren Bereich.

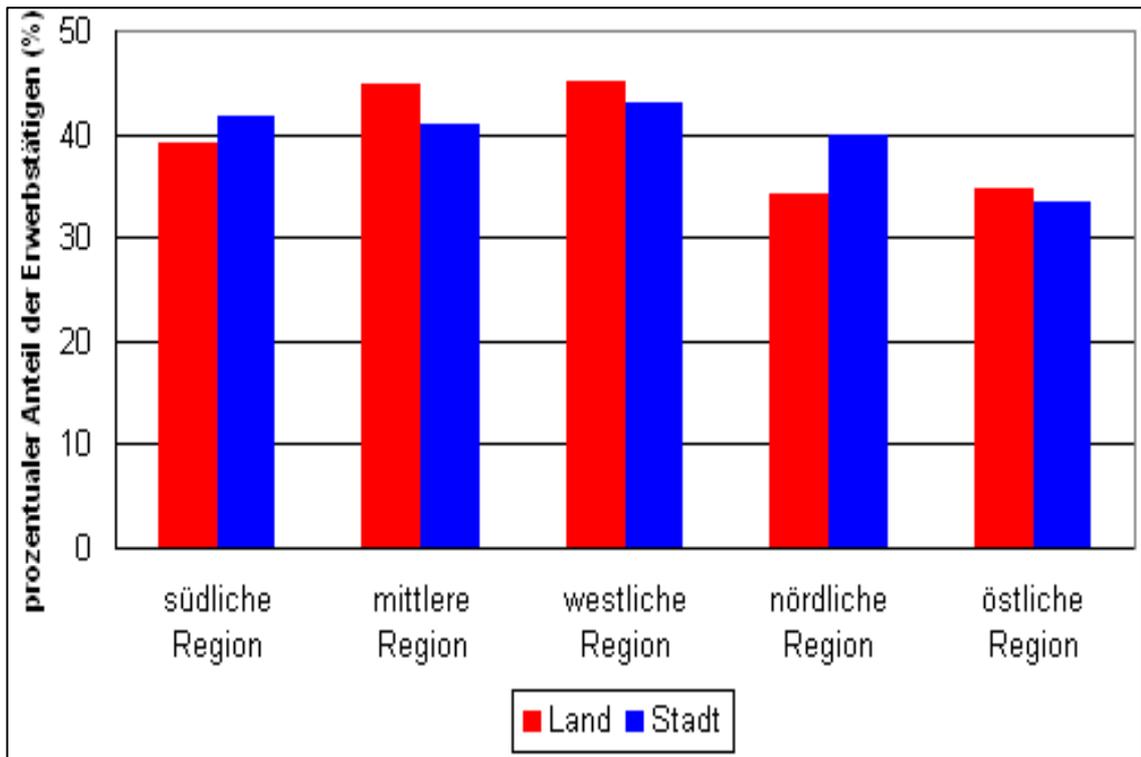


Abb. 22: Regionale und räumliche Verteilung der Erwerbstätigkeit 2007

Die Erwerbstätigkeit unterteilt in die Regionen und die Gebiete Stadt und Land für das Jahr 2007 ist in der Abbildung 22 ersichtlich. In allen Regionen ergibt sich ein sehr ähnliches Ergebnis. Lediglich die nördliche und östliche Region weisen eine etwas geringere Erwerbstätigkeit auf. Sie liegt in der östlichen Region sowohl auf dem Land als auch in der Stadt auf dem niedrigsten Niveau. Nur 35 % der Bewohner ländlicher Gebiete und 34 % der Bewohner städtischer Gebiete sind erwerbstätig. Den zweitniedrigsten Stand der Erwerbstätigkeit findet man in der nördlichen Region. Dort zählen 34,5 % der ländlichen Bevölkerung und 40 % der Bevölkerung der Städte zu den Erwerbstätigen. Im ländlichen Raum der südlichen Region sind 39 % der Einwohner erwerbstätig, im städtischen Raum sind es sogar 42 %. Eine hohe Erwerbstätigkeit, vor allem in ländlichen Gebieten, ist mit 44,9 % in der mittleren und mit 45 % in der westlichen Region anzutreffen. In den Städten der mittleren Region sind 41 % der Bevölkerung erwerbstätig. Der höchste Prozentsatz erwerbstätiger Personen städtischer Gebiete liegt mit 43 % in der westlichen Region vor.

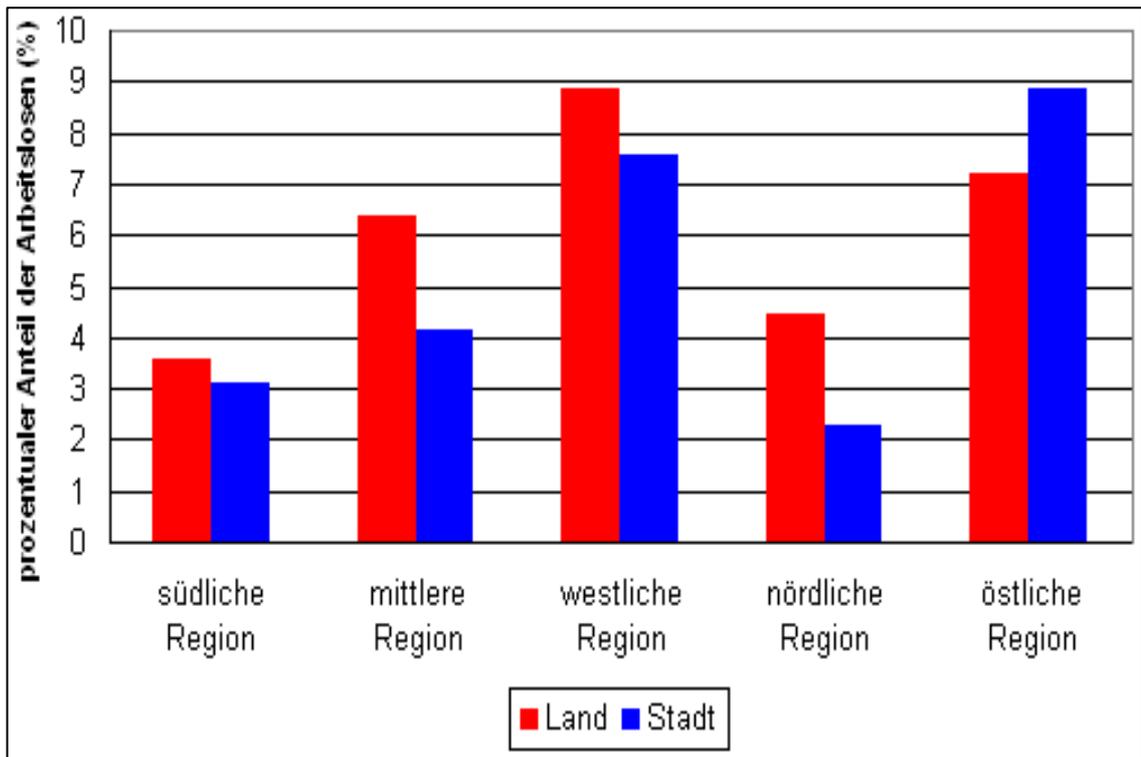


Abb. 23: Regionale und räumliche Verteilung der Arbeitslosigkeit 2007

Ferner ergibt sich für die regionale und räumliche Verteilung der Arbeitslosigkeit im Jahr 2007 ein uneinheitliches Bild, welches in der Abbildung 23 dargestellt ist. Die Arbeitslosigkeit ist, bis auf in der östlichen Region, in der Stadt stets niedriger als auf dem Land. Außerdem fällt auf, dass die Arbeitslosigkeit in der westlichen und östlichen Region am höchsten ist. In ländlichen Gebieten der westlichen Region werden 9 % der Einwohner, welche über 15 Jahre alt sind, und in städtischen Gebieten 7,6 % der Einwohner als arbeitslos geführt. Die östliche Region weist für den ländlichen Raum eine Arbeitslosigkeit von 7,2 % und für den städtischen Raum eine Arbeitslosigkeit von 8,9 % auf. Im mittleren Bereich liegt mit 6,4 % arbeitsloser Einwohner auf dem Land und 4,1 % arbeitsloser Einwohner in der Stadt die mittlere Region. Der geringste Anteil arbeitsloser städtischer Bewohner (2,2 %) ist in der nördlichen Region zu finden. 4,5 % der ländlichen Bewohner sind in dieser Region arbeitslos. Die südliche Region zählt in ländlichen Gebieten 3,5 % der Einwohner als arbeitslos, dies ist im regionalen Vergleich der geringste Prozentsatz. 3,1 % der städtischen Bewohner sind arbeitslos.

3.3. Analphabetismus in Syrien

Der Analphabetismus ist ein zentrales Problem in Entwicklungsländern. Er hat einen direkten und indirekten Einfluss auf die demografische, wirtschaftliche, soziale und gesundheitliche Situation. In Syrien betrug die Analphabetenquote im Jahr 2004 20 % der Bevölkerung (Die Berechnung bezog sich auf Einwohner ab einem Alter von 15 Jahren). 70 % dieser Analphabeten waren nicht erwerbstätig, nur 25 % gingen einer Beschäftigung nach. Die Analphabetenquote ist seit 1960 rückläufig: 1960 waren 60 % der Bevölkerung, 1994 20 % und im Jahr 2007 noch 16,8 % der Bevölkerung weder des Lesens noch des Schreibens mächtig. Trotz des Rückgangs bleibt der Analphabetismus eine Herausforderung für die syrische Regierung. Beispielsweise verlängerte die Regierung die Schulpflicht für Kinder von 12 auf 15 Jahre. Die Durchsetzung des Gesetzes weist allerdings Mängel auf. Vor allem in ländlichen ärmeren Gebieten müssen Kinder zum Lebensunterhalt der Familie beitragen und sind deshalb nicht in der Lage, die Schule zu besuchen. Eine weitere Ursache für die weiterhin hohe Analphabetenquote ist, dass Mädchen und Frauen im ländlichen Raum nicht angehalten werden, der Schulpflicht nachzukommen. In rückständigen Gebieten ist immer noch das Rollenverständnis von sich um den Haushalt und die Kindererziehung kümmernden Frauen vorherrschend. Des Weiteren sind die Anstrengungen der Regierung ungenügend und weisen keine einheitliche Herangehensweise auf.

In den nachfolgenden Abbildungen sind die prozentualen Anteile der Analphabeten in städtischen und ländlichen Gebieten sowie die Anteile an weiblichen und männlichen Analphabeten im Jahr 2007 dargestellt.

Im Jahr 2007 galten im Mittel 16,8 % aller Syrer als Analphabeten und bis zum Jahr 2009 verringerte sich die Analphabetenquote auf 15,6 %.

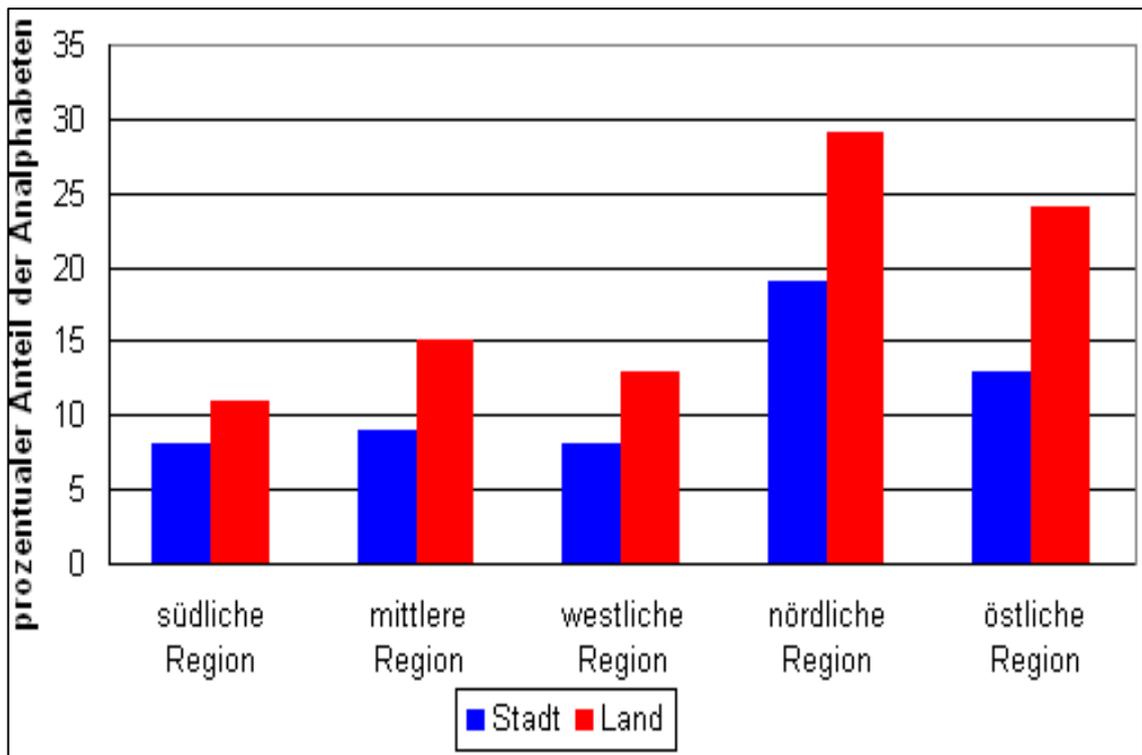


Abb. 24: Regionale und räumliche Verteilung des Analphabetismus 2007

In der Abbildung 24 ist der prozentuale Anteil von Analphabeten in der Stadt und auf dem Land in den Regionen Syriens im Jahr 2007 dargestellt. Generell ist der Anteil an Analphabeten in der Stadt geringer als auf dem Land. Die südliche Region Syriens weist den geringsten Anteil an Analphabeten auf, der weit unter dem Durchschnitt von 16,8 % Analphabeten in Syrien liegt: 8 % der Stadtbevölkerung und 11 % der Landbevölkerung können nicht lesen und schreiben. Eine ähnliche Analphabetenquote findet sich in der westlichen und in der mittleren Region. Hier sind 8 und 9 % der Stadtbevölkerung und 13 und 15 % der Landbevölkerung nicht des Lesens und Schreibens mächtig. Eine hohe Zahl an Analphabeten lebt in der östlichen und nördlichen Region Syriens. In der östlichen Region sind 13 % der Menschen, die in der Stadt leben, und 24 % der Menschen, die auf dem Land leben, Analphabeten. Die nördliche Region weist nochmals eine Steigerung der Analphabetenquote auf: In dieser Region sind 18 % der Stadtbevölkerung und 29 % der Landbevölkerung nicht in der Lage zu lesen und zu schreiben. Besonders im ländlichen Raum dieser beiden Regionen ist der Anteil an Analphabeten im Vergleich zur mittleren Analphabetenquote stark erhöht.

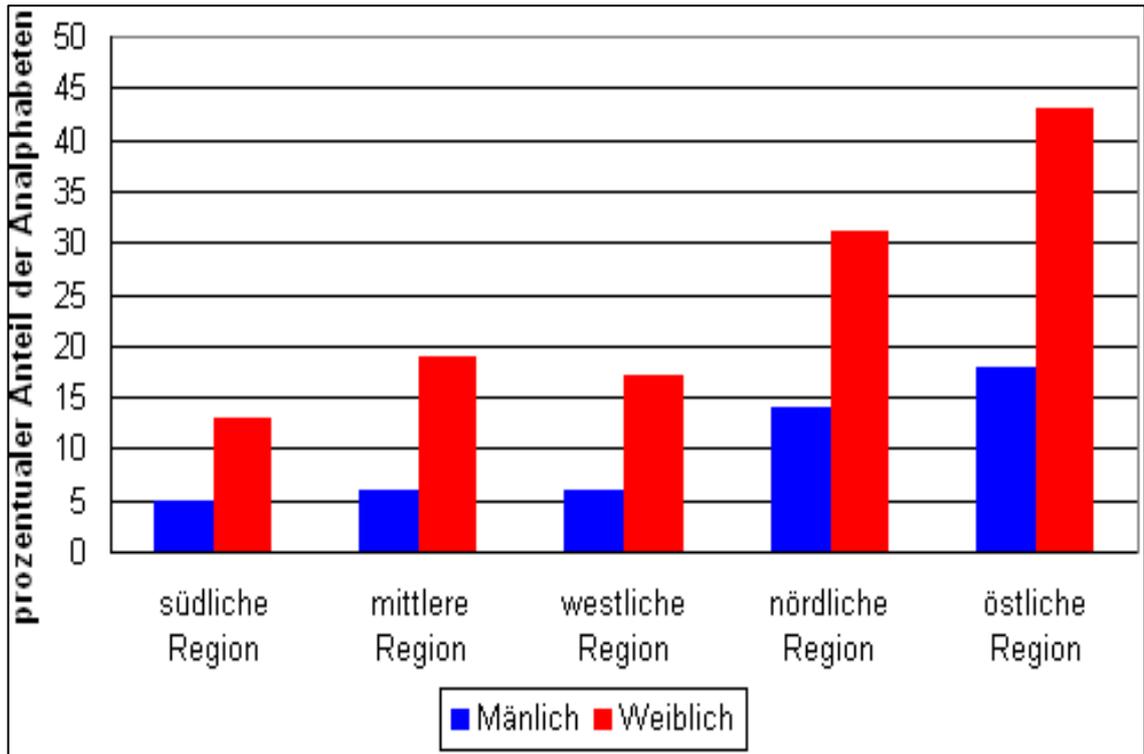


Abb. 25: Regionale und geschlechtsspezifische Verteilung des Analphabetismus 2007

Der prozentuale Anteil von männlichen und weiblichen Analphabeten in den Regionen Syriens im Jahr 2007 ist aus der Abbildung 25 ersichtlich. In allen Regionen ist der Anteil an weiblichen Analphabeten mehr als doppelt so hoch wie der Anteil männlicher Analphabeten. Den geringsten Anteil an Analphabeten findet man in der südlichen Region. Dort sind 5 % der Männer und 13 % der Frauen nicht in der Lage zu lesen und zu schreiben. Auch in der mittleren und westlichen Region liegt die Rate an männlichen Analphabeten mit jeweils 6 % auf einem ähnlichen Niveau wie in der südlichen Region. Der Anteil an Frauen, die nicht lesen und schreiben können, beträgt 19 und 17 %. Der Anteil an Analphabeten beiderlei Geschlechts ist in der nördlichen und östlichen Region im Vergleich zu den anderen Regionen stark erhöht. 14 % der Männer und 31 % der Frauen aus der nördlichen Region sind des Lesens und Schreibens nicht mächtig. Die höchste Analphabetenquote findet sich in der östlichen Region: Dort sind 18 % der Männer und 43 % der Frauen Analphabeten. Anzumerken ist, dass – bis auf in der südlichen Region – der Anteil an weiblichen Analphabeten höher als die mittlere Analphabetenquote ist.

3.4. Schlussfolgerung

Die Anteile der drei wirtschaftlichen Sektoren am BIP in Syrien haben sich in den letzten Jahren stark geändert. Im Jahr 2007 betrug der Anteil des Primärsektors 16 %, der des Dienstleistungssektors 54 % am BIP.

Die größte Anzahl an erwerbstätigen Männern und Frauen war im Dienstleistungssektor beschäftigt. So waren es im Jahr 2007 51 % aller männlichen und 66 % aller weiblichen Personen.

Die Verteilung der Beschäftigung auf die drei Wirtschaftssektoren unterscheidet sich in den fünf Regionen Syriens. Der Dienstleistungssektor stellt in der südlichen Region mit 62 % die wichtigste Beschäftigungsmöglichkeit dar, in der nördlichen Region hat der Industriesektor mit 40 % den größten Stellenwert und der Primärsektor nimmt mit 38 % die wichtigste Rolle in der östlichen Region ein.

Im Jahr 2007 waren 12,3 Mio. Einwohner Syriens über 15 Jahre alt und damit erwerbstätig, sie stellten 63,2 % der gesamten Bevölkerungsanzahl dar. Lediglich 44 % dieser Bevölkerungsgruppe waren auf dem Arbeitsmarkt tätig. 85 % allen Nichterwerbstätigen war weiblich.

Die Frauen nehmen auf dem Arbeitsmarkt in allen Regionen Syriens eine schwache Position ein. Die meisten erwerbstätigen Frauen gab es mit 22 % in der westlichen Region. 10 % der Frauen war in dieser Region auf Arbeitssuche. Dagegen waren in der nördlichen Region nur 5 % der Frauen erwerbstätig, 1 % arbeitslos.

Die Männer stellen mit 60 – 70 % den Großteil der Erwerbstätigen auf dem Arbeitsmarkt in allen Regionen dar.

Die Arbeitslosenrate der männlichen Personen nimmt Werte zwischen 4 % in der südlichen und 10 % in der östlichen Region an.

Bezüglich der räumlichen Verteilung der Erwerbstätigkeit und Arbeitslosigkeit ergaben sich in den fünf Regionen Unterschiede. Beispielsweise war die Erwerbstätigkeit in der südlichen und nördlichen Region in der Stadt höher als auf dem Land. In den anderen Regionen wurde das gegenteilige Ergebnis festgestellt.

Die Arbeitslosigkeit war ausschließlich im ländlichen Gebiet der östlichen Region niedriger als im städtischen Gebiet.

Die Analphabetenquote der Bevölkerung über 15 Jahre betrug in Syrien im Jahr 2007 ca. 17 %. In allen Regionen war die Rate auf dem Land höher als in der Stadt. Die höchsten Raten wurden mit 29 % in der ländlich nördlichen Region und mit 24 % in der ländlich östlichen Region ermittelt. Ferner gab es mehr Analphabetinnen als Analphabeten. In der östlichen Region waren mit 43 % die meisten Frauen nicht des Lesens und Schreibens mächtig, dagegen wurden nur 18 % der Männer zu dieser Gruppe gezählt.

4. Das Gesundheitswesen in Syrien

Der Ausbau der medizinischen Versorgung ist der syrischen Regierung ein besonderes Anliegen. Die Einrichtungen des staatlichen Gesundheitsdienstes stehen den Menschen in Syrien kostenlos zur Verfügung, daneben gibt es eine private ärztliche Versorgung durch Praxen und private Krankenhäuser.

Gesundheitliche Grundmerkmale belegen, dass der Gesundheitssektor in den zurückliegenden 30 Jahren zahlreiche Erfolge erzielt hat. Belege dafür sind die gestiegene Lebenserwartung, die Abnahme der Säuglingssterblichkeitsrate sowie die hohe Kinderimpfungsrate von 98 % im Jahr 2007.

Die genannten Merkmale sind von mehreren Faktoren abhängig. So hatten die Verbesserung des individuellen Lebensstils, die Verbesserung des Bildungsniveaus, die Verringerung der Analphabetenquote, die verbesserte Infrastruktur inkl. Versorgung mit Trinkwasser und die Abwasserentsorgung einen entscheidenden Einfluss. Des Weiteren spielten die erhöhte Deckungsrate der primären Gesundheitspflegedienstleistung, die gestiegene Anzahl an Leistungserbringern im Gesundheitswesen und die kontinuierliche Steigerung der Gesundheitsausgaben eine wichtige Rolle. Auf der anderen Seite weist der Gesundheitssektor weiterhin Probleme auf:

Es gibt große Unterschiede innerhalb der Gesundheitsparameter zwischen den verschiedenen Regionen Syriens und keine Maßnahmen, um diese Unterschiede zu verringern.

Die Gesundheitspflege in den Städten weicht stark von der in den Dörfern Syriens ab.

Die in diesem Kapitel ausgewerteten Daten zu verschiedenen Parametern im Rahmen des Gesundheitswesens stammen aus den Jahrbüchern der Jahre 1997 bis 2008 des Zentralen Statistischen Amtes (CBS) in Syrien. Die Auswertung von Gesundheitsparametern differenziert nach den Regionen Syriens erfolgte auf Basis des Jahres 2008.

Vor der Datenauswertung wurde eine Überprüfung der Daten auf Plausibilität vorgenommen, bei der festgestellt wurde, dass die Richtigkeit der Daten zu der Anzahl der Ärzte, Zahnärzte, Apotheker und aufgestellten Betten in staatlichen Krankenhäusern nicht gegeben war.

Diese Unstimmigkeiten konnte weder das Zentrale Statistische Amt noch das Gesundheitsministerium auf Nachfrage erklären. Da es keine andere Quelle für Daten zu den Gesundheitsparametern gibt, wurde die Auswertung trotz mangelnder Schlüssigkeit mit den Daten aus den Jahrbüchern des Zentralen Statistischen Amtes in Syrien angefertigt. In dieser Datenerfassung erfolgte keine Unterscheidung zwischen Anzahl der Leistungserbringer in Städten und auf dem Land. Lediglich auf Basis der 14 syrischen Provinzen gibt es verlässliche Informationen. Besonders die Unterscheidung zwischen Stadt und Land wäre bei der Auswertung der Ergebnisse der Befragung zum Programm „Gesunde Dörfer“ hinsichtlich der Erreichung der gesetzten Ziele von Vorteil gewesen.

Ziel der in diesem Kapitel erfolgten Datenauswertung war es, die Entwicklung des Gesundheitswesens in Syrien über die Zeit darzustellen. Besonderes Augenmerk lag dabei auf der Differenzierung nach den 5 Regionen.

4.1. Gesundheitslage in Syrien

Der gesundheitliche Zustand der syrischen Bevölkerung hat sich in den letzten (50) Jahren stark verbessert. Beispielsweise ist die Lebenserwartung angestiegen und die Sterblichkeit gesunken, wie dies bereits in Kapitel 1 der vorliegenden Arbeit erläutert wurde.

Es ist anzumerken, dass es weder Studien zu den Gründen und zur Veränderung der Morbidität und Mortalität in Syrien noch Daten für einen speziellen Vergleich hinsichtlich der Regionen oder der Geschlechter gibt.

Laut dem Gesundheitsministerium (2010) waren im Jahr 2009 Herz-Kreislauf-Erkrankungen mit ca. 44,7 % aller Todesfälle die häufigste Todesursache. 16,2 % aller Verstorbenen erlagen einer Erkrankung des Lungenkreislaufs, der zweithäufigsten

Todesursache. 7 % aller Todesfälle sind auf Tumore und 5,1 % auf Unfälle zurückzuführen.

Bezüglich der Morbidität waren im Jahr 2009 Magen-Darm-Erkrankungen mit 16,9 % die häufigste Krankheitsursache. 13,6 % aller Krankheiten entfielen auf Lungenkreislauf-Erkrankungen und 12,8 % aller Krankheiten konnten den Herz-Kreislauf-Erkrankungen zugeordnet werden. Tumore machten 4,6 % aller Krankheiten aus. Faktoren, welche einen Einfluss auf den gesundheitlichen Zustand der Bevölkerung haben, sind:

1. Hygiene- und Umweltbedingungen:

88 % der Haushalte Syriens hatten im Jahr 2009 einen Anschluss an die Trinkwasserversorgung und demzufolge Zugang zu sauberem Wasser. Dennoch bleibt die Versorgung mit hygienisch einwandfreiem Wasser ein zentrales Problem, da Syrien unter Wassermangel leidet. Pro Kopf und Jahr stehen den Einwohnern zwischen 1500 und 1700 m³ Wasser zur Verfügung (Ministerium für lokale Administration 2003).

Eine zentrale Abwasserentsorgung über Abwasserleitungen war im Jahr 2010 in 97 % der Haushalte vorhanden.

Die Luftverschmutzung, verursacht durch den Verkehr, offene Feuerstellen und unerlaubte Industrie- und Haushaltsmülldeponien, ist eines der bedeutendsten Umweltprobleme Syriens.

2. Soziale und wirtschaftliche Bedingungen:

Die gesundheitliche Situation stellt einerseits einen wichtigen Einflussfaktor auf die Entwicklung der sozialen und wirtschaftlichen Lage dar. Andererseits nimmt der sozioökonomische Status mit seinen sozioökonomischen Parametern, welche bereits in Kapitel 2 der vorliegenden Arbeit genauer betrachtet wurden, wesentlichen Einfluss auf den Gesundheitszustand. Demnach ist in Syrien – wie auch in allen anderen Entwicklungsländern – die Mortalitäts-, Morbiditäts- und Fertilitätsrate in Bevölkerungsgruppen mit dem niedrigsten Sozialstatus am höchsten.

Das Bildungsniveau und der Analphabetismus wirken ebenso auf die Gesundheit und Lebenserwartung der Bevölkerung ein.

Eine detaillierte Verknüpfung von Informationen zur syrischen Gesundheitslage mit den sozioökonomischen und wirtschaftlichen Parametern der dort lebenden Bevölkerung ist allerdings aufgrund fehlender Daten nicht möglich. Deshalb sei an dieser Stelle beispielhaft auf die Gesundheitsberichterstattung Berlins für das Jahr 2006 verwiesen. Diese zeigte, dass Arbeitslose von einem erhöhten Krankheits- und Sterberisiko betroffen sind und dass arbeitslose Männer mehr rauchen sowie weniger Sport treiben. Für die Situation in Syrien ist mit ähnlichen Zusammenhängen zu rechnen.

3. Individueller Lebensstil:

Tabakkonsum ist nicht nur für den einzelnen Raucher schädlich, sondern über das Passivrauchen auch für andere Menschen. Rauchen wird mit einer Vielzahl von Krankheitsbildern in Verbindung gebracht, z. B. ischämischer Herzkrankheit, Schlaganfall, chronischer Bronchitis, Emphysem, Krebs, peripherer Arteriosklerose, Magengeschwür, geringem Geburtsgewicht und plötzlichem Kindstod.

Für Syrien gibt es keine verlässlichen Daten oder Studien über den Tabakkonsum der Bevölkerung. Die staatliche Tabakkooperation hat für das Jahr 2009 geschätzt, dass 15 % der Bevölkerung den Rauchern zuzurechnen seien. Andere nicht offizielle Studien sprechen von über 5 Mio. Rauchern, was 25 % der Bevölkerung entspräche.

Die Familienplanung, welche den Einsatz von Verhütungsmittel miteinschließt, ist die wichtigste Möglichkeit die hohe Fertilitätsrate Syriens zu verringern. Allerdings machen nur 58,3% der verheirateten Frauen Gebrauch davon. Die Regierung ist bemüht, die Familienplanung mit Hilfe des Angebots von Programmen und Kursen zur Weiterbildung zu fördern.

4.2. Leistungserbringer im Gesundheitswesen

Nach der Art der erbrachten Leistung lassen sich die medizinischen Leistungserbringer in die folgenden Gruppen einteilen:

- Ärzte und Zahnärzte
- Apotheker
- Weitere Dienstleistungserbringer (Hebammen und Krankenschwestern)

Die Entwicklung der Anzahl dieser Leistungserbringer Syriens wird in den nachstehenden Unterkapiteln näher erläutert.

4.2.1. Ärzte und Zahnärzte

Die Ärzte und Zahnärzte zählen zu den primären Leistungserbringern im Gesundheitswesen. Sie sind ein wesentlicher Bestandteil der Gesundheitsvorsorge. Ihre Anzahl hat im Laufe der letzten zehn Jahre zugenommen. Im Vergleich zu den entwickelten Ländern ist sie allerdings immer noch gering.

In den nächsten Abbildungen ist die zeitliche Entwicklung der Anzahl der Ärzte und Zahnärzte und die Anzahl der Einwohner pro Arzt und Zahnarzt in Syrien für den Zeitraum 1997 bis 2008 dargestellt.

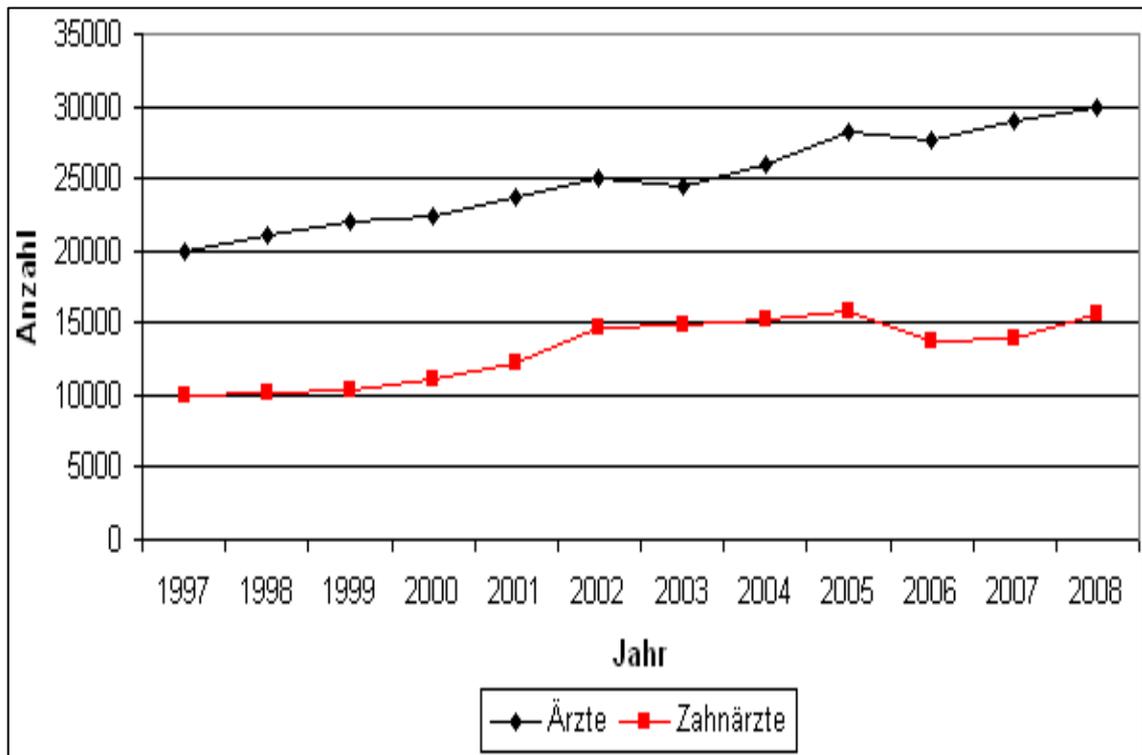


Abb. 26: Anzahl der Ärzte und Zahnärzte 1997 – 2008

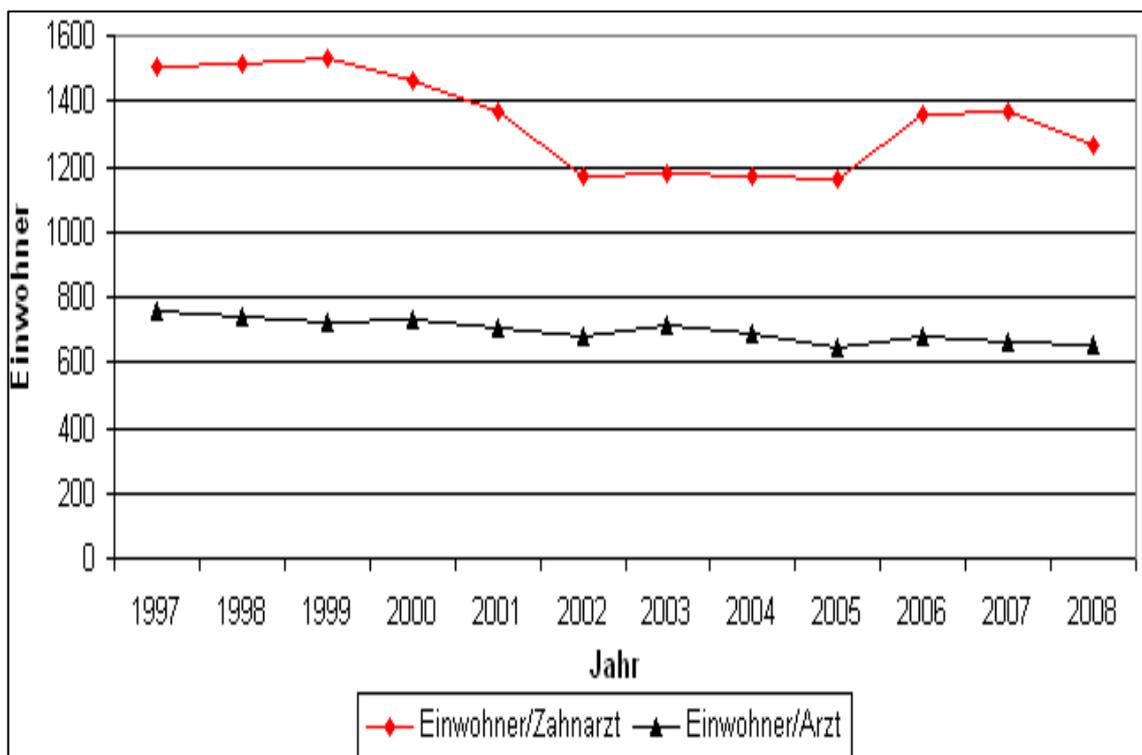


Abb. 27: Anzahl der Einwohner je Arzt und je Zahnarzt 1997 – 2008

Die Anzahl der Ärzte in Syrien stieg seit 1997 an, wie dies aus der Abbildung 26 ersichtlich ist. Im Jahr 1997 gab es in Syrien rund 20.000 Ärzte und bis zum Jahr 2002 war der Anstieg stetig. Danach kann im Mittel – trotz einiger Jahre, in denen keine Zunahme an Ärzten zu verzeichnen war – von einem Anstieg bis zum Jahr 2008 auf ca. 30.000 Ärzte gesprochen werden. Dies entspricht im Vergleich zu 1997 einer Zunahme von 50 %.

Die Anzahl der Zahnärzte im zeitlichen Verlauf, ebenfalls in der Abbildung 26 dargestellt, zeigt, dass im Jahr 1997 in Syrien insgesamt 10.000 Zahnärzte tätig waren. Ihre Anzahl vergrößerte sich bis 2005 jährlich und erreichte eine Zahl von ca. 15.000 Zahnärzten. In den Folgejahren war ein leicht abnehmender Trend zu erkennen und bis zum Jahr 2007 sank die Anzahl der Zahnärzte auf 14.000. Im Jahr 2008 konnte wieder ein Zuwachs verzeichnet werden, die Zahl der Zahnärzte stieg in etwa auf das Niveau von 2005.

Abbildung 27 zeigt die Anzahl der Einwohner je Arzt bzw. Zahnarzt. Erkennbar ist, dass die Anzahl der Einwohner pro Arzt in Syrien seit 1997 leicht zurückgeht. Im Jahr 1997 versorgte ein Arzt ca. 760 Einwohner, im Jahr 2008 waren es 640. Bezüglich der Einwohner je Zahnarzt lässt sich von 1997 bis 1999 noch eine leichte Zunahme auf 1550 zu versorgende Einwohner je Zahnarzt feststellen, bevor ihre Anzahl bis zum Jahr 2002 auf ca. 1200 Einwohner je Zahnarzt abnahm und anschließend für die nächsten drei Jahre konstant blieb. Bis zum Jahr 2008 stieg die zu versorgende Einwohnerzahl je Zahnarzt auf 1300 an. Beide Entwicklungen gingen mit den veränderten Anzahlen an Ärzten und Zahnärzten konform, welche in Abbildung 27 dargestellt wurden.

Die Verteilung der Ärzte und Zahnärzte auf die syrischen Regionen sowie die Anzahl der Einwohner je Arzt und Zahnarzt je Region sind in den beiden folgenden Abbildungen für das Jahr 2007 abgebildet.

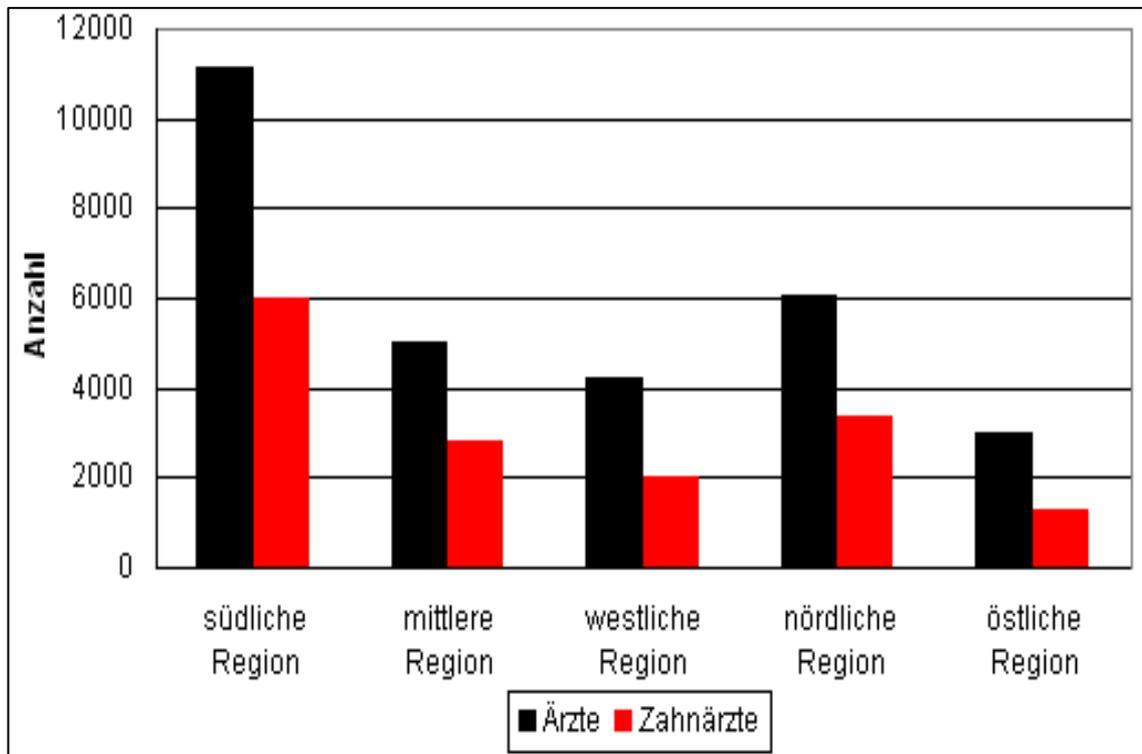


Abb. 28: Regionale Verteilung der Anzahl der Ärzte und Zahnärzte 2007

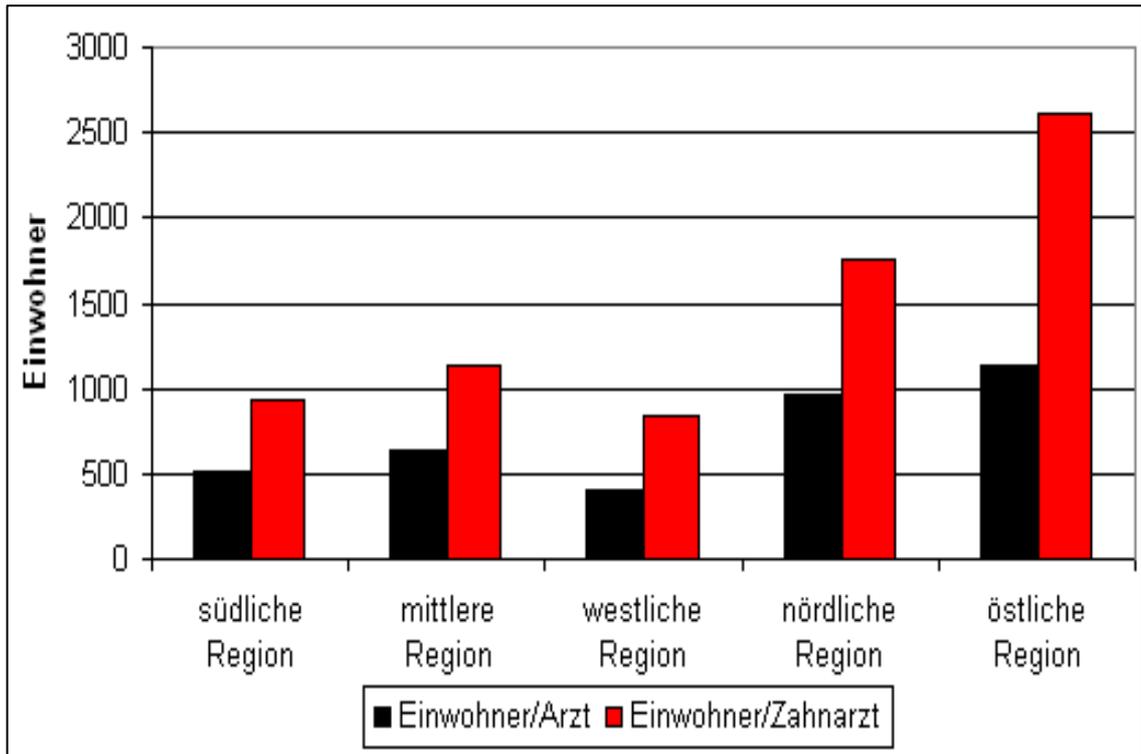


Abb. 29: Regionale Verteilung der Anzahl der Einwohner je Arzt und Zahnarzt 2007

Im Jahr 2008 war in der südlichen Region sowohl die höchste Anzahl an Ärzten (11.000) als auch die höchste Anzahl an Zahnärzten (6.000) vertreten. Die anderen Regionen Syriens wiesen eine geringere Anzahl auf, wie dies klar aus der Abbildung 28 hervorgeht. Beispielsweise waren in der nördlichen Region ca. 6.000 Ärzte und 3.500 Zahnärzte im Dienst. Die medizinische Versorgung der Bevölkerung in der westlichen und mittleren Region Syriens lag mit ca. 4.000 und 5.000 Ärzten sowie 2.000 und 3.000 Zahnärzten in etwa auf dem gleichen Niveau. In der östlichen Region wurde die geringste Zahl an Leistungserbringern dieser Gruppe verzeichnet. Dort waren lediglich 3.000 Ärzte und 1.500 Zahnärzte im Dienst.

Infolge der Bevölkerungsanzahl je Region ergibt sich für die Einwohnerzahl je Arzt und Zahnarzt ein im Vergleich zu Abb. 28 abweichendes Ergebnis, welches aus der Abbildung 29 erkennbar ist. Offensichtlich gab es im Jahr 2008 in der westlichen Region die geringste Einwohneranzahl je Arzt (400) und Zahnarzt (850). In der südlichen bzw. mittleren Region hatte ein Arzt ca. 500 bzw. 650, ein Zahnarzt 950 bzw. 1150 Einwohner medizinisch zu versorgen. Die Einwohnerzahl je Arzt lag in der

nördlichen Region mit ca. 1000 sowie in der östlichen Region mit 1150 auf ähnlicher Höhe. Die Anzahl an Einwohnern je Zahnarzt betrug in der nördlichen Region 1600. In der östlichen Region erreichte sie mit 2600 Einwohnern je Zahnarzt den höchsten Wert.

4.2.2. Apotheker

Die Apotheker werden den sekundären Leistungserbringer im Gesundheitswesen zugeordnet. Sie haben sich vor allem auf die Beratung und den Verkauf von Medikamenten und Heilmitteln spezialisiert.

In den nächsten Abbildungen finden sich die Entwicklung der Anzahl der Apotheker und die Anzahl der Einwohner je Apotheker in Syrien für den Zeitraum von 1997 bis 2008.

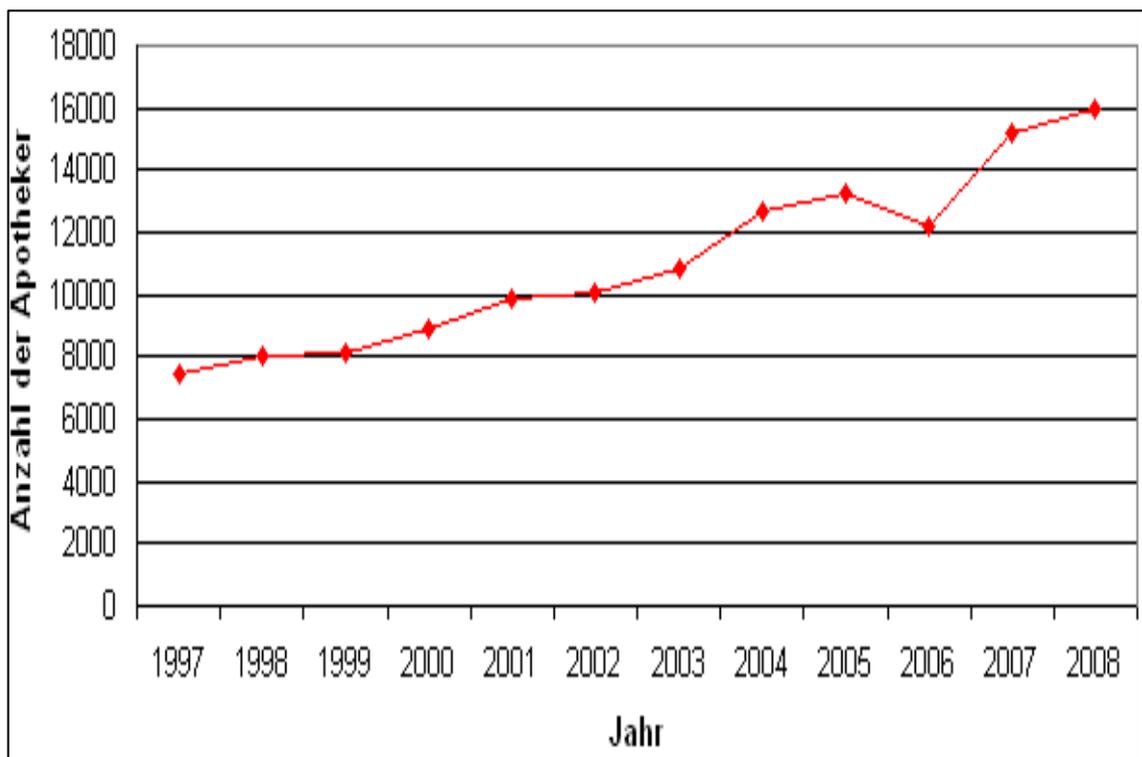


Abb. 30: Anzahl der Apotheker 1997 – 2008

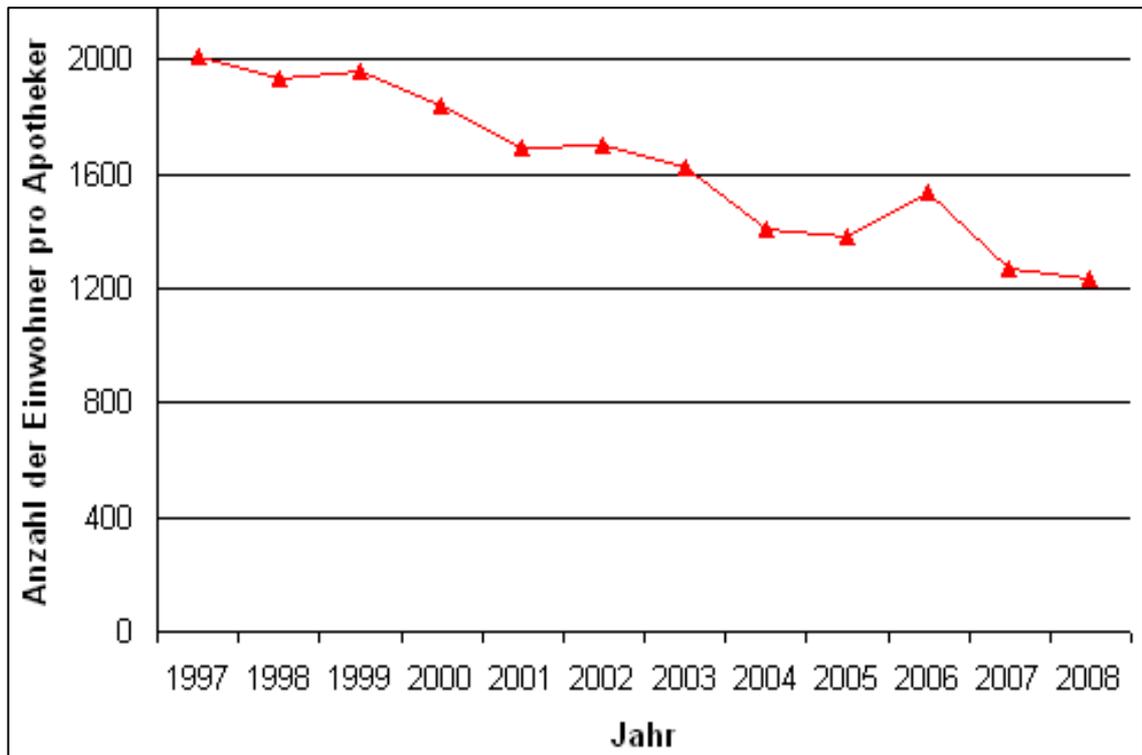


Abb. 31: Anzahl der Einwohner pro Apotheker 1997 – 2008

Die Abbildung 30 zeigt, dass die Anzahl der Apotheker in Syrien von ca. 7.700 im Jahr 1997 bis auf 16.000 im Jahr 2008 zunahm. Das Jahr 2006 stellte mit nur 12.000 Apothekern eine Ausnahme dar.

Die Entwicklung der Einwohnerzahl je Apotheker ist seit 1997 abnehmend, wie dies aus Abbildung 31 ersichtlich ist. Ein Apotheker hatte im Jahr 1997 durchschnittlich 2.000 Einwohner, 2008 ca. 1.200 Einwohner mit Medikamenten und Heilmitteln zu versorgen. Auch in dieser Abbildung stellt das Jahr 2006 eine Ausnahme dar, in dem die Einwohneranzahl je Apotheker leicht anstieg.

Die regionale Verteilung der Anzahl der Apothekern auf die fünf Regionen und die Anzahl der Einwohner je Apotheker in den Region im Jahr 2008 sind aus den nächsten Abbildungen erkenntlich.

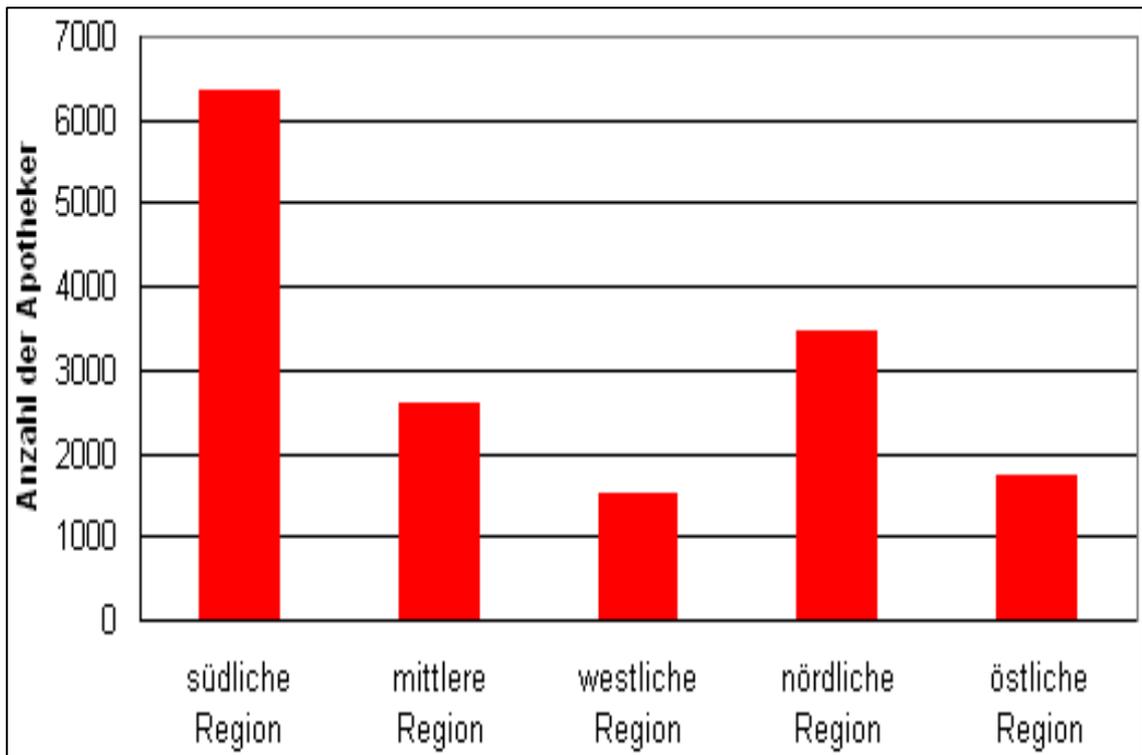


Abb. 32: Regionale Verteilung der Anzahl der Apotheker 2007

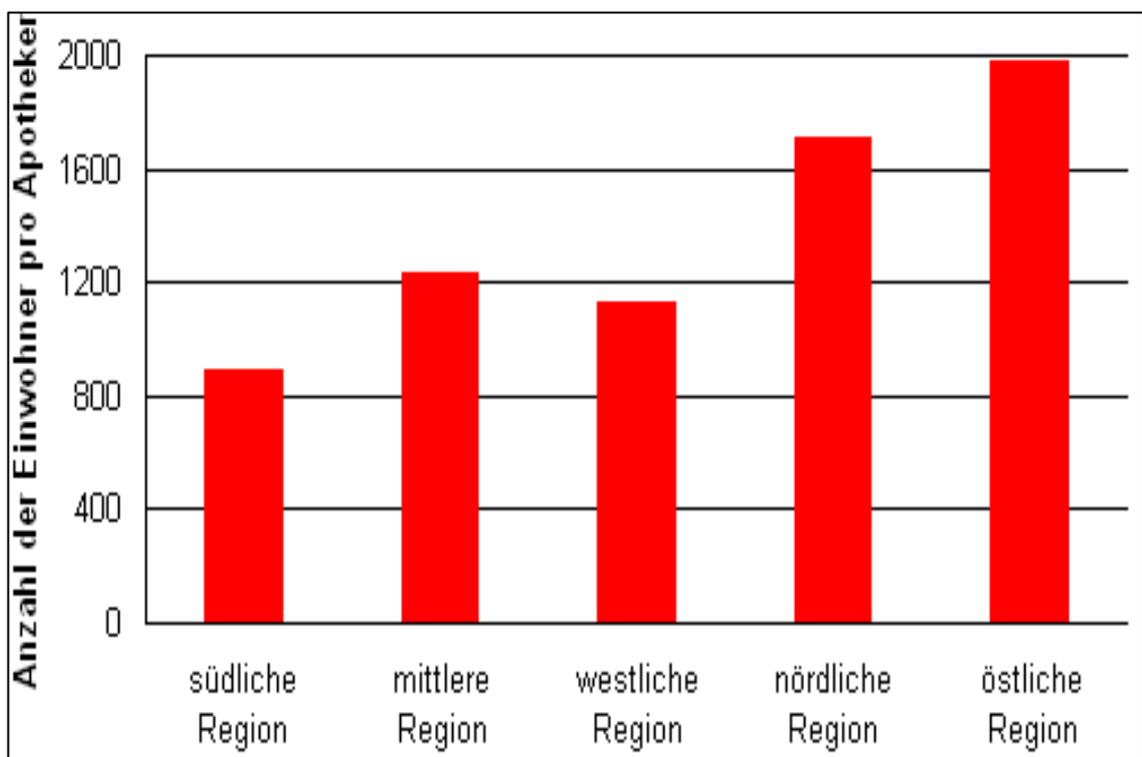


Abb. 33: Regionale Verteilung der Anzahl der Einwohner je Apotheker 2007

Mit 6.200 Apothekern war die höchste Anzahl in der südlichen Region vertreten (Abbildung 32). In den anderen Regionen Syriens wurden wesentlich weniger

Apotheker gezählt. In der nördlichen Region waren es 3.500 Apotheker. 2.600 bzw. 1.800 Apotheker arbeiteten in der mittleren bzw. östlichen Region. In der westlichen Region waren dagegen nur 1.500 Apotheker registriert.

Die Abbildung 33 macht kenntlich, dass es in der südlichen und westlichen Region Syriens mit 900 und 1.150 Einwohner je Apotheker die beste Versorgung gab und dies trotz der vergleichsweise geringen Anzahl an Apothekern in der westlichen Region. Die mittlere Region weist mit ca. 1.200 Einwohner je Apotheker eine ähnlich gute Versorgungslage auf. Schlechter stellte sich die Situation in der nördlichen und der östlichen Region dar. Dort hatte ein Apotheker 1.700, in der östlichen Region sogar ca. 2.000 Einwohner mit Medikamenten und Heilmitteln zu versorgen sowie zu beraten.

4.2.3. Krankenschwestern und Hebammen

Im syrischen Gesundheitswesen gibt es neben Ärzten, Zahnärzten und Apothekern noch weitere Dienstleistungserbringer: Krankenschwestern und Hebammen. Deren zahlenmäßige Entwicklung sowie die Anzahl der Einwohner je Krankenschwester bzw. Hebamme in Syrien im Zeitraum 1997 – 2008 finden sich in den Abbildungen 34 und 35.

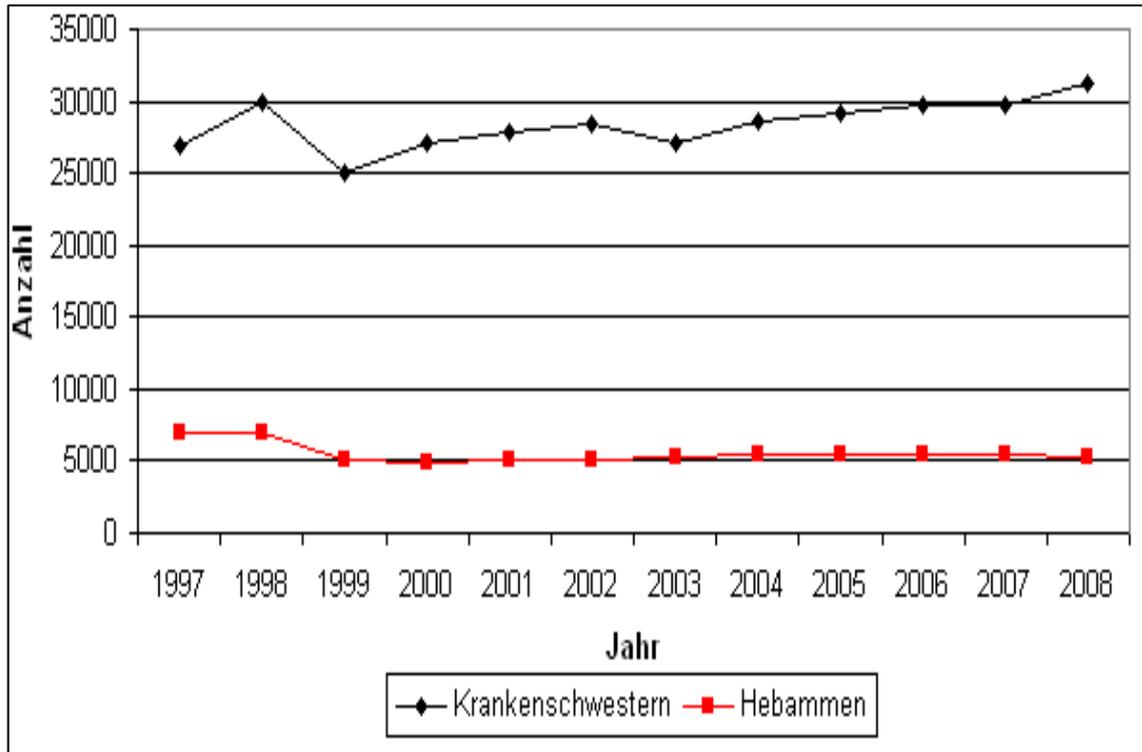


Abb. 34: Anzahl der Krankenschwestern und Hebammen 1997 – 2008

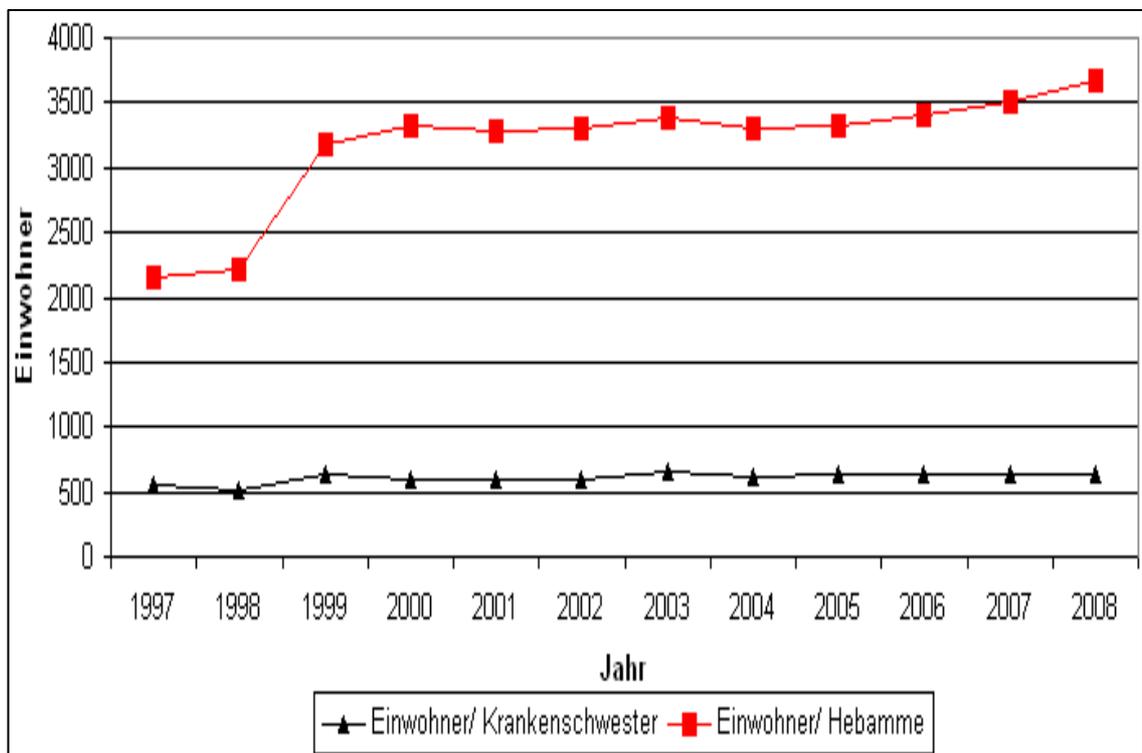


Abb. 35 Anzahl der Einwohner pro Krankenschwester und Hebamme 1997 – 2008

Die Entwicklung der Anzahl der Krankenschwestern in Abbildung 34 zeigt, dass sich die Anzahl der Krankenschwestern von 1997 bis 2008 nur leicht erhöhte. Im Jahr 1997

wurden in Syrien 27.000 Krankenschwestern beschäftigt, im Jahr 1998 bereits 30.000. In den folgenden fünf Jahren schwankte ihre Zahl durchschnittlich um 27.000. Im Anschluss stieg die Anzahl der Krankenschwestern stetig und erreicht im Jahr 2008 ca. 31.000. Die Anzahl der Hebammen in Syrien stagnierte seit dem Jahr 1999 auf einem Niveau von ca. 5.000. Lediglich in den Vorjahren 1997 und 1998 war die Anzahl der Hebammen um ca. 2.000 höher.

Eine Krankenschwester hatte im Durchschnitt relativ konstant über den gesamten Untersuchungszeitraum 600 Einwohner zu betreuen und zu pflegen (Abbildung 35). Es ergab sich infolge der Bevölkerungszunahme im gleichen Zeitraum trotz gesteigener Anzahl an Krankenschwestern kein verbessertes Einwohner:Krankenschwester-Verhältnis. Eine Hebamme hatte in den Jahren 1997 und 1998 ca. 2.200 Einwohner während und nach der Schwangerschaft zu betreuen. Im Jahr 1999 gab es einen sprunghaften Anstieg auf 3.200 zu betreuende Einwohner je Hebamme, welcher sich bis 2008 auf 3.700 Einwohner je Hebamme vergrößerte. Die Entwicklung des Einwohner:Hebammen-Verhältnisses ging konform mit der Entwicklung der Hebammenanzahl.

In den Abbildungen 36 und 37 können die regionalen Besonderheiten in Bezug auf die Anzahl der Krankenschwestern und Hebammen sowie in Bezug auf die Anzahl der Einwohner je Krankenschwester und Hebamme für das Jahr 2008 betrachtet werden.

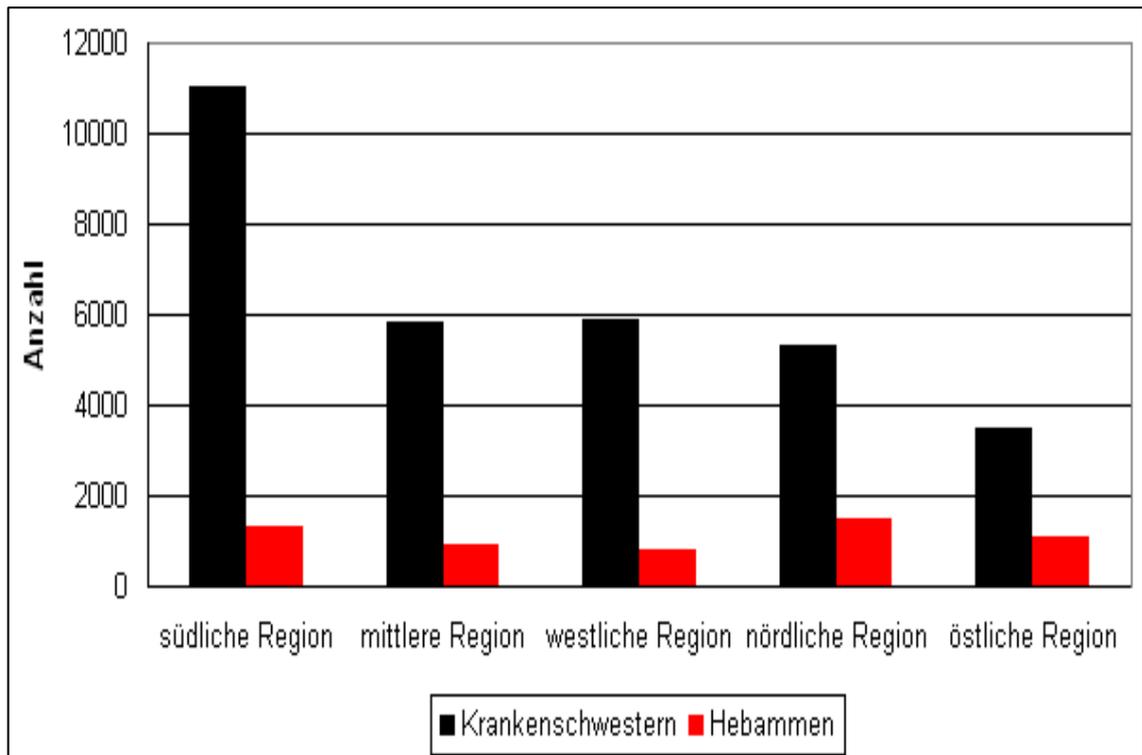


Abb. 36: Regionale Verteilung der Anzahl der Krankenschwestern und Hebammen 2007

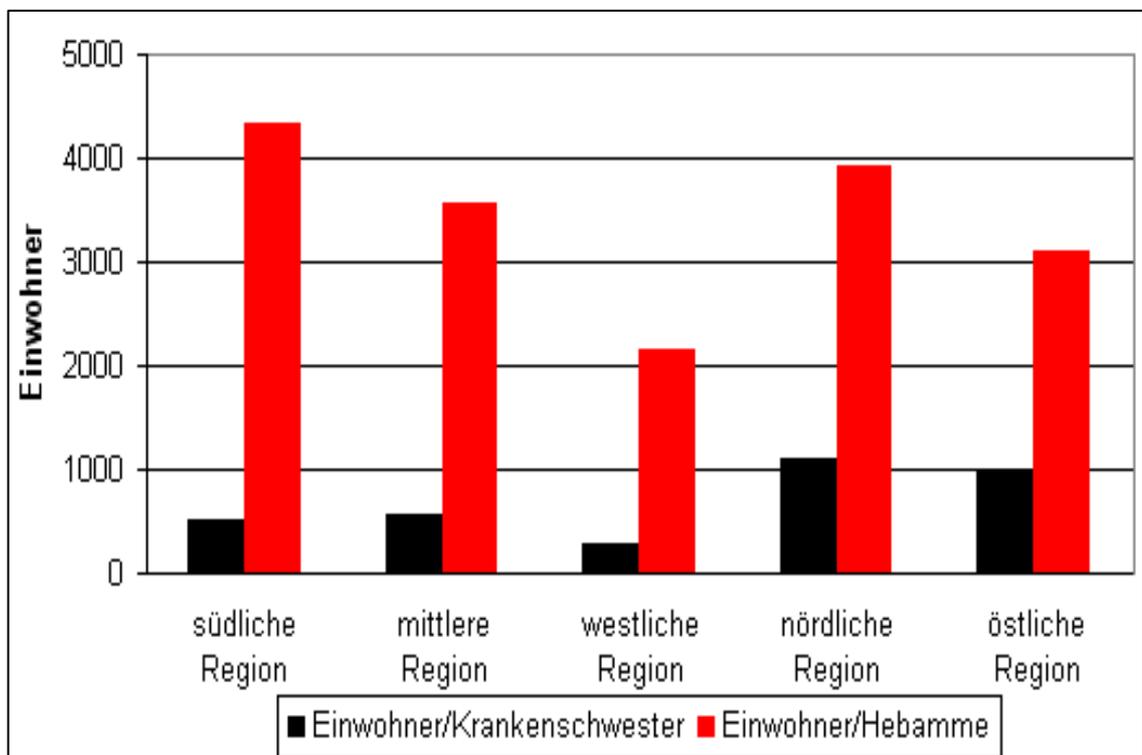


Abb. 37: Regionale Verteilung der Anzahl der Einwohner je Krankenschwester und Hebamme 2007

Die Abbildung 36 lässt den Schluss zu, dass die Verteilung der Hebammen auf die Regionen gleichmäßig war. In der südlichen, nördlichen und östlichen Region waren ca. 1000 Hebammen beschäftigt. Mit je 800 Hebammen war in der mittleren und westlichen Region Syriens die geringste Anzahl vertreten. Die höchste Anzahl an Krankenschwestern war in der südlichen Region Syriens beschäftigt (ca. 11.000). In der mittleren und westlichen Region Syriens wurden je 5.900 Krankenschwestern gezählt. Die Betreuung und Pflege von Patienten stellten in der nördlichen Region ca. 5.500 Krankenschwestern sicher. Mit 3.500 Krankenschwestern war in der östlichen Region die geringste Anzahl an Krankenschwestern registriert. Die Abbildung 37 bekräftigt die Aussagen bezüglich der Krankenschwestern. In den Regionen im Westen, Süden und in der Mitte war eine Krankenschwester für die Versorgung von 300 – 500 Einwohnern zuständig. In der östlichen und nördlichen Region kamen auf eine Krankenschwester durchschnittlich 1.000 Einwohner.

In Bezug auf das Einwohner:Hebamme -Verhältnis war die Betreuungslage im Jahr 2008 in der westlichen Region am vorteilhaftesten (2.100:1). In der östlichen, mittleren und nördlichen Region Syriens hatte eine Hebamme im Mittel 3.000 - 3.900 Einwohner zu betreuen. Im Vergleich zur westlichen Region war das Verhältnis mit 4.300 Einwohnern je Hebamme in der südlichen Region doppelt so hoch.

4.3. Krankenhäuser und Gesundheitspunkte

Die Entwicklung der Anzahl staatlicher und privater Krankenhäuser in Syrien im Zeitraum von 1997 bis 2008 ist in der Abbildung 38 dargestellt.

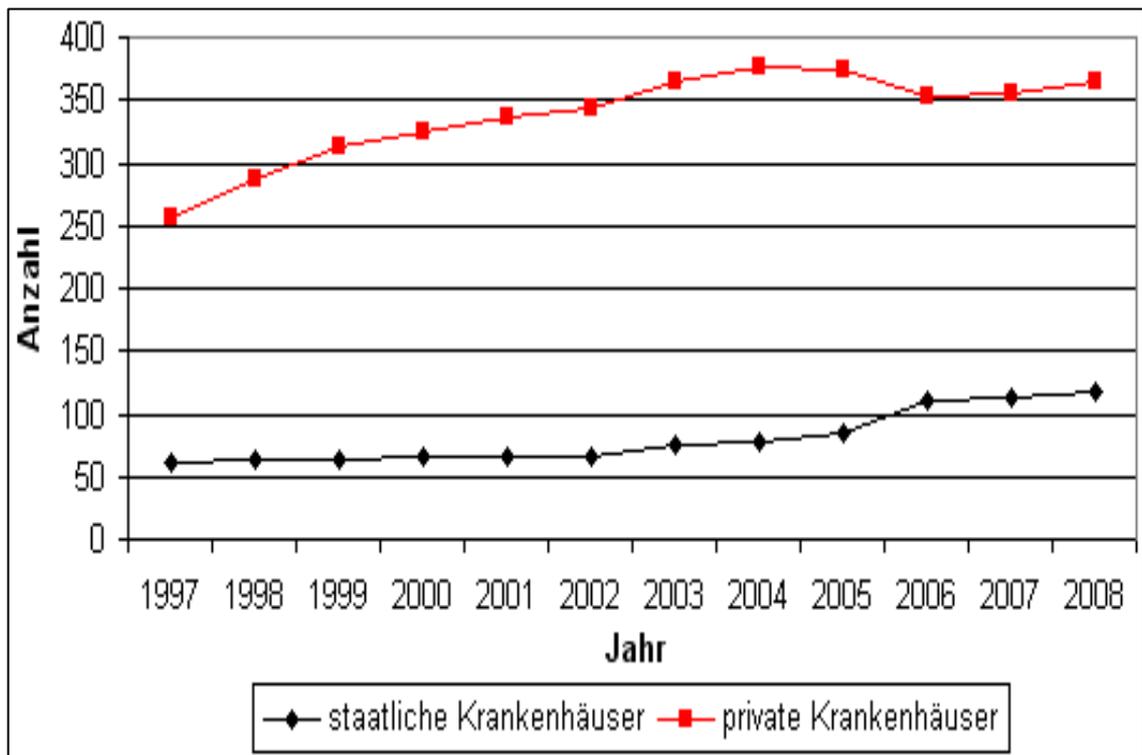


Abb. 38: Anzahl der staatlichen und privaten Krankenhäuser 1997 – 2008

Die Anzahl staatlicher Krankenhäuser in Syrien war von 1997 bis 2002 mit ca. 70 sehr konstant. Im Anschluss stieg die Anzahl bis 2005 auf 80 staatliche Krankenhäuser und ab 2006 gab es eine weitere Zunahme auf 120 Krankenhäuser. Die Anzahl der privaten Krankenhäuser lag dagegen auf einem deutlich höheren Niveau. Von 1997 bis zum Jahr 2005 stieg ihre Zahl von 260 auf 375. In den folgenden Jahren sank die Anzahl privater Krankenhäuser etwas und betrug im Jahr 2008 370.

Aus der Abbildung 39 ist die Verteilung der staatlichen sowie der privaten Krankenhäuser auf die unterschiedlichen Regionen Syriens im Jahr 2008 erkennbar.

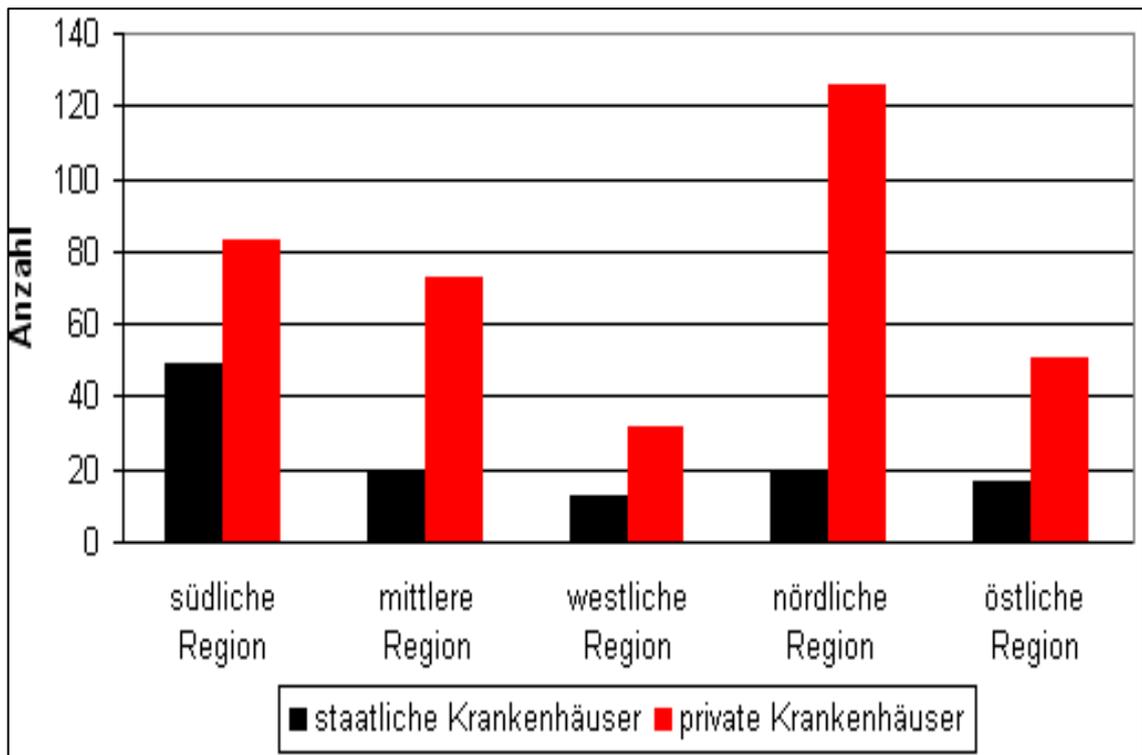


Abb. 39. Regionale Verteilung der Anzahl der staatlichen und privaten Krankenhäuser 2007

In der südlichen Region gab es mit 50 staatlichen Krankenhäusern mit Abstand die höchste Anzahl zu verzeichnen. Dagegen befanden sich in der mittleren und nördlichen Region jeweils 19, in der östlichen 18 und in der westlichen Region 15 staatliche Krankenhäuser. Bei den privaten Krankenhäusern lag eine abweichende Verteilung vor. Die höchste Anzahl privater Krankenhäuser wurde mit 125 in der nördlichen Region registriert. In der südlichen und mittleren Region Syriens wirtschafteten 82 und 72 private Krankenhäuser. 50 private Krankenhäuser wurden in der östlichen Region Syriens und 32 in der westlichen Region gezählt.

Die Anzahl aufgestellter Betten in Krankenhäusern und die Anzahl der Einwohner je aufgestelltes Bett für die Jahre 1997 bis 2008 sind in den nächsten Abbildungen dargestellt.

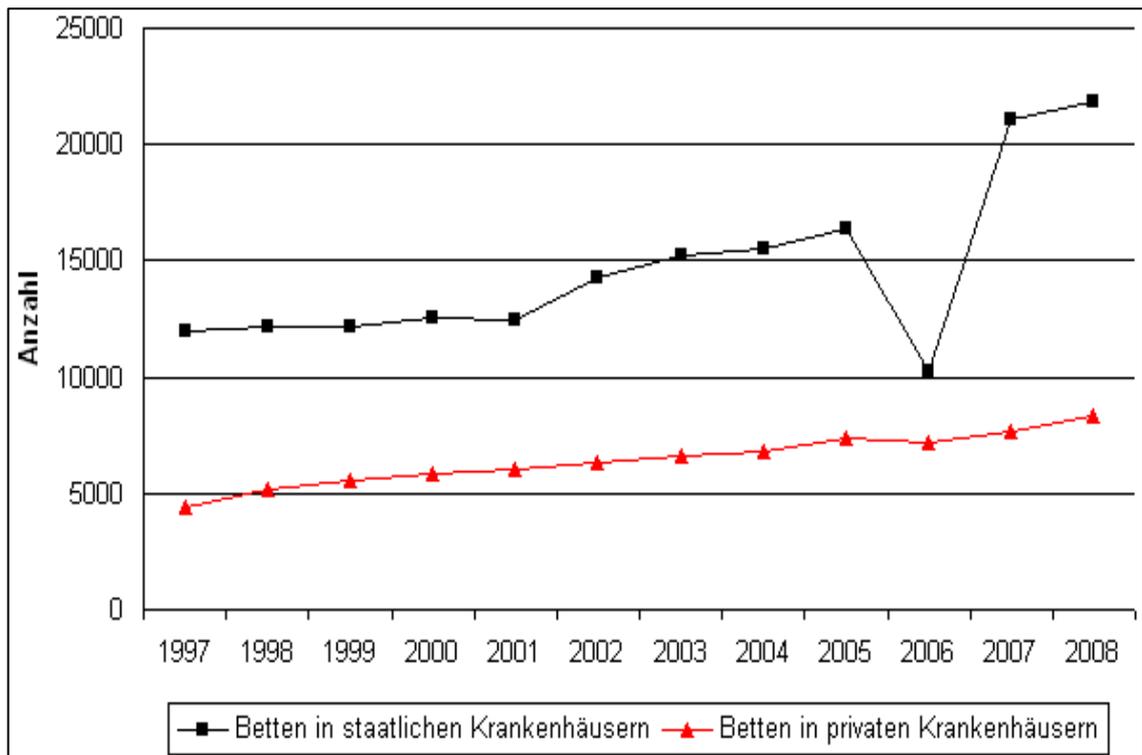


Abb. 40: Anzahl aufgestellter Betten in staatlichen und privaten Krankenhäusern 1997 – 2008

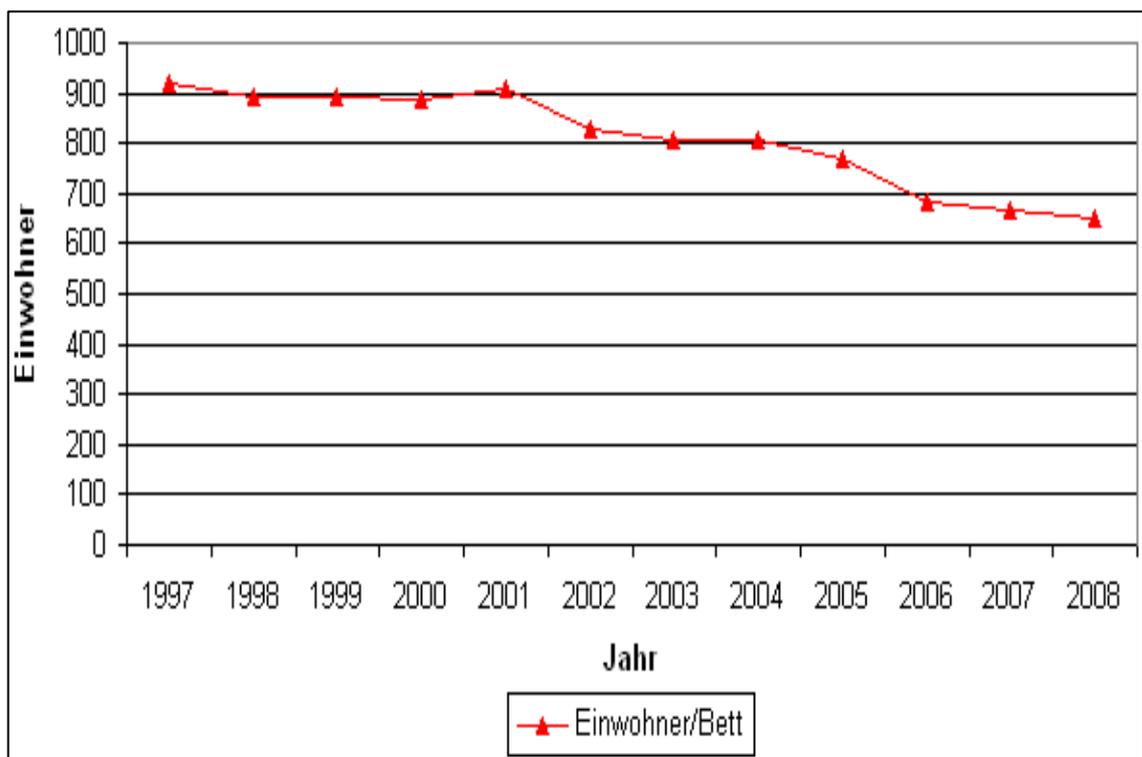


Abb. 41: Anzahl der Einwohner je aufgestelltes Bett 1997 – 2008

Aus der Abbildung 40 geht augenscheinlich hervor, dass es im Vergleich zu den privat wirtschaftenden Krankenhäusern in den staatlichen Krankenhäusern im gesamten Untersuchungszeitraum mehr aufgestellte Betten gab. Die Anzahl stieg in den staatlichen Krankenhäusern bis zum Jahr 2005 von 12.000 auf 17.000 aufgestellte Betten an. Im Jahr 2006 wurde ein Einbruch des Anstiegs verzeichnet, die Anzahl sank auf ca. 10.000. In den Folgejahren nahm die Bettenanzahl in den staatlichen Krankenhäusern wieder zu und erreichte im Jahr 2008 22.000 aufgestellte Betten. Bei den privaten Krankenhäusern wurde dagegen eine konstante Zunahme an aufgestellten Betten vermerkt. Die Bettenanzahl stieg von rund 4.500 Betten im Jahr 1997 um fast 100 % auf 8.500 Betten im Jahr 2008.

In Anlehnung an die steigende Anzahl aufgestellter Betten in staatlichen und privaten Krankenhäusern verbesserte sich das Verhältnis von Einwohnern je aufgestelltes Bett von im Jahr 1997 920 auf 650 Einwohner je Bett im Jahr 2008 beständig.

In den Abbildungen 42 und 43 finden sich die Anzahl der Betten und die Anzahl der Einwohner je aufgestelltes Bett unterteilt in die Regionen Syriens für das Jahr 2008.

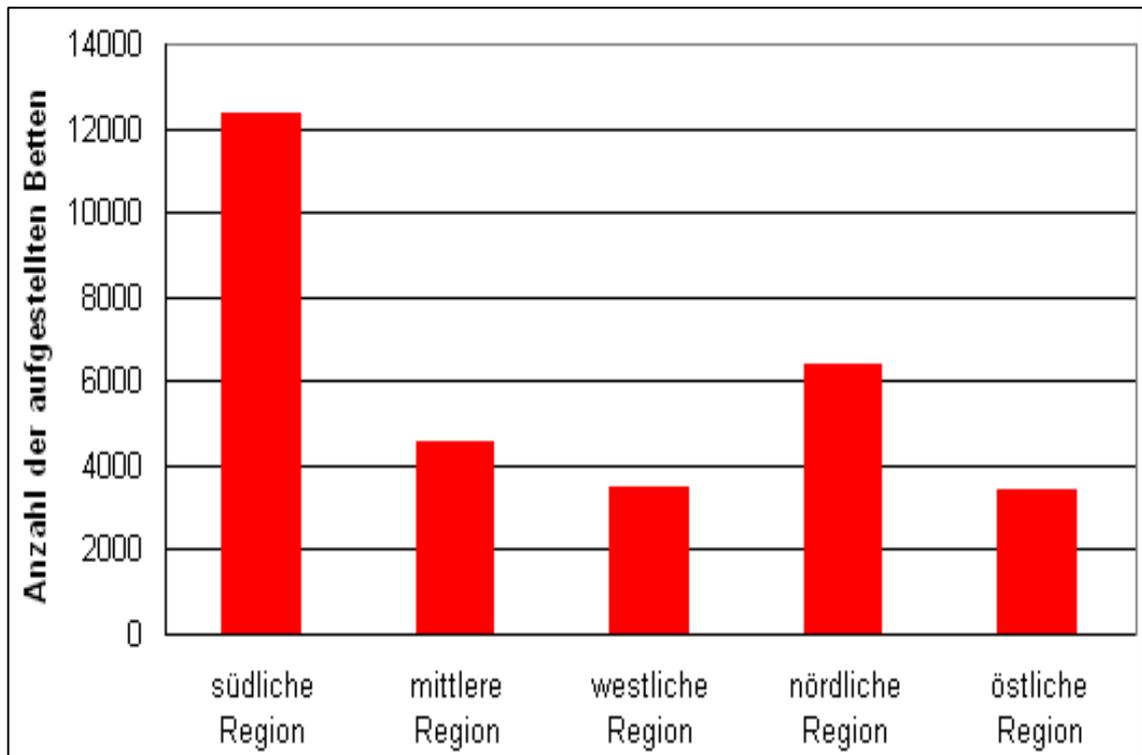


Abb. 42: Regionale Verteilung der aufgestellten Betten 2007

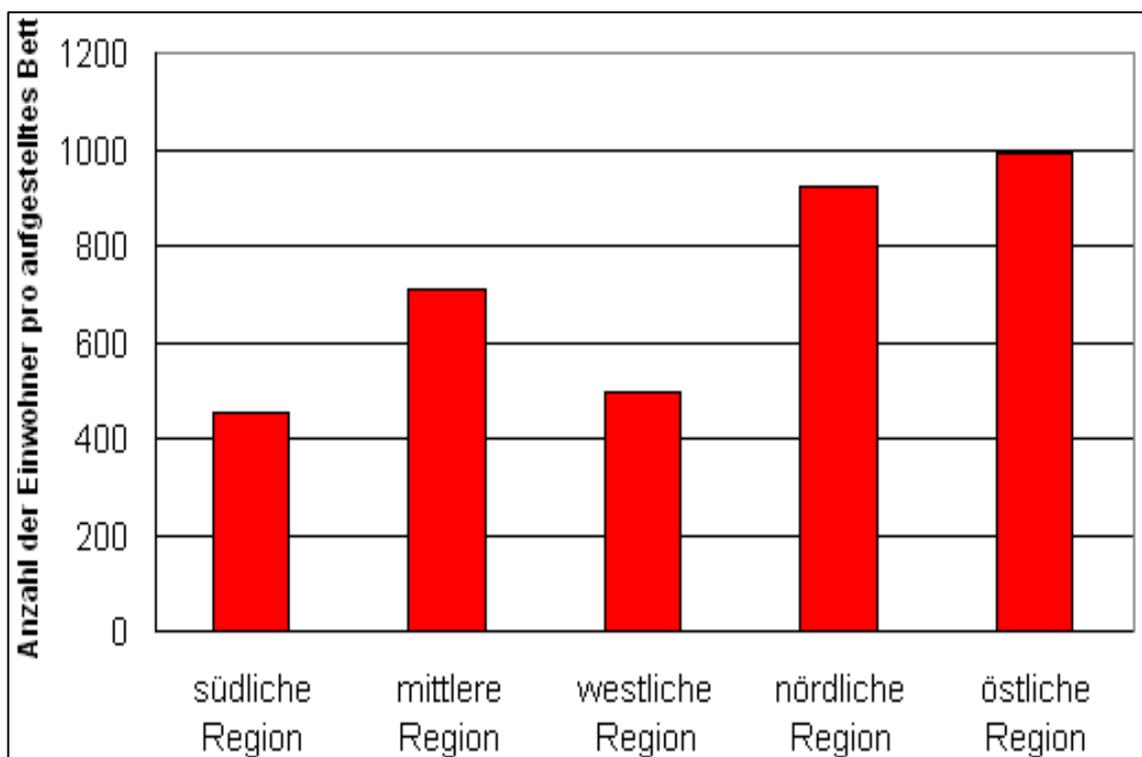


Abb. 43: Regionale Verteilung der Anzahl der Einwohner pro aufgestelltes Bett 2007

Im Jahr 2007 gab es in der südlichen Region Syriens insgesamt 12100 aufgestellte Betten in den Krankenhäusern. Mit großem Abstand folgte die nördliche Region. In

dieser wurden 6100 aufgestellte Betten gezählt. Die Anzahl aufgestellter Betten in der mittleren, westlichen und östlichen Region lag in etwa auf dem gleichen Niveau. 4300 Betten wurden in der mittleren Region, 3800 Betten in der westlichen Region und 3750 Betten in der östlichen Region ermittelt.

Wie aus Abbildung 43 ersichtlich ist, kamen in der südlichen und westlichen Region Syriens die wenigsten Einwohner auf ein aufgestelltes Krankenhausbett. In der südlichen Region waren es 450 und in der westlichen Region 500 Einwohner. Das Verhältnis Einwohner je Bett betrug in der mittleren Region 700:1. In der nördlichen und östlichen Region gestaltete sich die Lage am unvorteilhaftesten: In der nördlichen Region gab es nur für 900 Einwohner ein aufgestelltes Krankenhausbett und in der östlichen Region sogar nur für alle 1.000 Einwohner.

Neben staatlichen und privaten Krankenhäusern gibt es in Syrien Gesundheitspunkte. Diese finden sich in Städten und Dörfern und bieten verschiedene gesundheitsbezogene Leistungen an wie zum Beispiel Impfungen, Familienplanung, Schwangerschaftsbetreuung, Erste Hilfe, Blutentnahmen und einfache Laboruntersuchungen. Die Gesundheitspunkte weisen je nach Standort Unterschiede auf. So sind Gesundheitspunkte in der Stadt im Allgemeinen größer als Gesundheitspunkte in einem Dorf. In einem städtischen Gesundheitspunkt arbeiten mehrere Ärzte, oft auch Fachärzte und mehrere Krankenschwestern. Sie bieten eine größere Vielfalt an medizinischen Behandlungen und Dienstleistungen an. In dörflichen Gesundheitspunkten arbeiten dagegen meist nur ein Arzt, häufig ein Allgemeinmediziner, und eine Krankenschwester. Die gesundheitliche Versorgung der Bevölkerung auf dem Land erstreckt sich auf das Mindestmaß: Impfungen und Erste Hilfe. Da Gesundheitspunkte in einem Dorf gewöhnlich über kein Labor verfügen, können sie demzufolge selbst keine Untersuchungen durchführen.

Die Entwicklung der Anzahl der Gesundheitspunkte im Zeitraum 1997 bis 2008 ist aus der folgenden Abbildung 44 ersichtlich.

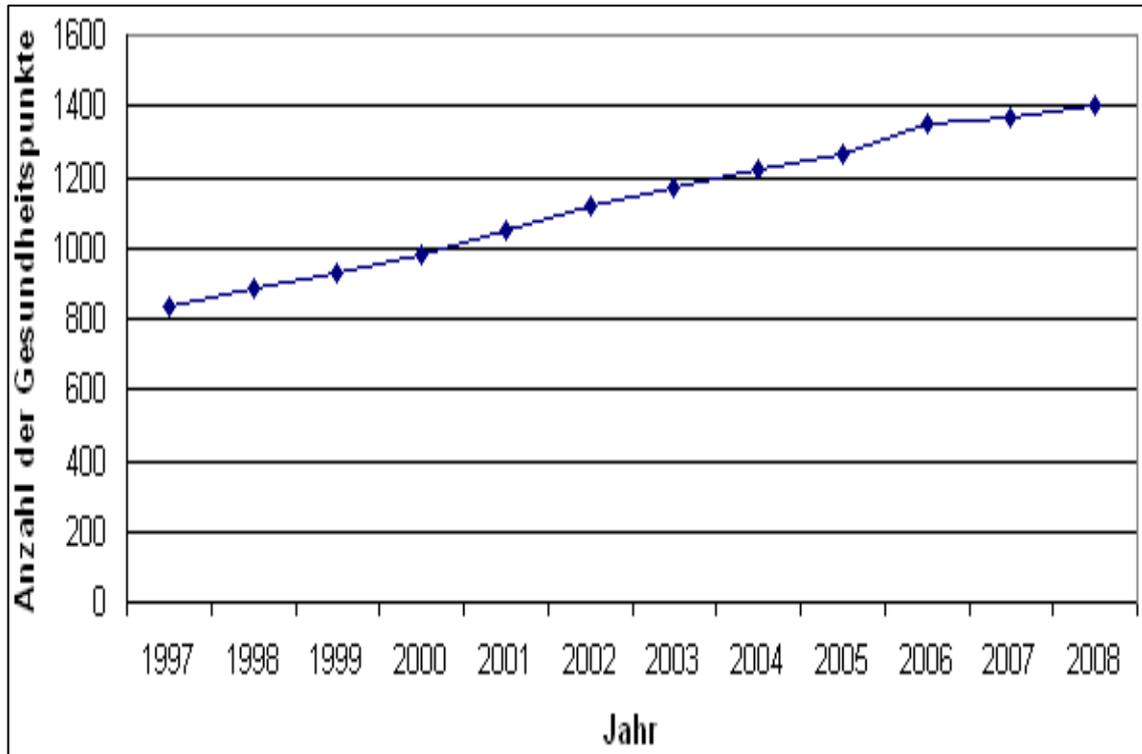


Abb. 44: Anzahl der Gesundheitspunkte 1997 – 2008

Die Zahl der Gesundheitspunkte war seit 1997 zunehmend. Im Jahr 1997 bezifferte sich ihre Anzahl auf 840 und im Jahr 2008 wurden bereits 1.400 Gesundheitspunkte gezählt. Dies entsprach einer Steigerung um 67 %.

Die unterschiedliche Anzahl an Gesundheitspunkten in den fünf Regionen im Jahr 2008 ist in der Abbildung 45 gezeigt.

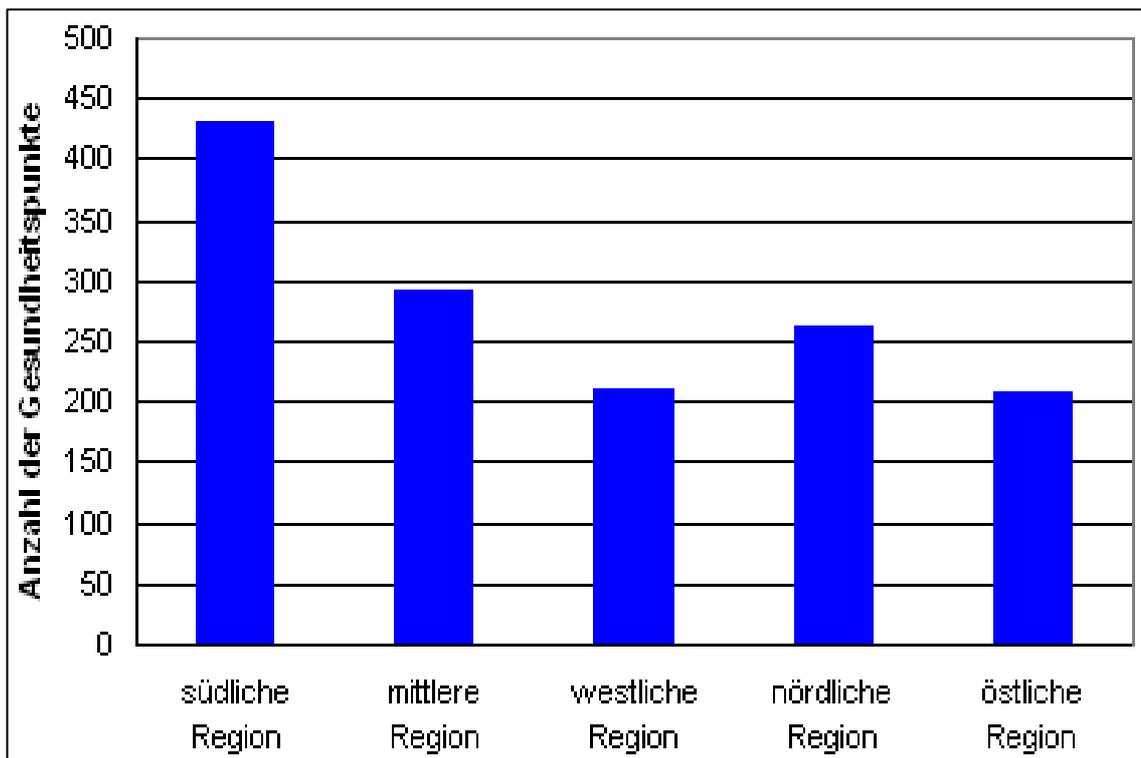


Abb. 45: Regionale Verteilung der Anzahl der Gesundheitspunkte 2007

Mit 435 Gesundheitspunkten wurde in der südlichen Region die höchste Anzahl erfasst. Abgeschlagen folgte die mittlere Region, in welcher es 295 Gesundheitspunkte gab. 260 Gesundheitspunkte wurden in der nördlichen und je 210 Gesundheitspunkte in der westlichen und östlichen Region gezählt.

4.4. Gesundheitsausgaben

Unter Gesundheitsausgaben versteht man die Aufwendungen für den Endverbrauch von Gesundheitsgütern und -dienstleistungen sowie die Investitionen in den Gesundheitssektor. Vorleistungen wie beispielsweise die Produktion von Arzneimitteln durch die Pharmaindustrie und der Vertrieb von Arzneimitteln in Apotheken finden sich nicht explizit unter den Gesundheitsausgaben wieder. Ausgewiesen werden dagegen Forschungs- und Entwicklungskosten, sofern sie zu Lasten der Ausgabenträger gehen. Diese werden vom Zentralen Statistischen Amt bei seiner Gesundheitsausgabenrechnung berücksichtigt. Auch Aufwendungen für Pflege,

betriebliche Gesundheitssicherung und gesundheitliche Maßnahmen zur Wiedereingliederung ins Berufsleben gelten als Gesundheitsausgaben.

Die Finanzierung der Gesundheitsversorgung erfolgt sowohl durch öffentliche als auch durch private Quellen. Die öffentlichen Ausgaben werden von der Regierung finanziert und vom Gesundheitsministerium sowie von anderen Ministerien verwaltet. Der Anteil der privaten Ausgaben für Gesundheit an den gesamten Gesundheitskosten sank in den letzten 10 Jahren von 60,3 % im Jahr 1995 auf 54,1 % im Jahr 2007 und umfasste bis zum Jahr 2005 die Gebühren für gesundheitliche Dienste, da es bis zu diesem Zeitpunkt weder eine private noch eine staatliche Krankenversicherung gab. Erst im Jahr 2006 wurde der Abschluss einer Privatkrankenversicherung und im Jahr 2009 der Abschluss einer staatlichen Krankenversicherung möglich (WHO 2009).

Die allgemeinen Gesundheitsausgaben betragen in Syrien im Jahr 2007 insgesamt 72,7 Mio. US \$. Gegenüber 2005 stiegen sie um 10,809 Mio. US \$. Auf jeden Einwohner Syriens entfielen damit allgemeine Gesundheitsausgaben in Höhe von 68 US \$, im Jahr 2005 waren es 61 US \$. Die Gesundheitsausgaben entsprachen im Jahr 2007 3,6 % des Bruttoinlandsproduktes (Tabelle 3).

Tab. 3: Gesundheitsausgaben 1995 – 2007

	1995	2000	2005	2007
Anteil der Gesundheitsausgaben am Bruttoinlandsprodukt (%)	5,5	4,8	4,2	3,6
Allgemeine Gesundheitsausgaben (in Mio. \$)	31,5	44,5	61,9	72,7
Anteil der staatlichen Gesundheitsausgaben an den allgemeinen Gesundheitsausgaben (%)	39,7	40,4	50,5	45,9
Anteil der Privatausgaben an den allgemeinen Gesundheitsausgaben (%)	60,3	59,6	49,5	54,1
Allgemeine Gesundheitsausgaben pro Kopf (US \$)	50	57	61	68

Die Gesundheitsausgaben in Syrien im Zeitraum 1995 bis 2007 sind in der Tabelle 3 dargestellt. Erkennbar ist, dass der relative Anteil der Gesundheitsausgaben am Bruttoinlandsprodukt (BIP) von 5,5 % im Jahr 1995 kontinuierlich auf 3,6 % im Jahr

2007 abnahm. Andererseits stiegen die absoluten allgemeinen Gesundheitsausgaben von 31,500 Mio. US \$ im Jahr 1995 beständig auf 72,719 Mio. US \$ im Jahr 2007. Der Anteil der staatlichen Gesundheitsausgaben an den allgemeinen Gesundheitsausgaben betrug im Jahr 1995 39,7 %. Bis 2005 erhöhte sich dieser Anteil auf 50,5 %, bevor er 2007 auf 45,9 % sank. Demzufolge verringerte sich der Anteil der Privatausgaben an den allgemeinen Gesundheitsausgaben von 60,3 % im Jahr 1995 auf 49,5 % im Jahr 2005. Ein leichter Anstieg erfolgte bis zum Jahr 2007, in diesem Jahr entsprach der Anteil der Privatausgaben an den allgemeinen Gesundheitsausgaben 54,1 %. Die allgemeinen Gesundheitsausgaben pro Kopf werden in US \$ angegeben und beziehen sich auf einen durchschnittlichen Wechselkurs. Aus der Tabelle ist ersichtlich, dass sich die allgemeinen Gesundheitsausgaben pro Kopf seit 1995 von 50 US \$ stetig erhöhten und im Jahr 2007 68 US \$ betragen.

4.5. Schlussfolgerung

In den verschiedenen Abbildungen dieses Kapitels wurde gezeigt, dass sowohl die Anzahl der Leistungserbringer als auch die Anzahl an Krankenhäusern seit 1997 zunehmend war. Im selben Zeitraum stieg auch die Bevölkerungsanzahl an, so dass die Anzahl der Einwohner je Leistungserbringer bzw. Krankenhaus nur in geringem Umfang reduziert werden konnte.

Beispielsweise hatte ein Arzt im Jahr 1997 753 Einwohner zu versorgen, im Jahr 2008 waren es hingegen 656 Einwohner. Im Vergleich zu Deutschland ist dieses Verhältnis dennoch hoch, weil ein deutscher Arzt im Jahr 2008 207 Einwohner medizinisch zu betreuen hatte. Die geringe Verbesserung der medizinischen Versorgungslage der Bevölkerung lässt sich einerseits durch das Bevölkerungswachstum, andererseits durch die hohe Zahl emigrierender Ärzte erklären. In den letzten Jahren wanderten viele ausgebildete Ärzte in arabische Länder oder nach Europa aus.

Bezüglich der zahnärztlichen Versorgung der syrischen Einwohner lässt sich im zeitlichen Verlauf der letzten 10 Jahre eine Verbesserung feststellen. Ferner ist die Versorgung in Syrien in etwa auf dem Niveau Deutschlands. Im Jahr 2008 behandelte ein syrischer Zahnarzt 1262 Einwohner und ein deutscher Zahnarzt 1236 Einwohner.

Auch die Anzahl niedergelassener Apotheker erhöhte sich seit dem Jahr 1997. So gab es 1997 für 2009 Einwohner einen Apotheker, im Jahr 2008 hatte sich das Verhältnis auf 1235 Einwohner je Apotheker verbessert. Im Vergleich zu Deutschland, in dem im Jahr 2008 auf 1427 Einwohner ein Apotheker kam, war die Lage in Syrien sogar günstiger.

Im Zeitraum 1997 bis 2008 vergrößerte sich die Zahl staatlicher Krankenhäusern um 100 % und die der privaten Krankenhäuser um 50 %. Dennoch war dieser Anstieg nicht ausreichend um den Parameter Anzahl Einwohner je aufgestelltes Krankenhausbett auf deutsches Niveau zu verbessern. Im Jahr 2008 stand in Syrien ein aufgestelltes Krankenhausbett für 650 Einwohner, in Deutschland im selben Jahr ein aufgestelltes Bett für 163 Einwohner zur Verfügung.

Auch die Anzahl der Gesundheitspunkte nahm im Zeitraum 1997 – 2008 zu. Die meisten Gesundheitspunkte wurden 2008 in der südlichen Region, die wenigsten in der westlichen und östlichen Region gezählt.

Im Rahmen der regionalen Differenzierung zeigten sich in der Auswertung große Unterschiede. So gestaltete sich die medizinische Versorgung der Einwohner durch Leistungserbringer in der östlichen Region am unvorteilhaftesten. Auch die Anzahl der Krankenhäuser war in der östlichen Region am geringsten. Demzufolge kam beispielsweise im Jahr 2008 auf 1000 Einwohner der östlichen Region ein aufgestelltes Krankenhausbett. Wohingegen das Verhältnis in der südlichen Region 450 Einwohner je aufgestelltes Bett betrug.

Im Allgemeinen lässt sich festhalten, dass die gesundheitsbezogene Versorgung in der nördlichen aber vor allem in der östlichen Region mangelhaft ist. Die beste Versorgungslage für die Bevölkerung findet man in der westlichen und südlichen Region Syriens.

Folglich wäre es ratsam, wenn das Gesundheitsministerium das Gesundheitswesen in der östlichen und nördlichen Region mit speziellen Projekten oder Fördermaßnahmen unterstützte.

5. Das Programm „Gesunde Dörfer“

Die Weltgesundheitsorganisation (World Health Organisation; WHO) erklärte im Jahr 1979 das Ziel „Gesundheit für alle“ als ihr Hauptziel. Die primäre Gesundheitsvorsorge sollte das wichtigste Werkzeug darstellen, um dieses Ziel zu erreichen. Weitere bedeutende Schlüsselfaktoren liegen in der Berücksichtigung aller menschlichen Bedürfnisse und in der Einbeziehung sozialer, politischer, wirtschaftlicher und ökologischer Elemente.

Treffend definierte dies die WHO bereits in der Ottawa Charta von 1986: „Gesundheit wird von Menschen in ihrer alltäglichen Umwelt geschaffen und gelebt: dort, wo sie spielen, lernen, arbeiten und lieben. Gesundheit entsteht dadurch, dass man sich um sich selbst und für andere sorgt, dass man in die Lage versetzt ist, selber Entscheidungen zu fällen und eine Kontrolle über die eigenen Lebensumstände auszuüben sowie dadurch, dass die Gesellschaft, in der man lebt, Bedingungen herstellt, die allen ihren Bürgern Gesundheit ermöglichen.“

Des Weiteren legte die WHO die Gesundheit als ein zentrales Ziel im Rahmen der Millennium Development Goals (MDGs) fest, welche bis 2015 erreicht werden sollen. Infolgedessen wurde von der WHO das „Regionale Büro für den östlichen Mittelmeerraum“ gegründet. Seine Aufgabe ist es, das Ziel Gesundheit, welches die Gesundheitspolitik und verschiedene Programme umfasst, in nationale Strategien und Entwicklungsaufgaben zu integrieren. Zu den weiteren Schwerpunkten zählen die Verbesserung der Gesundheit und der Lebensqualität sowie die Reduzierung der Armut. Seit den 1980er Jahren hat das „Regionale Büro für den östlichen Mittelmeerraum“ aktiv mit Mitgliedsstaaten an der Umsetzung gemeindebasierter Initiativen (Community based Initiatives, CBI) zusammengearbeitet, einschließlich der Programme „Gesunde Dörfer“, „Gesunde Städte“, „Grundlegende Entwicklungsbedürfnisse“ und „Gender in Gesundheit und Entwicklung“.

Diese Initiativen sind bestrebt, für alle Personen der Gemeinschaft mithilfe von unterstützenden politischen, physischen und wirtschaftlichen Strategien und Plänen einen positiven Einfluss auf die Umwelt, eine Verbesserung der Lebensqualität und „Gesundheit für alle“ zu erlangen.

5.1. Aufgaben und Merkmale des Programms „Gesunde Dörfer“

Das Programm „Gesunde Dörfer“ wurde in einigen Ländern des östlichen Mittelmeerraums mit der Absicht eingeführt, den Prozess zur Erreichung des Ziels „Gesundheit für alle“ zu verbessern und zu beschleunigen. Als ein Gemeindeentwicklungsprogramm ist es von der Beteiligung der Mitglieder der Gemeinschaft abhängig. Wichtige Aufgaben bestehen weiterhin darin, sich mit den spezifischen Herausforderungen, die sich bei der Entwicklung ländlicher Gemeinden ergeben, zu befassen und Grundbedürfnisse – wie gesundheitsbezogene, soziale, ökologische und wirtschaftliche Bedürfnisse – der Bevölkerung zu befriedigen.

Das Programm „Gesunde Dörfer“ kann des Weiteren als ein nationales Gemeinschaftsprogramm definiert werden, von dem ein Teil durch die Gemeinschaft verwaltet und finanziert wird. Es umfasst mehrere Komponenten und grundlegende Elemente der Gesundheit, Umwelt und Entwicklung, welche insgesamt zu den Grundbedürfnissen einer jeden Gemeinde zählen.

Zur Strategie des Programms gehört es, Grundsätze der Selbsthilfe, Zusammenarbeit und Unterstützung der verschiedenen Sektoren zu pflegen.

Besondere Relevanz besitzt die Errichtung einer schöpferischen Umgebung mit Fokus auf die Dorfentwicklung. Auch an der Bereitstellung von grundlegenden Annehmlichkeiten wirkt das Programm mit, um die Gesundheit und Lebensqualität ländlicher Bevölkerungen zu verbessern.

Ab dem Jahr 1995 wurde das Programm „Gesunde Dörfer“ unter Berücksichtigung der Bedeutung von Beziehungen zwischen wirtschaftlicher Entwicklung und der Gesundheit weiter ausgebaut. Auf diese Weise konnten ferner wirtschaftliche Förderprogramme einbezogen werden.

Die organisierte Beteiligung von Gemeinden bietet Gesundheitsexperten und führenden Gemeindepersönlichkeiten eine einmalige Möglichkeit Gesundheitsmaßnahmen an lokale Umstände anzupassen. Neben dieser Beteiligung wird die starke sektorübergreifende Zusammenarbeit auf allen Stufen für die Erlangung einer

multidisziplinären lokalen Entwicklung als wesentliche Bestandteile des Programms „Gesunde Dörfer“ angesehen.

Die Initiativen „Gesunde Dörfer“ versuchen anstehende Entwicklungsaufgaben zu vereinfachen sowie Möglichkeiten für den Aufbau von Partnerschaften zu bieten, welche die schwerwiegendsten Probleme lösen sollen.

Als ein ganzheitlicher Entwicklungsansatz, mit der Absicht die Lebensqualität und die Gesundheit in den Dörfern zu verbessern, verfolgt das Programm die folgenden spezifischen Ziele:

- Gemeinden und Interessengruppen mobilisieren, Partnerschaften aufbauen.
- Entscheidungsprozesse auf lokaler Ebene und Bevollmächtigung der lokalen Ebene anregen und stärken.
- Ein Bewusstsein der Gemeinden für Gesundheit, Hygiene und andere Bereiche schaffen.
- Bedarfsgerechte Gesundheit und Umweltinitiativen fördern und mobilisieren.
- starke sektorübergreifende Zusammenarbeit auf allen Stufen werden für die Erlangung einer multidisziplinären lokalen Entwicklung
- Die Mobilisierung von Ressourcen für eine integrierte sozioökonomische Entwicklung anregen und fördern.

Die folgenden Strategien wurden angewandt, um die oben erwähnten Ziele zu erfüllen:

- Die Anwendung der Methodik der grundlegenden Entwicklungsbedürfnisse als ein Werkzeug der Gemeinden die Mitarbeit zu mobilisieren, Gemeindebedürfnisse zu bewerten und Tagesordnungen festzulegen.
- Die Unterstützung der Gemeinden in der Mobilisierung von Ressourcen und Durchführung multisektorieller Entwicklungsprojekte mit besonderem Fokus auf Gesundheit, Umwelt und Bildung., beispielsweise die Stärkung der Kapazität ländlicher Gemeinden, um Gesundheitsprojekte zu initiieren, zu planen und aufrechtzuerhalten.

- Entwicklung von Mechanismen, die gewährleisten sollen, dass Frauen eine zentralere Rolle spielen.

Der Ansatz der „Gesunden Dörfer“ führt durch die Veränderungen der Verhaltensweisen und durch die Brückenbildung zwischen gesundheitlichen, sozialen und wirtschaftlichen Sektoren zu konstruktiven Entwicklungen auf lokaler Ebene.

Im Folgenden werden die wichtigsten Merkmale eines „gesunden Dorfes“ vorgestellt:

- Saubere und sichere Umgebung
- Schaffung sozialer Harmonie
- Förderung und Pflege des historischen und kulturellen Erbes
- Erreichbare und angemessene Gesundheitsdienste
- Facettenreiche und innovative Wirtschaft
- Nachhaltige Ressourcennutzung durch die Gemeinde
- Verbesserung der Lebensqualität für die Mehrheit der Bevölkerung auf ein optimales Niveau
- Lösen der dringendsten Gesundheitsprobleme eines Landes

5.2. Erfahrungen in anderen Ländern

5.2.1. Iran

Nach den bemerkenswerten Erfahrungen mit umweltgerechten Sanitäreinrichtungen in ländlichen Gebieten des Irans, welche auf dem EMRO -Workshop in Rabat, Marokko, im Jahr 1990 vorgestellt wurden, veranstaltete die WHO 1995 die erste „Gesunde Dörfer“ -Konferenz in Isfahan in der IRI.

Die Teilnehmer dieser ersten Konferenz waren der Meinung, dass das Konzept der „Gesunden Dörfer“ der grundlegendste Mechanismus für die Realisierung des Ziels

„Gesundheit für alle“ sei, welches von der WHO im Jahr 1979 definiert wurde. Es folgte 1998 eine zweite Konferenz in Täbris, Iran (Montevalian, 2007). 1999 begann der Iran mit der Durchführung des Programms „Gesunde Dörfer“ (EMRO 2009). Es wurden 46 Dörfer (Motevalian u.a., 2006) mit insgesamt 70488 Einwohnern (EMRO 2009) einbezogen.

Die WHO wertete in den Jahren 2005 und 2006 das Programm „Gesunde Dörfer“ im Iran aus und kam zu folgenden Ergebnissen: (Motevalian 2007).

- Von 2000 bis 2004 stieg die Bevölkerung in den „gesunden Dörfern“ um 6,1 % an, während die Bevölkerung aller anderen Dörfer des gleichen Bezirks um 12 % sank.
- Die Ergebnisse der sozioökonomischen Haushaltumfrage in zwei Dörfern aus dem Programm „Gesunde Dörfer“ waren besser als in den Kontrolldörfern.
- Die Bewohner der „gesunden Dörfer“ hatten weniger Schwierigkeiten einen Arbeitsplatz zu finden als die Bewohner der anderen untersuchten Dörfer (78,5 % vs. 89,2 %).
- Die „gesunden Dörfer“ hatten weniger Probleme mit der Abfallwirtschaft (48,4 % vs. 66,7 %).
- Die „gesunden Dörfer“ hatten weniger Schwierigkeiten mit der Förderung der Landwirtschaft (23,7 % vs. 36,6 %).
- In den „gesunden Dörfern“ waren mehr befragte Personen der Meinung, dass sich das Vertrauen zwischen Menschen erhöht hat; sowohl im Vergleich zu den beiden vorherigen Jahren (45,1 % vs. 27,2 %) als auch im Vergleich zu den anderen Dörfern (69 % vs. 50 %).

Die Stabilität oder sogar die Erhöhung der Bevölkerungsanzahl in den Dörfern des Programms im Vergleich zum Bevölkerungsrückgang in den anderen Dörfern deutet auf zwei Punkte hin:

- Das Programm „Gesunde Dörfer“ war in der Verbesserung der Lebensbedingungen und in der positiven Veränderung von Gesundheitsparametern in den Dörfern erfolgreich.
- Die verbesserten Lebensbedingungen können dazu beitragen, die Migration in die Städte zu stoppen, auch wenn dieser Trend in den benachbarten Dörfern anhält.

5.2.2. Jordanien

Im Jahr 1996 wurde das Programm „Gesunde Dörfer“ in zwei Dörfern Jordaniens eingeführt, diese Zahl stieg bis zum Jahr 2000 auf 17 Dörfer an. Im Jahr 2007 umfasste das Programm 36 Dörfer in 14 Bezirken aus allen Gouvernements und erfasste 35635 Einwohner.

Das „Gesunde Dörfer“-Direktorium im Gesundheitsministerium in Jordanien hat ein Datenbanksystem entwickelt, um das Gesundheitsinformationssystem zu stärken, die Überwachung des Programms zu erleichtern und um lokale Dorfumfragen zu unterstützen.

Des Weiteren führen das „Gesunde Dörfer“-Direktorium und die WHO ein Gemeinschaftsprojekt durch, welches dem Ziel dient, grundlegende sozioökonomische, demografische und familiäre Daten zur Gesundheit zu erhalten sowie den Zugang von Armen zu den Basisgesundheitsvorsorgemaßnahmen zu bewerten.

Trotz der großen Leistungsfähigkeit des Programms in diesem Land, erfolgt die Ausdehnung des Programms auf weitere Dörfer nur langsam, weshalb die Beteiligung der Gemeinschaft im Management des Programms gestärkt werden müsste. Außerdem wäre die Einbeziehung der Gemeinschaft in gesundheitsbezogene Aufgaben anzuraten, obwohl Clusterbeauftragte in der Nachbeobachtung von schwangeren Frauen und in der Beobachtung von Kindern unter 5 Jahre gut einbezogen sind, um den Erhalt der rechtzeitigen Gesundheitsvorsorge sicherzustellen.

Die meisten Clusterbeauftragten im Programm „Gesunde Dörfer“ in Jordanien sind weiblich. Ferner werden 70 % der Einkommen schaffenden Kredite an weibliche

Kreditnehmer verliehen. Das Programm schenkt den Umweltverbesserungen und der besseren Entsorgung von festen Abfällen besondere Aufmerksamkeit.

Die Herausforderungen des Programms in Jordanien beinhalten:

- unzureichende jährliche Bereitstellung von Geldmitteln durch die Regierung, um das Programm durchzuführen und zu erweitern;
- ungenügende Einbeziehung aller gesundheitsbezogener Aktivitäten in den Gebieten, welche das Programm einführen;
- nicht ausreichende Kontrolle und Überwachung durch das Gesundheitsministerium und die lokalen Gesundheitsbehörden;

Das Programm beklagt einen Mangel an finanziellen Mitteln für die Einführung neuer Ideen und Projekte, was eine verstärkte Partnerschaft mit weiteren UN-Behörden, potenziellen Partnern und Nichtregierungsorganisationen erfordert.

5.3. Das Programm „Gesunde Dörfer“ in Syrien

Das Gesundheitsministerium der Arabischen Republik Syrien begann 1996 mit der Einführung des Programms „Gesunde Dörfer“ in fünf Dörfern aus drei Provinzen. Mit Stand vom 31.1.2010 umfasste das Programm 525 Dörfer aus insgesamt 13 verschiedenen Provinzen, nur im städtischen Damaskus wurde das Programm nicht etabliert.

Das Programm „gesunde Dörfer“ wird von der Direktion „gesunde Dörfer“ im Gesundheitsministerium verwaltet und steht unter der Leitung eines Direktors, welcher von einem stellvertretenden Direktor unterstützt wird.

Das Programm unterteilt sich in fünf Einheiten. Jede Einheit hat, zusätzlich zum unterstützenden Personal und zu den Hilfskräften, technische Organisationsplaner und Verwaltungspersonal in Vollzeit beschäftigt.

Innerhalb des Gesundheitsdirektoriums einer jeden Provinz befindet sich eine Abteilung „Gesunde Dörfer“, welche von einem Abteilungsleiter geführt wird. Diesen Abteilungen, bestehend aus fünf technischen Einheiten, ist Fach-, Schreib- und Hilfspersonal zugeteilt.

Jeder Gesundheitsbezirk verfügt über Gebietskoordinatoren, die die Aufsicht und Überwachung einer unterschiedlichen Anzahl von Dörfern übernehmen.

Außerdem hat jeder Programmbereich einen Ausschuss für Dorfentwicklung, welcher aus 10 bis 20 Mitgliedern und einem Vorgesetzten besteht. Die Aufgaben der Mitglieder des Ausschusses sind eindeutig definiert.

Jedes „gesunde Dorf“ umfasst eine unterschiedliche Anzahl von Unterausschüssen für verschiedene sektorale Aufgaben, welche als Fachausschüsse bekannt sind.

Clusterbeauftragte sind im Allgemeinen weiblich und die aktivste Personengruppe des Programms „Gesunde Dörfer“. Allerdings ist die Beteiligung von Frauen in den Dorfentwicklungsausschüssen und in lokalen Entscheidungsfindungen gering.

Das Programm „gesunde Dörfer“ in Syrien hat zum Ziel, eine ganzheitliche Entwicklung auf lokaler Ebene durch verschiedene Arten von sektorenübergreifenden Eingriffen zu fördern. Das Projekt und seine Aktivitäten stehen hauptsächlich im Zusammenhang mit dem Thema Gesundheit sowie mit sozialen und ökonomischen Aspekten und werden entsprechend vorrangiger Bedürfnisse, die von Gemeinden vor Ort festgelegt werden, ausgeführt. Viele der Aktivitäten werden auf Initiative des Programms „gesunde Dörfer“ oder durch Betreiben der Gemeinden von verwandten Branchen ausgeführt.

Für verschiedene Aufgaben hat das Programm in Syrien Startkapital bereitgestellt, wobei nach wie vor der Fokus auf dem Gesundheitssystem liegt.

Erfolgreich war das Programm, abhängig von den lokalen Bedürfnissen, bei der Durchführung folgender Aufgaben:

- Modernisierte Gesundheitseinrichtungen und verbesserte medizinische Grundversorgung;
- Integriertes Management von Kinderkrankheiten (IMCI);

- Unterstützung von Immunisierungsprogrammen;
- Verbesserung der reproduktiven Gesundheit;
- Förderung gesunder Lebensstile, Ernährung und Stillpraktiken;
- Verstärkte Gesundheitserziehung und Durchführung von Nichtraucherkampagnen „Quit and Win“;
- Aufbau eines Gesundheitsprogramms für Gemeindeschulen.

Weitere soziale Projekte, um dem Bedürfnis der Gemeinden nach einer verbesserten Lebensqualität gerecht zu werden, beinhalteten:

- Entwicklung der Infrastruktur als Teil der nationalen Politik.
- Alphabetisierung von Erwachsenen, Unterstützung in der Grundbildung und Steigerung der Anzahl von Einschulungen.
- Berufsausbildung und Entwicklung von Fähigkeiten.
- Förderung von kulturellen und sportlichen Aktivitäten für Kinder und Jugendliche,
- Aktivitäten zur Förderung der Selbstbestimmung von Frauen.

Ergänzend zu anderen sozialen und gesundheitsrelevanten Projekten wurde die ökonomische Entwicklung der Einwohner durch spezielle Mikrokredit-Modelle gefördert. Dafür stellten die WHO, FIRDOS (Fund for Integrated Rural Development of Syria) und andere Partner den Komitees in die gesunde Dörfer zinsfreie Darlehen zur Verfügung, welche für die Unterstützung von Viehhaltung und Milchwirtschaft, von Ackerbau und Obstbau, von kleinen Handwerksbetrieben, zur Schaffung neuer Ausbildungsplätze aber vor allem an Frauen für die Anschaffung von Nähmaschinen vergeben wurden.

5.3.1. Partnerschaften

Eine der Errungenschaften des Programms „Gesunde Dörfer“ ist das erfolgreiche Knüpfen von Partnerschaften. Beispielsweise arbeitet das Programm mit der WHO, United Nation International Children Emergency Fund UNICEF, United Nations Fund for Population Activities (UNFPA), der Europäischen Union (EU) und dem Aga Khan Development Network (AKDN) auf nationaler Ebene und mit nationalen Organisationen wie FIRDOS und der Women’s Union auf lokaler Ebene zusammen.

Während der Treffen mit den Partnern wurden viele kritische Bereiche, die korrigierende Maßnahmen erfordern, und wertvolle Anregungen und Vorschläge herausgearbeitet. Als auf die Treffen aufbauender Schritt sollte die Diskussion mit allen Parteien sowie ein Konsens angestrebt werden, sodass das Gesundheitsministerium Verbesserungen in zukünftigen Plänen berücksichtigen kann.

Das Programm wird seit 1996 von der WHO sowohl technisch als auch finanziell unterstützt. In der Vergangenheit dominierten die technische Förderung in der Fortbildung sowie die Bereitstellung von Startkapital für sozioökonomische Initiativen im Projektgebiet.

Bedenken äußerte die WHO hinsichtlich der schnellen Ausweitung des Programms, ohne zuerst eine angemessene Etablierung des Programms in den bisherigen Standorten erreicht zu haben. Des Weiteren sollte ebenfalls die vertikale Struktur des Programms und die Doppelarbeit überdacht werden.

UNICEF als eines der wichtigsten Partner unterstützt das Programm „Gesunde Dörfer“ in Syrien seit der Einführung grundlegend. Es ist in 150 Dörfern aus 5 Provinzen aktiv.

Auch UNICEF hat hinsichtlich des Qualitätsrückgangs der Leistungen und der ungleichmäßigen Entwicklungen im Zusammenhang mit der schnellen Expansion des Programms Vorbehalte geäußert. Die fehlende Koordination und die fehlende gemeinsame Planung der Partner werden von UNICEF als größte Hürde für die Nachhaltigkeit von zukünftigen Unterstützungen angesehen. Allerdings hat es aufgrund des Erfolgs des Programms strategische Modalitäten zur Verbesserung vorgeschlagen. So sollten z.B. die Strategien zur Erweiterung des Programms überarbeitet werden, um eine einheitliche Entwicklung der bestehenden Standorte zu gewährleisten. Ferner fordert UNICEF eine Neuprüfung aller Dörfer. Im Rahmen dieser Prüfung sollten die

Dörfer in folgende Klassen eingeteilt werden: erfolgreich, nachhaltig wirtschaftend, sich in der Entwicklung befindend, gravierende Probleme aufweisend.

Des Weiteren ist UNICEF der Meinung, dass das Programm „Gesunde Dörfer“ seine Rolle und Aufgaben überdenken und sich mehr auf gesundheitliche Aspekte sowie die Koordination von sozioökonomischen Aktivitäten konzentrieren sollte, da andere Partner ebenfalls auf vielen Gebieten der sozioökonomischen Entwicklung tätig seien. UNICEF würde es außerdem befürworten, wenn das Programm in die vielfältigen Programme zur medizinischen Grundversorgung eingebunden würde. Dieser Vorschlag löste erhitzte Diskussionen in verschiedenen Regierungskreisen aus.

UNFPA kooperiert zurzeit mit dem Programm im Rahmen von Maßnahmen zur reproduktiven Gesundheit. Besonders Interesse hat UNFPA an der Zusammenarbeit bezüglich der Erarbeitung von Plänen für die schnelle Beurteilung von Kommunen sowie an der Einführung von bedarfsgerechten Maßnahmen für die reproduktive Gesundheit, da diese Punkte infolge der bestehenden Strukturen in den teilnehmenden Dörfern einfach durchgeführt werden könnte.

Das **AKDN** hat das Programm seit 2003 in 16 Dörfern unterstützt und bisher Beiträge zur medizinischen Grundversorgung, zur gesunden Lebensweise, zum Training und zur Fortbildung von Clusterbeauftragten sowie zum Gesundheitskomitee, zur Verbesserung der Lebensqualität und zu Mikrofinanzierungen geleistet. Die Nachhaltigkeit erachtet das AKDN als die größte Herausforderung des Programms „gesunde Dörfer“- und es hält die Neudefinition von Zielen und klaren Richtlinien für die Expansion von bürgernahen Strukturen und Leistungen als zwingend notwendig.

FIRDOS führt in 60 Dörfern aus 6 Gouvernements (Aleppo, Idleb, Latakia, Homs, Hama, Qunaitira) seine auf die beiden Hauptbereiche soziale und wirtschaftliche Entwicklung zugeschnittenen Aktivitäten und Projekte durch. Da es keine Zusammenarbeit auf zentraler Ebene gibt, findet die Zusammenarbeit normalerweise direkt zwischen den Gemeinden, welche am Programm „Gesunde Dörfer“ teilnehmen, und FIRDOS statt. Die auf diese Weise gebildeten lokalen Allianzen sind v.a. bei der Errichtung von Gemeindeschulen, kinderfreundlichen Haushalten, verschiedenen anderen sozialen Projekten und bei der Herausgabe von zinsfreien Darlehen für Einkommen schaffende Maßnahmen tätig.

FIRDOS hat eigene beaufsichtigende und sektorenübergreifende Teams in den Bezirken aufgestellt, die auf freiwilliger Basis arbeiten und beispielsweise Ortstermine unterstützen und beaufsichtigen

Die Women's Union, eine nationale Nichtregierungsorganisation mit Hauptsitz in Damaskus, hat in Syrien 14 Büros, eines in jeder Provinz. Sie besteht aus 114 Frauenvereinigungen mit jeweils 10 bis 20 weiblichen Mitgliedern und insgesamt 1727 Einheiten. Da die Mehrheit der „gesunden Dörfer“ über eine Einheit der Women's Union verfügt, gibt es eine enge Zusammenarbeit auf lokaler Ebene, die es auf zentraler Ebene nicht gibt. Die Women's Union hat die Einführung solcher Verbindungen auf zentraler und Provinzebene empfohlen, v.a. in Anbetracht der gesundheitlichen und sozialen Entwicklung von Frauen.

5.3.2. Finanzierung

Finanzzuteilungen des Gesundheitsministeriums sind ein Hauptindikator für die Nachhaltigkeit des Programms. Gemäß verfügbarer Aufzeichnungen aus den Jahren 2002 bis 2004 unterstützte das Gesundheitsministerium verschiedene Projekte des Programms nachhaltig. Mit 27 % wurde der größte Anteil des Budgets für Personalkosten verwendet. Die Kosten für Betreuung und Aufsicht machten einen Anteil von 10,67% aus, Ausrüstung und Zubehör 17,29%, Betriebskosten 20,07% und die Unterstützung von Gesundheitsprojekten stellte einen Anteil von 24,95 % dar. Das Ministerium hat vor allem die Kosten für das Programm auf zentraler Ebene getragen. Jedes Gouvernement hat sein eigenes Budget für Personal, Materialien, Aufsicht und Betriebskosten.

Die WHO unterstützt das Programm „Gesunde Dörfer“ seit der Etablierung auf vielfältige Art und Weise. Die Mithilfe bei der gemeinschaftlichen Programmplanung und -prüfung, die technische Unterstützung und die Werbung seien als Beispiele genannt. Die Bereitstellung von Materialien und Startkapital nahm am Anfang einen großen Stellenwert ein und wurde kontinuierlich reduziert, um die Nachhaltigkeit und Selbstständigkeit des Programms zu fördern. Die Gesamtzuwendungen der WHO unterteilen sich in einen Anteil von 20,15% für die technische Unterstützung, 15,76%

für die Fortbildung und Bildung von Kapazitäten, 9,45% für die Dokumentation und Werbung, 1,65% für die Aufsicht, 1,26% für Materialien und Ausstattung, 15% für Fördergelder und in einen Anteil von 36,7%, der als Startkapital für Einkommensschaffende Projekte diente.

UNICEF arbeitet in ausgewählten Bereichen in 5 Provinzen mit dem Programm „Gesunde Dörfer“ zusammen. Gemäß verfügbarer Aufzeichnungen seit 2000 lag der Schwerpunkt der Unterstützung mit 45,02% des Gesamtvolumens im Training und in der Fortbildung. Die nächst größten finanziellen Beteiligungen erhielten die Bereiche Werbung (21,57%) und Projekte (19,66%). Außerdem hat UNICEF bei der Bereitstellung von Ausrüstung und Materialien geholfen (7,10%) sowie bei der Kontrolle und Überwachung (6,62%). Zuwendungen von UNICEF werden jahresweise vergeben und hängen vom Bedarf der Gebiete ab, in denen eine Zusammenarbeit stattfindet.

Die EU hat die Arabische Republik Syrien unterstützt, indem sie 30 Mio. Euro für Reformen und die Stärkung der Zivilgesellschaft bereitstellte. So ist sie als einer der Hauptpartner an positiven Reformen im Gesundheitssektor, v.a. an Reformen zur Integration des Programms „Gesunde Dörfer“ in das Gesundheitssystem, interessiert.

Im Jahr 2004 begann das AKDN sich in Bezirken, in denen bereits seine eigene Organisation vertreten war, am Programm finanziell zu beteiligen.

Besonderer Fokus wurde auf die Bereiche Schulungen, Befragungen und Entwicklungsprojekte gelegt. Die Unterstützung für soziale Maßnahmen betrug 10%, für Einkommensschaffende Aktivitäten dagegen 90%.

Jedes Gouvernement hat sein eigenes Budget, aus dem Personal-, Betriebs- und Supervisionskosten, Startkapital für Projekte und andere Aktivitäten gedeckt werden. Da das Direktorat des Programms „gesunde Dörfer“ keine Unterlagen zu den Kosten führt und demzufolge nicht in der Lage war, diese wichtigen Daten für die Berücksichtigung in dieser Arbeit bereitzustellen, konnten die Kosten nicht in die

Analyse der Ressourcen und in den Vergleich von Entwicklungskosten einbezogen werden. Zudem haben viele Gemeinden lokale Ressourcen mobilisiert und Partnerschaften mit Nichtregierungsorganisationen, wie FIRDOS, gebildet. Daten dazu stehen ebenfalls nicht zur Verfügung und konnten in der Analyse nicht berücksichtigt werden.

Das Programm „gesunde Dörfer“ unterstützt Einkommen schaffende Projekte mit Startkapital. Viele der sozialen Entwicklungsaktivitäten erfordern Geldmittel und so ist das Finanzmanagement ein wichtiger Teil des Managementsystems des Programms geworden. Der Erfolg des Programms stützt sich auf ein effizientes und transparentes Finanzsystem, weshalb dieser Bereich von großer Wichtigkeit ist und nach gründlicher Revision verlangt.

Nachfolgend sind die wichtigsten Feststellungen zum Finanzmanagement auf lokaler Ebene aufgelistet:

- Die WHO und weitere Partner, wie FIRDOS und AKDN, haben das Programm „gesunde Dörfer“ durch die Bereitstellung von Startkapital bei der Errichtung von sozialen und Einkommen schaffenden Projekten unterstützt.
- Zu Beginn des Programms erhielten die Kommunen Zuschüsse für Einkommen schaffende Projekte, jetzt werden zinsfreie Darlehen angeboten.
- Kredite werden von Banken ausgezahlt und die Komitees für Dorfentwicklung kaufen die notwendigen Materialien. In einem Dorf beschwerte sich die Gemeinde, dass die Empfänger der Materialien nicht in den Entscheidungsprozess, z.B. beim Kauf von Kühen, eingebunden waren, was zur Folge hatte, dass den Ansprüchen der Empfänger nicht gerecht wurde
- Es gibt keinen Umlauffonds auf lokaler oder Bezirksebene. Alle Kredite, die das Programm „gesunde Dörfer“ vergibt, werden an das Direktorat zurückgezahlt und sind Teil des nationalen Umlauffonds.
- Es gibt keine Kostenteilung der Projektstartkosten, die kompletten Projektkosten werden als Darlehen an die Empfänger vergeben

- Es existiert weder ein Konzept für Bearbeitungsgebühren noch für Gewinnbeteiligungen der Empfänger, um einen Umlauffonds als Sozialfonds auf lokaler Ebene entwickeln zu können, welcher von der Kommune für weitere Entwicklungen, für die Zahlung der Betriebskosten oder Aktionen für Arme genutzt werden könnte.
- Die Kriterien für die Unterstützung der Ärmsten der Armen sollten in einigen Dörfern neu bewertet werden.
- Darlehen werden meist an einzelnen Familien vergeben, obwohl kooperative Projekte gefördert werden sollten.
- Es mangelt an Dokumentation, die für ein adäquates Finanzmanagement auf lokaler Ebene nötig wäre.
- Ein System zur zentralen Kontrolle der Finanzunterlagen sollte entwickelt werden. Es wäre anzuraten, den Kommunen die Kosten der einzelnen Projekte bewusst zu machen und sie anzuhalten, angemessene Finanzunterlagen zu führen, da in diesen Bereichen sowie im Austausch von Daten zwischen den Kommunen und den Partnern noch Verbesserungspotenzial besteht.
- Sponsernde Organisationen und Agenturen haben keine regelmäßigen Nachprüfungen zu den ausgelegten Geldmitteln angestellt. Dies ist jedoch eine zwingende Anforderung bei finanziellen Transaktionen.
- Kreditrückzahlungen sind zufriedenstellend und in einigen Fällen bereits vollständig erfolgt. Die gesamte Kreditrückzahlungsrate betrug im Jahr 2005 35,55 %.

5.3.3. Evaluation durch die WHO

Das Programm „gesunde Dörfer“ wurde von der WHO und dem Gesundheitsministerium Syriens im Jahr 2005 bewertet. Die Veröffentlichung der Evaluation erfolgte durch die WHO im Jahr 2007.

Für diese Evaluation wurden aus jeder Region, mit Ausnahme der nördlichen Region, zwei am Programm teilnehmende Dörfer ausgewählt.

Die Evaluation kam zu dem Ergebnis, dass viele Einkommen schaffende Projekte nach der Rückzahlung der Darlehen eingestellt wurden und dass nur noch wenige Projekte aktiv waren. Projekte aus den Bereichen Gesundheit und Soziales waren nachhaltiger als Einkommen schaffende Projekte.

Im Folgenden werden ausgewählte Ergebnisse der Evaluierung vorgestellt

Das Programm „Gesunde Dörfer“ führte keine angemessenen Aufzeichnungen über die Start- und Folgekosten und die Ergebnisse der einzelnen Projekte, den Beitrag der verschiedenen Partner sowie über verwandte Aktivitäten. Wichtige Informationen wurden nicht gesammelt, da das verantwortliche Direktorat des Programmmanagements die Richtlinien und Hilfsmittel für bürgernahe Initiativen, die von den regionalen Büros herausgegeben wurden, nicht anwendet.

Alphabetisierung und Bildung von Erwachsenen standen in den meisten Gebieten im Mittelpunkt des Programms „gesunde Dörfer“. Die Alphabetisierungsrate hat sich in den untersuchten Dörfern von 70% auf 93% verbessert und liegt damit höher als der nationale Durchschnitt von 86%. Die Rate der Schulabbrecher hat sich von 10% auf 1% verringert.

Die Bereitstellung von grundlegenden Annehmlichkeiten und wichtiger Infrastruktur für ländliche Gemeinden ist ein Hauptanliegen der Regierung. Das Programm „gesunde Dörfer“ hat diesen Prozess unterstützt und die Gemeinden dazu gebracht, aktiv an der lokalen Entwicklung teilzunehmen.

Der Fokus der lokalen Entwicklung lag in der Bereitstellung von Trinkwasser und in der Fäkalienentsorgung. Die Gemeinden haben ihre Ressourcen mobilisiert, um beim Ausbau von Wasserleitungen und beim Anschluss der Haushalte an die Kanalisation mit der lokalen Verwaltung zusammenzuarbeiten. Als Folge ist der Zugang zu sauberem Trinkwasser von 76% auf 98% angestiegen. Der nationale Durchschnitt beträgt 82%. Die Anzahl an Einwohnern mit angemessener Fäkalienentsorgung stieg in den befragten Dörfern, im Vergleich zum nationalen Durchschnitt von 81%, von 65% auf 92%.

Die Gesundheit von Müttern und Kindern stellt in allen Gemeinden ein zentrales Problem dar. Dies ist ein Grund für den Vorrang des Themas Gesundheit in der nationalen Politik sowie für die Konzentration des Gesundheitsministeriums auf ländliche Gegenden bei der Verbesserung des Gesundheitsangebots.

In den Projektgebieten des Programms „gesunde Dörfer“ wurden Gesundheitsfortbildungen angeboten, um auf diese Weise die aktive Teilnahme an der Gesundheitsentwicklung zu fördern und den Gesundheitszustand in den Gemeinden zu verbessern.

Die Clusterbeauftragten haben bei der Nachfolgeimpfung von Kindern und Müttern die Initiative ergriffen und mit Gesundheitsteams zusammengearbeitet. Als Folge stieg die Immunisierung von Kindern innerhalb eines Jahres von 79% auf 100% und die Verbreitung der Tetanusimmunisierung stieg von 58% auf 92%. In vielen Dörfern sank die Kindersterblichkeit auf 18,1 pro 1000 Lebendgeburten und die Müttersterblichkeit auf 65 pro 100 000 Lebendgeburten. Das Programm „gesunde Dörfer“ hat das Bewusstsein der Mütter nachhaltig verbessert: Die vorgeburtliche Vorsorge wurde von 35% auf 52% gesteigert, die pränatale Vorsorge von 52% auf 95%. Des Weiteren stieg der Einsatz von Verhütungsmitteln von 38% auf 74%.

Die Förderung und der Schutz der Gesundheit sind zentrale Bestandteile des Programms geblieben. Im Rahmen des Programms erfolgte eine Fortbildung der Clusterbeauftragten in den Themen Gesundheitsförderung, Erste Hilfe und Kommunikationsfähigkeit. So waren die Clusterbeauftragten bei ihren Hausbesuchen in der Lage, Mütter in Gesundheitsthemen auszubilden und Vorsorgeuntersuchungen bei den Kindern durchzuführen. Sie haben die Einwohner der Gemeinden darin bestärkt, sanitäre Einrichtungen zu installieren und die Körperhygiene zu verbessern. Des Weiteren versuchten die Clusterbeauftragten die Einwohner von den Vorteilen der Annahme eines gesünderen Lebensstils zu überzeugen. Sie warben für das natürliche Stillen, da auf diese Weise fehlerhafte Praktiken unterbunden werden könnten. Außerdem setzten sich die Beauftragten für kinderfreundliche Haushalte und kinderfreundliche Gemeinden ein. All diese Maßnahmen führten zu einem gesteigerten Bewusstsein der breiten Bevölkerung für Gesundheitsthemen. Demzufolge konnte der Gesundheitszustand in den Gemeinden verbessert und das Vorkommen von Erkrankungen gesenkt werden, z.B. verringerten sich akute Atemwegerkrankungen von 31% auf 12%, Durchfälle von 19% auf 6% und Leishmaniose der Haut von 3% auf 1%. Die Zahl der Raucher konnte ebenfalls von im Mittel 70 Raucher pro Dorf auf 45 Raucher gesenkt werden. Die Namen der Personen, die mit dem Rauchen aufhörten, wurden registriert und in den Gesundheitseinrichtungen ausgehängt.

Das Programm „gesunde Dörfer“ brachte die Einwohner der Gemeinden dazu, am lokalen Entwicklungsprozess teilzunehmen und Initiative zu zeigen. Ferner wird in der Evaluation deutlich, dass die Gesamtheit der Maßnahmen positive Veränderungen und signifikante Verbesserungen in den Gemeinden erreichen könnte, wenn alle Beteiligten ein gemeinsames Ziel verfolgten.

6. Auswertung des Programms „Gesunde Dörfer“ in Syrien

6.1. Material und Methode

6.1.1. Fragebogen

Der Fragebogen, welcher die Grundlage für die vorliegende Arbeit lieferte und selbstständig erstellt wurde, enthielt im Wesentlichen geschlossene Fragen. Er erfüllte vorrangig die Aufgabe eines Zensus, der Informationen zur demografischen, sozialen, gesundheitlichen und wirtschaftlichen Lage der Haushalte und zur Beziehung zwischen den Einwohnern und dem Programm „Gesunde Dörfer“ lieferte.

Die 50 Fragen des Fragebogens wurden 7 Themenbereichen zugeordnet:

1. Identifikation des Dorfes
2. Infrastruktur des Dorfes
3. Gesundheitliche Versorgung
4. Arbeitsplatzgestaltung im Dorf
5. Demografische und soziale Situation der Befragten
6. Gesundheitliche Situation der Befragten
7. Wirtschaftliche Situation der Befragten

Ein Teil der Fragen wurde nur Einwohnern aus Dörfern gestellt, welche am Programm „Gesunde Dörfer“ teilnehmen.

Fragenarten und Fragentypen im Fragebogen

Laut Schnell u.a. (1999) kann zwischen vier Fragenarten unterschieden werden:

- Einstellungen oder Meinungen,
- Überzeugungen,
- Verhalten,
- Eigenschaften.

Bei der Differenzierung stehen die verschiedenen Informationen, welche durch die Fragenarten erhoben werden sollen, im Mittelpunkt. Diese Unterscheidung ist für die Wahl der jeweiligen Antwortskala wichtig.

Fragen nach Einstellungen oder Meinungen

Dieser Fragentyp bezieht sich auf „Wünschbarkeit oder der negativen bzw. positiven Beurteilung, den Befragte mit bestimmten Statements verbinden“ (Schnell u.a. 1999, S. 303). Dies kann sowohl in der Fragestellung selber wie auch in den Antwortvorgaben ausgedrückt werden.

Ein Beispiel für eine Einstellungsfrage ist:

Haben Ihre Kinder im Kindergarten bzw. in der Schule etwas über das Thema Gesundheit gelernt? ja, nein

Fragen nach Überzeugungen

Die Einschätzung, die mit dieser Fragestellung gefordert wird, beruht allein auf der Überzeugung des Befragten. Es sind demzufolge Fragestellungen bzw. Problembereiche, bei denen es nicht auf richtige oder falsche Antworten ankommt, sondern darauf, wie der Befragte die Realität wahrnimmt.

Fragen nach dem Verhalten

Bei Verhaltensfragen wird immer direkt auf das Verhalten des Befragten Bezug genommen und nicht auf irgendein allgemeines Verhalten von Gruppen.

Ein Beispiel für eine Frage nach dem Verhalten lautet:

Wie oft kaufen Sie (oder ein Haushaltsmitglied) eine Zeitung oder Zeitschrift?

- Mehrmals in der Woche
- Mehrmals im Monat
- Seltener
- Nie

Fragen nach Eigenschaften

Dieser Fragentyp wurde im erstellten Fragebogen zur Evaluierung des Programms „Gesunde Dörfer“ am häufigsten verwendet. Dabei wird nach Eigenschaften der befragten Person gefragt. Im Normalfall sind es Fragen nach persönlichen und demografischen Daten, teilweise um Zusammenhänge zwischen demographischen Eigenschaften von Personen bzw. Gruppen zu deren Einstellungen, Überzeugungen und Verhaltensmustern zu ermitteln.

Ein Beispiel für eine Frage nach Eigenschaften ist:

Bitte machen Sie Angaben zu den Mitgliedern Ihres Haushalts in Bezug auf die folgenden Punkte!

1	2	3	4	5	6	7
Name	Geschlecht	Alter	Verwandtschaft	Ausbildung	Beruf	Familienstand

Die meisten Fragentypen im verwendeten Fragebogen gehörten zu den geschlossenen Fragen, bei denen die Antwortkategorien vorgegeben sind. Der Befragte antwortet folglich innerhalb eines definierten Rasters:

- Ja - Nein-Form
- Richtige-Antwort-Form

6.1.2. Stichprobenverfahren

Am Programm „Gesunde Dörfer“ haben im Jahr 2007 insgesamt 454 Dörfer teilgenommen. Sie verteilten sich auf die 5 Regionen. 100 Dörfer stammten aus der südlichen Region Syriens, dies entsprach einem prozentualen Anteil von 22,1 %. Aus der mittleren Region nahmen 110 Dörfer teil, was einen Anteil von 24,2 % ausmachte. Des Weiteren wurden 85 Dörfer (18,7 %) aus der westlichen Region ausgewählt. 75 Dörfer entstammten der nördlichen Region Syriens, was einen prozentualen Anteil von 16,5 % darstellte. Die östliche Region war mit 84 Dörfern vertreten, welche einen Anteil von 18,5 % ausmachten.

Von den 454 Dörfern wurden nur diese in die Auswertung des Fragebogens aufgenommen, die im Jahr 2007 bereits länger als 2 Jahre Teilnehmer des Programm waren. Demzufolge wurden die Informationen von 308 Dörfern berücksichtigt.

Der Grund für dieses Auswahlkriterium liegt in der Zeit, die benötigt wird, um nach Einführung der Projekte und Programme zu Ergebnissen zu kommen und die geforderten Ziele des Programms „Gesunde Dörfer“ zu erreichen.

Die ausgewählten 308 Dörfer verteilten sich wie folgt auf die fünf Regionen Syriens: Aus der südlichen Region stammten 72 Dörfer, welche einen prozentualen Anteil von 23,4 % ausmachten. 85 Dörfer wurden aus der mittleren Region berücksichtigt, dies entsprach 27,6 %. Die westliche Region war mit 56 Dörfern beteiligt, welche einen Anteil von 18,2 % darstellten. Außerdem gehörten 45 Dörfer der nördlichen Region an, dies entsprach 14,6 %. Aus der östlichen Region stammten demzufolge 50 Dörfer, welche einen prozentualen Anteil von 16,2 % ausmachten.

Bei der einfachen Zufallsauswahl hat jedes Element der Grundgesamtheit eine gleich große Wahrscheinlichkeit in die Stichprobe zu gelangen. Beinhaltet die Grundgesamtheit N Elemente und soll die Stichprobe den Umfang n haben, so ist jedes Element der Grundgesamtheit mit der Wahrscheinlichkeit $W=n/N$ in der Stichprobe vertreten.

Die zufällige Auswahl der jeweiligen 5 Dörfer einer Region wurde folgendermaßen durchgeführt: Die Namen der zu berücksichtigten Dörfer wurden auf jeweils einen Zettel notiert und in eine Urne gegeben. Es erfolgte eine einfache Zufallsstichprobe mittels Zufallszahlen (Rönz und Strohe, 1994).

Für die Durchführung der Befragung wurden aus jeder Region 5 Dörfer innerhalb der Grundgesamtheit der 308 Dörfer zufällig ausgewählt. Dementsprechend repräsentierten die 5 Dörfer 7 % der 72 Dörfer der südlichen Region. Die 5 Dörfer aus der mittleren Region entsprachen 6 % und die 5 ausgewählten Dörfer aus der westlichen Region 9 %. 11 % der Dörfer aus der nördlichen Region und 10 % der Dörfer aus der östlichen Region wurden in den Fragebogen einbezogen.

Da die gesamte Dörferanzahl durch das geforderte Merkmal, mindestens zwei Jahre am Programm „Gesunde Dörfer“ teilzunehmen, verkleinert wurde, wurden im Mittel 5 % der 308 Dörfer befragt. Wenn man die einzelnen Regionen betrachtet, erkennt man, dass die ausgewählten Dörfer 6 – 11 % der jeweiligen Region ausmachten. Demzufolge wurde im Zusammenhang mit dem Zufallsauswahl eine repräsentative Stichprobengröße erreicht.

Der nächste Schritt bestand darin, die Kontrollstichprobe zu ermitteln. Dafür wurde für jedes der fünf ausgewählten Dörfer einer Region, welches am Programm „Gesunde Dörfer“ teilnahm, ein Dorf im Umkreis von 10 km mit vergleichbarer Einwohnerzahl bestimmt.

Anschließend wurden in jedem der 10 Dörfer einer Region Syriens 10 Haushalte auf Grundlage des systematischen Auswahlverfahrens ausgewählt.

Hierbei handelte es sich um eine nur leicht abgewandelte Variante der einfachen Zufallsauswahl. Bei diesem Verfahren geht man von einer Auswahlgrundlage aus, die in gewisser Weise geordnet ist.

Wenn die Auswahlgrundlage aus N geordneten Elementen besteht und eine Stichprobe vom Umfang n gewünscht ist, bildet man zunächst den Quotienten N/n . Dieser Quotient (Q) wird Ziehungsintervall genannt. Nun wird eine Zahl (U) zwischen 1 und Q zufällig ausgewählt. Die Elemente U , $U+Q$, $U+2Q$, $U+3Q$... sind Bestandteile der Stichprobe. (Alisch u.a. 2004)

Für dieses Verfahren wurde der erste Haushalt zufällig bestimmt, der 2. Haushalt war 4 Häuser vom ersten entfernt, der 3. Haushalt 4 Häuser vom 2., usw.

Alles in allem wurden 500 Fragebögen - 250 von Haushalten „gesunder“ Dörfer und 250 von Haushalten von Dörfern, welche nicht am Programm „Gesunde Dörfer“ teilnahmen - mit Informationen über 2700 Einwohner ausgewertet. Es ergaben sich 3 Stichprobeneinheiten: Dorf, Haushalt und Einwohner. Für jede Stichprobeneinheit wurden spezielle Fragen ausgearbeitet und gestellt.

6.1.3. Schwierigkeiten bei der Datenerhebung

Die Schwierigkeiten bei der Erhebung der Daten bestanden in den folgenden Punkten:

1. Die Erreichbarkeit der Dörfer: Einige Dörfer waren bis zu 700 km von Damaskus entfernt und schwer zu erreichen. Als problematisch erwies sich, dass ab 16 Uhr keine öffentlichen Verkehrsmittel mehr zur Verfügung standen. Demzufolge konnten nur wenige Dörfer pro Tag erreicht und wenige Haushalte befragt werden.
2. Die Überzeugung der Einwohner zur Teilnahme an der Befragung: In jedem ausgewählten Haushalt bestand als erstes die Aufgabe darin, den Einwohnern den Grund, die Durchführung und die Ziele der Befragung zu erklären sowie sie zur Teilnahme zu bewegen. Dies nahm zum Teil viel Zeit in Anspruch und war auch von der Bildung der Einwohner abhängig. Gebildete Personen entschieden sich schneller und häufiger zur Teilnahme an der Befragung. In einem Kontrolldorf konnte beispielsweise keine ausreichende Anzahl an Teilnehmern gefunden werden, so dass dieses Dorf nicht in die Befragung einbezogen werden konnte und ein anderes bestimmt werden musste.
3. Die Richtigkeit der Aussagen im wirtschaftlichen Bereich zu den monatlichen Einkommen: Bei der Frage zu dem monatlichen Einkommen machten die Befragten zum Teil keine, ungenaue oder falsche Angaben, so dass diese Frage

nicht in der Auswertung berücksichtigt werden konnte. Die Gründe dafür lagen in der Angst entdeckt zu werden, Steuern zu hinterziehen oder auch im Unwissen über das Einkommen, da diese Befragten keiner regelmäßigen Tätigkeit nachgingen oder nur durch die einmalige jährliche Ernte Einnahmen erzielen konnten.

4. Die Dauer der Befragung: Die benötigte Zeit für das Ausfüllen der Fragebögen war zum einen abhängig vom Bildungsstand der Haushaltseinwohner, zum anderen auch von der Einwohneranzahl je Haushalt. Besonders in der östlichen Region Syriens lebte eine große Anzahl von Bewohnern in einem Haushalt, es waren bis zu 30 Personen. Dagegen lebten in der westlichen Region lediglich 4 – 5 Einwohner in einem Haushalt.

6.1.4. Analyseverfahren

Für die Auswertung der Daten wurden die Antworten nummeriert oder es wurden ihnen Skalen zugeordnet, schließen erfolgte die Eingabe in das Programm SPSS (Kirchhoff, u.a.; 2010) Zur Gewährleistung der Richtigkeit wurden die eingetragenen Daten zwei Mal überprüft.

Die erhobenen Daten wurden hinsichtlich des Erreichens der Ziele des Programms als Balkendiagramme dargestellt (Janssen und Laatz, 2009). Eine Differenzierung erfolgte bezüglich der regionalen Unterschiede zwischen Dörfern, welche am Programm „Gesunde Dörfer“ teilnahmen, und den Kontrolldörfern. Die statistische Auswertung der Unterschiede erfolgte mithilfe von zwei Tests, dem Wilcoxon Test (Steiner und Benesch, 2010) und dem Chi – Quadrat – Test (Eckstein, 2010)

Der Wilcoxon Test wird angewendet, wenn ein Dorf als eine Einheit betrachtet wird, und wenn die zwei Elemente der Stichproben – gesunde Dörfer und Kontrolldörfer – als Paare behandelt werden. Er wurde zum Prüfen folgender Merkmale genutzt: Gesundheitspunkte, Ärzte, Zahnärzte, Apotheker, Laboratorien, Gymnasien; Sportplätze und Kulturzentren. Die Grundhypothese (H_0) postuliert, dass keine Unterschiede zwischen den „Gesunden Dörfern“ und den Kontrolldörfern bestehen. Die Gegenthese (H_1) geht von Unterschieden aus.

Der Wilcoxon Test ist ein parameterfreier statistischer Test für zwei verbundene Stichproben. Der Test beruht auf Rängen von Differenzen in dem Variablenwerten. Bei dem Testverfahren werden die Differenz der Messwerte für die Paare berechnet und die absoluten Differenzen in eine gemeinsame Rangziffernreihenordnung gebracht und schließlich werden diesen Rangziffern die Vorzeichen der Differenzen zugeordnet. (Janssen und Laatz, 2009).

Die Wilcoxon- Rangsummenstatistik ist

$$W_{m,n} = \sum_{i=1}^m R(X_i)$$

Wobei:

m: der Stichprobenumfang der ersten Gruppe

n: der Stichprobenumfang der zweiten Gruppe

Der Rangzahlen $R(X_i)$ der X_i Werte ist, die sich aus der gemeinsam geordneten Stichprobe aller $m + n$ Werte ergeben.

Für $m > 25$ oder $n > 25$ (auch: $m > 10$ oder $n > 10$) kann die Teststatistik

$$W_{m,n} \approx N\left(\frac{m(n+m+1)}{2}, \frac{nm(n+m+1)}{12}\right)$$

durch die Normalverteilung approximiert werden. Die kritischen Werte ergeben sich dann aus den kritischen Werten der approximativen Normalverteilung. (Rinne, H. 2003).

H_0 : wird abgelehnt, wenn für Stichproben $|T| > Z_{1-\alpha/2}$ (Rönz. B und Strohe H.G .1994)

$$T = \frac{U - \frac{m \cdot n}{2}}{\sqrt{\frac{m \cdot n \cdot (m + n + 1)}{12}}}$$

$$U = w - \frac{m(m+1)}{2}$$

Mit $\alpha = 5\%$ wird $Z_{1-\alpha/2} = 1,96$.

Der Chi - Quadrat - Test wird dagegen für Merkmale genutzt, bei denen Haushalte oder Befragte als Einheit zugrunde liegen, wie Verbandskästen, Zeitungen, Bücherregale, Arbeitslose, arbeitende Kinder usw..

Mit dem Chi - Quadrat – Homogenitätstest versucht man, die Frage zu beantworten, ob zwei (oder mehr) unabhängig Stichproben aus derselben Grundgesamtheit stammen und dieselben Verteilung haben (Schira, 2009)

Die Hypothesen für alle Chi - Quadrat – Tests im das Arbeit lauten:

$H_0: F_1 = F_2$ die beiden Stichproben stammen aus identisch verteilten

Grundgesamtheiten, es gibt keinen signifikanten Unterschied zwischen den Dörfern im Programm und den Dörfern, die nicht im Programm sind.

$H_1: F_1 \neq F_2$ die beiden Stichproben stammen aus unterschiedlichen verteilten

Grundgesamtheiten, es gibt einen signifikanten Unterschied zwischen den Dörfern im Programm und den Dörfern, die nicht im Programm sind.

Die Testvariablen sind

$$\chi^2 = \sum_{j=1}^k \sum_{i=1}^m \frac{(n_{ij} - E_{ij})^2}{E_{ij}}$$

Dabei bezeichnen n_{ij} die Anzahl des Auftretens von (x_i, y_j) in einer Stichprobe vom Umfang n mit

$$E_{ij} = \frac{n_i n_j}{n}$$

$$n_j = \sum_{k=1}^r n_{jk}$$

$$n_k = \sum_{j=1}^m n_{jk}$$

Die Nullhypothese wird verworfen wenn $\chi^2 > \chi^2_{(k-1)(m-1); 1-\alpha}$, dem $(1-\alpha)$ -Quantil der χ^2 -Verteilung mit $(k-1)(m-1)$ Freiheitsgrad ist.

6.2. Ergebnisse und Diskussion

6.2.1. Ziel der Verbesserung der Gesundheitseinrichtungen und der medizinischen Grundversorgung

Das wichtigste Ziel des Programms „Gesunde Dörfer“ ist es, den Gesundheitszustand in den Dörfern zu verbessern sowie das Ziel der WHO „Gesundheit für alle“ zu erlangen. Dazu gehört, die Anzahl der Leistungserbringer im Gesundheitsbereich (Ärzte, Zahnärzte, Apotheker usw.) in den Dörfern zu erhöhen sowie die gesundheitlichen Gewohnheiten der Einwohner in den teilnehmenden Dörfern zu verbessern.

Im Folgenden wird eine Auswertung der Anzahl der Leistungsbringer, der Anzahl der Gesundheitspunkte und der gesundheitlichen Gewohnheiten (regelmäßige Arztbesuche, Medikamenteneinnahme ohne ärztliches Rezept, Haushalte mit Verbandkästen) vorgenommen.

Die Anzahl der Dörfer, welche über einen Gesundheitspunkt verfügen, ist in der nächsten Abbildung 46 dargestellt.

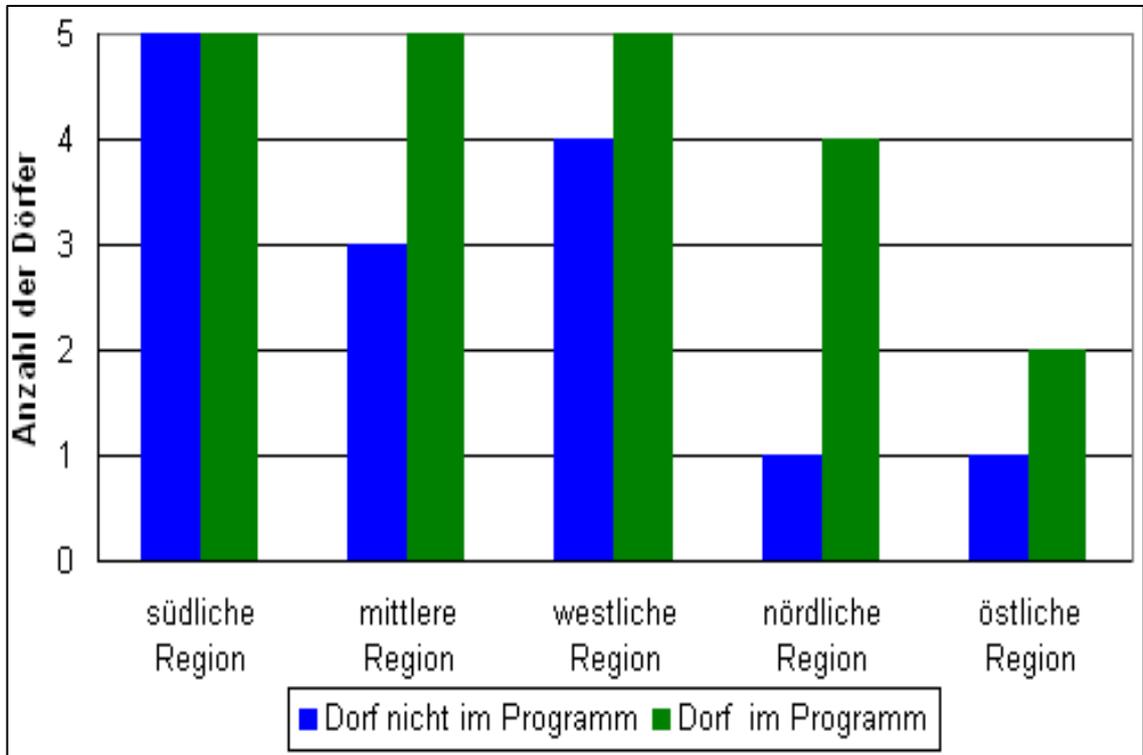


Abb. 46: Dörfer mit einem Gesundheitspunkt

In der südlichen Region waren alle Dörfer mit einem Gesundheitspunkt ausgestattet. Für Dörfer aus der mittleren und westlichen Region, welche am Programm „Gesunde Dörfer“ teilnahmen, war dies ebenfalls der Fall. Dahingegen waren es bei den Kontrolldörfern nur 3 in der mittleren und 4 der westlichen Region, die über einen Gesundheitspunkt verfügten. In der nördlichen und östlichen Region hatten jeweils 20 % dieser Dörfer einen Gesundheitspunkt. Allerdings besaßen 80 % der befragten „gesunden Dörfer“ in der nördlichen Region und 40 % in der östlichen Region einen Gesundheitspunkt.

Der Wilcoxon Test zeigte hinsichtlich der Anzahl der Dörfer mit einem Gesundheitspunkt zwischen den am Programm „Gesunde Dörfer“ teilnehmenden Dörfern und den Dörfern, die nicht im Programm waren, einen signifikanten Unterschied ($P < 0,05$). Die Nullhypothese wurde abgelehnt (Anhang 2).

Die medizinische Versorgung durch Ärzte in den befragten Dörfern ist aus der Abbildung 47 ersichtlich.

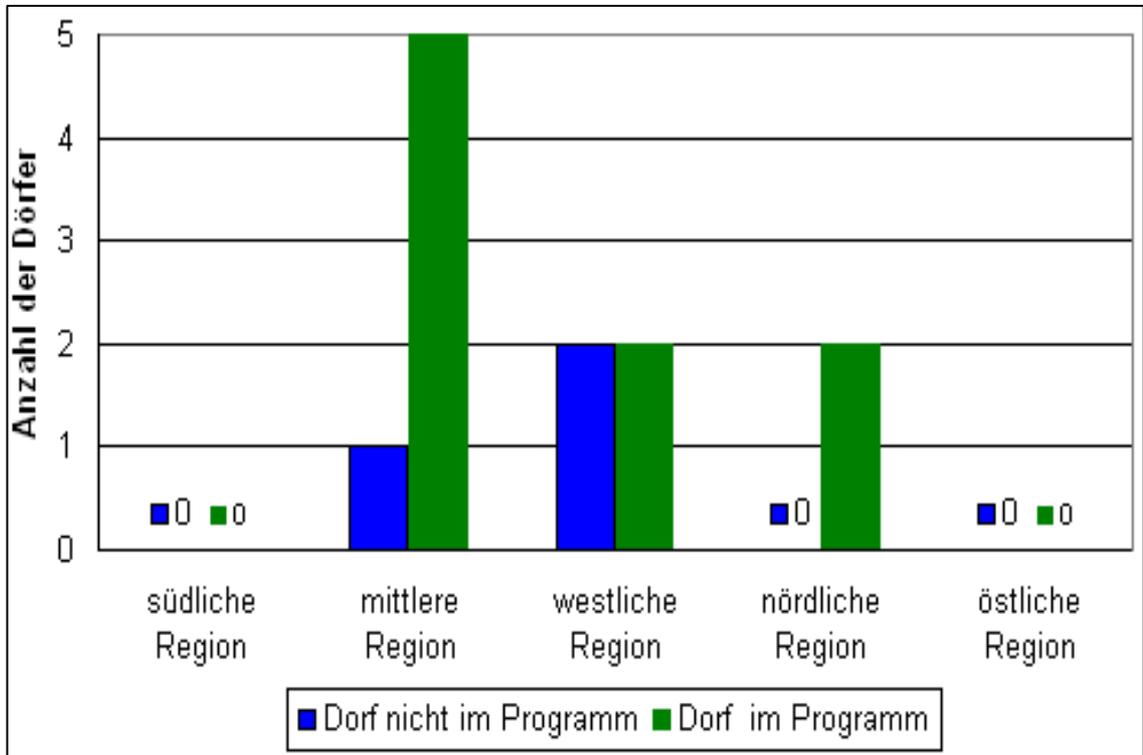


Abb. 47: Dörfer mit einem Arzt

Man erkennt in dieser Abbildung, dass in allen befragten Dörfern der mittleren Region, welche am Programm „Gesunde Dörfer“ teilnahmen, ein Arzt zur Verfügung stand. Dagegen waren es in den Dörfern ohne Teilnahme am Programm nur 20 %. In der westlichen Region praktizierte in 40 % der Dörfer ein Arzt - unabhängig von der Programmteilnahme. Des Weiteren wurde die Bevölkerung der nördlichen Region in 40 % der Dörfer aus dem Programm „gesunde Dörfer“ durch einen Arzt medizinisch versorgt, in den Kontrolldörfern gab es keinen Arzt.

Der Wilcoxon Test zeigte wiederum einen signifikanten Unterschied ($P < 0,05$) zwischen der Anzahl der Ärzte in den am Programm „Gesunde Dörfer“ teilnehmenden Dörfern und den Dörfern, die nicht im Programm waren. Die Nullhypothese wurde abgelehnt (Anhang 2).

In der Abbildung 48 ist die zahnmedizinische Versorgung der Dorfbewohner grafisch dargestellt.

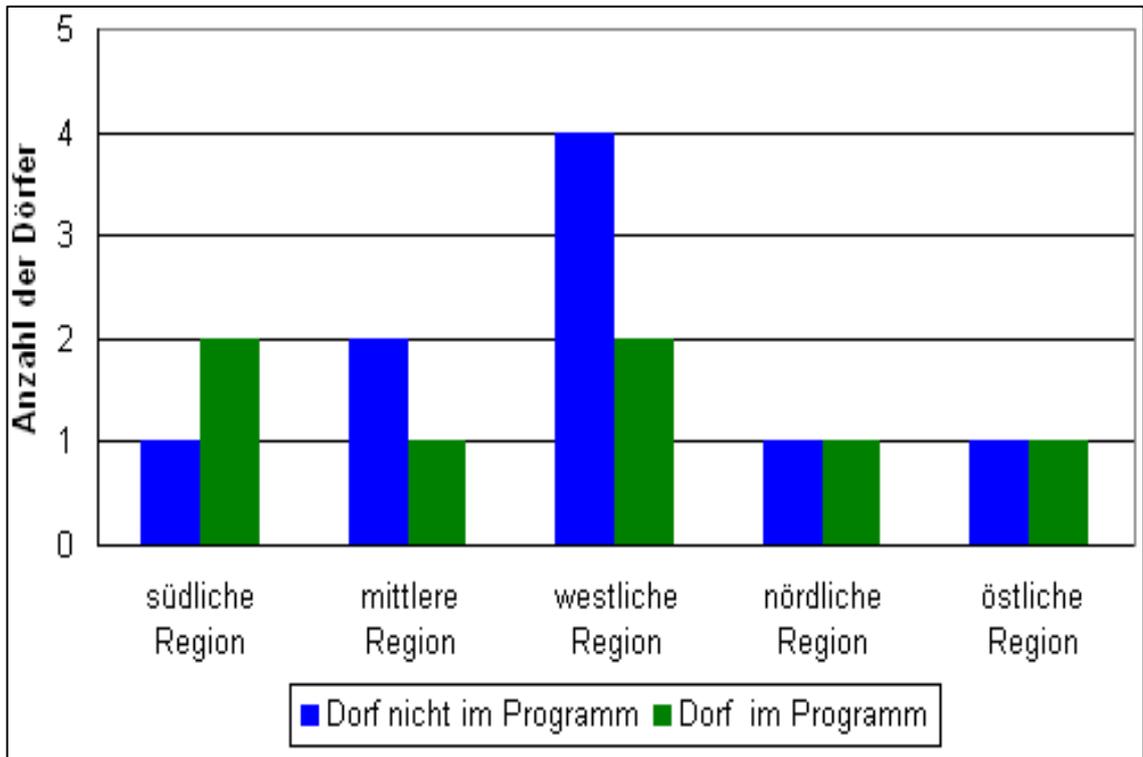


Abb. 48: Dörfer mit einem Zahnarzt

In der südlichen Region praktizierte in 40 % der Dörfer, welche am Programm „gesunde Dörfer“ teilnahmen, und in 20 % der Dörfer ohne Teilnahme am Programm ein Zahnarzt. In der mittleren und westlichen Region war die Versorgung der Bevölkerung mit Zahnärzten jeweils in den Dörfern ohne Programm „gesunde Dörfer“ besser und erreichte in der westlichen Region 80 %. Zahnärzte arbeiteten in 20 % aller befragten Dörfer aus der nördlichen und östlichen Region.

Keinen signifikanten Unterschied ($P > 0,05$) zwischen der Anzahl der Zahnärzte in den am Programm „Gesunde Dörfer“ teilnehmenden Dörfern und den Dörfern, die nicht am Programm teilnahmen, zeigte der Wilcoxon Test. Die Nullhypothese wurde nicht abgelenkt. (Anhang 2).

Die Verteilung der Anzahl der Hebammen in den Dörfern ist in der Abbildung 49

dargestellt.

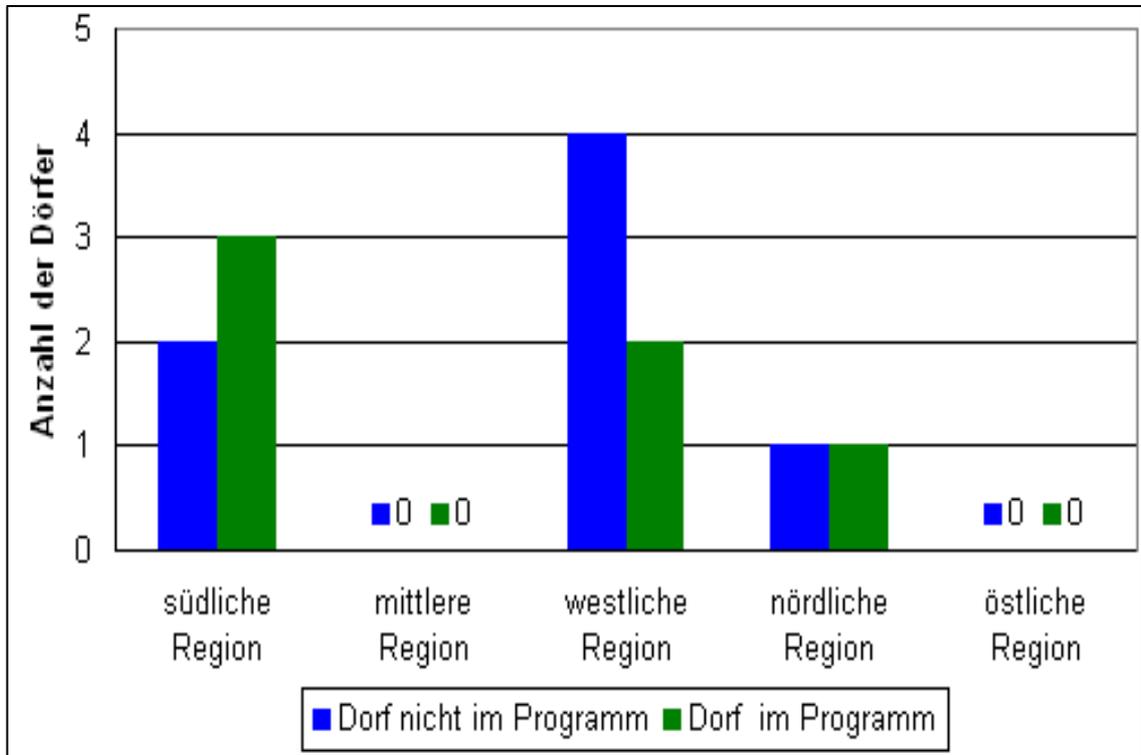


Abb. 49: Dörfer mit einer Hebamme

Während das Geburtsgeschehen in der nördlichen Region in jeweils 20 % der Dörfer durch Hebammen betreut wurde, wurde es in der westlichen Region in 40 % der Dörfer mit Teilnahme am Programm „gesunde Dörfer“ und in 80 % der Dörfer ohne Teilnahme am Programm begleitet. Des Weiteren waren in der südlichen Region in 40 % der Kontrolldörfer und in 60 % der „gesunden“ Dörfer Hebammen tätig. In der mittleren und östlichen Region gab es in keinem der befragten Dörfer eine Hebamme.

Der Wilcoxon Test ergab einen signifikanten Unterschied ($P < 0,05$) zwischen der Anzahl der Hebammen in den Dörfern, welche am Programm „Gesunde Dörfer“ teilnahmen, und den Dörfern, die nicht im Programm waren, weshalb die Nullhypothese abgelehnt wurde (Anhang 2).

Aus Abbildung 50 ist das Vorhandensein von Apotheken in den Dörfern Syriens erkenntlich.

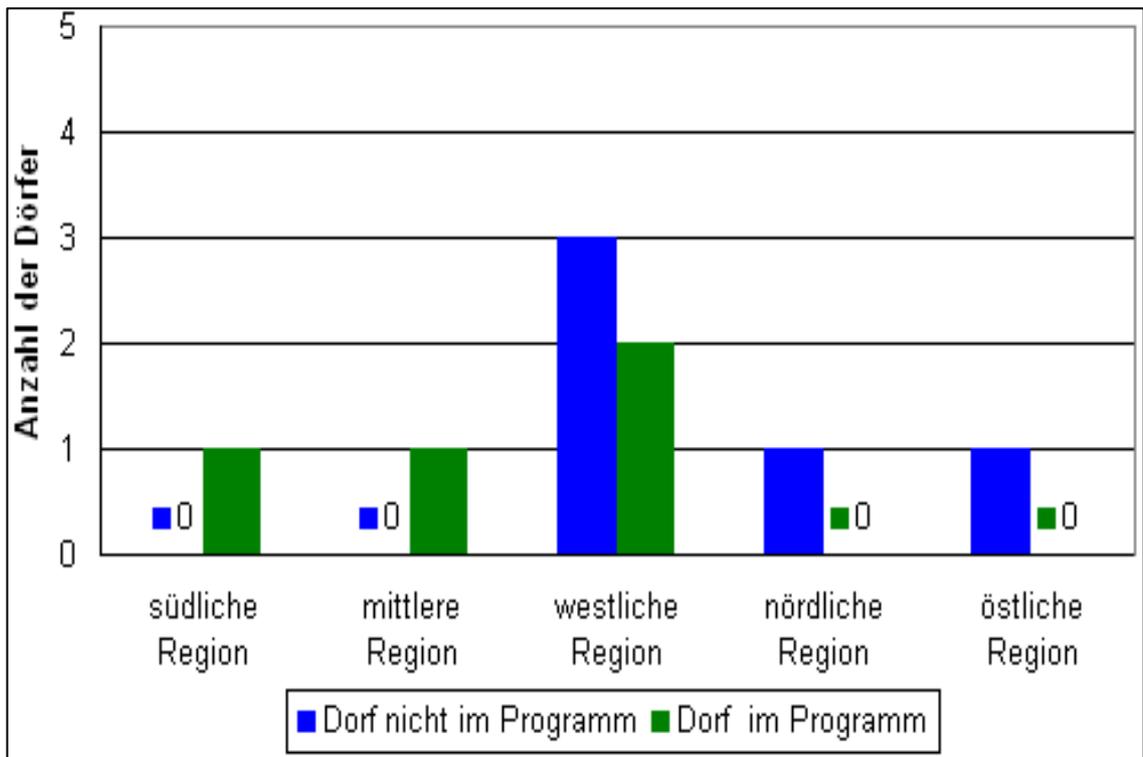


Abb. 50: Dörfer mit einer Apotheke

In 20 % der „gesunden Dörfer“ in der südlichen und mittleren Region wurde eine Apotheke gezählt. Keine Apotheke gab es in den Kontrolldörfern. Gegenteilig stellte sich die Situation in der nördlichen und östlichen Region dar: Dort war in 20 % der Dörfer, welche nicht am Programm „Gesunde Dörfer“ teilnahmen, eine Apotheke vorhanden; in keinem der „gesunden Dörfer“ gab es eine Apotheke. In der westlichen Region waren prozentual die meisten Apotheken vorhanden, da sich in 60 % der Kontrolldörfer und in 40 % der Dörfer mit dem Programm eine Apotheke befand.

Auch in diesem Punkt zeigte der Wilcoxon Test zwischen der Anzahl an Apotheken in den am Programm „Gesunde Dörfer“ teilnehmenden Dörfern und den Dörfern, die nicht am Programm teilnahmen, einen signifikanten Unterschied ($P < 0,05$). Die Nullhypothese wurde folglich abgelehnt (Anhang 2).

Die Ausstattung der befragten Dörfer mit Laboratorien ist aus der Abbildung 51 ersichtlich.

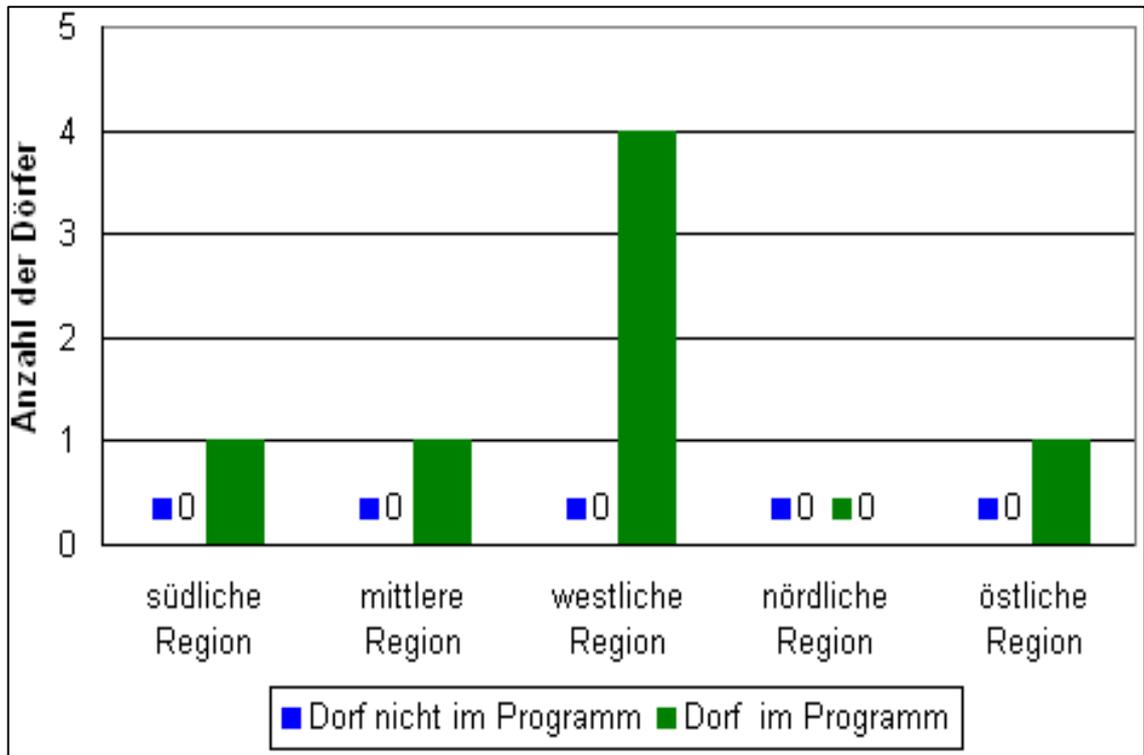


Abb. 51: Dörfer mit einem Labor

Auffällig in dieser Abbildung ist, dass – mit Ausnahme der nördlichen Region, in welcher es in keinem der befragten Dörfer ein Labor gab – nur Dörfer, welche am Programm „Gesunde Dörfer“ teilnahmen, über Laboratorien verfügten. Je 20 % der „gesunden Dörfer“ aus der südlichen, mittleren und östlichen Region sowie 80 % der Dörfer aus der westlichen Region waren mit einem Labor ausgestattet. Keines der Kontrolldörfer war Standpunkt eines Labors.

Mithilfe des Wilcoxon Tests wurde ein signifikanter Unterschied ($P < 0,05$) zwischen der Anzahl der Laboratorien in den „gesunden Dörfern“ und den Kontrolldörfern festgestellt, weshalb die Nullhypothese abgelehnt wurde (Anhang 2).

Die folgenden Abbildungen beziehen sich auf die gesundheitlichen Gewohnheiten der befragten Personen.

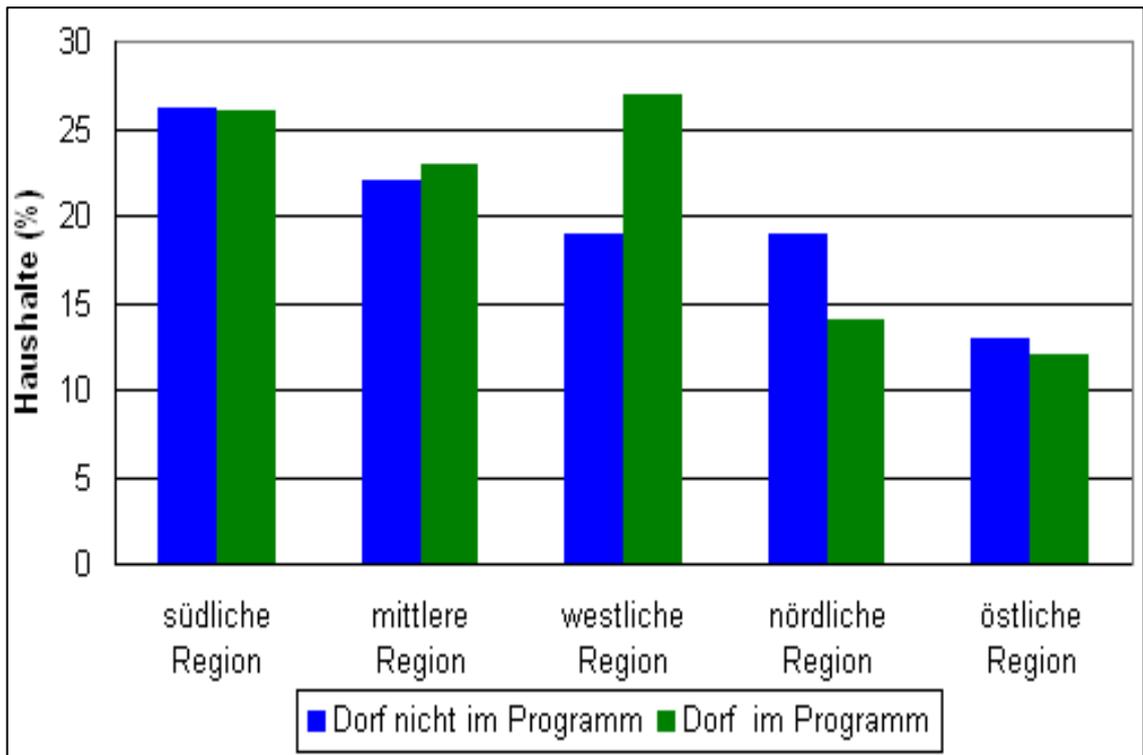


Abb. 52: Haushalte mit einem Verbandkasten

Die Ausstattung der Haushalte der befragten Personen mit einem Verbandkasten ist aus der Abbildung 52 ersichtlich. In der südlichen Region Syriens war in ca. 26 % der Haushalte – unabhängig davon, ob die Dörfer am Programm „Gesunde Dörfer“ teilnahmen – ein Verbandkasten vorhanden. Auch in der mittleren Region konnte ein zwischen den unterschiedlichen Dörfern sehr ähnliches Verhältnis ermittelt werden: In 22 % der Haushalte aus Dörfern ohne Teilnahme am Programm und in 23 % der Haushalte aus Dörfern mit Teilnahme am Programm war ein Verbandkasten zu finden. In der westlichen Region war der Anteil an Haushalten aus Dörfern, welche nicht am Programm teilnahmen, mit 19 % bereits etwas geringer. Dafür verfügten aber 27 % der Haushalte aus „gesunden Dörfern“ über einen Verbandkasten. Haushalte aus Dörfern ohne Teilnahme am Programm „Gesunde Dörfer“ in der nördlichen und östlichen Region waren prozentual häufiger mit einem Verbandkasten ausgestattet (19 und 14 %) als die Haushalte in „gesunden Dörfern“: Dort betrug ihr Anteil 13 und 12 %. Der geringste Anteil an Haushalten mit einem Verbandkasten wurde in der östlichen Region bestimmt.

Laut dem Chi – Quadrat - Test war der Unterschied zwischen „gesunden Dörfern“ und Dörfern, welche nicht am Programm teilnahmen, bezüglich des Vorhandenseins eines Verbandkastens nicht signifikant ($P > 0,05$) und die Nullhypothese kann nicht abgelehnt werden. (Anhang 3).

Der prozentuale Anteil an Befragten, der regelmäßig einen Arzt aufsucht, ist in der Abbildung 53 dargestellt.

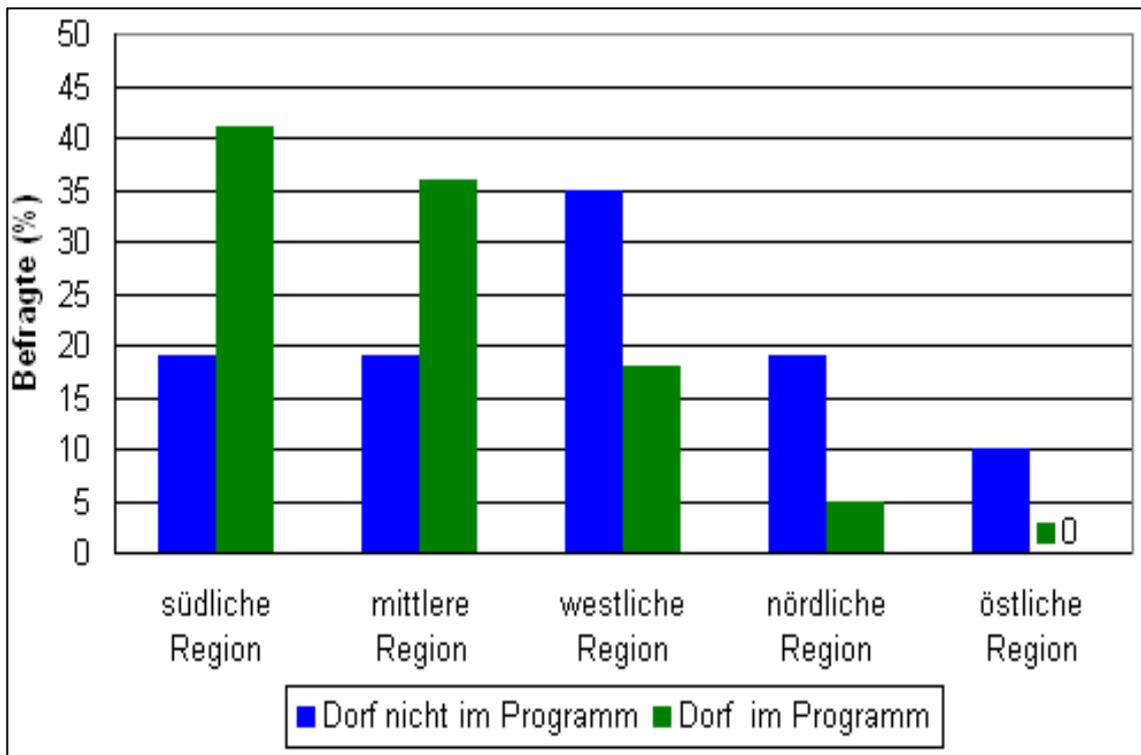


Abb. 53: Befragte, die regelmäßig einen Arzt konsultieren

Befragte aus „gesunden Dörfern“ in der südlichen und mittleren Region konsultierten mit 41 und 36 % am häufigsten einen Arzt. Dagegen waren es in diesen Regionen jeweils 19 % der Befragten aus Dörfern, welche nicht am Programm „Gesunde Dörfer“ teilnahmen. In der westlichen Region ergab sich das gegenteilige Ergebnis: Mehr Befragte aus Kontrolldörfern suchten einen Arzt auf (35 %). Der Anteil an Befragten aus „gesunden Dörfern“ war mit 18 % ähnlich dem Anteil von Befragten aus Dörfern ohne Teilnahme am Programm in der südlichen und mittleren sowie in der nördlichen Region. Wenige Befragte aus „gesunden Dörfern“ in der nördlichen Region (5 %) und

keine aus der östlichen Region konsultierten regelmäßig einen Arzt. Des Weiteren besuchten 10 % der Befragten aus Dörfern ohne Programmteilnahme in der östlichen Region einen Arzt.

Der prozentuale Anteil an befragten Personen, welcher Medikamente ohne ärztlichen Rat einnimmt, findet sich in der Abbildung 54.

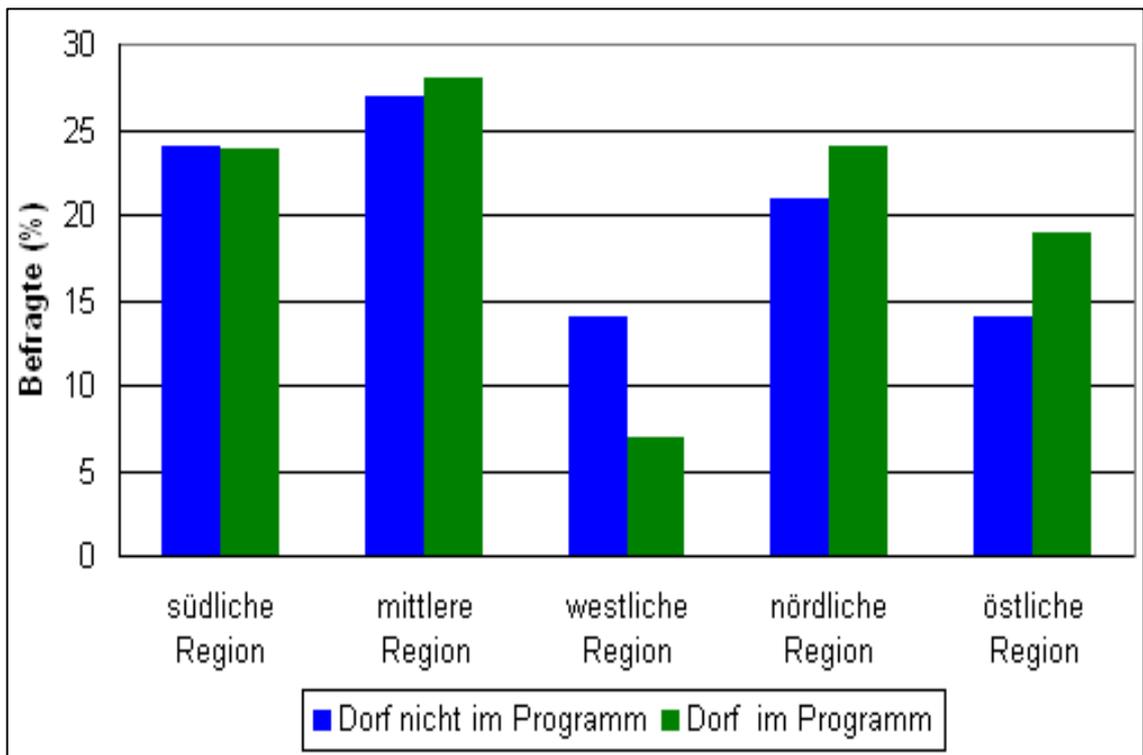


Abb. 54: Befragte, die Medikamente ohne ärztliches Rezept einnehmen

In der westlichen Region war dieser Anteil mit 7 % in gesunden Dörfern und 14 % in Dörfern, die nicht am Programm „gesunde Dörfer“ teilnahmen, am geringsten. Auch in der östlichen Region nahmen nur 14 % der Befragten, welche aus Kontrolldörfern stammten, Medikamente ohne ärztliches Rezept ein. Dagegen waren es in gesunden Dörfern 19 %. In der nördlichen Region nahmen mit 21 % der Befragten aus Dörfern ohne Programmteilnahme und 24 % der Befragten aus gesunden Dörfern in etwa gleich viele Medikamente ohne Verschreibung ein. Ca. 24 % der Befragten waren es in der südlichen Region. Der höchste Anteil fand sich in der mittleren Region Syriens: Hier nahmen 27 % der Befragten, die aus Dörfern kamen, welche nicht am Programm

teilnahmen, und 28 % der Befragten aus gesunden Dörfern Medikamente ohne ärztliches Rezept ein.

Die Verbesserung der Gesundheitsversorgung in den Dörfern ist ein weiteres zentrales Ziel des Programms „gesunde Dörfer“. Die Einwohner sollen in Gesundheitsfragen sensibilisiert werden und schnell Rat zu den unterschiedlichsten gesundheitlichen Problemen einholen können. Folglich wurden in einem Großteil der Dörfer „Gesundheitspunkte“ errichtet. Aus der Abbildung 46 ist ersichtlich, dass das Programm „gesunde Dörfer“ dieses Ziel erreicht hat.

In allen befragten Dörfern aus dem Programm in der südlichen, westlichen und mittleren Region gab es einen Gesundheitspunkt. Des Weiteren war die Zahl von Gesundheitspunkten in Dörfern aus dem Programm höher als in den Dörfern, welche nicht am Programm teilnahmen. Dies konnte besonders am Beispiel der nördlichen Region gezeigt werden. Dort betrug der Unterschied 60 %. Eine Ausnahme stellte die östliche Region dar: Lediglich 40 % der befragten „gesunden Dörfer“ verfügten über einen Gesundheitspunkt, dennoch war die Anzahl an Gesundheitspunkten in den „gesunden Dörfern“ höher als in den Kontrolldörfern.

Mögliche Ursachen für die wenigen Gesundheitspunkte in der östlichen Region sind, dass die Mitarbeiter des Programms „gesunde Dörfer“ aufgrund schlechter Ausbildung oder Kommunikation mit den Einwohnern der Region die Vorzüge des Programms nicht übermitteln konnten. Außerdem könnte das mangelnde Interesse der Bevölkerung an dem Programm eine entscheidende Rolle gespielt haben, was durch die schlechte Bildung der Bevölkerung noch verstärkt wurde. Im Allgemeinen werden die Einwohner aktiv an der Umsetzung des Programms beteiligt, beispielsweise sind sie angehalten das Grundstück für den „Gesundheitspunkt“ bereitzustellen. Dies konnte in der östlichen Region jedoch nur selten erreicht werden.

Das Programm „gesunde Dörfer“ hatte keinen signifikanten Einfluss auf die Anzahl von Ärzten, Zahnärzten, Apothekern und Hebammen in den Dörfern. Der Grund dafür liegt in einem Gesetz für diese Berufsgruppen. Nach Beendigung der Ausbildung sind Ärzte, Zahnärzte usw. verpflichtet für 2 Jahre in einem Dorf eine private Praxis zu eröffnen.

Um dennoch die medizinische Versorgung in allen Dörfern sicherzustellen oder zu verbessern, kann man die Einführung von zinslosen oder zinsverbilligten Krediten für Ärzte, Zahnärzte und Apothekern empfehlen.

Im Rahmen des Ziels der verbesserten Gesundheitsversorgung in den Dörfern stand auch die Eröffnung von Laboratorien im Vordergrund. So wurde je ein Labor in der südlichen, mittleren und östlichen Region eröffnet, in der westlichen sogar 4. Begründet werden kann die hohe Anzahl in der westlichen Region durch den hohen Bildungsstandard der Bevölkerung sowie dem hohen Interesse an Fragen zur Gesundheit. Aus den gegensätzlichen Gründen gab es nicht ein Labor in der nördlichen Region. In der Abbildung zur Verteilung der Laboratorien kann man erkennen, dass das Programm „gesunde Dörfer“ das besagte Ziel erreicht hat, da die befragten Kontrolldörfern über kein einziges Labor verfügten.

6.2.2. Ziel der Verbesserung der Infrastruktur für grundlegende Bedürfnisse

Ein weiteres wichtiges Ziel des Programms „Gesunde Dörfer“ ist die Verbesserung der Infrastruktur in den Dörfern. Dazu gehören Schulen, die Trinkwasserversorgung und die Abwasserentsorgung.

Da der Schulbesuch für alle Kinder bis zur 9. Klasse verpflichtend ist, hat das Bildungsministerium in jedem Dorf eine Grundschule errichtet. Dieser Sachverhalt machte die Auswertung des Vorkommens von Grundschulen in den Dörfern unnötig. Die Anzahl der Dörfer mit einem Gymnasium ist in Abbildung 55 dargestellt.

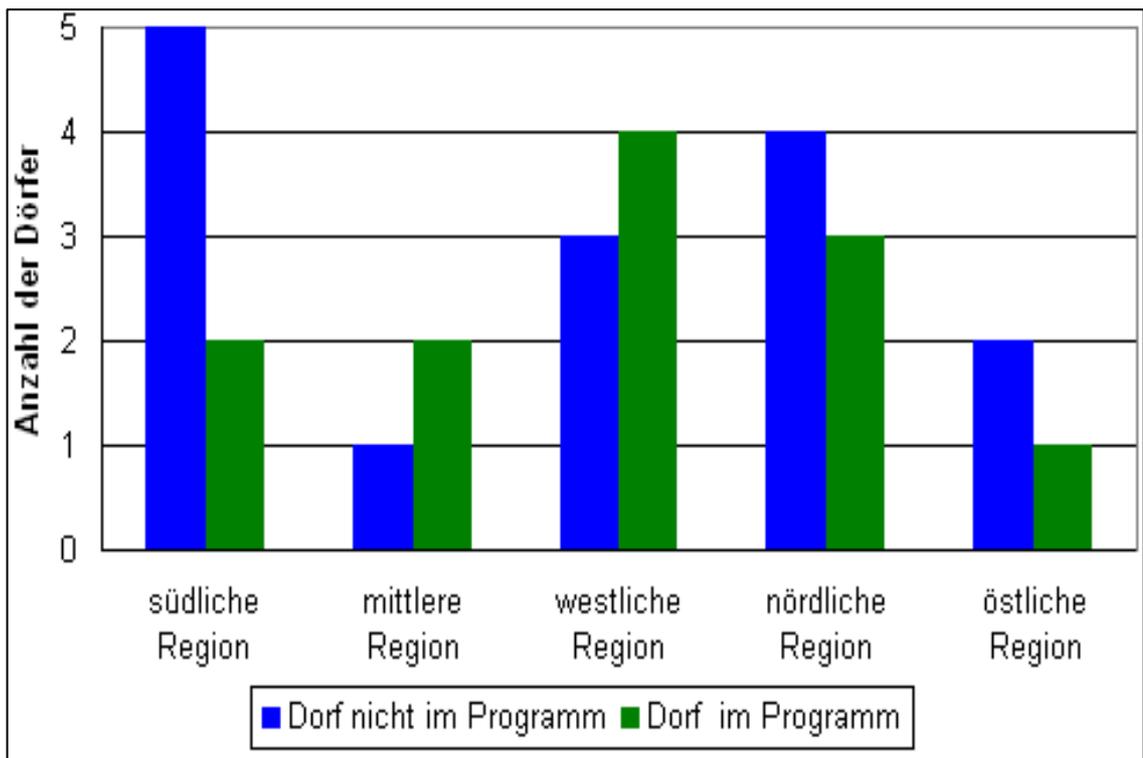


Abb. 55: Dörfer mit einem Gymnasium

Alle Kontrolldörfer der südlichen Region hatten ein Gymnasium. Dagegen waren es nur 40 % der „gesunden Dörfer“. In der mittleren Region verfügten nur 20 % der Dörfer ohne Programmteilnahme und 40 % der Dörfer mit Programmteilnahme über ein Gymnasium. Die Verteilung in der westlichen und nördlichen Region ähnelte sich: In je 60 bis 80 % der Dörfer unabhängig von der Teilnahme am Programm „Gesunde Dörfer“ gab es ein Gymnasium. Mit 40 % befanden sich in Dörfern, welche nicht am Programm teilnahmen, doppelt so viele Gymnasien wie in „gesunden Dörfern“.

Der Wilcoxon Test ergab hinsichtlich der Anzahl an Dörfern mit einem Gymnasium keinen signifikanten Unterschied ($P > 0,05$) zwischen den am Programm „Gesunde Dörfer“ teilnehmenden Dörfern und den Dörfern, die nicht am Programm teilnahmen. Die Nullhypothese kann demzufolge nicht abgelehnt werden. (Anhang 2).

Die Versorgung der Haushalte in den befragten Dörfern mit Trinkwasser ist aus der Abbildung 56 erkenntlich.

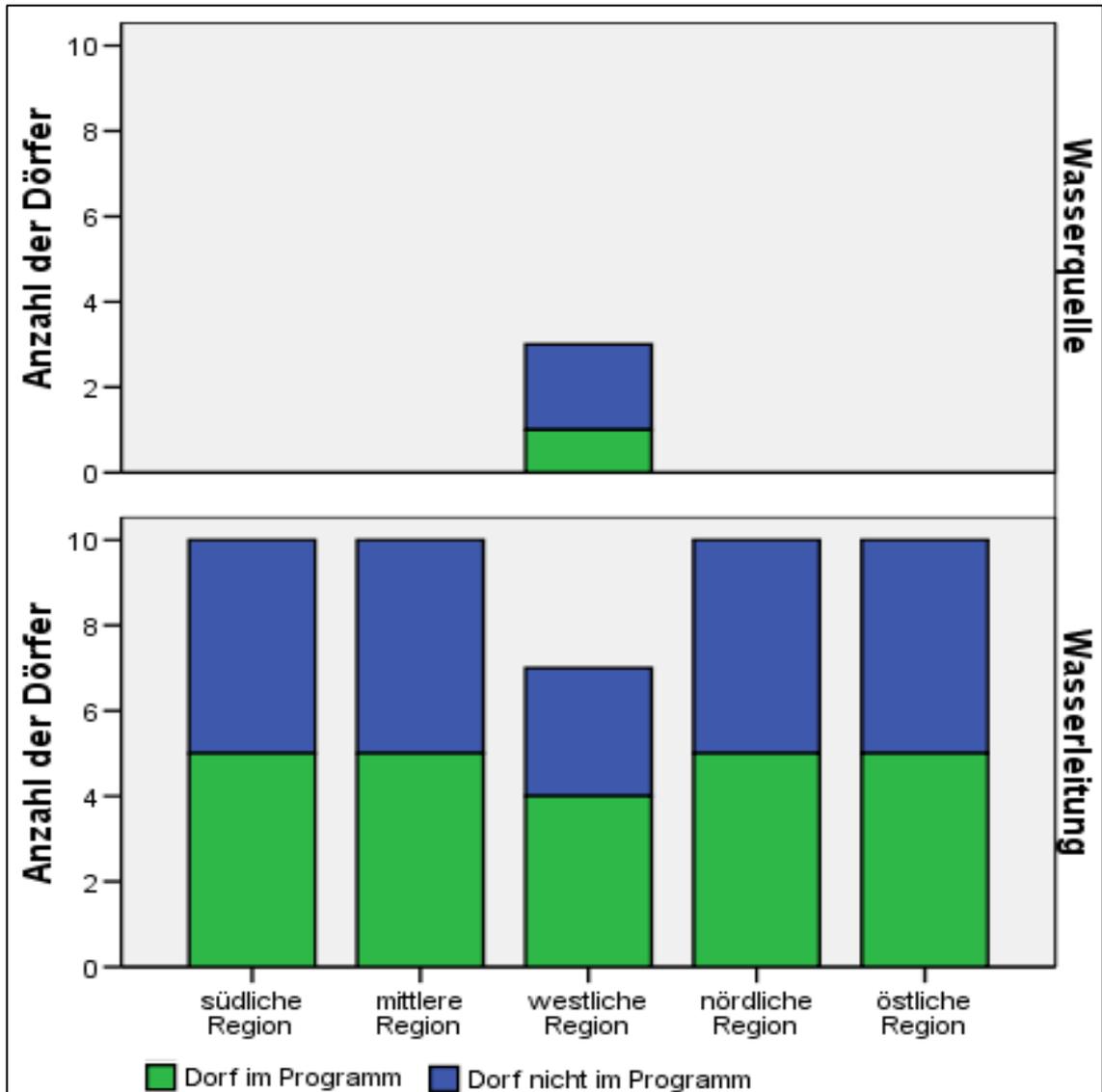


Abb. 56: Trinkwasserversorgung in den Dörfern

Alle Dörfer – unabhängig von der Teilnahme am Programm „gesunde Dörfer“ – in der südlichen, mittleren, nördlichen und östlichen Region Syriens bezogen ihr Trinkwasser über eine Wasserleitung und einen Trinkwasseranschluss. Lediglich in der westlichen Region versorgten sich 40 % der Haushalte in Dörfern ohne Programmteilnahme und 20 % der Haushalte in gesunden Dörfern über eine Wasserquelle mit Trinkwasser.

Die Abwasserentsorgung ist in Abbildung 57 ersichtlich.

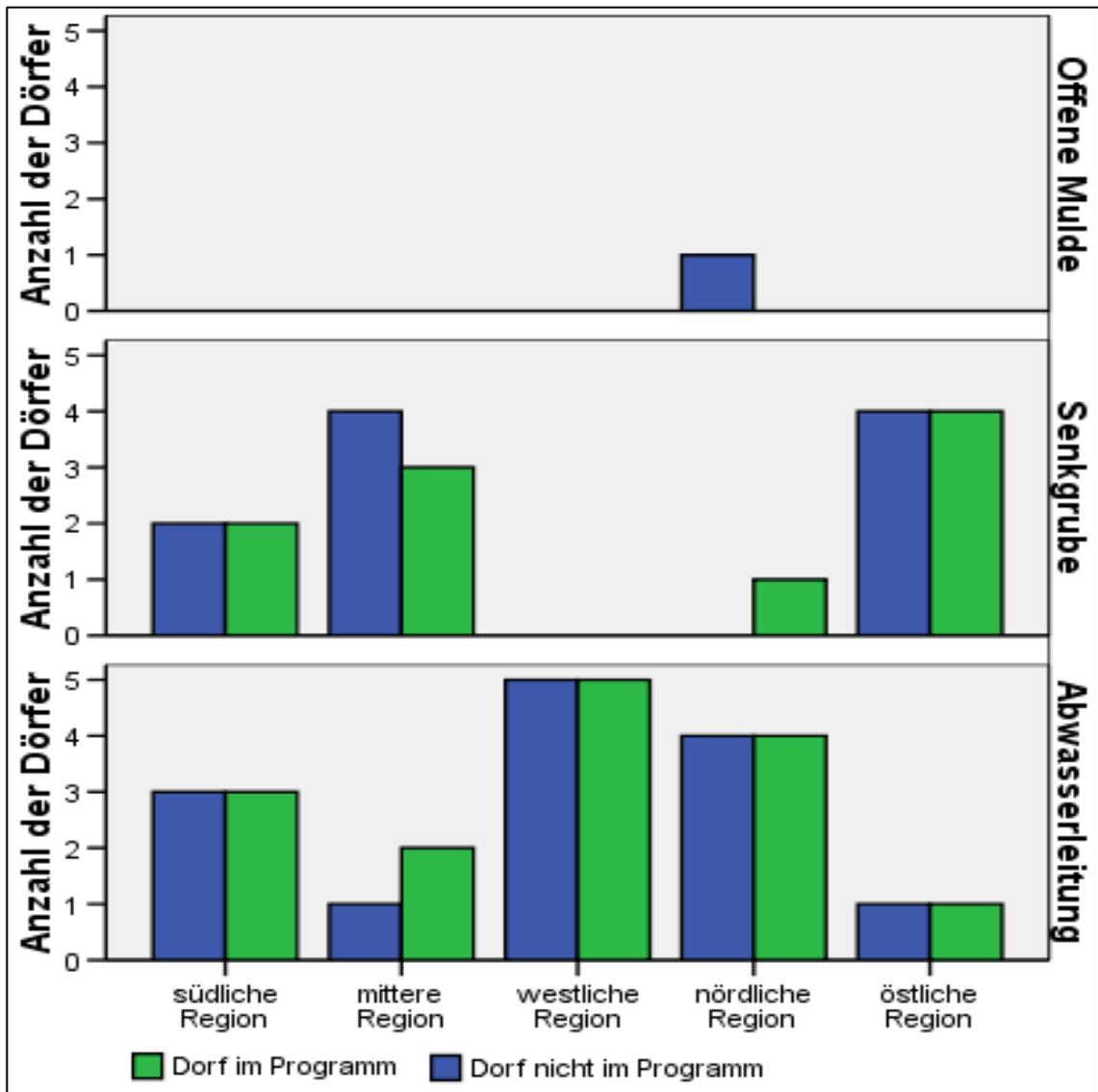


Abb. 57: Abwasserentsorgung in den Dörfern

Einen Abwasseranschluss und die anschließende Abwasserentsorgung mittels Abwasserleitung war in den meisten Haushalten der befragten Dörfer vorherrschend. In der westlichen Region verfügten 100 % der Haushalte, in der nördlichen Region 80 %, in der südlichen Region 60 % und in der östlichen Region 20 % der Haushalte aus den befragten Dörfern über einen Abwasseranschluss – unabhängig von der Teilnahme am Programm „gesunde Dörfer“. Demzufolge entsorgten 80 % der Haushalte in Dörfern der östlichen Region ihr Abwasser in eine Senkgrube. Diese Variante war auch in der mittleren Region weit verbreitet: 80 % der Haushalte in Kontrolldörfern und 60 % der Haushalte in „gesunden Dörfern“ verfügten über eine Senkgrube. In der südlichen Region waren es in allen befragten Dörfern 40 % der Haushalte. Die Abwasserentsorgung in der nördlichen Region setzte sich neben dem bereits erwähnten

und weit verbreiteten Abwasseranschluss noch aus der Entsorgung in eine Senkgrube, zu finden in 20 % der Haushalte aus Dörfern mit dem Programm „Gesunde Dörfer“, und aus der Entsorgung über eine offene Mulde, was in 20 % der Haushalte in Kontrolldörfern zu finden war, zusammen.

Der Bau von Gymnasien wird vom Bildungsministerium koordiniert und ist von der Bevölkerungsanzahl im Dorf abhängig. Deshalb hatte das Programm „gesunde Dörfer“ keinen Einfluss auf die Anzahl an Gymnasien in den Dörfern.

Die Versorgung der Bevölkerung mit Trinkwasser sowie die Abwasserentsorgung sind weitere Ziele des Programms „gesunde Dörfer“. Beim Vergleich von „gesunden Dörfern“ mit Dörfern, welche nicht am Programm teilnahmen, waren keine Unterschiede erkennbar. Das Programm hatte folglich keinen Einfluss. Begründet werden kann dies damit, dass die Aufgaben der Trinkwasserversorgung und Abwasserentsorgung in der Verantwortung der Regierung liegen.

6.2.3. Ziel der Förderung von kulturellen und sportlichen Aktivitäten für Kinder und Jugendliche

Das Ziel der Förderung von Jugendlichen beinhaltet Hilfestellungen und Möglichkeiten für eine aktive und bildende Freizeitgestaltung. Dazu gehört die Errichtung von Sportplätzen und Kulturzentren.

Der Bau von Kindergärten wird forciert, um Kindern den sozialen Kontakt mit Gleichaltrigen zu ermöglichen sowie um sie auf die Schule vorzubereiten.

Die nächste Abbildung zeigt die Anzahl der Kindergärten in den befragten Dörfern Syriens.

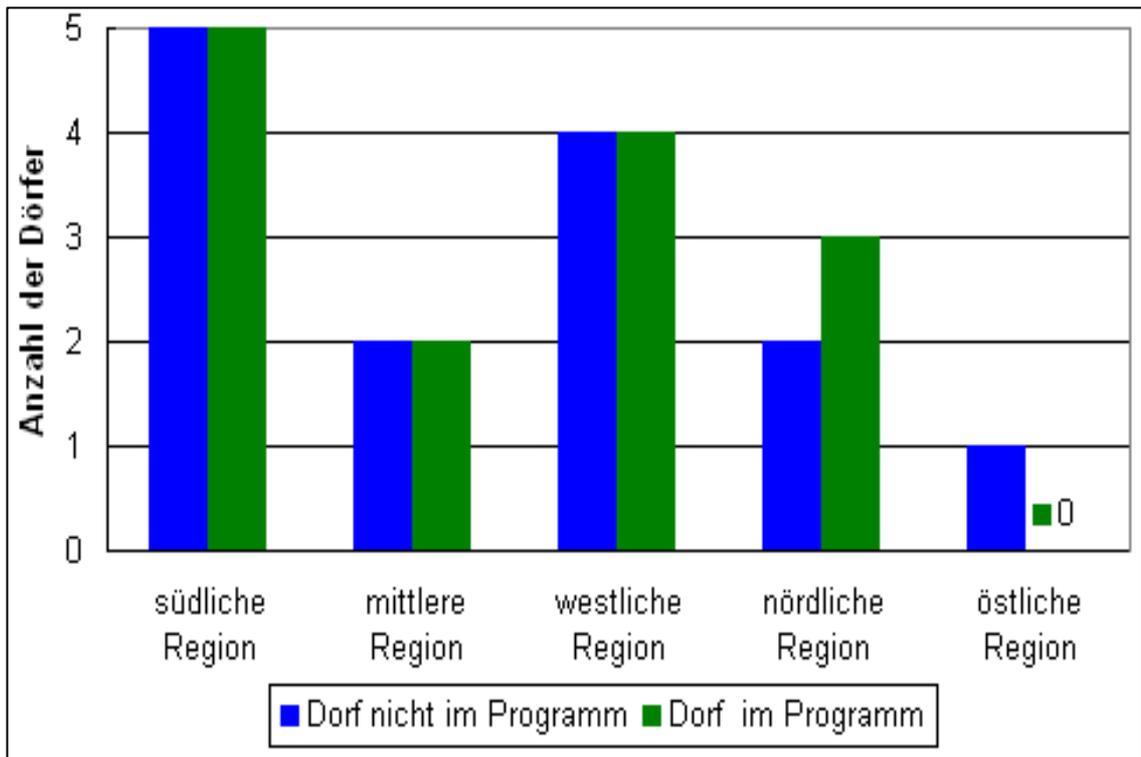


Abb. 58: Dörfer mit einem Kindergarten

In der südlichen Region Syriens hatten alle Dörfer unabhängig von der Teilnahme am Programm „gesunde Dörfer“ einen Kindergarten. In der westlichen Region wurde in 80 % der Dörfer und in der mittleren Region 40 % ein Kindergarten gezählt. Ein unterschiedliches Bild ergab sich in der nördlichen und östlichen Region. In der nördlichen Region konnte in 40 % der Dörfer, welche nicht am Programm teilnahmen, und in 60 % der Dörfer, welche am Programm teilnahmen, ein Kindergarten registriert werden. In der östlichen Region hatten lediglich 20 % der Kontrolldörfer einen Kindergarten. In den befragten gesunden Dörfern der östlichen Region gab es dagegen keine Kinderbetreuungsstätte.

Bezüglich der Anzahl von Dörfern mit einem Kindergarten zeigte der Wilcoxon Test keinen signifikanten Unterschied ($P > 0,05$) zwischen den „gesunden Dörfern“ und den Kontrolldörfern, was dazu führte, dass die Nullhypothese nicht abgelehnt wurde (Anhang 2).

Die Anzahl der Dörfer in den Regionen Syriens mit einem Kulturzentrum ist in der Abbildung 59 ersichtlich.

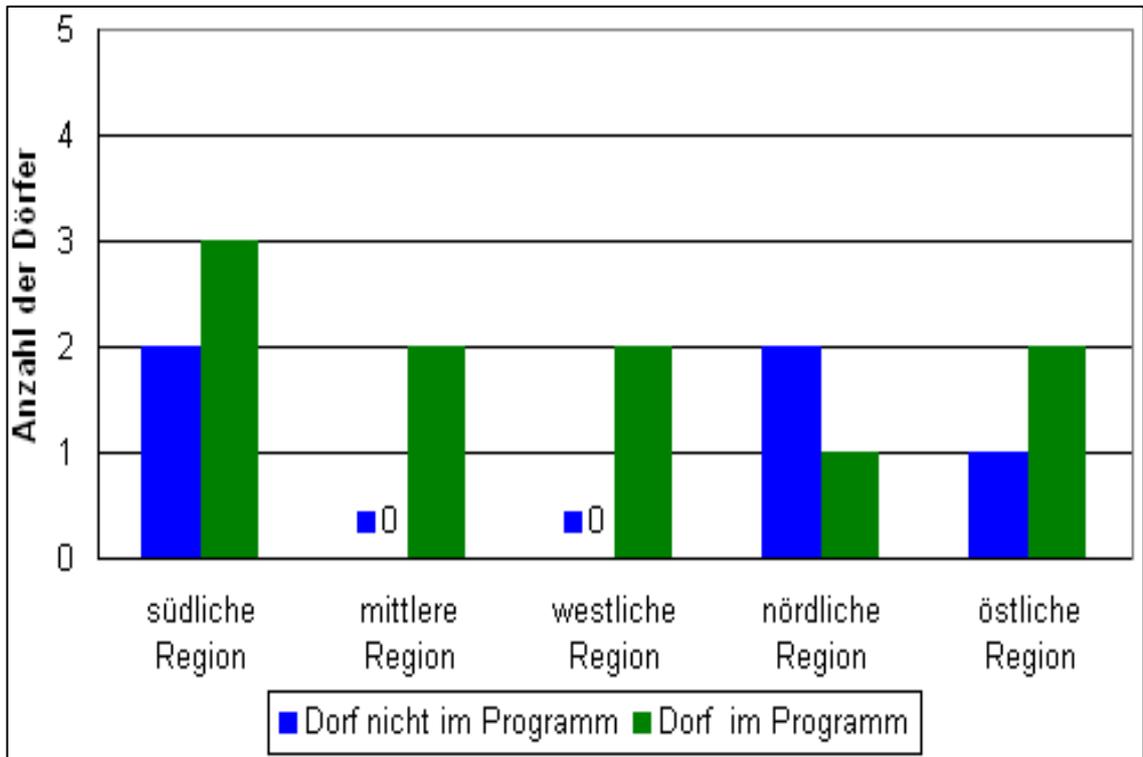


Abb. 59: Dörfer mit einem Kulturzentrum

60 % der Dörfer aus der südlichen Region, welche am Programm „gesunde Dörfer“ teilnahmen, und 40 % der Kontrolldörfer waren Standort eines Kulturzentrums. In der mittleren, westlichen und östlichen Region gab es in 40 % der gesunden Dörfer ein Kulturzentrum. Dahingegen wurde in keinem Dorf der mittleren und westlichen sowie nur in einem Dorf der östlichen Region, welche nicht am Programm teilnahmen, ein Kulturzentrum nachgewiesen. In der nördlichen Region besaßen 20 % der „gesunden Dörfer“ und 40 % der Dörfer, welche nicht am Programm teilnahmen, ein Kulturzentrum.

Das Resultat des Wilcoxon Tests lautete, dass es hinsichtlich der Anzahl der Dörfer mit einem Kulturzentrum zwischen den Dörfern, welche am Programm „Gesunde Dörfer“ teilnahmen, und den Dörfern, die nicht im Programm waren, einen signifikanten Unterschied ($P < 0,05$) gab. Dies führte zur Ablehnung der Nullhypothese (Anhang 2).

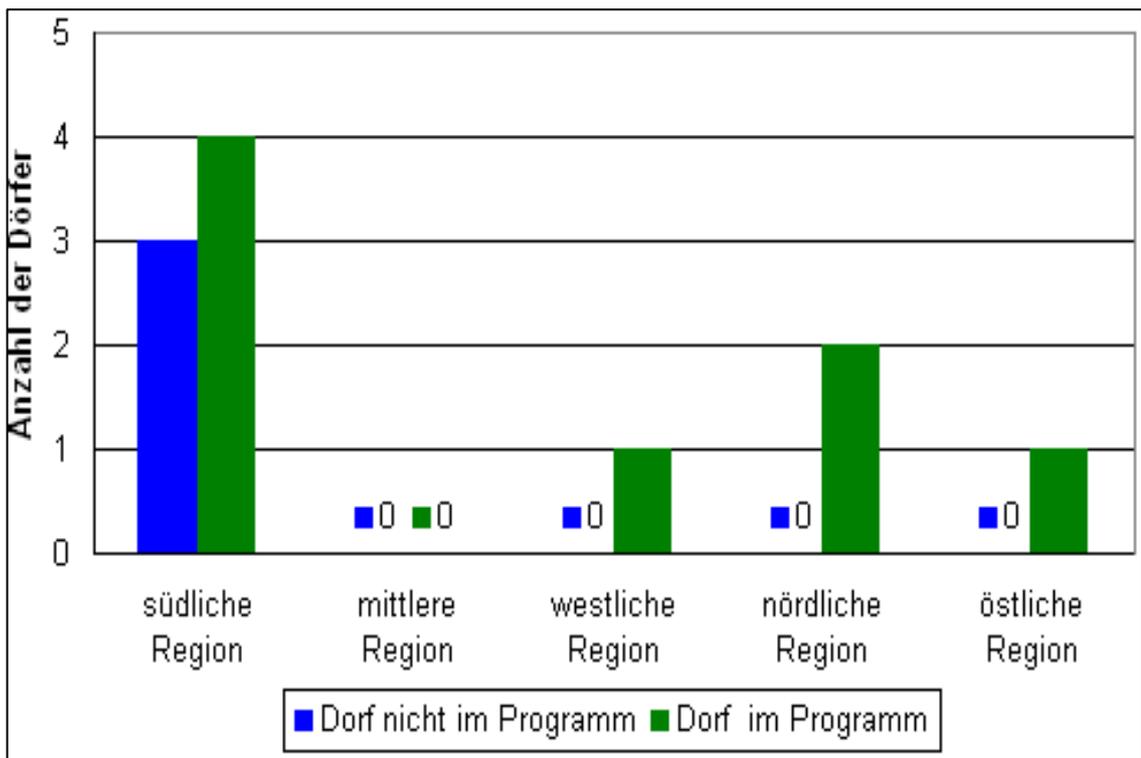


Abb. 60: Dörfer mit einem Sportplatz

Der prozentuale Anteil an Dörfern mit einem Sportplatz findet sich in der Abbildung 60 und in der südlichen Region wies er den höchsten Wert auf. 60 % der Kontrolldörfer und 80 % der gesunden Dörfer verfügten über einen Sportplatz. In der mittleren Region Syriens sowie in Dörfern der anderen Regionen, welche nicht am Programm teilnahmen, gab es keinen Sportplatz. Dagegen konnte in 10 % der gesunden Dörfer der westlichen und östlichen Region sowie in 40 % der gesunden Dörfer der nördlichen Region ein Sportplatz gezählt werden.

Ein signifikanter Unterschied ($P < 0,05$) zwischen den „gesunden Dörfern“ und den Kontrolldörfern bezüglich der Anzahl der Dörfer mit einem Sportplatz konnte mithilfe des Wilcoxon Tests nachgewiesen werden. Die Nullhypothese wurde abgelehnt (Anhang 2).

Die Förderung und Erziehung von Kindern ist ein wichtiges Ziel des Programms „Gesunde Dörfer“. Den Kindern soll ermöglicht werden, in einem sozialen Umfeld aufzuwachsen und Kontakte zur Gemeinschaft zu haben. Demzufolge stellt die Errichtung von Kindergärten einen zentralen Punkt des Programms dar. Die Abbildung

58 zeigte allerdings, dass das Programm keinen signifikanten Einfluss auf die Anzahl von Kindergärten in den Dörfern hatte. Folglich kann davon ausgegangen werden, dass das Programm sein Ziel verfehlte.

In der südlichen und westlichen Region Syriens gibt es im Vergleich zu den anderen Regionen viele Kindergärten, was durch die hohe Beschäftigungsquote der Frauen begründet wird.

Die Errichtung von Kulturzentren und Sportplätzen stand mit dem Ziel des Programms der jungen Bevölkerung die Möglichkeit zu geben ihre Freizeit aktiv zu gestalten in Verbindung. Dieses Ziel wurde erreicht, wie es aus den Abbildungen 59 und 60 erkenntlich ist. In „gesunden Dörfern“ gab es mehr Kulturzentren und Sportplätze als in den befragten Kontrolldörfern.

6.2.4. Ziel der sozialen und wirtschaftlichen Entwicklung von Frauen

Das Programm verfolgt des Weiteren das Ziel, Mädchen zu unterstützen die Schule zu besuchen sowie Frauen anzuregen ein Studium zu absolvieren. Außerdem steht die Steigerung der Beschäftigung von Frauen im Vordergrund, um sie wirtschaftlich unabhängiger zu machen.

In der nächsten Tabelle 4 sind die Beschäftigungsverhältnisse von Frauen im Alter von 15 – 60 Jahren in Abhängigkeit der Teilnahme der Dörfer am Programm „Gesunde Dörfer“ und in Abhängigkeit der Region, aus der sie stammen, dargestellt.

Tab. 4: Beschäftigung von Frauen im Alter von 15 bis 60 Jahren in Abhängigkeit ihres Wohnortes

		Beschäftigung (%)				
		Nicht erwerbstätig	Abhängig erwerbstätig	Selbstständig	Bäuerin	Studentin
Dorf nicht im Programm	Südliche Region	77,3	4,5	0	11,4	6,8
	Mittlere Region	48,6	18,9	2,7	8,1	21,6
	Westliche Region	62,5	25	0	0	12,5
	Nördliche Region	87,5	3,1	0	1,6	7,8
	Östliche Region	30,2	0,9	0,9	55,7	12,3
Dorf im Programm	Südliche Region	27,3	31,8	13,6	4,5	22,7
	Mittlere Region	42,6	35,2	1,9	7,4	13
	Westliche Region	61,3	8	2,7	1,3	26,7
	Nördliche Region	85,4	1,9	3,9	0	8,7
	Östliche Region	28,7	1,9	0	60,2	9,3

Frauen aus der südlichen Region, welche in Dörfern lebten, die nicht am Programm „Gesunde Dörfer“ teilnahmen, waren zu 77,3 % nicht erwerbstätig. Dagegen arbeiteten 11,4 % in der Landwirtschaft als Bäuerin, 4,5 % waren in anderen Bereichen abhängig erwerbstätig und 6,8 % der Frauen studierten, was im Vergleich zu den anderen Regionen den geringsten Prozentsatz darstellte. In der nördlichen Region fand sich in der Gruppe der Dörfer, welche nicht am Programm „Gesunde Dörfer“ teilnahmen, mit 87,5 % die höchste Nichterwerbstätigenquote der Frauen. In dieser Region waren 3,1 % aller Frauen abhängig erwerbstätig, 1,6 % arbeiteten als Bäuerin und 7,8 % studierten. Des Weiteren konnte innerhalb der Gruppe der Kontrolldörfer in der östlichen Region Syriens die geringste Nichterwerbsquote registriert werden, 30,2 % der Frauen waren nicht erwerbstätig. 55,7 % der Frauen verdienten ihr Geld in der Landwirtschaft, was in den Dörfern ohne Teilnahme am Programm „Gesunde Dörfer“ den höchsten Prozentsatz ausmachte. 12,3 % der Frauen studierten und nur ein kleiner Prozentsatz, je 0,9 %, war entweder abhängig erwerbstätig oder selbstständig. In der mittleren Region lebten die meisten studierenden Frauen – es waren 21,6 %. Die Nichterwerbstätigenquote betrug in dieser Region 48,6 %. Der Prozentsatz der abhängig erwerbstätigen Frauen und Frauen, die in der Landwirtschaft arbeiteten, war mit 18,9 % und 8,1 % auf dem zweithöchsten

Niveau. Die westliche Region Syriens wies einerseits mit 62,5 % einen hohen Prozentsatz an nicht erwerbstätigen Frauen auf, andererseits waren in dieser Region im Vergleich zu den anderen Regionen die meisten Frauen abhängig erwerbstätig (25 %). 12,5 % der Frauen studierten.

Die Situation in Dörfern mit Teilnahme am Programm „Gesunde Dörfer“ stellte sich besonders in der südlichen Region anders als in den Kontrolldörfern dar. Lediglich 27,3 % der Frauen waren nicht erwerbstätig, was eine Differenz von 50 % bedeutete. Dagegen waren 31,8 % der Frauen abhängig erwerbstätig und 13,6 % selbstständig. Der Prozentsatz der Frauen, die in der Landwirtschaft arbeitete, betrug lediglich 4,5 %, die Zahl der Studentinnen verdreifachte sich nahezu (von 6,8 auf 22,7 %). Im Vergleich zu den anderen Regionen konnte in den „gesunden Dörfern“ der südlichen Region die geringste Nichterwerbstätigkeit und der höchste Prozentsatz an Frauen, die selbstständig tätig waren, beobachtet werden. In der nördlichen Region wurde in den „gesunden Dörfern“, wie auch in den Kontrolldörfern, mit 85,4 % die höchste Nichterwerbstätigquote der Frauen ermittelt. In dieser Region studierten außerdem die wenigsten Frauen (8,7 %). Lediglich 1,9 % der Frauen waren abhängig erwerbstätig und 3,9 % selbstständig. Die östliche Region wies mit einer Arbeitslosigkeit von 28,7 % den zweitniedrigsten Prozentsatz auf. Auch fand man in dieser Region im Vergleich zu den anderen Regionen – wie in den Dörfern ohne Teilnahme am Programm „Gesunde Dörfer“ – die meisten Frauen, welche in der Landwirtschaft tätig waren (60,2 %). Des Weiteren arbeiteten 1,9 % der Frauen in abhängiger Erwerbstätigkeit und 9,3 % studierten. In „gesunden Dörfern“ der mittleren Region wurden die meisten abhängig erwerbstätigen Frauen (35,2 %) gezählt. 1,9 % waren selbstständig tätig. Die Nichterwerbstätigquote der Frauen lag bei 42,6 % und 7,4 % arbeiteten in der Landwirtschaft als Bäuerin. 13 % der Frauen waren Studentinnen. Mit einem Prozentsatz von 26,7% gab es in der westlichen Region Syriens die meisten studierenden Frauen. Die Quote der nicht erwerbstätigen Frauen lag mit 61,3 % auf einem ähnlichen Niveau wie in den Dörfern ohne Teilnahme am Programm. 8,0 % der Frauen aus dieser Region waren abhängig erwerbstätig, 2,7 % selbstständig und 1,3 % verdienten ihren Lebensunterhalt als Bäuerin.

Das Programm „Gesunde Dörfer“ möchte die Selbstständigkeit von Frauen fördern. Dazu vergibt es Kleinkredite, zum Beispiel für die Anschaffung von Nähmaschinen oder den Kauf von Nutztieren.

Das Programm konnte besonders die Beschäftigungsquote der Frauen in der südlichen Region verbessern. Hier ergab sich eine signifikante Reduktion der Nichterwerbspersonen um 50 % sowie eine Steigerung der Beschäftigung. Vor allem der Anteil an selbstständig tätigen Frauen konnte erhöht werden. Des Weiteren übte das Programm einen starken positiven Einfluss auf die Zahl weiblicher Studenten aus. Der Anteil stieg um mehr als das Dreifache. Ein Grund dafür ist beispielsweise, dass die südliche Region die erste Region war, in der das Programm eingeführt wurde. Demzufolge war die Ausstattung mit finanziellen Mitteln hoch, die Mitarbeiter des Programms waren motiviert und engagiert. In den anderen Regionen Syriens war der Einfluss des Programms „Gesunde Dörfer“ auf die Beschäftigungsrate von Frauen dagegen nicht signifikant.

6.2.5. Ziel der Steigerung der Beschäftigung und Senkung der Arbeitslosigkeit

Das Programm verfolgt weiterhin die Absicht, die Arbeitslosenquote der Männer zu senken sowie die Kinderarbeit zu minimieren und dafür den Schulbesuch der Kinder zu fördern.

Der prozentuale Anteil an arbeitslosen Männern in den Regionen Syriens ist in der Abbildung 61 dargestellt.

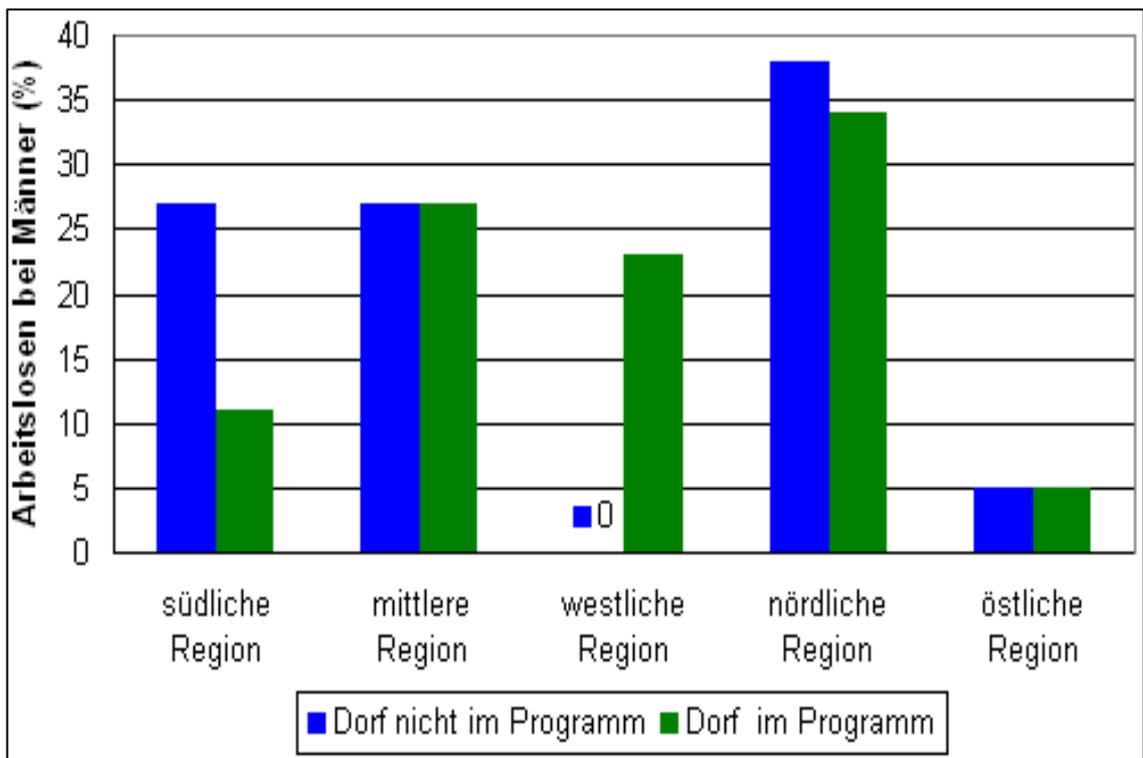


Abb. 61: Regionale Verteilung der arbeitslosen Männer

Die meisten arbeitslosen Männer – sowohl in „gesunden Dörfern“ (34 %) als auch in den Kontrolldörfern (38 %) – wurden in der nördlichen Region registriert. 27 % der Männer waren in allen befragten Dörfern der mittleren Region ohne Arbeit. Auf dem gleichen Niveau lag die Arbeitslosigkeit von Männern, welche aus Kontrolldörfern der südlichen Region stammten. Dagegen waren in „gesunden Dörfern“ nur 11 % der Männer arbeitslos. Daten zur Arbeitslosigkeit der Männer aus der westlichen Region gab es lediglich für Dörfer, welche am Programm „Gesunde Dörfer“ teilnahmen. Dort betrug die Arbeitslosenquote 23 %. In der östlichen Region waren prozentual die wenigsten Männer arbeitslos; es waren in allen Dörfern im Mittel 5 %.

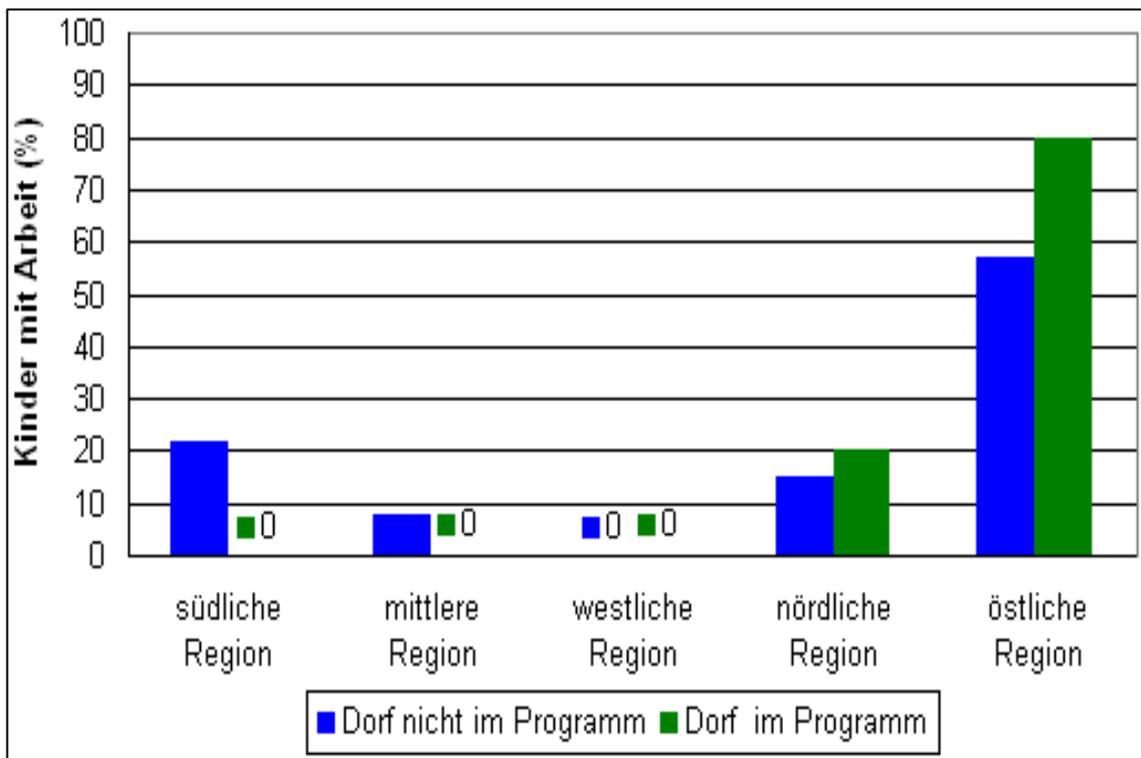


Abb. 62: Regionale Verteilung der arbeitenden Kinder

Der prozentuale Anteil an arbeitenden Kindern in den Regionen Syriens ist aus der Abbildung 62 ersichtlich. Man erkennt aus der Abbildung, dass in der mittleren Region der geringste Anteil an arbeitenden Kindern zu finden war; ca. 8 % der Kinder aus Kontrolldörfern arbeiten. In den „gesunden Dörfern“ wurde keine Kinderarbeit nachgewiesen. In den „gesunden Dörfern“ wurde keine Kinderarbeit nachgewiesen. In Dörfern aus der südlichen Region, welche nicht am Programm „Gesunde Dörfer“ teilnahmen, arbeiten 22 % der Kinder, in den am Programm teilnehmenden Dörfern wurde wiederum keine Kinderarbeit festgestellt. In der nördlichen und östlichen Region Syriens arbeiteten prozentual mehr Kinder aus „gesunden Dörfern“ als Kinder aus Kontrolldörfern: 20 % der Kinder aus „gesunden Dörfern“ der nördlichen Region vs. 15 % der Kinder aus den anderen Dörfern; 80 % der Kinder aus „gesunden Dörfern“ der östlichen Region vs. 57 % der Kinder aus den anderen Dörfern. Auffällig ist, dass der Anteil der arbeitenden Kinder in der östlichen Region im Vergleich zu den anderen Regionen stark erhöht war.

Kinderarbeit ist in Syrien bis zum Alter von 15 Jahren verboten, deshalb hat sich das Programm „Gesunde Dörfer“ zum Ziel gesetzt, Kinderarbeit zu verhindern und die Schulbildung von Kindern zu fördern. Auf der einen Seite konnte in der westlichen

Region in keinem Dorf unabhängig von der Teilnahme am Programm Kinderarbeit festgestellt werden, da die Bevölkerung in dieser Region einen hohen Bildungsstand und ein hohes Interesse an guter Schulbildung für die Kinder hat. Auf der anderen Seite war der Anteil an Kinderarbeit in der östlichen Region im Vergleich zu den anderen Regionen sehr hoch und dies unabhängig von der Teilnahme am Programm. Ursache ist u.a., dass die meisten Familien dieser Region in der Landwirtschaft tätig sind und die Mitarbeit der Kinder für viele Familien zwingend erforderlich ist. Ferner liegt das Problem in der zeitlichen Überschneidung der Baumwollernte mit der Einschulung im September. Deshalb schafft die Regierung für die Einschulung der Kinder Anreize. Sie stellt z.B. Bücher, Schulhefte und Mittagessen kostenlos zur Verfügung. Dennoch werden jährlich nur wenige Kinder eingeschult.

Das Programm hat sich des Weiteren zum Ziel gesetzt, die Arbeitslosigkeit zu senken sowie die Beschäftigung zu steigern. Bezüglich der Arbeitslosigkeit der Männer wurde dieses Ziel in der südlichen Region erreicht. Dort war die Arbeitslosigkeit in „gesunden Dörfern“ um ca. 15 % niedriger als in den Dörfern ohne Teilnahme am Programm. In der westlichen Region ergab sich ein gegensätzliches Bild. Die Arbeitslosigkeit der Männer war besonders in den Dörfern aus dem Programm hoch, in den anderen Dörfern wurde keine Arbeitslosigkeit festgestellt. Dies resultiert aber hauptsächlich aus der unterschiedlichen Auffassung der befragten Personen im Hinblick auf die Definition von Beschäftigung. Besonders die Männer aus den „gesunden Dörfern“ verbinden mit einer Beschäftigung einen bestimmten Arbeitsplatz und eine bestimmte Anzahl von Arbeitsstunden. So kann es möglich sein, dass landwirtschaftliche Tätigkeiten auf dem eigenen Grundstück nicht berücksichtigt wurden. In der östlichen Region lag die Arbeitslosigkeit auf einem niedrigen Niveau, da viele Einwohner dieser Region in der Landwirtschaft arbeiteten.

6.2.6. Ziel der Alphabetisierung von Erwachsenen und der Leseförderung

Das Programm „gesunde Dörfer“ zielt auf die Verbesserung der Allgemeinbildung der Einwohner in den Dörfern ab. Folglich wird versucht, die Analphabetenquote zu verringern und das Lesen zu fördern.

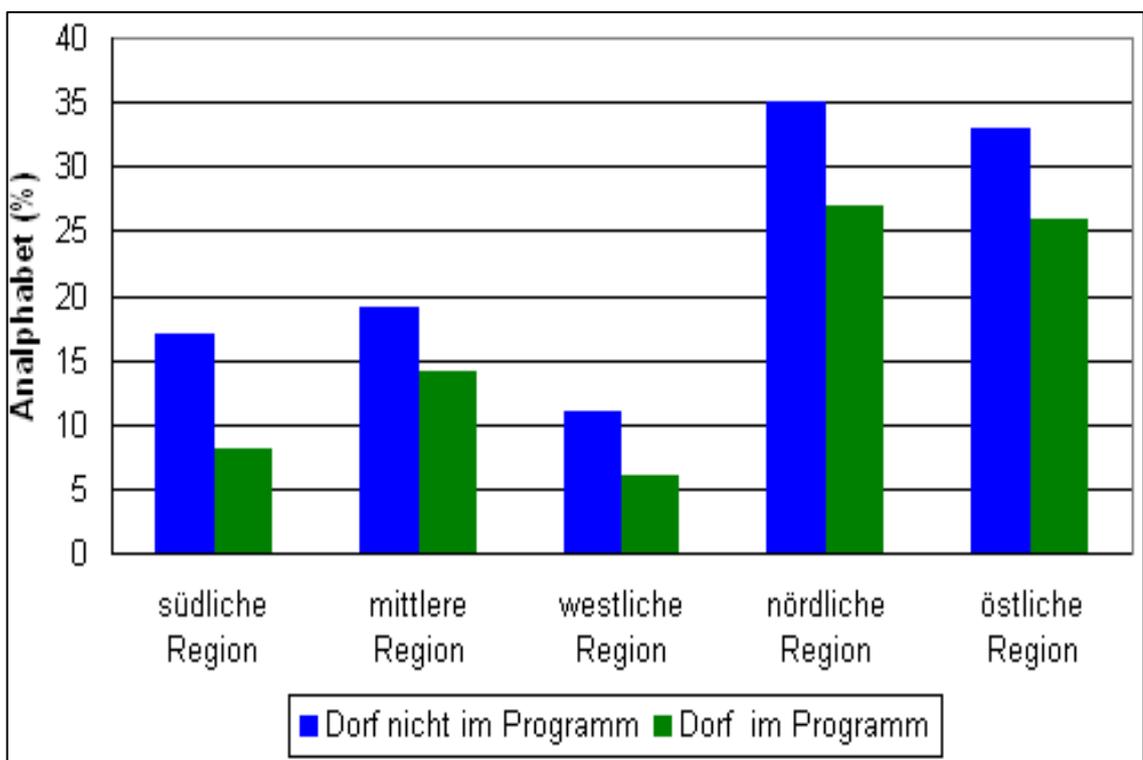


Abb. 63: Regionale Verteilung der Analphabeten

Aus der Abbildung 63 ist der prozentuale Anteil von Analphabeten in Dörfern des Programms „gesunde Dörfer“ und in Dörfern, die nicht am Programm teilnahmen, in den Regionen Syriens erkennbar. In allen Regionen war die Analphabetenquote in „gesunden Dörfern“ geringer als in den Kontrolldörfern. Die geringste Rate an Analphabeten wurde in der westlichen Region Syriens nachgewiesen: 6 % der Einwohner in „gesunden Dörfern“ und 11 % der Einwohner aus den anderen untersuchten Dörfern konnten nicht lesen und schreiben. Damit lag der Anteil unter der mittleren Analphabetenquote in Syrien von 16,84 %. In der südlichen Region betrug der

Anteil an Analphabeten in „gesunden Dörfern“ 8 % und in Dörfern, welche nicht am Programm „Gesunde Dörfer“ teilnahmen, 17 %. Ähnliche Werte wurden in der mittleren Region ermittelt: 14 % der Einwohner „gesunder Dörfer“ und 19 % der Einwohner der nicht am Programm teilnehmenden Dörfer waren nicht in der Lage zu lesen und zu schreiben. Die Analphabetenquote in der nördlichen und östlichen Region war im Vergleich zu den anderen drei Regionen und im Vergleich zur durchschnittlichen Analphabetenquote Syriens wesentlich höher. 27 und 26 % der Einwohner, welche aus „gesunden Dörfern“ stammten, und 35 und 33 % der Einwohner aus Kontrolldörfern wurden den Analphabeten zugerechnet.

In der folgenden Abbildung ist der Anteil an Haushalten dargestellt, in denen Zeitungen und Zeitschriften gelesen werden.

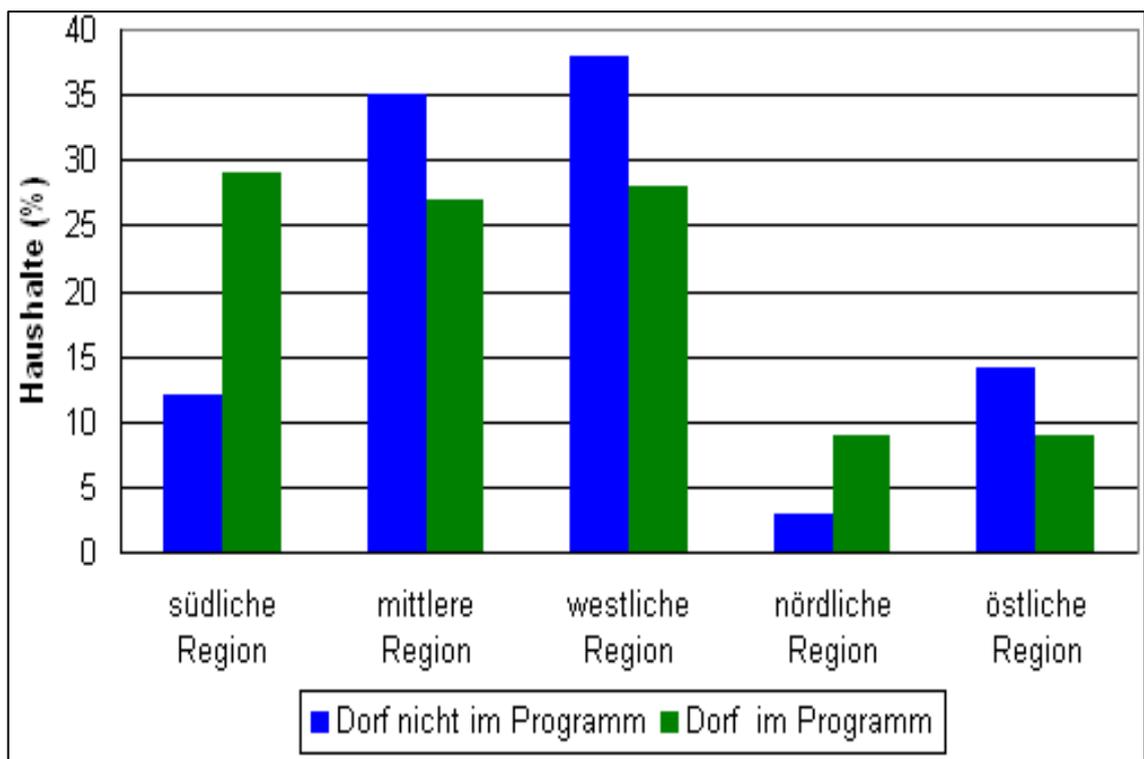


Abb. 64: Regionale Verteilung der Haushalte, in denen Zeitungen und Zeitschriften gelesen werden

Besonders in der mittleren (35 %) und westlichen (38 %) Region Syriens wurde in den Haushalten der Dörfer, welche nicht am Programm „Gesunde Dörfer“ teilnahmen, Zeitungen und Zeitschriften gelesen. Dagegen waren es in den Haushalten der

„gesunden Dörfer“ nur 27 und 28 %. In der südlichen Region war der Anteil an Haushalten, welche Zeitungen und Zeitschriften lesen, in den „gesunden Dörfern“ mehr als doppelt so hoch (29 %) wie in den anderen Dörfern (12 %). Auch in der nördlichen Region konnte ein der südlichen Region ähnliches Verhältnis festgestellt werden. Allerdings war der Prozentsatz mit 9 % der Haushalte in Dörfern, welche im Programm waren, und 3 % der Haushalte in Kontrolldörfern wesentlich geringer. In der östlichen Region wurde in 14 % der Haushalte aus Dörfern ohne Teilnahme am Programm Zeitungen und Zeitschriften gelesen, in den „gesunden Dörfern“ waren es lediglich 9 %.

Laut dem Chi – Quadrat – Test war der Unterschied zwischen den „gesunden Dörfern“ und den Kontrolldörfern bezüglich der Haushalte, in den Zeitungen und Zeitschriften gelesen wurden, nicht signifikant ($P > 0,05$), was zur Annahme der Nullhypothese führte (Anhang 4).

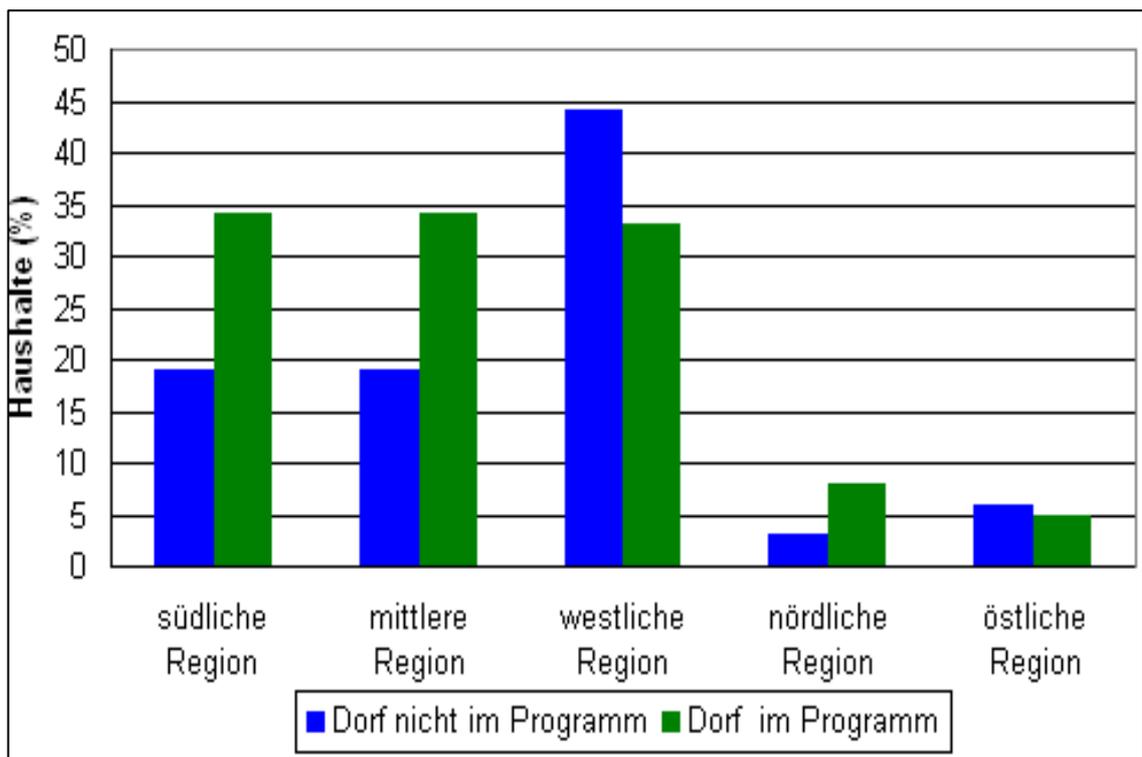


Abb. 65: Regionale Verteilung der Haushalte mit einem Bücherregal

Die Ausstattung von Haushalten mit Bücherregalen ist der Abbildung 65 dargestellt. Es ist ersichtlich, dass in der nördlichen und östlichen Region Syriens im Vergleich zu den

anderen drei Regionen in weniger Haushalten Bücherregale vorhanden waren. In der nördlichen Region wurden in 8 % der Haushalte aus „gesunden Dörfern“, aber nur in 3 % der Haushalte aus Dörfern, die nicht am Programm teilnahmen, Bücherregale nachgewiesen. Mit 5 % in „gesunden Dörfern“ und 6 % in Kontrolldörfern lag die Ausstattung von Haushalten der östlichen Region mit einem Bücherregal auf einem ähnlichen Niveau. In der südlichen Region konnte in 19 % der Haushalte aus Dörfern, welche nicht am Programm teilnahmen, ein Bücherregal ermittelt werden, in den Haushalten aus den „gesunden Dörfern“ war der Prozentsatz um 14 % höher. Die Verteilung in den Haushalten der mittleren Region glich der der südlichen Region, allerdings waren in mehr Haushalten aus Dörfern, die nicht am Programm „Gesunde Dörfer“ teilnahmen, Bücherregale zu finden. Die Ausstattung mit Regalen stellte sich in den Haushalten der westlichen Region am besten dar: In 33 % der Haushalte aus „gesunden Dörfern“ und in 44 % der Haushalte der Kontrolldörfer waren Bücherregale vorhanden.

Mithilfe des Chi – Quadrat – Tests konnte nachgewiesen werden, dass bezüglich des Vorhandenseins eines Bücherregals in den Haushalten der Unterschied zwischen „gesunden Dörfern“ und den Kontrolldörfern nicht signifikant war ($P > 0,05$). Deshalb wurde die Nullhypothese nicht abgelehnt. (Anhang 5).

Das Programm „Gesunde Dörfer“ hat das Ziel der Verringerung der Analphabetenquote erreicht und konnte die Rate in den „gesunden Dörfern“ im Vergleich zu den Dörfern, welche nicht am Programm teilnahmen, in allen Regionen Syriens signifikant senken. Des Weiteren ergab die Auswertung, dass die Analphabetenquote in den „gesunden Dörfern“ der Regionen Syriens geringer als die durchschnittliche Analphabetenquote auf dem Land war.

In der Leseförderung konnte das Programm keinen signifikanten Einfluss erzielen. Es wurde weder erreicht, dass Einwohner mehr Zeitungen und Zeitschriften lasen, noch dass sich die Anzahl der Haushalte mit einem Bücherregal erhöhte.

6.2.7. Ausweitung der Aktivitäten des Programms „gesunde Dörfer“

Das Programm „gesunde Dörfer“ veranstaltete für die Einwohner der teilnehmenden Dörfer eine Reihe von Kursen, um die bereits genannten Ziele zu erreichen. Die Themen der Kurse umfassten Erste Hilfe, Familienplanung, Alphabetisierung der Einwohner, Umweltschutz, Gesundheit und Umwelt, die Gefahren des Rauchens und des Alkoholkonsums.

Im Rahmen der Befragung wurden auch die Gewohnheiten der Einwohner die angebotenen Kurse zu besuchen sowie der Kontakt der Einwohner mit den Mitarbeitern des Programms erfasst. In den folgenden Abbildungen sind nur die Ergebnisse aus den Dörfern, welche am Programm „gesunde Dörfer“ teilnahmen, aufgeführt.

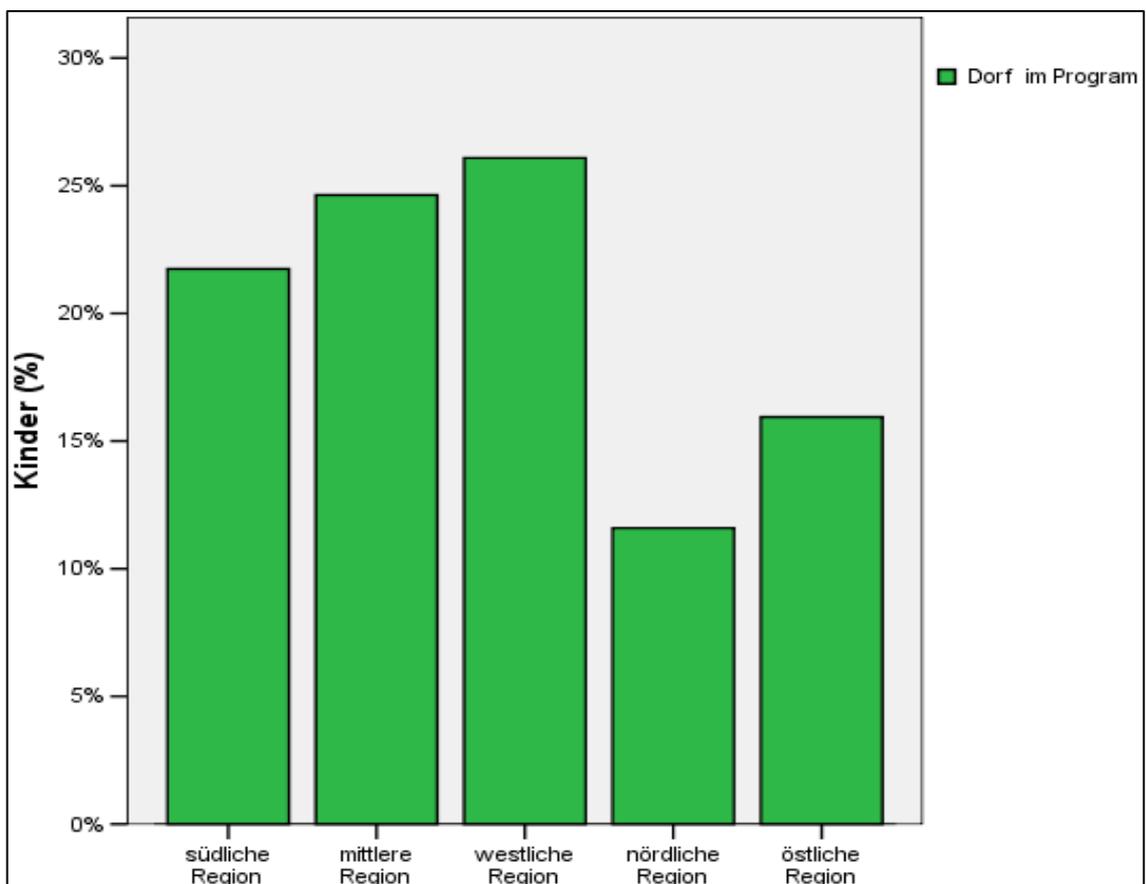


Abb. 66 Regionale Verteilung der Kinder, denen in der Schule Wissen zu den Themen Umwelt und Gesundheit vermittelt wurde

In der Abbildung 66 ist dargestellt, wie hoch der prozentuale Anteil an Kindern aus „gesunden Dörfern“ ist, dem in der Schule Wissen zu den Themen Umwelt und Gesundheit vermittelt wurde. In der südlichen Region Syriens standen bei 22 % der Kinder die Themen Umwelt und Gesundheit auf dem Stundenplan. Der Prozentsatz war mit 24 und 26 % in der mittleren und westlichen Region etwas höher. 16 % der Kinder aus der östlichen Region und lediglich 11 % der Kinder aus der nördlichen Region lernten in der Schule etwas zu den Themen Umwelt und Gesundheit.

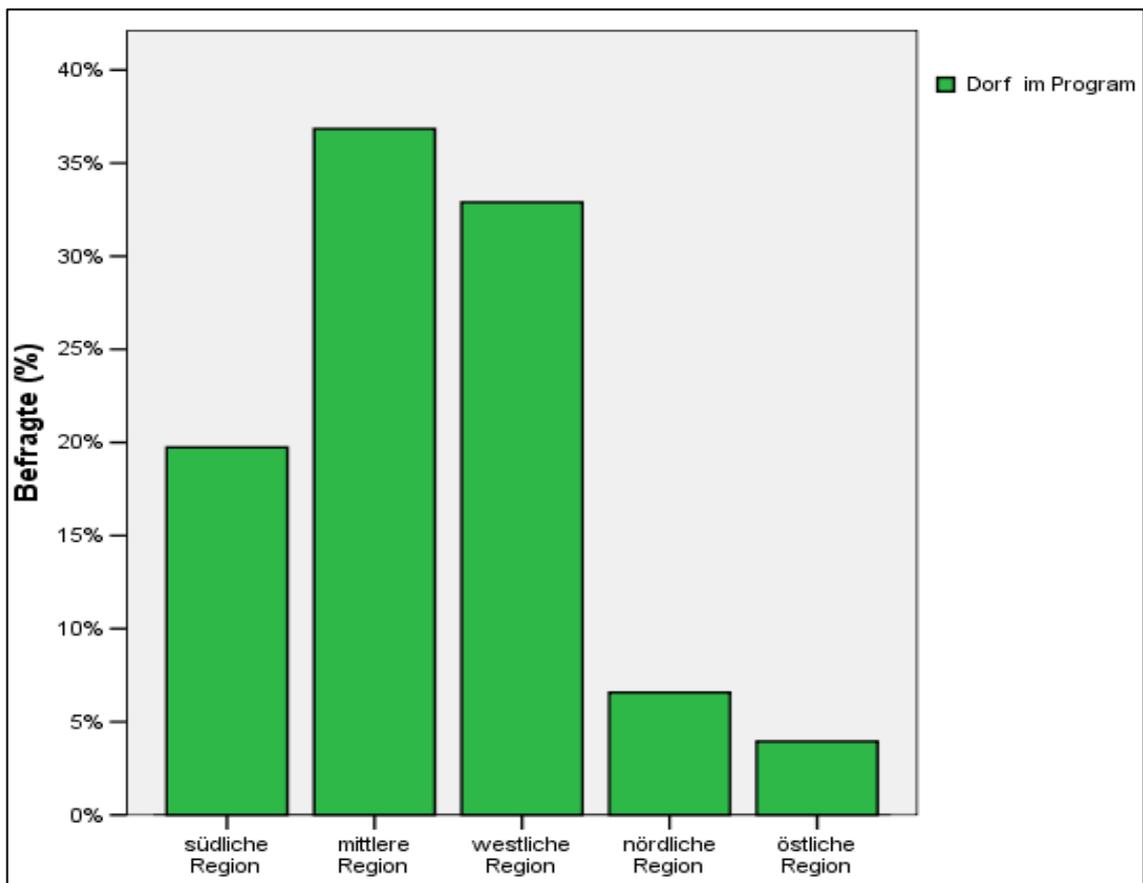


Abb. 67: Regionale Verteilung der Einwohner mit Teilnahme an einem sozialen Programm

Der prozentuale Anteil an Einwohnern aus den „gesunden Dörfern“, welcher an einem sozialen Programm teilgenommen hat, ist aus der Abbildung 67 ersichtlich. Dieser Anteil war mit 37 % in der mittleren Region und 33 % in der westlichen Region Syriens am höchsten. In der südlichen Region haben 20 % an einem sozialen Programm

teilgenommen. Die geringsten Anteile an Einwohnern wurden mit 7 % in der nördlichen und mit 4 % in der östlichen Region ermittelt.

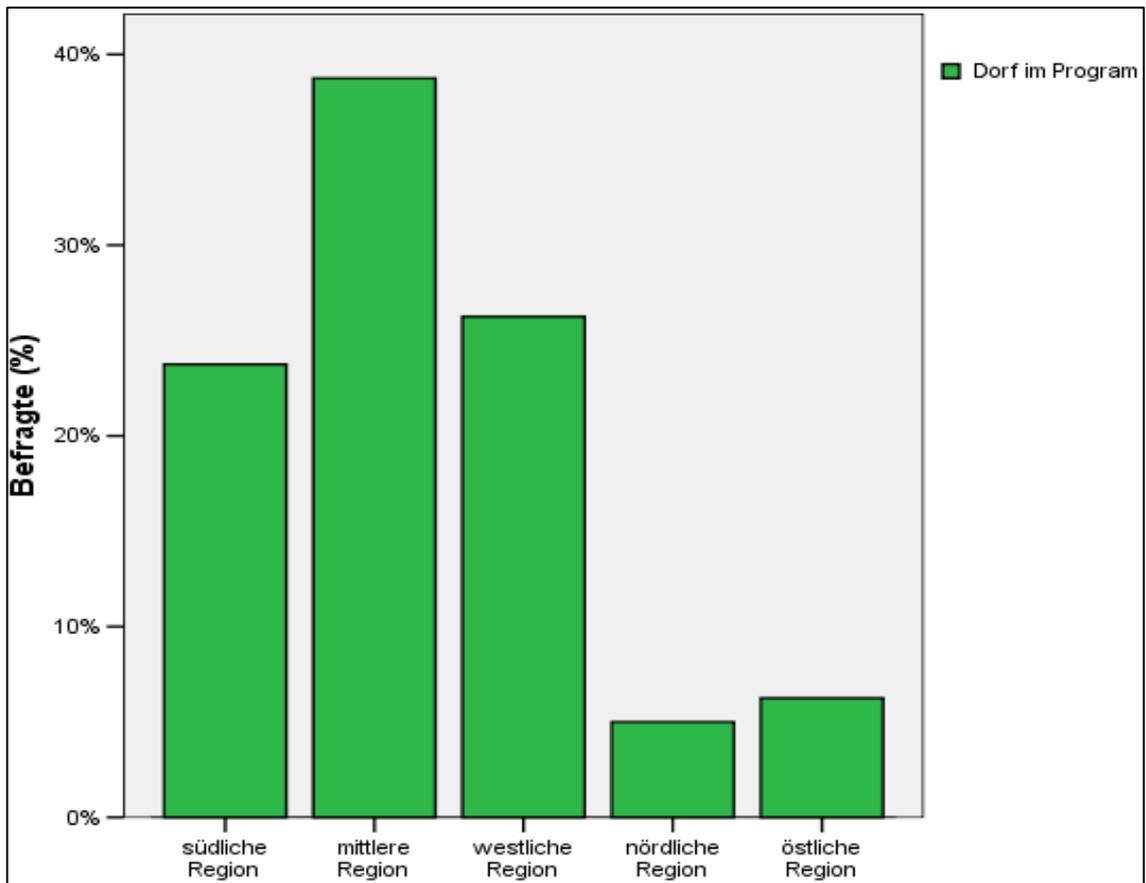


Abb. 68: Regionale Verteilung der Einwohner mit Teilnahme an einem Gesundheitsprogramm

Wie hoch der prozentuale Anteil an Einwohnern aus „gesunden Dörfern“ ist, der an einem Gesundheitsprogramm teilnahm, ist aus der Abbildung 68 erkenntlich. In der mittleren Region Syriens haben 39 % der Einwohner an einem Gesundheitsprogramm teilgenommen; dies war der höchste Prozentsatz. Ähnliche Prozentsätze wurden in der südlichen (24 %) und westlichen Region (26 %) nachgewiesen. Die geringsten Anteile an Einwohnern, die ein Gesundheitsprogramm besucht haben, fand man mit 5 % in der östlichen und mit 4 % in der nördlichen Region Syriens.

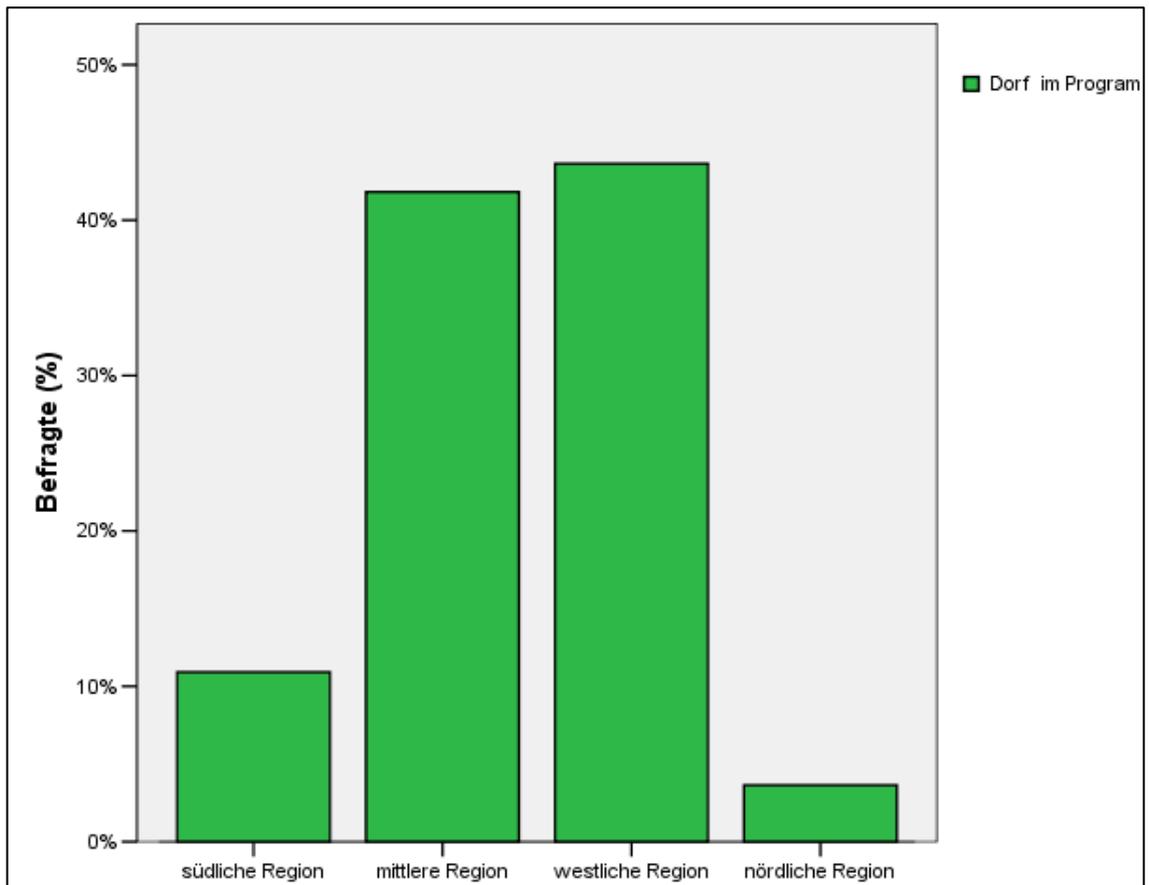


Abb. 69: Regionale Verteilung der Einwohner mit regelmäßigem Kontakt zum Programm „Gesunde Dörfer“

In der Abbildung 69 ist dargestellt, wie viele Einwohner aus „gesunden Dörfern“ im regelmäßigen Kontakt zum Programm „Gesunde Dörfer“ standen. In der mittleren und westlichen Region pflegten 41 % und 43 % der Einwohner einen regelmäßigen Kontakt mit dem Programm. In der südlichen Region waren es dagegen 11 % und 4 % der Einwohner „gesunder Dörfer“ in der nördlichen Region standen im regelmäßigen Kontakt zum Programm. Einwohner aus der östlichen Region pflegten keinen Kontakt mit dem Programm „Gesunde Dörfer“.

In allen Regionen Syriens war die Teilnahme der Einwohner an angebotenen Kursen gering. Die Ursachen lagen zum einen in der mangelnden Kenntnis der Einwohner über die Veranstaltungstermine der Kurse. Dies wiederum stand mit der fehlenden Werbung und Bekanntmachung durch die Mitarbeiter in Zusammenhang. Zum anderen fanden die Kurse oft vormittags zur Arbeitszeit statt, was Einwohner daran hinderte, die Kurse zu

besuchen. Es wäre erforderlich die Werbung vor Kursbeginn zu verstärken, um die Anzahl an Einwohnern, welche an Kursen teilnehmen, zu steigern. Informationen könnten beispielsweise an zentralen Orten wie dem Rathaus, dem Bauernverband oder in der Schule aufgehängt und verteilt werden. Weiterhin wird empfohlen, die Mitarbeiter im Thema Kommunikation zu schulen, so dass sie besser dazu in der Lage wären, Einwohner von der Aktualität und Wichtigkeit der Kurse zu überzeugen. Des Weiteren wäre es hilfreich, Kurse nachmittags oder am Wochenende anzubieten.

Ein regelmäßiger Kontakt von Einwohnern mit Programmmitarbeitern oder der Teilnahme an weiteren Angeboten des Programms „Gesunde Dörfer“ war in den Regionen Syriens nicht gegeben. Besonders in der südlichen Region, in der ansonsten alle Ziele des Programms erreicht wurden, pflegten nur wenige Einwohner regelmäßigen Kontakt zum Programm. Ursachen für diesen Sachverhalt lagen im Fehlen von aufbauenden Kursen mit weiterführenden Informationen für die Einwohner. Ferner wurde in der nördlichen und östlichen Region nur zu einem geringen Prozentsatz oder gar nicht Kontakt mit dem Programm gehalten. Dies könnte durch die geringe Etablierung des Programms in diesen Regionen begründet werden. Beispielsweise wurden nur wenige Kurse angeboten und die Teilnehmerzahl war gering. Dagegen war der regelmäßige Kontakt in der mittleren und westlichen Region im Vergleich zu den anderen Regionen stärker ausgeprägt. Die erst kürzlich zurückliegende Einführung des Programms in diesen Regionen könnte dafür ursächlich sein. Demzufolge waren die Mitarbeiter und Einwohner motiviert und engagiert. Ziel des Programms müsste es sein, die Motivation aller Beteiligten mittels aufbauender Kurse und Kurse zu aktuellen Themen möglichst lange aufrechtzuerhalten.

6.3. Schlussfolgerung

Das Programm „gesunde Dörfer“ konnte die gesundheitlichen Gewohnheiten der Einwohner nicht verbessern. Trotz der Einführung des Programms gibt es beispielsweise nicht in jedem Haushalt einen Verbandkasten. Einwohner gehen nicht regelmäßig zum Arzt und nehmen weiterhin Medikamente ohne ärztlichen Rat ein. Dieses Verhalten betrifft auch chronisch Kranke mit Bluthochdruck oder Diabetes. Zum einen könnte dies durch die kurze Zeitspanne seit Einführung des Programms begründet werden. Zum anderen müsste die Kommunikation zwischen den Programmmitarbeitern und den Einwohnern intensiviert werden, um gesundheitliche Gewohnheiten nachhaltig zu verbessern. Eine weitere Verbesserungsmöglichkeit wäre die Vergrößerung von bestehenden Gesundheitspunkten oder die Errichtung weiterer Gesundheitspunkte.

Die Regierung und das Programm „gesunde Dörfer“ verfolgen gemeinsam das Ziel, alle Einwohner mit Trinkwasser zu versorgen sowie die Abwasserentsorgung sicherzustellen. Deshalb konnte kein direkter Einfluss des Programms bezüglich dieser Punkte in den Dörfern festgestellt werden. Allerdings ist es möglich, dass das Programm die Umsetzung dieser Ziele beschleunigt und an der Finanzierung mitgewirkt hat.

Das Programm „gesunde Dörfer“ hat das Ziel der Förderung von kulturellen und sportlichen Aktivitäten für Jugendliche in den meisten Regionen Syriens erreicht. In der östlichen Region müsste das Programm noch intensiviert werden, um auch der dortigen Jugend eine abwechslungsreiche Freizeitgestaltung zu ermöglichen.

Die Ergebnisse bezüglich der Förderung der Kinder waren nicht zufriedenstellend, da die Anzahl der Kindergärten mit Ausnahme der südlichen Region unzureichend war und da in „gesunden Dörfern“ der östlichen Region keine Kindergärten vorhanden waren. Spielplätze wurden im Rahmen des Programms in keinem Dorf errichtet und in der vorliegenden Arbeit nicht grafisch dargestellt.

Das Programm „gesunde Dörfer“ hatte hinsichtlich der Erreichung des Ziels der sozialen und wirtschaftlichen Entwicklung von Frauen besonders in der südlichen Region Erfolg. In dieser Region konnte die Arbeitslosenquote der Frauen deutlich

gesenkt werden. In den anderen Regionen hatte das Programm keinen Erfolg, die Arbeit müsste demzufolge intensiviert werden.

Das Ziel der Senkung der Arbeitslosigkeit der Männer konnte aus Mangel an möglichen freien Arbeitsplätzen nicht erreicht werden, auch nicht in der südlichen Region. Die Kinderarbeit wurde mit Ausnahme der östlichen Region in allen Regionen Syriens verringert. Um die Anzahl der arbeitenden Kinder in der östlichen Region zu senken, wäre eine Intensivierung der Arbeit des Programms „Gesunde Dörfer“ nötig. Dabei wäre der Aufklärung der Eltern über die Vorteile des Schulbesuchs besondere Beachtung zu schenken.

7. Zusammenfassung

Für die Weiterentwicklung eines Landes ist es entscheidend, Verbesserungen in den sich gegenseitig beeinflussenden Bereichen der Demografie, Sozioökonomie und Gesundheit zu erzielen. Das Programm „Gesunde Dörfer“, welches 1996 in Syrien etabliert wurde, verfolgte das Ziel, besonders in ländlichen Gebieten Fortschritte in diesen drei Bereichen zu erreichen. Die vorliegende Arbeit zielte darauf ab, eine Auswertung des Programms „Gesunde Dörfer“ mittels einer selbstentwickelten Befragung, welche in insgesamt 50 Dörfern – 25 Dörfer aus dem Programm „Gesunde Dörfer“ und 25 Kontrolldörfer – vorzunehmen. Für eine fundierte Einschätzung des Programms wurden eingangs spezielle Merkmale des demografischen, sozioökonomischen und gesundheitlichen Bereichs hinsichtlich regionaler, räumlicher und geschlechtsspezifischer Unterschiede analysiert. Beispielsweise nahm die Bevölkerungsgruppe der 15- bis 60-Jährigen im Zeitraum 1960 – 2010 zu, die Fertilitäts- und Mortalitätsrate sank. Ferner verlor der Primärsektor seit 1997 auf Kosten des Dienstleistungssektors als Beschäftigungsmöglichkeit an Bedeutung. Die Arbeitslosigkeit in Syrien betrug im Jahr 2007 4,8 %. 56 % der Bevölkerung über 15 Jahre war nicht erwerbstätig, wobei die Frauen die Mehrheit ausmachten. Die Analphabetenquote betrug 17 % und war auf dem Land höher als in der Stadt. In der östlichen und nördlichen Region wurden die meisten Frauen gezählt, welche nicht des Lesens und Schreibens mächtig und nicht erwerbstätig waren.

Die gesundheitliche Versorgungssituation verbesserte sich hinsichtlich einer gestiegenen Anzahl an Leistungserbringern und Krankenhäusern. Sie war im Vergleich zu Deutschland – besonders auf dem Land sowie in der östlichen und nördlichen Region – dennoch unzureichend.

Das Programm „Gesunde Dörfer“, welches besonderen Fokus auf das Erreichen des Ziels der WHO „Gesundheit für alle“ legt, ist bestrebt, ein unterstützendes Umfeld für die Verbesserung der Gesundheits- und Lebensqualität von Menschen in ländlichen Gebieten zu schaffen. Im Vordergrund stehen einerseits eine verbesserte Infrastruktur mit Trinkwasserversorgung, Abwasserentsorgung, Schulen und Kindergärten sowie andererseits eine verbesserte sozioökonomische Situation. Bezüglich sozioökonomischer Aspekte stehen die Verringerung der Analphabetisierung, die Stärkung der Rolle der Frauen sowie die Reduzierung der Kinderarbeit im Vordergrund.

Die Auswertung der Befragung in der vorliegenden Arbeit zeigte, dass das Programm seine Ziele bezüglich der Verbesserung der Gesundheits- und Lebensqualität erreicht hat. Zum Beispiel gab es zwischen den Dörfern, welche am Programm „Gesunde Dörfer“ teilnahmen, und den Kontrolldörfern einen signifikanten Unterschied hinsichtlich der Anzahl praktizierender Ärzten sowie der Ausstattung mit Apotheken, Gesundheitspunkten, Laboratorien, Kulturzentren und Sportplätzen.

Es konnte nachgewiesen werden, dass das Programm keinen Einfluss auf die Verbesserung der Infrastruktur hatte. Erfolgreich war das Programm „Gesunde Dörfer“ dagegen, mit Ausnahme der nördlichen und östlichen Region, in der Verringerung der Anzahl arbeitender Kinder, in der Förderung der Frauen eine Beschäftigung aufzunehmen bzw. ein Studium zu absolvieren sowie in der Reduzierung der Analphabetenquote. Die Arbeitslosigkeit der Männer konnte durch Einführung des Programms nicht gesenkt werden. Des Weiteren hatte das Programm weder bei der Änderung der Gewohnheiten der Einwohner hinsichtlich gesundheitlicher Aspekte wie regelmäßiger Arztbesuche, Medikamenteneinnahme mit ärztlichem Rezept noch bei der Leseförderung Erfolg.

Empfehlungen

Im Rahmen meiner Auswertung sind mir verschiedene Punkte aufgefallen, die verbessert werden könnten, um die Ziele des Programms „Gesunde Dörfer“ zu erreichen.

Das Programm müsste seine Anstrengungen bezüglich der Werbung verstärken und verbessern. Es wäre anzuraten, Werbeformen auszuwählen, die die Bewohner der Dörfer besser und mit höherer Wahrscheinlichkeit erreichen, beispielsweise könnte in Medien Werbung geschaltet werden oder die Form der Plakatwerbung an Straßen genutzt werden.

Die Weiterbildung der festangestellten und freiwilligen Mitarbeiter könnte intensiviert werden. Das Ziel wäre eine verbesserte Kommunikation mit den Bewohnern der teilnehmenden Dörfer. Aufgabe der Mitarbeiter müsste es sein, den Einwohnern die Ziele des Programms auf eine verständlichere Weise nahe zu bringen, dabei wären regionale Besonderheiten stärker zu berücksichtigen. Außerdem wäre es anzuraten, die Bewohner der gesunden Dörfer stärker in die Planungsphase einzubeziehen.

Das Programm sollte regionale Unterschiede besser beachten und die Ziele regionalspezifischer festsetzen.

Eine Möglichkeit, um die Ziele des Programms schneller zu erreichen und mehr Bewohner zur Teilnahme zu bewegen, wäre es, jährlich einen Wettbewerb um das beste Dörfer in einer bestimmten Kategorie zu veranstalten. Dadurch könnte auch die Attraktivität und Bekanntheit des Programms gesteigert werden.

Literaturverzeichnis

Alisch, K.; Arentzen, U.; Winter, E. (2004): Gabler Wirtschafts-Lexikon. Gabler Verlag. 16. Ausgabe.

Anderson, O.; Schaffranek, M.; Strenger, H.; Szameitat, K. (1983): Bevölkerungs- und Wirtschaftsstatistik. Berlin, Heidelberg 1983, S:226,227

Bähr, J.; Jentsch, C.; Kuls, W. (1992): Bevölkerungsgeographie. Berlin, New York 1992; S.177-178.

Danielli, G.; Backhaus, N.; Laube, P. (2009): Wirtschaftsgeografie und globalisierter Lebensraum. Zürich, 3., überarbeitete Auflage

Eckstein, Peter P. (2010): Statistik für Wirtschaftswissenschaftler, Eine realdatenbasierte Einführung mit SPSS. Gabler Verlag 2. Auflage, 2010.

EMRO (2009): http://www.emro.who.int/cbi/countries_jor.htm

http://www.emro.who.int/cbi/countries_syr.htm

http://www.emro.who.int/cbi/countries_ira.htm

Esenwein- Rothe, I. (1982): Einführung in die Demographie .Bevölkerungsstruktur und Bevölkerungsprozess aus der Sicht der Statistik. Statistische Studien 10.Wiesbaden.

Hemmer, H.-R. (1988): Wirtschaftsprobleme der Entwicklungsländer. München.

Höhn, C. u. a. (1987): Mehrsprachiges Demographisches Wörterbuch. Deutschsprachige Fassung. Schriftenreihe des Bundesinstituts für Bevölkerungsforschung, Sonderband16. Boppard

Janssen, J. und Laatz, W. (2009): Statistische Datenanalyse mit SPSS. Springer Heidelberg Dordrecht London, New York.

Johnson, P.; Falkingham, J. (1992): Ageing and economic welfare. London 1992,

Joseph, A.E.; Martin-Matthews, A. (1994): Caring for elderly people. In: Phillips, D.R.; Verhasselt, Y.: Health and Development. London, New York 1994, S.168.

Kirchhoff, S.; Kuhnt, S.; Lipp, P.; Schlawin, S. (2010): Der Fragebogen, Datenbasis; Konstruktion und Auswertung. VS Verlag für Sozialwissenschaften.5.Auflage

Lloyd-Sherlock, P. (1992): Social Insurance Reform in an Ageing World: the Case of Latin America. London 1992 (London School of Economics, Development Economics Research Programme Discussion Papers 39), S.1

Stengel, M. (2010): Syrien als Wirtschaftspartner- Daten, Fakten und Adressen . Euro-Mediterranean Association for Cooperation and Development e.V. 1. Auflage , Juni, 2010

Daloia, M. (2008): Syriens Wirtschaft und die außenpolitische Isolation. Investment Journal of Alternative Markets and Strategies, Ausgabe.1 Dezember 2008

Ministerium für Lokal Administration (2003): Wasserversorgung in Syrien. <http://mla-sy.org/site/>

Motevalian, S.A. (2007): A Case Study on Intersectoral Action for Health in I.R. of Iran: Community Based Initiatives Experience, Teheran, Iran September 2007

Motevalian, S.A.; Ali, S.Z.; Hussain, A. (2006): Evaluation of Community Based Initiatives in Islamic Republic of Iran

Myers, G.C. (1984): Sterblichkeitsrückgang, Lebensverlängerung und Altern der Bevölkerung. In: Zeitschrift für Bevölkerungswissenschaft 10.

Rinne, H. (2003), Taschenbuch der Statistik (3. Auflage), Verlag Harri Deutsch, S. 534

Ritter, U.P.; Hohmeier, J. (1999): Alterspolitik. Eine sozioökonomische Perspektive. München 1999.

Rönz, B. und Strohe, H.G. (1994): Lexikon Statistik, Gabler Verlag, 1. Auflage.

Satouf Hussen (2007): Arbeitslosigkeit in Syrien. Damaskus-Universität, Juli. 2007.

Schira, J. (2009): Statistische Methoden der VWL und BWL. Theorie und Praxis. 3. Auflage, Person Studium.

Schnell, R. H.; Paul B.; Esser, E. (1999): Methoden der empirischen Sozialforschung. 6., völlig überarbeitete u. erweiterte Auflage. München u.a.: Oldenbourg Verlag.

Steiner, E. R. und Benesch, M. (2010): Der Fragebogen, Von der Forschungsidee zur SPSS/PASW-Auswertung. Facultas Verlags- und Buchhandels AG. 2. Auflage.

UN (2008): World Population Prospects: the 2008 Revision Population Database.
www.esa.un.org/unpp/.

Warnes, A.M. (1994): Socio-economic change and the health of elderly people. In: Phillips, D.R.; Verhasselt, Y.: Health and Development. London, New York.

World Health Organization (2006): Syria Country Profile, www.who.org

World Health Organization (2007): Evaluation of the healthy village programme in the Syrian Arab Republic. Regional Office for the Eastern Mediterranean, Nasr City, Cairo, Egypt.

Zentrales Statistisches Amt in Syrien: Statistisches Jahrbuch (von 2003 bis 2008)

Anhänge

Anhang 1: Fragebogen für teilnehmende Dörfer

1. Identifikation

- Name des Dorfes
- Gebiet
- Dorf in das Programm „Gesunde Dörfer“ ja, Aufnahmejahr nein
- Einwohnerzahl
- Häuserzahl
- Distanz des Dorfes zur nächsten Stadt

2. Infrastruktur

- Grundschule ja nein
- Gymnasium ja nein
- Kindergarten ja nein
- Kinderspielplatz ja nein
- Rathaus ja nein
- Sportplatz ja nein
- Naturschutzgebiet ja nein
- Feuerwehr ja nein
- Polizei ja nein
- Gesundheitspunkt ja, nein
- Kulturzentrum ja nein
- Sonstiges

3. Gesundheitsbereich im Dorf

- Facharzt ja, Anzahl nein
- Zahnarzt ja, Anzahl nein
- Apotheke ja, Anzahl nein
- Labor ja, Anzahl nein
- Hebamme ja, Anzahl nein
- Krankenpfleger ja, Anzahl nein
- Sonstiges

4. Arbeitsbereich im Dorf

- Unternehmen im Dorf
- Staatliche Betriebe
- GmbH
- Privat
- Sonstige

5. Arbeitsplatz im Dorf

- Land- und Forstwirtschaft
- Handwerk und Gewerbe
- Dienstleistung
- Handel
- Sonstige

6. Demografischer und sozialer Bereich*6.1. Angaben zu den Mitgliedern Ihres Haushalts:*

1	2	3	4	5	6	7
Name	Geschlecht	Alter	Verwandtschaft	Ausbildung	Beruf	Familienstand

- 2: 01:Männlich, 02: Weiblich

- 4: 01:Famillienoberhaupt, 02:Partner/in,03:Sohn/ Tochter, 04:Eltern, 05:Schwiegereltern, 06:Schwiegersohn/Tochter, 07:Großeltern, 08:Geschwister, 09:Sonstige
- 5: 01:Grundschule, 02:Gymnasium, 03:Berufsschule, 04: Fachhochschule, 05:Bachelor, 06:Diplom, 07:Master, 08:Promotion, 09:Ohne, 10:Keine Ahnung
- 7: 01:Ledig, 02:Verheiratet, 03:Geschieden, 04:Verwitwet

6.2. *In welchem Haushaltsverhältnis leben Sie?*

- Eigentümer
- Mieter

6.3. *Wie viele Wohnräume stehen Ihnen zur Verfügung (ohne Bad, WC, Flur, Küche)?*

6.4. *Wie viele Quadratmeter hat Ihr Haushalt?*

6.5. *Ist Ihr Haushalt mit den folgenden Merkmalen ausgestattet?*

- | | | |
|---------------|-----------------------------|-------------------------------|
| • Bad/Dusche | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| • WC | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| • Heizung | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| • Strom | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| • Klimaanlage | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |

6.6. *Woher beziehen Sie in Ihrem Haushalt das Trinkwasser?*

- | | | |
|----------------------|-----------------------------|-------------------------------|
| • Trinkwasserleitung | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> nein |
| • Wassertank | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> nein |
| • Wasserquelle | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> nein |

- Wasserbrunnen ja nein
- Sonstiges

6.7 Wie wird das Abwasser in Ihrem Haushalt entsorgt?

- Abwasserleitung ja nein
- Abwassergrube ja nein
- Offenloch ja nein

6.8. Haben Sie in Ihrem Haushalt eines der folgenden Geräte?

- Fernseher ja nein
- Radio ja nein
- Computer ja nein
- Telefon ja nein
- Kühlschrank ja nein
- Herd ja nein
- Backofen ja nein

6.9. Verfügt Ihr Haushalt über eines der folgenden Fahrzeuge?

- Fahrrad ja nein
- Auto ja nein
- Motorrad ja nein
- Traktor ja nein

6.10. *Wie oft kaufen Sie (oder ein Haushaltsmitglied) eine Zeitung oder Zeitschrift?*

- Mehrmals in der Woche
- Mehrmals im Monat
- Seltener
- Nie

6.11. *Haben Sie in Ihrem Haushalt ein Bücherregal?* ja nein

7. Gesundheitsbereich

- *7.1. Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen!*

Name	Besuchen Sie regelmäßig einen Arzt?	Haben Sie zu Hause eine Verbandkaste?	Wann haben Sie zum letzten Mal einen Arzt konsultiert und warum?	Nehmen Sie Medikamente ein ohne vorher einen Arzt zu konsultieren?	Ist ein Mitglied aus Ihrem Haushalt behindert (1)?	Haben Sie eine chronische Erkrankung? (2)	Haben Ihre Kinder die Standardimpfungen bekommen?	Leiden Sie unter Erbkrankheiten?

1: Wenn ja, welche Behinderung?

- 01: körperliche Behinderung
- 02: sensorische Behinderung (blind oder gehörlos)
- 03: geistige Behinderung
- 04: Mehrfachbehinderung
- 05: sonstige Behinderung

2: Wenn ja, welche Krankheiten ?

- 01: Diabetes, 02: Herzbeschwerden, 03: Gelenkprobleme, 04: Bluthochdruck, 05: andere

7.2. *Seit wann haben Sie diese Krankheit?*

7.3. Wann wurden Sie zum letzten Mal im Labor untersucht?

7.4. Haben Ihre Kinder im Kindergarten bzw. in der Schule etwas über die Themen Umwelt und Gesundheit gelernt? ja, Wenn ja, was? nein

7.5. Gibt es in Ihrem Dorf eines der folgenden Angebote des Programms „Gesunde Dörfer“?

- Raucherentwöhnungsprogramm ja nein
- Präventivinformationen zur Sicherheit im Haushalt ja nein
- Präventivinformationen zur Ersten Hilfe ja nein
- Familienplanungsprogramm ja nein
- Sonstiges

Wenn ja, wer in Ihrem Haushalt hat daran teilgenommen?

7.6 Stehen Sie oder ein Haushaltmitglied in Kontakt mit dem Programm „Gesunde Dörfer“ oder einem anderen Gesundheitsprogramm? ja nein

Wenn ja, wie?

8. Wirtschaftsbereich

8.1. Wer aus Ihrem Haushalt ist regelmäßig berufstätig?

Name	Arbeitsplatz	Monatliches Einkommen	Arbeitsstunden/ Monat

8.2. Wer aus Ihrem Haushalt ist unregelmäßig berufstätig?

Name	Arbeitsplatz	Monatliches Einkommen	Arbeitsstunden/ Monat

8.3. Arbeiten Kinder aus Ihrem Haushalt?

Kindername	Arbeitsplatz	Monatliches Einkommen	Arbeitsstunden/ Monat	Arbeitsmonate/ Jahr
------------	--------------	--------------------------	--------------------------	------------------------

8.4. Wie viel Geld geben Sie monatlich für die folgenden Punkte aus?

- Lebensmittel
- Gesundheit
- Miete
- Strom
- Wasser
- Kleidung
- Sonstiges

Anhang 2: Ergebnisse des Wilcoxon Tests

	Z	Asymptotische Signifikanz (2-seitig)
Gesundheitspunkt	-2,357 ^a	0,018
Arzt	-2,982 ^b	0,003
Zahnarzt	-1,732 ^b	0,083
Hebamme	-2,353 ^b	0,019
Apotheke	-3,024 ^b	0,002
Labor	-4,243 ^b	0,000
Gymnasium	-,378 ^a	0,705
Kindergarten	-,600 ^a	0,549
Kulturzentrum	-2,236 ^b	0,025
Sportplatz	-3,130 ^b	0,002

a: Basiert auf negativen Rängen, b: Basiert auf positiven Rängen.

Anhang 3: Ergebnisse des Chi-Quadrat-Test bezüglich der Haushalte mit einem Verbandkasten

	Wert	df	Asymptotische Signifikanz (2-seitig)	Exakte Signifikanz (2-seitig)	Exakte Signifikanz (1-seitig)
Chi-Quadrat nach Pearson	0,108 ^b	1	0,742		
Kontinuitätskorrektur(a)	0,048	1	0,826		
Likelihood-Quotient	0,109	1	0,742		
Exakter Test nach Fisher				0,826	0,413
Zusammenhang linear- mit-linear	0,108	1	0,742		
Anzahl der gültigen Fälle	500				

a: wird nur für eine 2x2-Tabelle berechnet

b: 0 Zellen (,0%) haben eine erwartete Häufigkeit kleiner 5. Die minimale erwartete Häufigkeit ist 52,50.

Anhang 4 : Ergebnisse des Chi-Quadrat-Test bezüglich der Haushalte, in denen Zeitungen und Zeitschriften gelesen werden

	Wert	df	Asymptotische Signifikanz (2-seitig)	Exakte Signifikanz (2-seitig)	Exakte Signifikanz (1-seitig)
Chi-Quadrat nach Pearson	0,113 ^b	1	0,736		
Kontinuitätskorrektur(a)	0,050	1	0,822		
Likelihood-Quotient	0,113	1	0,736		
Exakter Test nach Fisher				0,822	0,411
Zusammenhang linear-mit-linear	0,113	1	0,737		
Anzahl der gültigen Fälle	500				

a: wird nur für eine 2x2-Tabelle berechnet

b: 0 Zellen (,0%) haben eine erwartete Häufigkeit kleiner 5. Die minimale erwartete Häufigkeit ist 49,50.

Anhang 5: Ergebnisse des Chi-Quadrat-Test bezüglich der Haushalte mit einem Bücherregal

	Wert	df	Asymptotische Signifikanz (2-seitig)	Exakte Signifikanz (2-seitig)	Exakte Signifikanz (1-seitig)
Chi-Quadrat nach Pearson	2,751 ^b	1	,097		
Kontinuitätskorrektur(a)	2,397	1	0,122		
Likelihood-Quotient	2,759	1	0,097		
Exakter Test nach Fisher				0,121	0,061
Zusammenhang linear- mit-linear	2,746	1	0,098		
Anzahl der gültigen Fälle	500				

a: wird nur für eine 2x2-Tabelle berechnet

b: 0 Zellen (,0%) haben eine erwartete Häufigkeit kleiner 5. Die minimale erwartete Häufigkeit ist 51,50.