

Ernst-Moritz-Arndt-Universität Greifswald

Rechts- und Staatswissenschaftliche Fakultät

Lehrstuhl für Allgemeine Betriebswirtschaftslehre und Gesundheitsmanagement

Prof. Dr. rer. pol. Steffen Fleßa

**Mikrofinanz als Instrument zur Finanzierung medizinischer
Hilfsmittel in Syrien**

Inaugural-Dissertation

zur Erlangung des akademischen Grades

Doktor der Wirtschaftswissenschaften der Rechts- und Staatswissenschaftlichen

Fakultät der Ernst-Moritz-Arndt-Universität Greifswald

vorgelegt von:

Hanan Daher

aus Syrien

Dekan: Herr Prof. Dr. jur. Axel Beater

1. Gutachter: Herr Prof. Dr. Steffen Fleßa

2. Gutachter: Frau Prof. Dr. Ricarda Bouncken

Tag der mündlichen Prüfung: 28.10.2009

Danksagung

Ich möchte mich herzlich bei allen bedanken, die mir bei der Durchführung dieser Dissertation behilflich waren.

An erster Stelle richtet sich mein Dank an Herrn Professor Dr. Steffen Flessa für die Übernahme und Betreuung meiner Arbeit, für seine vielfältige Unterstützung durch fortwährende Diskussionsbereitschaft, die mich fachlich und persönlich erheblich bereichert hat.

Für die Übernahme des Zweitgutachtens bin ich Frau Prof. Dr. Ricarda Bouncken dankbar.

Ein herzlicher Dank gebührt Herrn Jürgen K. Kranz, den Leiter der Firma Medizintechnik Kranz GmbH für die wertvolle Informationen über die im Bereich der Homecare eingesetzten Geräten.

Ein großer Dank gilt meiner Freundin Dr. Christel Gnadt für aufmerksames Durchsehen und Korrekturlesen dieser Arbeit und für anregende Diskussionen, meiner Freundin Stefanie Link auch für ihre Korrekturlesen, ihre Liebe und Motivation.

Mein Dank gilt auch Herrn Dr. Paul Marschall für seine ausgeprägte Hilfsbereitschaft.

Ein sehr herzlicher Dank gilt meinen Eltern für Ihre fortwährende Unterstützung meiner Interessen seit frühester Jugend, meinen Geschwistern und meinen Freunde, die alle auf ihre Weise zum Gelingen dieser Arbeit beitragen haben.

Besondern Dank schulde ich meinem lieben Bruder „Osama“ für seine Hilfe, der kurz bevor er starb, mich nach Damaskus begleitet und mich bei der ersten Datenerhebung, welche die Grundlage meiner Arbeit bildet, unterstützt hat.

Inhaltsverzeichnis

Abbildungsverzeichnis	iv
Tabellenverzeichnis	v
Abkürzungsverzeichnis	vii
Symbolverzeichnis	xi
1 Einleitung	1
1.1 Problemstellung	1
1.2 Zielsetzung.....	2
1.3 Aufbau	3
2 Grundlagen	6
2.1 Mikrofinanz	6
2.1.1 Begriffsdefinitionen	6
2.1.2 Prinzip der Mikrokredite.....	10
2.1.3 Merkmale des Mikrofinanzsystems	13
2.1.3.1 Finanzierung der Mikrofinanzinstitutionen	13
2.1.3.2 Wesentliche Komponenten eines Mikrokreditsystems.....	15
2.1.3.3 Mikrofinanzmodelle	20
2.1.3.4 Mikrofinanz-Mechanismus bei der Kreditvergabe.....	22
2.1.3.5 Probleme der Kreditvergabe bei asymmetrischer Information.....	26
2.1.3.6 Erfolgsfaktoren eines Mikrofinanzsystems	29
2.1.3.7 Bedeutung	32
2.1.4 Mikrofinanz und behinderte Menschen	36
2.2 Finanzsektor Syriens.....	38
2.2.1 Länderprofil	38
2.2.2 Formeller Finanzsektor	42
2.2.2.1 Staatseigene Banken	42
2.2.2.2 Private Banken.....	45
2.2.2.3 Islamische Banken	46
2.2.3 Informeller Finanzsektor.....	48
2.2.3.1 Überblick	48

2.2.3.2	Inländische Mikrofinanzprogramme	49
2.2.3.3	Internationale Mikrofinanzprogramme.....	55
2.2.3.4	Charakteristika des Marktes.....	64
2.2.4	Herausforderungen.....	65
2.3	Gesundheitswesen Syriens.....	68
2.3.1	Entwicklung des Gesundheitssektors.....	68
2.3.2	Präventive Gesundheitsdienste.....	74
2.3.3	Kurative Gesundheitsdienste.....	76
2.3.4	Finanzierungsmöglichkeiten	77
2.3.5	Mikrofinanz als Instrument zur Finanzierung im Gesundheitswesen.....	80
2.4	Behinderte Menschen in Syrien.....	86
2.4.1	Allgemeiner Überblick.....	86
2.4.2	Definition von Behinderung.....	86
2.4.3	Behindertenzahlen.....	87
2.4.4	Geschlecht- und Altersstruktur von Menschen mit Behinderung.....	89
2.4.5	Ausbildungsverteilung	92
2.4.6	Grundlegende Aspekte der Behindertenfürsorge.....	93
2.4.7	Soziale Wohlfahrtsinstitutionen.....	94
2.5	Lungenerkrankungen in Syrien.....	98
2.5.1	Bedeutung weltweit.....	98
2.5.2	Bedeutung in Syrien.....	100
2.5.3	Heim- und Langzeitbeatmung als Behandlungsmöglichkeit	103
2.5.3.1	Beatmungsverfahren	104
2.5.3.2	Geräte und Materialien	105
2.5.3.3	Kosteneffektivität der Heimbeatmung.....	106
3	Empirische Untersuchung der Möglichkeiten von Mikrofinanz im Gesundheitswesen in Syrien.....	112
3.1	Hypothesen	112
3.2	Forschungsmethodik.....	113
3.2.1	Wahl der Forschungsmethoden.....	113
3.2.2	Auswahl der Befragten.....	114
3.2.3	Fragebogenkonzeption und Pretest	117
3.2.4	Inhaltliche Bestandteile der Fragebögen.....	119

3.2.5	Durchführung der Befragung	122
3.2.6	Datenauswertung.....	124
3.3	Ergebnisse.....	125
3.3.1	Beschreibung der Stichproben	125
3.3.2	Einkommenslage.....	129
3.4	Gesundheitsversorgung.....	135
3.5	Mikrofinanz	140
4	Diskussion.....	151
4.1	Einkommenslage.....	151
4.2	Gesundheitsversorgung.....	153
4.3	Mikrofinanz	161
5	Zusammenfassung und Ausblick	172
	Anhang	198
	Ehrenwörtliche Erklärung	212
	Lebenslauf.....	213

Abbildungsverzeichnis

Abb. 1: Kapitalfluss	14
Abb. 2: Wesentliche Komponenten eines Mikrokreditsystems	15
Abb. 3: Entwicklung der Gesundheitszentren in den Jahren 1970-2006	74
Abb. 4: Entwicklung der durchschnittlichen möglichen Nutzerzahl für ein Gesundheitszentrum in den Jahren 1970-2006	75
Abb. 5: Entwicklung der Zahl der Krankenhäuser in den Jahren 2000-2005	76
Abb. 6: Verteilung der Erkrankungen auf die Lungenpatienten	128
Abb. 7: Krankheitsdauer der Lungenpatienten	128
Abb. 8: Durchschnittliches monatliches Einkommen der Befragten gehbehinderten Personen	130
Abb. 9: Durchschnittliches monatliches Einkommen der befragten Lungenpatienten.	131
Abb. 10: Abdeckung der Grundbedürfnisse mit dem verfügbaren Einkommen	133
Abb. 11: Notwendigkeit der weiteren finanziellen Unterstützung.....	134
Abb. 12: Jährliche durchschnittliche Aufenthaltsdauer im Krankenhaus der Lungenpatienten.....	136
Abb. 13: Keine Kreditvergabe wegen mangelnder Erwerbsfähigkeit	142
Abb. 14: Ausrichtung der Mikrofinanzprogramme auf die Armutsbekämpfung durch Schaffung von Arbeitsplätzen	143
Abb. 15: Kreditvergabe nur zur Durchführung rentabler Investitionen.....	144
Abb. 16: Mikrokredite als Möglichkeit der Finanzierung von medizinischen Hilfsmitteln	146
Abb. 17: Kreditrückzahlung durch selbständige Arbeit infolge von Mikrokrediten für medizinische Hilfsmittel.	148
Abb. 18: Bereitschaft der Familie die Kreditrückgabe zu gewährleisten	150
Abb. 19: Break-Even-Point des Heimbeatmungsgerätes	157

Tabellenverzeichnis

Tab. 1: Ergebnisse der Verifizierung in den letzten sieben Jahren	12
Tab. 2: Das Klassifikationssystem zur Berechnung der Höhe des Folgekredits	23
Tab. 3: Vergleich der finanziellen Leistung mit der Ausleihenmethode	26
Tab. 4: Durchschnittliche jährliche Prozentsatzänderung in Pro-Kopf-Ausgaben in den untersuchten Regionen zwischen 1996-97 und 2003-04	41
Tab. 5: Lebenserwartung in den Jahren 2002-2005	69
Tab. 6: Entwicklung der Säuglingssterblichkeitsrate und der Kindersterblichkeitsrate pro 1.000 Lebendgeburten.....	69
Tab. 7: Müttersterblichkeitsrate pro 100.000 Lebendgeburten in den Jahren 2000 und 2005.....	70
Tab. 8: Entwicklung der Zahl der Arbeitskräfte und ihres Anteils pro 1.000 Einwohner....	71
Tab. 9: Ärzteanteil pro 1.000 Einwohner im Zeitraum 2000-2004.....	71
Tab. 10: Allgemeine staatliche Gesundheitsausgaben pro Person.....	72
Tab. 11: Allgemeine staatliche Gesundheitsausgaben in Prozent der gesamten Gesundheitsausgaben	73
Tab. 12: Private Gesundheitsausgaben in Prozent der gesamten Gesundheitsausgaben	73
Tab. 13: Bettenzahl pro 1.000 Einwohner	77
Tab. 14: Anzahl der Behinderte gemessen an Behinderungsursachen	88
Tab. 15: Behindertenzahlen gemessen an Behinderungskategorie	89
Tab. 16: Geschlechter Verhältnis bei den Menschen mit Behinderung im Alter von 15 und mehr Jahren	90
Tab. 17: Prävalenz von Behinderungen nach Geschlecht und Altersgruppe.....	91
Tab. 18: Bildungsniveau der Behinderten sowie Nicht- Behinderten im Jahr 2004.....	92
Tab. 19: Entwicklung der Anzahl der Nutznießer von Institutionen für Behinderte im Zeitraum 1998-2003	95
Tab. 20: Entwicklung der Anzahl der staatlichen Wohlfahrtsinstitutionen für behinderte Personen sowie ihrer Nutznießen in Zeitraum 2001-2006.....	96
Tab. 21: Entwicklung der Anzahl der privat finanzierten Wohltätigkeitsinstitution für behinderte Personen sowie ihrer Nutznießen in Zeitraum 2001-2006.....	97
Tab. 22: Todesursachen in Prozent im Jahr 2005 in Syrien.....	101
Tab. 23: Anzahl der möglicherweise an beatmungspflichtigen Lungenerkrankungen leidenden Personen im Jahr 2005.....	102
Tab. 24: Wirtschaftliche Auswirkung der invasiven Heimbeatmung.....	108

Tab. 25: Tägliche Aufenthaltskosten pro Patient in den unterschiedlichen Abteilungen des Krankenhauses	110
Tab. 26: Anzahl der Befragten an den unterschiedlichen Typen der Befragung	123
Tab. 27: Behinderungssituation der Befragten.....	126
Tab. 28: Behinderungsursachen	126
Tab. 29: Bildungsabschluss der Befragten gehbehinderten	127
Tab. 30: Einkommensquellen	130
Tab. 31: Arbeitsart	132
Tab. 32: Die zu erwartende Kosteneinsparung	154
Tab. 33: Kostenanalyse einer Kohorte in Spanien.....	155

Abkürzungsverzeichnis

Abb.	Abbildung
ACU	Agency to combat unemployment
ADA	Austrian Development Agency
ADB	Asian Development Bank
AECOPD	Akute Exacerbation chronisch obstruktiven Lungenerkrankung
AGFUND	Arab Gulf Programme for United Nation Development
AIMS	Assessing the Impact of Microenterprise Services
AKDN	Aga Khan Development Network
AKAM	Aga Khan Agentur for Microfinance
AOK	Allgemeine Ortskrankenkasse
AWZ	Ausschuss für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung
BAAC	Bank for Agriculture and Agricultural Cooperatives
BancoSol	Banco Solidaro
BIDAYA	Boosting and Inspiring Dynamic Youth Achievement
BIP	Bruttoinlandsprodukt
BMJ	British medical Journal
BMM	Banco Mundial de la Mujer – Women’s World Bank – Argentina
BMZ	Bundesministerium für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung
Bspw.	Beispielsweise
BRI	Bank Rakyat Indonesia
Bzgl.	Bezüglich
Bzw.	Beziehungsweise
ca.	Circa
CB	Central Bank
CBS	Central Bureau of Statistic
CGAP	Consultative Group to Assist the Poor
CMC	Credit and Monetary Council (Kredit- und Währungsrat)
CMH	Macroeconomics and Health
COPD	Chronic obstructive pulmonary disease (chronisch obstruktive Lungenerkrankung)

CPAP	Continuous positive airway pressure (Kontinuierlicher positiver Atemwegdruck)
DF	Disability Fund
d.h.	das heißt
Etf	European Training Foundation
EU	Europäische Union
FMFB	First Micro Finance Bank
FAO	Food and Agriculture Organization (Ernährungs- und Landwirtschaftsorganisation der vereinten Nation)
FDC	Foundation for Development Cooperation
FIRDOS	Fund for integrated rural development of Syria
Fr	Französische Frank
JICA	Japan International Cooperation Agency
ICF	Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit
Inkl.	Inklusive
IFAD	International Fund for Agriculture Development
IFC	International Finance Corporation
IRDP	Integrated Rural Development Programme
GTZ	Deutsche Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit
GHP	Grameen health Programme
Kg	Kilogramm
MBP	Microenterprise Best Practices
MFI	Mikrofinanzinstitutionen
MOEs	Mittel- und Osteuropäische Staaten
MOF	Ministry of Finance
Mrd.	Milliarde
NAKOS	Nationale Kontakt und Informationsstelle zur Anregung und Unterstützung von Selbsthilfegruppen
NGOs	Non-governmental Organisation (Nichtstaatliche Organisationen)
NIPPV	Nasal intermittent positive pressure ventilation
Nr.	Nummer
NIV	Non- invasive Ventilation (Nicht- invasive Beatmung)

o.J.	ohne Jahr
PCO2	Partialdruck des Kohlendioxids
QFI	Quality Finance International
RAS	Retail Advisory Services
RCDP	Rural Community Development Projekt
RCPB	Réseau des Caises Populaires du Burkina
S.	Seite
SDI	Subvention dependence Index
SEBC	Syrian- European Business Center
SGSY	Swarnjayanti Gram Swarozgar Yojana
SFD	Social Fund for Development
SGP	Schweizerische Gesellschaft für Pneumologie
SHGs	Selbsthilfegruppen
SIMV	Synchronized intermitted mandatory ventilation (Synchronisierte Intermittierende mandatorische Ventilation)
SMEs	Small and Medium Enterprise
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences
Suppl.	Supplement
SYP	Syrisches Pfund
SWF	Social Welfare Fund
Tab.	Tabelle
TNWDP	Tamil Nadu Women's Development Programme
UMU	Uganda Microfinance Union
UN	United Nation
UNDP	United Nations Development Programme (Das Entwicklungsprogramm der vereinten Nationen)
UNCDF	United Nation Capital Development Fund
UNFPA	United Nations Population Fund
UNICEF	United Nations Children's Fund (UN- Kinderhilfswerk)
UNRWA	United Nations Relief and works Agency
USAID	United States Agency for International Development
u.a.	und andere
Usw.	und so weiter

YBI	Youth in Business International
Vgl.	Vergleiche
Vol.	Volume
WFP	World Food Programme
WHO	World Health Organization (Gesundheitsweltorganisation)
z.B.	Zum Beispiel
ZEF	Zentrum für Entwicklungsforschung

Symbolverzeichnis

€	Euro
\$	Dollar
£	Britisches Pfund
Σ	Summe
<	kleiner als
\leq	kleiner-gleich
%	Prozent

1 Einleitung

1.1 Problemstellung

Armut und Krankheit stehen in Widerspruch zu menschenwürdigem Leben. Sie stehen in einem kausalen Zusammenhang, wobei Armut Krankheit verursacht und Krankheit arm macht.¹ Dies kann bewirken, dass der schlechte Gesundheitszustand der Bevölkerung in einer Gesellschaft zu einer geringeren Arbeitsproduktivität der Bevölkerung führt.² Krankheit führt auf direktem Wege zum Verlust des Einkommens und zu Ausgaben für die Wiederherstellung der Gesundheit.³

Von 6 Milliarden Menschen leben 2,8 Milliarden mit weniger als 2 US\$ täglich⁴ und 1,2 Milliarden mit der Hälfte oder weniger.⁵ Folglich hat die Deckung der absoluten Grundbedürfnisse, d.h. der Zugang zu Nahrungsmitteln und zu Gesundheitsdiensten aus individueller Sicht die höchste Priorität in den betroffenen Ländern. In Ländern wie Bangladesch, Ghana, Pakistan usw. müssen die nur niedriges Einkommen beziehenden Haushalte einen Anteil von 91% ihrer Gesamtausgaben nur für den Nahrungsmittelkonsum ausgeben.⁶ Infolge des niedrigen Einkommens besteht für diese Haushalte ein erhöhtes weiteres Risiko durch Erkrankungen, Alter usw. In den meisten Fällen bewirken solche Risiken, dass die Betroffenen verarmen, weil die meisten in den Entwicklungsländern lebenden Menschen -außer der privilegierten Oberschicht- nicht in den Genuss einer sozialen Sicherung kommen. Der Begriff „Krankenversicherung“ ist ein Fremdwort für sie. Aufgrund ihres niedrigen Einkommens wird das wirtschaftliche Überleben der Menschen durch den Eintritt einer Krankheit bedroht, da die Kranken selber sowohl die direkten Kosten für die Behandlung und für die Medikamente als auch die indirekten Kosten tragen müssen, die durch den Ausfall der Arbeitskraft entstehen.⁷

¹ Vgl. Flessa (2007), S. 418; Wagstaff (2002), S. 1.

² Vgl. Möller; Schmidt; Sonntag (2003), S. 376, zit. in Subramanian; Belli; Kawachi (2002), S. 28-302.

³ Vgl. Möller; Schmidt; Lasser (2004), S. 4.

⁴ Accion International (2007b), S. 1.

⁵ Vgl. Fernando (2006), S. 1.

⁶ Vgl. Zeller; Sharma, in: Zeller; Meyer (2002), S. 27.

⁷ Vgl. Jütting (2001), S. 1.

In Syrien bietet das Gesundheitssystem Jahr für Jahr zusätzliche und bessere Gesundheitsdienstleistungen für die Bürger an. Dazu gehören sowohl präventive als auch kurative Dienstleistungen.

Trotz der stetigen Entwicklung in den staatlichen Dienstleistungen besteht immer noch eine große Diskrepanz zwischen der Nachfrage und dem Angebot von Diensten. Mögliche Gründe hierfür sind die Anzahl der in Armut lebenden Menschen und das Bevölkerungswachstum.

Die Höhe der Wachstumsrate der Bevölkerung, der Geburtenrate sowie der Arbeitslosigkeit verstärkt das Problem, weil diese eine Steigerung der Nachfrage nach Gesundheitsfürsorge verursachen.

Ein besonderes Problem entsteht, falls die Patienten nicht krankenversichert sind und aufgrund ihrer Krankheit oder Behinderung ein medizinisches Hilfsmittel benötigen. Daher sollte die Möglichkeit überprüft werden, wie eine weitere finanzielle Unterstützung für Patienten mit niedrigem Einkommen und mit einem Bedarf an Hilfsmitteln zur Verfügung gestellt werden kann, damit diese mit ihren gesundheitlichen Problemen umgehen können.

1.2 Zielsetzung

Die vorliegende Arbeit zielt darauf ab, zu untersuchen, ob die Mikrofinanz als Instrument für die Finanzierung im Gesundheitswesen in Syrien eingesetzt werden kann. Es soll gezeigt werden, wie Menschen in Armut geholfen werden kann, die medizinische Hilfsmittel benötigen und aufgrund von knappen Ressourcen diese von der öffentlichen Hand nicht erhalten können.

Analog zu den positiven Erfahrungen mit Mikrofinanz in unterschiedlichen Teilen der Welt zur Unterstützung des Gesundheitswesens wird in dieser Arbeit vorgeschlagen, diese Erfahrungen auf das syrische Gesundheitssystem zu übertragen. Die Einführung der Mikrofinanz in das syrische Gesundheitssystem soll daher als weitere Finanzquelle für die armen Bevölkerungsschichten dargestellt werden, die dazu beiträgt, dass diese Menschen mit ihren gesundheitlichen Problemen besser umgehen können.

Hierbei werden die Mikrofinanzangebote und insbesondere die Mikrokredite als Instrument zur Finanzierung von medizinischen Hilfsmitteln vorgeschlagen. Den Recherchen zufolge wurde bisher die Möglichkeit, medizinische Hilfsmittel über Mikrofinanz zu finanzieren, noch nicht für Syrien beschrieben oder dort in der Realität getestet.

Als Beispiel wird die Situation zweier Gruppen von hilfsbedürftigen Menschen dargestellt. Es handelt sich zum einen um Menschen, die an einer Gehbehinderung leiden, und zum anderen um Patienten mit chronischen Lungenerkrankungen.

Die vorliegende Arbeit zielt weiterhin darauf ab, Möglichkeiten darzustellen, die Mikrofinanz Programme zu motivieren, ihre Finanzdienste für die Finanzierung der Kosten von medizinischen Hilfsgeräten anzubieten. Solche Motivation kann durch die Entwicklung einer Methode für die Rückzahlung der vergebenen Mikrokredite erfolgen.

1.3 Aufbau

Die Arbeit gliedert sich in fünf Kapitel:

1. Einleitung
2. Grundlagen
3. Empirische Untersuchung der Möglichkeiten von Mikrofinanz im Gesundheitswesen in Syrien
4. Diskussion
5. Zusammenfassung und Ausblick

Aufbauend auf der Einleitung im ersten Kapitel werden im zweiten Kapitel die theoretischen Grundlagen der Arbeit besprochen. Der Schwerpunkt dieses Kapitels liegt auf die Darstellung der Mikrofinanz, des Finanzsystems Syriens, der Situation der Patienten mit Behinderung sowie die Situation der Menschen mit Lungenerkrankungen in Syrien. Im ersten Abschnitt dieses Kapitels werden die Grundlagen der Mikrofinanz dargestellt. Es werden zunächst Begriffsdefinitionen der Mikrofinanz und Armut vorgenommen. Danach wird auf den Ursprung der Idee von Mikrokrediten eingegangen. Anschließend werden die Merkmale des Mikrofinanzsystems dargestellt und die Bedeutung der Mikrofinanz ausführlich geklärt. Im letzten Teil dieses Abschnittes wird auf die Mikrofinanz in Bezug auf behinderte Menschen eingegangen. Danach folgt im zweiten Abschnitt dieses Kapitels eine Darstellung des Finanzsystems in Syrien. Es wird zuerst ein

kurzer Überblick über das Profil des Landes gegeben. Danach wird der formelle Finanzsektor dargestellt, wobei auf die staatseigenen Banken, private Banken und islamische Banken eingegangen wird. Als letztes wird in diesem Abschnitt auf den informellen Finanzsektor eingegangen. Es wird zunächst die Entwicklung des Mikrofinanzsystems beschrieben. Danach werden inländische sowie internationale Mikrofinanzprogramme vorgestellt und die Eigenschaften des Mikrofinanzmarkts beschrieben. Im dritten Abschnitt dieses Kapitels wird das Gesundheitssystem in Syrien betrachtet. Es wird auf die Entwicklungen in diesem System eingegangen. Die Ausgaben für Gesundheit werden erörtert und den Ausgaben in vergleichbaren Ländern gegenübergestellt. Die präventiven und kurativen Gesundheitsdienste werden ausführlich erläutert. Danach werden die Finanzierungsmöglichkeiten dargelegt. Die Darstellung der Mikrofinanz als innovatives Instrument zur Finanzierung im Gesundheitswesen rundet den gesamten Abschnitt ab. Im vierten Abschnitt wird die Situation der Menschen mit Behinderung in Syrien verdeutlicht. Es wird zunächst auf unterschiedliche Definitionen von Behinderung, dann auf die Entwicklung von Behindertenzahlen eingegangen und es werden die grundlegenden Aspekte der Behindertenfürsorge in Syrien gezeigt. Auch wird danach die Entwicklung von sozialen Wohlfahrtsinstitutionen beschrieben. Schließlich wird im fünften Abschnitt dieses Kapitels auf die Bedeutung von Lungenerkrankungen in Syrien eingegangen. Es wird zuerst ein allgemeiner Überblick über die Lungenerkrankungen gegeben, danach wird die Bedeutung dieser Krankheit in Syrien erörtert. Die Möglichkeit einer ambulanten Behandlung dieser Krankheit wird in diesem Kapitel ausführlich dargestellt. Dann werden die für die Durchführung von ambulanten Behandlungen erforderlichen Geräte dargestellt und die Kosteneffektivität dieser Art von Behandlung gezeigt.

Der dritte Teil der Arbeit stellt die empirische Untersuchung der Möglichkeiten von Mikrofinanz im Gesundheitswesen in Syrien vor. Er beinhaltet die Vorstellung der Forschungsmethodik, die Auswahl der zu befragenden gehbehinderten Personen und der befragenden Patienten mit chronischen Lungenerkrankungen, die Präsentation der Ergebnisse im Hinblick auf das Einkommen, die Gesundheitsversorgung und Mikrofinanz.

Auf dieser Datengrundlagen analysiert das vierte Kapitel zunächst die Einkommenslage sowie die Gesundheitsversorgung der Befragten und dann werden die Ergebnisse der Untersuchung mit den anderen vorliegenden Studien verglichen. Daran anschließend erfolgt eine Diskussion der möglichen Gründe für die Kreditverweigerung zur Finanzierung der Gesundheitszwecke und zwar für die Finanzierung medizinischer Hilfsmittel.

Anschließend werden die Möglichkeiten der Kreditrückzahlung erörtert, falls die Kredite für die Finanzierung medizinischer Hilfsmittel vergeben würden.

Das abschließende Kapitel resümiert zu Beginn die Ergebnisse der Arbeit. Anschließend werden weitere mögliche Funktionen des Mikrofinanzsystems bei der Finanzierung im Gesundheitswesen in Syrien diskutiert sowie mögliche Motivationen bezogen auf die Kreditrückzahlung, damit die Mikrofinanzorganisationen diese Funktionen wahrnehmen. Es wird hier auch diskutiert, wie das Mikrofinanzsystem in Syrien voran gebracht werden kann. Darüber hinaus befinden sich die für die empirische Untersuchung verwendeten Fragebögen in den Versionen Deutsch und Arabisch im Anhang.

2 Grundlagen

2.1 Mikrofinanz

2.1.1 Begriffsdefinitionen

Mikrofinanzbegriff

Unter dem Begriff Mikrofinanz versteht man die Bereitstellung einer breiten Palette von Finanzdienstleistungen, wie etwa Geldanlage, Kreditvergabe, Auszahlungsdienste, Überweisungen sowie Versicherungsdienstleistungen für Haushalte mit niedrigem Einkommen.⁸ Damit erhalten diese Zugang zu Finanzdienstleistungen, die ihnen helfen können, ihre sozioökonomische Entwicklung zu verbessern. Die Hauptkomponenten der Mikrofinanz sind:⁹

Mikrokredit

Der Begriff Mikrokredit beschreibt einen Kleinkredit, der ermöglicht, ein Kleingeschäft zu eröffnen wie z.B. Kleider- oder Frisörgeschäft, Internetcafé usw. Dem Kreditnehmer soll damit ermöglicht werden, ein Einkommen zu generieren. Der Kredit soll mittels des von diesen Geschäften generierten Einkommens zurückgezahlt werden.

Mikroersparnisse

Diese basieren auf einem Ansparungsplan, welcher es den Armen ermöglicht, ihre akkumulierten Einkommen zu schützen, ihre Bedürfnisse beim Entfall ihres Einkommens abzudecken, sich für ihre Ausbildung, ihre Gesundheitskosten und ihre zukünftigen Investitionen vorzubereiten.

Mikroversicherung

Sie basiert auf einem Versicherungsplan, welcher die Armen in Fällen von Naturkatastrophen, Krieg, wirtschaftlichen Krisen, Diebstahl oder Krankheiten schützt.

⁸ Vgl. Cornford (2001), S. 5.

⁹ Planet finance (2006), S. 2; Preker et al. (2001), S. 6.

Die Mikrofinanzdienstleistungen werden, je nach Herkunft der Geldquelle, in drei Kategorien eingeteilt:¹⁰

Formeller Sektor

Dieser Sektor zeichnet sich durch die hohe Ebene der Regulation und Überwachung aus, welche für ein bestimmtes Niveau von Beziehung zu den Kreditnehmern und Sparern sorgen. Die Organisationen innerhalb dieses Sektors umfassen Banken wie Sparkassen, Kooperative Banken, Geschäftsbanken und Agrarbanken.

Halbformeller Sektor

Die Organisationen innerhalb dieses Sektors können möglicherweise nicht formell reguliert werden. Sie sind aber häufig genehmigt und werden durch irgendeine Form der amtlichen Regierungsagentur überwacht. Beispiele für die Organisationen innerhalb dieses Sektors sind Selbsthilfegruppen (SHGs), Dorfbanken, nichtstaatliche Organisationen (NGOs).

Selbsthilfegruppen sind selbstorganisierte Zusammenschlüsse von Menschen, deren Aktivitäten sich auf Bewältigung eines gemeinsamen Problems richten. Typische Probleme sind etwa der Umgang mit belastenden sozialen Situationen.¹¹

Eine nichtstaatliche Organisation (NGO) ist eine nicht-gewinnorientierte und auf freiwilliger Arbeit basierende Organisation von Bürgern, die sowohl lokal als auch national oder international organisiert und tätig sein kann. Auf ein bestimmtes Ziel ausgerichtet und von Leuten mit einem gemeinsamen Interesse gegründet, versuchen NGOs, eine Vielfalt von Leistungen und humanitären Funktionen wahrzunehmen, Bürgeranliegen bei Regierungen vorzubringen, die politische Landschaft zu beobachten und politisches Engagement in der Bevölkerung zu wecken. Sie stellen Analysen und Sachverstand zur Verfügung, dienen als Frühwarnmechanismus und helfen, internationale Übereinkünfte zu beobachten und umzusetzen. NGOs sind häufig im Hinblick auf ganz bestimmte Themengebiete - so zum Beispiel Menschenrechte, Umwelt oder Gesundheit - gegründet.¹²

Dorfbanken werden von Bewohnern der Dörfer gegründet, wobei die Bewohner eines Dorfes sich assoziieren, um ein System gemeinschaftlicher Spar- und Kredit- Dienst-

¹⁰ ADB (2000), S. 2.

¹¹ NAKOS (2009), S. 3.

¹² Vgl. Bruhn; Stauss (2005), S. 464.

leistungen aufzubauen. Das Stammkapital der Dorfbank stammt meistens aus den Beiträgen der Dorfbankmitglieder. Die Mitglieder treffen die Entscheidungen und wählen ein Komitee. Die Ersparnisse der Mitglieder oder die Refinanzierung durch die Banken bilden die Quelle des Kapitals der Dorfbank. Die Überschüsse werden entweder auf die Bankmitglieder aufgeteilt oder thesauriert, um das Kapital zu erhöhen. Die Rückzahlung der vergebenen Kredite wird vor allem durch die soziale Kontrolle garantiert.¹³

Informeller Sektor

Der Sektor wird im Allgemeinen durch das Fehlen jeder Form der Regulation und Überwachung gekennzeichnet. Er umfasst vor allem Familie und Freunde.

Armutsbegriff

Eine vom North-South Institute verwendete Definition der Armut lautet wie folgt: „Poverty is a state of economic, social and psychological deprivation occurring among people or countries lacking sufficient ownership, control or access to resources to maintain acceptable living standards“¹⁴ Die Armut beschränkt nicht nur auf die Einkommensarmut, sondern der Umkreis der Armut hat sich vergrößert und umfasst viele Dimensionen von Unterversorgungslagen wie Wohnen, Bildung, Arbeit und Arbeitsbedingungen, Versorgung mit technischer und sozialer Infrastruktur.¹⁵

In dem Entwicklungsbericht der Weltbank von 1990 wurde die Armut wie folgt definiert: „Armut ist die Unfähigkeit, einen Mindestlebensstandard zu erreichen. Hier sind die Ausgaben für den Konsum herangezogen worden, um den Lebensstandard messen zu können, und durch Indexwerte der Ernährung, Lebenserwartung, Kindersterblichkeit und Einschulungsquote erweitert worden“.¹⁶

Es ist zwischen absoluter und relativer Armut zu unterscheiden:

Absolute Armut liegt vor, wenn die betroffenen Menschen ihre Grundbedürfnisse wie Nahrung, Kleidung, Wohnung und gesundheitliche Betreuung nicht befriedigen können, da dafür die materiellen und immateriellen Voraussetzungen nicht ausreichen. Bei absoluter Armut sind die Betroffenen vom Tod durch Hunger, Erfrieren oder durch Erkrankung bedroht, welche unter alltäglichen Umständen harmlos sind. *Relative Armut* ist ein

¹³ Vgl. Zeller; Lapenu (2000), S. 311.

¹⁴ Vgl. Holcombe (1995), S. 13.

¹⁵ Vgl. Kloche; Hurrelmann (1995), S. 138.

¹⁶ Vgl. Karsch (1997), S. 8-9.

Zustand der sozialen Ungleichheit innerhalb einer Gesellschaft. Sie wird durch die Ungleichheit der Einkommensverteilung und Bildung erkennbar und liegt vor, wenn die Lebenslage der Betroffenen so weit unter den durchschnittlichen Lebensverhältnissen liegt, dass sie sozial ausgegrenzt werden. Bei relativer Armut verfügen die Menschen über das Existenzminimum, trotzdem sind sie nach Maßstäben ihres Landes arm. Somit geht es bei der relativen Armut um eine unterdurchschnittliche Ausstattung mit ökonomischen Mitteln, gemessen am Durchschnitt der jeweiligen Gesellschaft.¹⁷

Bedeutung der Mikrofinanz bei der Armutsbekämpfung

Die Mikrofinanz hat in der globalen Diskussion über die Armutsbekämpfung eine große Bedeutung erlangt. Das Jahr 2005 wurde zum „International Year of Microcredit“ erklärt.¹⁸ Mit dem Instrumentarium der Mikrofinanz sollen die armen und ärmsten Haushalte, die von dem in ihrem Land bestehenden etablierten Bankensystem nicht beachtet werden bzw. auf Geldverleiher angewiesen sind, Kredite für produktive und Einkommen schaffende Maßnahme in Anspruch nehmen können.¹⁹

Die folgenden Aspekte zeigen die Bedeutung der Mikrofinanz bei der Armutsbinderung.²⁰

- Minderung der Verletzbarkeit der Armen: Aufgrund des Zugangs zu Finanzdienstleistungen können sie alltägliche Krisen bewältigen.
- Verbesserung der Lebensqualität der Armen in einer effizienten Weise: Durch Mikrofinanz können die Armen ihre ökonomischen Aktivitäten gestalten sowie ihr Wohlergehen wie Gesundheit und Ausbildung verbessern.
- Bildung von Privatvermögen und Betriebskapital: Durch Mikrofinanz können die Armen Ersparnisse sowie Kapital bilden, welche für Notfälle oder saisonalen Bedarf erforderlich sind, und dadurch ihre Lebensqualität erhöhen.

Trotz der positiven Rolle der Mikrofinanz sind einige Wissenschaftler der Meinung, dass die Möglichkeit der Mikrofinanz in der Armutsbekämpfung begrenzt ist. Sie begründen ihre Meinung mit dem Ergebnis ihrer Analyse der Lage in einigen Entwicklungsländern, in denen die Mikrofinanz sehr verbreitet ist, beispielsweise in Bangladesch. Trotz der zahlreichen Mikrofinanzdienstleistungen in diesem Land, vor allem in Form von Krediten besonders im ländlichen Sektor, herrscht Armut in der Region. Die

¹⁷ Vgl. Holcombe (1995), S. 14.

¹⁸ United Nations General Assembly A/58/179 (2003), S. 9.

¹⁹ Deutscher Bundestag: Ausschuss für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (AWZ) (2005), S. 2.

²⁰ Vgl. Felder- Kuzu (2005), S. 26-27.

Mikrofinanz in Bangladesch hat bewiesen, dass sie eine wichtige Rolle für die lokale Ökonomie spielt, aber ihre Gesamtwirkung auf die Armutsreduktion ziemlich bedeutungslos ist. Als Gründe für die Beschränkung der Mikrofinanz als Hilfe der Armen werden genannt:²¹

- Die meisten Mikrofinanzorganisationen, insbesondere diejenigen, die Mikro- und Kleinunternehmen als Zielgruppe begreifen, verlangen von ihren Kunden bestehende Geschäftstätigkeiten, um einen Zugang zu den Finanzdiensten zu gewähren. Deshalb wird ein Teil der Armen, der keine Chance hat, selbst eine Arbeit oder Geschäfte zu betreiben, von den Mikrofinanzdiensten nicht berücksichtigt werden.
- Außerdem ist der Erfolg des Unternehmens, das durch einen armen Haushalt geführt wird, mit Schwierigkeiten verbunden, weil dies einen günstigen lokalen Markt sowie Straßen, Elektrizität, Energie, Trinkwasser und anderen Elementen der Infrastruktur verlangt, damit die Rückzahlung des Kredits positiv verläuft.
- Obwohl die letzte Dekade eine starke Verbreitung unterschiedlicher Arten der Mikroinstitutionen erlebte, erreichen viele von ihnen nicht das Niveau der erforderlichen Kompetenzen, um ihre Kosten abzudecken. Folglich können diese Organisationen nur weiterhin bestehen durch die Sicherung der Unterstützung von Spendern. Dieses schwächt auch die Verbindung zwischen der Finanzierung durch den privaten Sektor und durch den ausgedehnten finanziellen Sektor in vielen Ländern.

2.1.2 Prinzip der Mikrokredite

Die Grundidee der Mikrokredite stammt von Muhammad Yunus aus Bangladesch. Der Professor der Ökonomie an der Universität von Chittagong forschte über die Gründe von Armut und Hunger in Bangladesch.²² Mit einem von ihm durchgeführten Projekt in der Nähe des Dorfs Jobra versuchte er, den unter der trockenen Winterzeit leidenden armen Bauern zu helfen. Ausgangspunkt seiner Analyse waren insbesondere Arme und landlose Frauen, die bislang wenig von offiziellen Entwicklungsprojekten profitiert hatten. Diese zu unterstützen war seine Intention. Yunus besuchte das Dorf Jobra und befragte die Frauen. Seine Aufgabe war kompliziert, da es in einem islamischen Land wie Bangladesch nicht üblich war, dass die Frauen sich von Fremden einfach so ansprechen ließen. Er kam zu dem Ergebnis, dass 27 US\$ ausreichen würden, einer Gruppe von 42 Armen zu helfen. Er gab den 42 Menschen einen Kredit in Höhe von 27 US\$. Nach

²¹ Vgl. Caripo (2005), S. 36-37.

Yunus sollten die Armen die Befreiung aus ihrer Abhängigkeit von Zwischenhändlern oder Wucherern dadurch bekommen, dass sie eine genügende Menge von Geld als Darlehen erhalten. Im Oktober 1977 eröffnete Yunus in Jobra eine Versuchszweigstelle der Landwirtschaftsbank Kripi, die er nach dem Wort Gram = Dorf Grameen = ländlich nannte.²³ Das Konzept der Grameen Bank breitete sich sehr schnell in ganz Bangladesch aus.²⁴ Obwohl die Hauptzielsetzung der Bank die Kreditvergabe ist, hat die Bank Sicherheitsmaßnahmen eingeführt, damit die Rückzahlungen der vergebenen Kredite gewährleistet sind. Sie hat beispielsweise Gruppen Fonds sowie Emergency Fonds eingerichtet. Das Modell der Grameen Bank verbreitete sich nicht nur in Bangladesch, sondern in verschiedenen Teilen der Welt, z.B. in Malaysia, den Philippinen, Indonesien, Sri Lanka, Indien, Vietnam, Bhutan, Guinea, Kenia, Malawi, Sambia, Mali und Burkina Faso, in Chile, in Bolivien und in Peru, in Südamerika, Nepal und Pakistan. Das Konzept ist auch in Kanada, in Frankreich und in den Vereinigten Staaten implementiert, um den Armen zu helfen, ihren Lebensstandard zu verbessern.²⁵

Derzeit gibt es in den Vereinigten Staaten mehr als 500 Mikrofinanzorganisationen, die die Eigentümer von Kleingeschäften unterstützen, und ungefähr 200 davon verleihen Kapital. Die meisten sind jünger als 10 Jahre.²⁶

Im Dezember 2005 wurden nach dem Bericht des Weltgipfels für Mikrofinanz im Jahr 2006 von 3.133 Mikrofinanzorganisationen Kredite in Höhe von 81.949.036 US\$ an 113.216 Kunden angeboten. Die meisten Kunden waren sehr arm, wobei die Hälfte mit weniger als 1 US\$ täglich lebte.²⁷ Die im Bericht des oben erwähnten Weltgipfels dargestellten Daten von über 420 Mikrofinanzorganisationen bestätigen die wichtige Rolle der Mikrofinanzorganisationen beim Erreichen der Armen. In der Tabelle 1 werden Informationen über die Anzahl der Armen dargestellt, die von den untersuchten Mikrofinanzorganisationen von 2000 bis 2006 in Asien, Afrika und Karibik bedient wurden.

²² Vgl. Fernando (2006), S. 205.

²³ Vgl. Yunus; Jolis (1998), S. 111, S. 162.

²⁴ Vgl. Getubig; Johari; Thas (1993), S. 26.

²⁵ Vgl. Morduch (1999), S. 1559, S. 1575; Getubig; Johari; Thas (1993), S. 13.

²⁶ Vgl. Pollinger; Outbwaite; Cordero-Guzmán (2007), S. 24.

²⁷ Vgl. Daley-Harris (2006), S. 18.

Tab. 1: Ergebnisse der Verifizierung in den letzten sieben Jahren

Jahr	Anzahl der untersuchten Organisationen	Anzahl der von untersuchten Organisationen bedienten Kunden	Der Prozentsatz der Kunden	Gesamtanzahl der Kunden
2000	78	9.274.385	67%	13.779.872
2001	138	12.752.645	66%	19.327.451
2002	211	21.771.448	81%	26.878.332
2003	234	35.837.356	86%	41.594.778
2004	286	47.458.191	87%	54.785.433
2005	330	58.450.926	88%	66.614.871
2006	420	64.062.221	78%	81.949.036

Quelle: Daley-Harris 2006, S. 19.

Aus dieser Tabelle ist ersichtlich, dass das Wachstum von 66,6 Millionen Kunden Ende 2004 auf 81,9 Millionen Kunden Ende 2005 eine Wachstumsrate von 23% über ein Jahr darstellt.

Um 100 Millionen Arme Ende 2005 mit Mikrofinanzdienstleistungen zu erreichen, benötigte die Kampagne eine Wachstumsrate von 38,1% pro Jahr. Die Wachstumsrate liegt derzeit durchschnittlich bei über 34% pro Jahr. Wenn das Wachstum von 15,3 Millionen Armen über die letzten Jahre anhielte, wäre das Ziel der Kampagne – 100 Millionen der ärmsten Familien der Welt zu erreichen – Anfang 2007 verwirklicht.²⁸

²⁸ Vgl. Daley-Harris (2006), S. 20.

2.1.3 Merkmale des Mikrofinanzsystems

2.1.3.1 Finanzierung der Mikrofinanzinstitutionen

Eine Mikrofinanzinstitution (MFI) wird als einzelne Organisation definiert (z.B. nicht-staatliche Organisation oder Kreditgenossenschaft), welche die Mikrofinanz anbietet oder als eine Einheit, deren Hauptgeschäft innerhalb einer diversifizierten Institution die Mikrofinanz ist (z.B. die Mikrofinanzeinheit innerhalb einer Geschäftsbank).²⁹

Die Finanzierung der MFIs erfolgt durch unterschiedliche Quellen. Der staatliche Sektor ist die wichtigste und traditionellste Quelle des Kapitals von Mikrofinanzinstitutionen.³⁰ Das Kapital kann auch in Form von Spenden für MFIs bereitgestellt werden. Internationale Spender haben seit Entstehung des Mikrofinanzsektors die meisten Mikrofinanzprogramme finanziert. Sie stellen subventionierte Kredite, direkte Investitionen oder Investitionsfonds als Kapital zur Verfügung.³¹ Das von den Spendern erbrachte Kapital trägt zu der geringen finanziellen Belastung der MFIs bei. Diese relativ kostengünstigen Quellen des Kapitals können negative Anreize ergeben, da dies die Abhängigkeit aufrechterhält.³² Die Subventionen in Form von zinsgünstigen Krediten (soft loans) bilden auch eine wichtige Quelle des Kapitals.³³ Der zunehmende Bedarf an Kapital muss aus verschiedenen Gründen durch den privaten Sektor abgedeckt werden.³⁴

Durch Änderung der Bedeutung des privaten und halbprivaten Sektors des unmittelbaren Kreditgebers wird dieser Sektor heutzutage als Unterstützer und Förderer der institutionellen Brancheninfrastruktur betrachtet. Außerdem hat sich die Anzahl der staatlich regulierten MFIs erhöht, die ihr Kapital aus kommerziellen Quellen schöpfen.

Die internen Quellen des Kapitals, wie z.B. die realisierten Gewinne und die Ersparnisse, können auch einen Teil des Bedarfs an Kapital in MFIs abdecken. Im Abschnitt (2.1.3.2) wird ausführlich auf die obligatorischen sowie die freiwilligen Ersparnisse eingegangen.

²⁹ Vgl. De Sousa-Shields; Van der Steeren; King (2004), S. v.

³⁰ Vgl. Felder- Kuzu (2005), S. 68.

³¹ Vgl. Felder- Kuzu (2005), S. 68.

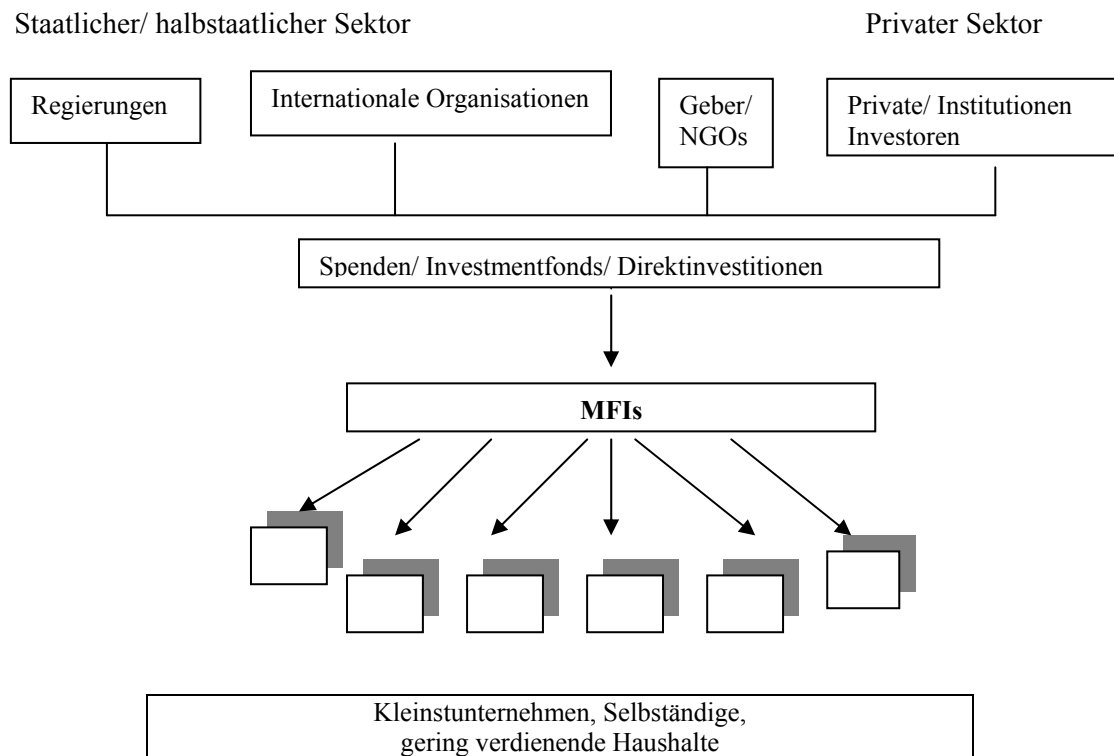
³² Vgl. Crawford; Clark (2007), S. 2.

³³ Vgl. Balkenhol (2007), S. 19.

³⁴ Vgl. Felder- Kuzu (2005), S. 68.

Letztlich können die MFIs das Kapital auf dem freien Markt beschaffen, welcher eine bedeutende Risikoprämie verlangt. Diese wird auf 10,3% geschätzt, dadurch, dass zu der üblichen Prämie eine Kreditrisikoprämie von 7% addiert wird, welche dem Risiko der Kreditkosten entspricht.³⁵ Die Abbildung 1 stellt die externen Quellen des Kapitals in MFIs dar.

Abb. 1: Kapitalfluss



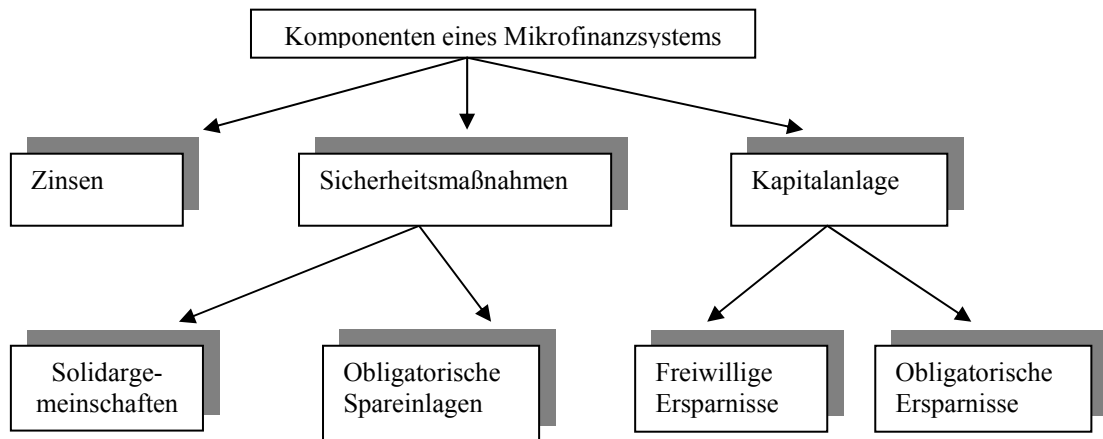
Quelle: Felder- Kuzu 2005, S. 69

³⁵ Vgl. Pollinger; Outbwaite; Cordero-Guzmán (2007), S. 24, S. 31.

2.1.3.2 Wesentliche Komponenten eines Mikrokreditsystems

Die wesentlichen Komponenten eines Mikrokreditsystems werden in der Abbildung 2 dargestellt.

Abb. 2: Wesentliche Komponenten eines Mikrokreditsystems



Quelle: Eigene Darstellung

Zinsen

Die Mikrokreditorganisationen verlangen von ihren Kreditnehmern Zinsen, um ihre eigenen Kosten zu decken. Die Kosten der Mikrokreditorganisationen beinhalten Kreditbeschaffungskosten, Verwaltungskosten (einschließlich Personalkosten), Reisekosten, Kosten des Rechnungswesens und der Rechnungsprüfung, Kosten für die Ausbildung der Mitarbeiter, Ersparnisse für die Abdeckung nicht zurückbezahlter Kredite und das Abdecken der Inflationsrate. Die Transaktionskosten werden dadurch berechnet, dass alle Kosten addiert und durch die Anzahl der vergebenen Kredite dividiert werden. Der zur Abdeckung der gesamten betrieblichen Kosten erforderliche Zinssatz ist durch Subventionen zu senken, welche in *direkte Subventionen*, *indirekte Subventionen* und *soft loans* zu systematisieren sind.³⁶ Aber wenn die Mikrofinanzorganisationen gezwungen wären, ohne Subventionen zu operieren, gäbe es zwei Möglichkeiten, die volle Unabhängigkeit zu erreichen, entweder durch Senken der Kosten oder durch Erhöhung der Einnahmen.³⁷ Hier ist der Zinssatz zu berechnen, welcher sowohl die Verwaltungskosten

³⁶ Vgl. Armendáriz de Aghion; Morduch (2005), S. 235.

³⁷ Vgl. Morduch (1999), S. 243.

ten als auch die Personalkosten abdeckt, falls die MFIs ohne Subventionen operieren müssen.

Jacob Yaron, Finanzexperte bei der Weltbank, entwickelte den *Subvention Dependence Index*. Dieser Index beinhaltet alle Arten der Subventionen (direkte, indirekte und soft loans) und beantwortet die Frage, welche Höhe der Zinssatz betragen muss, damit die Bank ohne Subventionen operieren kann. Der Break-Even-Zinssatz r^* , welcher die Kosten abdeckt, ergibt sich aus der Gleichung:³⁸

$$L(1 + r^*)(1 - d) + I = L + C + S$$

L: Die Höhe der ausstehenden Kredite bevor Maßnahmen zur Wertberichtigung von uneinbringbaren Krediten durchgeführt werden.

(1-d): Anteil des Portefeuilles, welches zurückbezahlt werden muss

C: Gesamtkosten (inklusive der Kosten des Kapitals)

I: Gesamteinkommen aus anderen Investitionen

S: Gesamtwert der indirekten Subventionen

Die linke Seite gibt das erwartete Einkommen und die rechte Seite die Kosten in Abwesenheit von „soft Loans“ an. Um die Kosten abzudecken, müssen die zwei Seiten (mindestens) ausgeglichen sein. Aus der oberen Gleichung ergibt sich der Break-Even-Zinssatz r^* , der die Kosten abdeckt.

$$r^* = [C + S - I + d \cdot L] / [L \cdot (1 - d)]$$

Der Prozentanteil der Erhöhung des gegenwärtigen Zinssatzes, welcher für die Abdeckung der Kosten erforderlich ist, wird in der folgenden Gleichung angegeben:

$$(r^* - r) / r = [C + S - I + d \cdot L - r(1 - d)L] / [r \cdot L(1 - d)] = (S + K - P) / [r \cdot L(1 - d)]$$

P: Nettogewinne

K: Direkte Subventionen und der Wert des Diskonts anhand der Kosten

d: Ausfallrate

Die Grameen Bank hätte zwischen 1985 und 1996 die durchschnittlichen Zinssätze um rund 65% auf eine Rate von 26% pro Jahr erhöhen müssen, um volle wirtschaftliche Nachhaltigkeit zu erreichen.³⁹

³⁸ Vgl. Morduch (1999), S. 244.

³⁹ Vgl. Morduch (1999), S. 245.

Sicherheitsmaßnahmen bei Mikrokrediten

Die MFIs treffen vielfältige Sicherungsmaßnahmen, um die Rückzahlung ihrer Kredite abzusichern. Es wird beispielsweise von einigen MFIs als Sicherheitsmaßnahme vorausgesetzt, dass die Kreditnehmer neben den Zinsen und Rückzahlungen von Krediten einen Prozentsatz des Kredits sparen müssen. Falls die vergebenen Kredite zurückgezahlt werden, werden jedoch die angesparten Einlagen wiederum an die Kreditnehmer als Kredite vergeben.⁴⁰ Viele MFIs treffen weitere Sicherheitsmaßnahmen dadurch, dass sie die Kreditnehmer in kleinen Solidargemeinschaften organisieren und die Mitglieder innerhalb der Gruppe füreinander bürgen.⁴¹ Wenn z.B. eine Frau einen Kredit erhalten möchte, muss sie Mitglied einer Fünf-Mitgliedergruppe sein. Muhammad Yunus wollte durch diese Gruppen verbürgen, dass keine Frau leichtfertig Kredite aufnimmt, die sie nicht zurückzahlen kann. Wenn eine Frau einen Kredit bekommen möchte, damit sie beispielsweise eine Ziege kaufen kann, braucht sie das Einverständnis der anderen vier Freundinnen.

Durch diese gemeinsame Bürgschaft soll gewährleistet werden, dass die Kredite zurückgezahlt werden. Andererseits wird durch die Solidargemeinschaften sozialer Druck ausgeübt, wenn ein Mitglied seiner Verpflichtung nicht nachkommen möchte. Außerdem wird vom Kreditnehmer neben der wöchentlichen Rückzahlung ein obligatorisches Sparguthaben verlangt.⁴²

Kapitalanlage

Die Ersparnisse sind für jedes Mikrokreditsystem ein wesentlicher Bestandteil. In der Regel werden sie als Kredite erneut an die Armen als Hilfsmittel vergeben, damit sie sich aus ihrer Armut befreien können. Ein Mangel an Ersparnissen bewirkt, dass die Armen externen Schocks ausgesetzt sind. In Notsituationen (z.B. Naturkatastrophen, unerwarteten Unfällen) verlassen sie sich auf die Geldverleiher oder sie müssen ihre beschränkten Aktiva verkaufen. Mit dem Zugang zu den Ersparnissen sind sie in der Lage, dem Teufelskreis der Geldverleiher zu entkommen sowie ihre Aktiva zu sichern.

⁴⁰ Vgl. Ledgerwood (1999), S. 138.

⁴¹ Vgl. Yunus; Jolis (1998), S. 105.

⁴² Vgl. Getubig; Johari; Thas (1993), S. 16.

Außerdem ermöglichen die akkumulierten Ersparnisse ihnen, ihre produktiven Tätigkeiten zu finanzieren.⁴³

Also werden unterschiedliche Maßnahmen zum Aussparen getroffen, damit die Mikrokreditunternehmen ihre Hauptziele erreichen können. Wie bereits im letzten Abschnitt erwähnt, verlangen viele Mikrounternehmen von ihren Kreditnehmern obligatorische Ersparnisse, die in Form von Krediten für andere Kunden zur Verfügung stehen werden, falls der entsprechende Kredit zurückgezahlt wird.⁴⁴

Die Ersparnisse sind in freiwillige Ersparnisse sowie in obligatorische Ersparnisse zu klassifizieren. Es wird zuerst ein Überblick über die beiden Sparanlagen gegeben und nachfolgend werden die Unterschiede dargestellt.

*Freiwillige Ersparnisse*⁴⁵

Freiwillige Ersparnissen können von jedem Menschen angelegt werden, auch wenn er kein Kreditnehmer ist. Die Kunden sind grundsätzlich nicht dazu verpflichtet, ihre Ersparnisse bei einer bestimmten Bank anzulegen. Sie können die Bank aussuchen, zu der sie ihre Ersparnisse bringen möchten. Aber sie müssen unbedingt ihre obligatorische Ersparnisse bei derselben Bank hinterlegen, bei der sie ihre Kredite aufgenommen haben. Im Prinzip müssen zuerst die aufgenommenen Kredite zurückgezahlt werden, und anschließend bekommen die Kunden ihre Pflichtsparanlagen zurück. Die Mikrokreditbanken müssen ihre Kunden dadurch motivieren, ihre freiwilligen Ersparnisse bei ihnen anzulegen, dass sie die Dienste für verpflichtende Ersparnisse und freiwillige Ersparnisse stark separieren.

Um freiwillige Ersparnisse zu ermöglichen, sind die drei folgenden Voraussetzungen zu erfüllen.⁴⁶

- Die Schaffung einer politisch stabilen Umgebung, die in der Lage ist, rechtliche und regulierende Bedingungen zu schaffen und geeignete demographische Umstände zur Verfügung zu stellen, ist unerlässlich.
- Zweckmäßige und effektive Überwachungsinstrumente müssen existieren, damit die Kreditnehmer als Kunden erhalten bleiben.

⁴³ Vgl. Ahmmed (2003), S. 25.

⁴⁴ Vgl. Ledgerwood (1999), S. 138.

⁴⁵ Vgl. Ledgerwood (1999), S. 73.

⁴⁶ Vgl. Brandsma; Hart (2004), S. 9; Ledgerwood (1999), S. 73.

- Die Fonds der Mikrokreditorganisationen müssen gut gemanagt werden, da die Mikrokreditorganisationen ständig in der Lage sein müssen, die Ersparnisse zurückzuzahlen und eine relativ große Höhe der Rückzahlungsquote aufzuzeigen.

Zur Mobilisierung von freiwilligem Sparen sind weitere Konditionen erforderlich.⁴⁷

- Es bedarf erheblichen Kundenvertrauens in Mikrokreditunternehmen.
- Für die Kunden muss die Möglichkeit bestehen, einfach zu ihren Ersparnissen zu gelangen.
- Es ist erforderlich, dass die Mikrokreditorganisationen ein Netzwerk an Filialen haben, damit die Kunden ohne Schwierigkeiten zu ihren Ersparnissen gelangen können.
- Die Mobilisierung von Ersparnissen sollte mit einer Motivation für die Bankfiliale verbunden werden.
- Es ist notwendig, die Ersparnisse sicherzustellen sowie eine relativ hohe Zinsrate zu realisieren.

*Obligatorische Ersparnisse*⁴⁸

Für die meisten Mikrokreditorganisationen sind obligatorische Ersparnisse eine unerlässliche Voraussetzung für die Kreditvergabe. Diese Ersparnisse werden bei der Bank entweder in Form von bestimmten Summen oder als Prozentsatz des Kredits eingezahlt.

Die obligatorischen Spareinlagen bringen folgende Nutzen für die Kreditnehmer:

- Aufbau eines Eigentums für die Kreditnehmer
- Aufklärung über die Bedeutung von regelmäßigen Ersparnissen
- Leistung zusätzlicher Garantien für die Rückzahlung der Kredite

Die Kreditnehmer bewerten die obligatorischen Ersparnisse als Gebühr, die zu bezahlen ist, wenn man einen Kredit bekommen möchte.

In der Regel müssen die Kreditnehmer ihre Kredite zurückbezahlen, danach erhalten sie ihre obligatorischen Ersparnisse. Bei Aufkündigung der Mitgliedschaft von Mitgliedern werden die obligatorischen Ersparnisse zurückbezahlt. In diesem Fall werden die Banken weniger Geld ausleihen, als sie als Spareinlage vom Kunden haben.

⁴⁷ Vgl. Ledgerwood (1999), S. 74.

⁴⁸ Vgl. Ledgerwood (1999), S. 72-73.

Bei vielen Mikrokreditorganisationen sind zuerst die Kredite zurückzuzahlen, oder es wird nur ein Teil des Sparguthabens ausgezahlt und ein Teil zurückbehalten.

Die Mikrokreditunternehmen, die sich neben der Kreditvergabe mit den Ersparnissen beschäftigen, können ihre Arbeit in ländlichen Gegenden besser leisten als die Institutionen, die nur Kredite vergeben.

2.1.3.3 Mikrofinanzmodelle

In den Entwicklungs- und Schwellenländern sind vier unterschiedliche Modelle zum Aufbau oder zur Förderung von Mikrofinanzorganisationen zu differenzieren.

Upgrading

Unter Upgrading versteht man NGOs, die als professionelle Mikrofinanzbanken fungieren. Das Modell wurde vor allem in Afrika und Lateinamerika durchgeführt. Die BancoSol in Bolivien stellt ein erfolgreiches Beispiel für Upgrading dar. *BancoSol* ist die Mikrofinanzorganisation mit der größten Anzahl an Kreditnehmern in Lateinamerika. Die Ursprünge von BancoSol liegen in PRODEM. Diese ist eine NGO. Sie wurde im Jahr 1988 unter der Führung bolivianischer Wirtschaftswissenschaftler gemeinsam mit ACCION International gegründet. Im Jahr 1988 wuchs PRODEM, so dass es die Kapazität des lokalen Banksystems in der Höhe des Darlehenskapitals überflügelte. Im Jahr 1992 schlossen sich PRODEM, ACCION International, Calmeadow Foundation, bolivianische Banken und andere Investoren zusammen, um BancoSol zu gründen.⁴⁹

Es gibt aber eine Vielzahl von NGOs, die nicht in der Lage sind, als professionelle MFIs zu agieren⁵⁰ infolge der Schwierigkeit des Transformationsprozesses, welcher tiefgreifende institutionelle Änderungen benötigt, die zeitraubend und kostspielig sind.⁵¹ Für diejenigen, die die Bereitschaft und das Potential haben, sich zu Upgrading zu verpflichten, ist es entscheidend, die institutionellen Rahmenbedingungen aufzubauen, welche ihre Zukunftsfähigkeit sicherstellen. *Zuerst* ist es notwendig, die starke Abhängigkeit dieser MFIs von finanzieller Unterstützung durch Spender zu beenden und die Refinanzierung über lokale Geschäftsbanken zu fördern. *Zweitens* müssen die regulati-

⁴⁹ Accion International (2007a), S.1.

⁵⁰ GTZ (2004), S. 5.

⁵¹ Vgl. Glaubitt; Hagen; Schütte, in: Matthäus-Maier; Pischke (2006), S. 217.

ven Ansprüche befriedigt werden, die für die Formalisierung und für ihre Integration in das Banksystem erforderlich sind.⁵²

Downscaling

Unter Downscaling versteht man die Bereitstellung der Mikrofinanzdienstleistungen von Geschäftsbanken für die armen Haushalte, die keinen Zugang zu Finanzdiensten haben. Die Mobilisierung von Mikroersparnissen der Bank for Agriculture and Agricultural Cooperatives (BAAC) in Thailand bietet ein erfolgreiches Downscaling an.⁵³ BAAC wurde im Jahr 1966 als staatliche Bank gegründet, um die Kredite an Landwirte direkt oder durch agrarwirtschaftliche Genossenschaften und Bauernverbände anzubieten. Die BAAC stellt Kleinkredite mit niedrigen Zinsen zur Verfügung, entweder direkt oder durch agrarwirtschaftliche Genossenschaften und Bauernverbände.⁵⁴ Die Hauptkritik am Downscaling ist die Abgrenzung der Zielgruppen, die das Ziel der lokalen Geschäftsbanken sind, die ihnen die Finanzdienstleistungen anbieten.⁵⁵

Greenfieldbanking

Mit Greenfieldbanking wird die Neugründung kommerzieller Mikrofinanz-Institutionen („banking from scratch“) bezeichnet.⁵⁶ Das Modell benötigt außerordentliche Investitionen im Strukturaufbau und in der Personalausbildung. Der Aufbau von Mikrobanken („Pro Credit Banks“) in den mittel- und osteuropäische Staaten (MOEs) bildet ein Beispiel für das Greenfieldbanking. Diese Banken verlangen keine bevorzugte Behandlung oder kontinuierliche Subventionen von Geldgebern, und sie entsprechen den jeweiligen Bankgesetzen. Die Mikrofinanz Bank in Aserbaidschan bietet ein weiteres Beispiel dafür, da sie ihre Operationen mit vollen Bankenlizenzen begann, um ihren Kunden die Finanzdienstleistungen auf kommerzieller Grundlage anzubieten.⁵⁷

Linkage

Linkage ist die Zusammenstellung von Banken mit schon existierenden Selbsthilfegruppen (SHGs). Nach diesem Modell schließen die Mitglieder einer SHG einen Gruppenvertrag

⁵² Vgl. Glaubitt; Hagen; Schütte, in: Matthäus-Maier; Pischke (2006), S. 218.

⁵³ GTZ (2004), S. 5; Ledgerwood (1999), S. 100.

⁵⁴ Vgl. Fitchelt (1999), S. 7.

⁵⁵ Vgl. Glaubitt; Hagen; Schütte, in: Matthäus-Maier; Pischke (2006), S. 219.

⁵⁶ GTZ (2004), S. 5.

⁵⁷ BMZ (2004a), S. 12; GTZ (2004), S. 5.

mit einer Bank. Die Bank garantiert für die Gruppe die Spar- und Kredit- Dienstleistungen. In manchen Fällen bietet eine zwischengeschaltete NGO zusätzliche Dienstleistungen wie z.B. Beratung, Fortbildung und die Bestätigung der Kreditwürdigkeit. Die Mitgliederbeiträge sowie die Kredite von der Bank bilden die Quelle des Kapitals für das Modell.⁵⁸ Das Linkage Modell ist in Südasien verbreitet. Weitergehend umfasst das Linkage die Refinanzierung von lokalen MFIs durch nationale oder internationale Finanzinstitutionen.⁵⁹

Die Integration der unterschiedlichen Mikrofinanzmodelle in den kulturellen Zusammenhang ist erforderlich, denn nicht jedes Modell gelingt in jeder kulturellen Umgebung.⁶⁰

2.1.3.4 Mikrofinanz-Mechanismus bei der Kreditvergabe

Die Mikrofinanzierungsverträge enthalten üblicherweise vielfache und überlappende Mechanismen, die darauf abzielen, die Ausfallrisiken zu minimieren. Weltweit werden drei dominante Typen der Kreditvergabe verwendet. Diese sind individuelle Kreditmodelle, gruppenbasierte Kreditmodelle (kleine Gruppen, Solidaritätsgruppen) und gemeinschaftsbasierte Kreditmodelle.

Individuelle Kreditmodelle

Nach diesem Modell soll für den Kredit direkt vom Kreditnehmer gebürgt werden. Die Bank Rakyat Indonesia (BRI) ist ein gutes Beispiel für das Modell. Im Folgenden wird der individuelle Kreditmechanismus anhand dieses Beispiels erklärt.

BRI ist die größte Mikrofinanzorganisation der Welt. Sie ist eine kommerzielle Bank und verwendet den individuellen Kreditmechanismus. Somit werden die Kredite nicht an Gruppen, sondern an Individuen vergeben. Die Kreditvergabeentscheidung bezieht sich auf die Eigenschaften der Kreditnehmer. Deshalb werden die erforderlichen Informationen über den Kreditnehmer bezüglich seiner Aktivitäten, Cash Flow, usw. gesammelt, um die Kreditvergabeentscheidung zu treffen. Die Kreditgröße ist vom Bedarf des Kreditnehmers sowie den angebotenen Sicherheitsmaßnahmen abhängig. Die vom Kreditnehmer angebotenen Sicherheiten müssen den Kredit abdecken und können viele Formen annehmen, z.B. Gebäude, Fahrräder oder andere Vermögen wie Tischen usw.

⁵⁸ Vgl. Zeller; Lapenu (2000), S. 311.

⁵⁹ GTZ (2004), S. 5; BMZ (2004a), S. 12.

⁶⁰ GTZ (2004), S. 5.

Die Bank motiviert ihre Kunden, die weitere Kredite bekommen möchten, auf zwei unterschiedliche Weisen dazu, ihre Kredite pünktlich zurückzubezahlen: entweder durch die Erhöhung des Folgekredits oder durch Rückzahlung eines Teils der gezahlten Zinsen.⁶¹ Die Tabelle 2 zeigt das von der Bank verwendete Klassifikationssystem für die Berechnung der Höhe des Folgekredits von wiederholten Kreditnehmern.

Tab. 2: Das Klassifikationssystem zur Berechnung der Höhe des Folgekredits

Klassifizierung	Kriterien	Höchstbetrag des Folgekredits
A	Alle Zahlungen rechtzeitig	Anstieg um 100%
B	Letzte Zahlung rechtzeitig, eine oder zwei Raten wurden verspätet gezahlt	Anstieg um 50%
C	Letzte Zahlung rechtzeitig, zwei oder mehr Raten wurden verspätet gezahlt	Gleiche Summe
D	Letzte Zahlung ist verspätet, wurde aber innerhalb des Monats der Abgabefrist gezahlt	Reduktion auf 50%
E	Letzte Zahlung über zwei Monate verspätet	Kein neuer Kredit

Quelle: Klaus 1999, S. 19.

Wie aus Tabelle 2 ersichtlich, motiviert das verwendete System die Kreditnehmer, ihre Kredite rechtzeitig zurückzuzahlen, indem es die Höhe des Folgekredits nach unterschiedlichen Kriterien festlegt. Während die Summe des Folgekredits um 100% des Erstkredits steigt, falls alle Zahlungen des Erstkredits rechtzeitig erfolgen, steigt die Höhe des Folgekredits nur um 50%, falls der wiederholende Kreditnehmer die letzte Zahlung rechtzeitig, aber eine oder zwei Zahlungen später bezahlt. Gemessen an dem dritten Kriterium bekommt der Kreditnehmer die Summe des Erstkredits, wenn er die letzte Zahlung rechtzeitig, aber zwei oder mehr Raten verspätet bezahlt hat. Gemäß dem vierten Kriterium wird die Summe des Folgekredits auf 50% des Erstkredits reduziert, falls der Kreditnehmer die letzte Zahlung verspätet, aber innerhalb des Monats der Abgabefrist gezahlt hat. Der Kreditnehmer erhält keinen neuen Kredit, falls sich die letzte Zahlung über zwei Monate verspätet hat.

⁶¹ Vgl. Klaus (1999), S. 6-7.

Gruppenbasierte Kreditmodelle (kleine Gruppen, Solidaritätsgruppen)

Nach diesem Modell müssen sich die potentiellen Kunden in kleinen Gruppen zusammenschließen. In der Literatur bilden die Gruppen, an die die MFIs Kredite vergeben, einen sehr relevanten Faktor für den Erfolg des Mikrofinanzsystems.⁶² Deshalb müssen die MFIs insbesondere in den frühen Phasen ihrer Entwicklung viel Aufmerksamkeit auf verschiedene Aspekte in Bezug auf Verleihgruppen legen, wie auf die sozialen Beziehungen unter den Gruppenmitgliedern, zwischen dem Kreditnehmer und den anderen Gruppenmitgliedern. Die MFIs müssen ebenfalls die unterschiedlichen Arten der sozialen Beziehungen mobilisieren. Die Grameen Bank liefert hierfür ein gutes Beispiel. Im Fall der Grameen Bank bilden die Kreditnehmer eine Gruppe von fünf Mitgliedern und fragen gemeinsam bei der Bank nach einem Kredit, der von allen Mitgliedern der Gruppe abzusichern ist. Dann können zwei Mitglieder den Kredit bekommen und investieren, während die Sicherheit sowie die Rückzahlung des Kredits wechselseitig von allen Mitgliedern garantiert werden. Danach bekommen die nächsten zwei Mitglieder der Gruppe Kredite, falls der Kredit von den ersten zwei Gruppenmitgliedern systematisch zurückgezahlt wurde, und schließlich erhält das letzte Mitglied, der Gruppenführer, seinen Kredit, wenn auch diese Gruppenmitglieder ihre Arbeit mit Erfolg erledigt haben.⁶³

Gemeinschaftsbasierte Kreditmodelle (Kooperativen, Verbände, Kreditvereinigungen, Dorfbanken und Gemeinschaftsbanken)

Bei diesem Modell handelt es sich entweder um Gruppen, deren Mitglieder sich zusammenschließen, um ihren gemeinsamen wirtschaftlichen und gesellschaftlichen Nutzen zu erreichen (Kooperativen, Verbände, Kreditvereinigungen, Dorfbanken) oder um Gemeinschaftsbanken, bei denen alle Mitglieder zur Mitgliedschaft an der Gemeinschaft berechtigt sind.⁶⁴ Die Dorfbankenmethode für die Kreditvergabe wurde vom Gründer der amerikanischen NGO-FINCA John Hasch, entwickelt.⁶⁵ Die Kreditnehmer müssen sich in Gruppen von 30 bis 50 Mitgliedern, zusammenschließen, wenn sie einen Kredit erhalten möchten.⁶⁶ Die Mitglieder wählen freiwillig ihren eigenen Leiter, entwerfen ihre eigenen Verordnungen und managen ihr Kapital. Sie erhalten am Anfang Kredite in Höhe von 50 US\$ mit teilweise wöchentlicher Rückzahlung. Die Höhe eines

⁶² Vgl. Michael (1999), S. 34-36.

⁶³ Vgl. Bernasek; Stanfield (1997), S. 363; Getubig; Johari; Thas (1993), S. 17.

⁶⁴ Vgl. Felder- Kuzu (2005), S. 31.

⁶⁵ FINCA (2005)

zweiten Kredits wird durch die Spareinlagen festgelegt, die ein Mitglied während der Laufzeit des ersten Kredits durch wöchentliche Beiträge akkumuliert hat.⁶⁷ Die Methode sieht vor, dass die Mitglieder mindestens 20 Prozent der Kreditsumme pro Zyklus sparen können.⁶⁸ Die Mitglieder jeder Gruppe garantieren wechselseitig die Rückzahlung der Kredite sowie die Einzahlung der Ersparnisse und kontrollieren den Einsatz von Ersparnissen.⁶⁹ Die Mitglieder bilden zusammen Netzwerke für die gegenseitige Unterstützung. Sie leisten für einander nicht nur die Garantie, sondern sie informieren sich gegenseitig über ihre Probleme, Herausforderungen und Erfolge. Sie unterstützen einander moralisch, um ein neues Geschäft zu eröffnen. Die Zusammenarbeit hat Vorrang vor der Konkurrenz. Die Mikrounternehmer wissen, dass das Gelingen eines Unternehmens auf die anderen übergreifen wird.⁷⁰

Im Folgenden werden die drei verwendeten Methoden bei der Kreditvergabe bezüglich ihrer finanziellen Leistung verglichen. Demzufolge werden komparative Daten für 147 Programme, die im Microbanking Bulletin erfasst wurden, in der Tabelle 3 dargestellt.

⁶⁶ Vgl. Caripo (2005), S. 43.

⁶⁷ FINCA (2005).

⁶⁸ Vgl. Fernando (2006), S. 123.

⁶⁹ Vgl. Ledgerwood (1999), S. 85.

⁷⁰ FINCA (2005).

Tab. 3: Vergleich der finanziellen Leistung mit der Ausleihenmethode

	Individuelle Kreditmodell	Solidaritäts-Gruppen	Dorfbanken
Begrenzung	1 Kreditnehmer	Gruppe von 3–9 Kreditnehmer	10 oder mehr Kreditnehmer pro Gruppe
Beobachtungsskala	73	47	27
Anzahl der Kreditnehmer	9.610	47.884	16.163
Durchschnittliche Kredithöhe	973 US\$	371 US\$	136 US\$
Anteil der Frauen (%)	46	73	89
Portefeuillierendite (real,%)	21	30	49
Betriebskosten/ Kredit	20	37	61
Portfeuille (%)			

Quelle: In Anlehnung an Armendáriz de Aghion; Morduch 2005, S.121, zitiert in Microbanking Bulletin 2002, Tabelle aA.

Wie aus dieser Tabelle ersichtlich, vergeben 73 Programme die Kredite nach dem individuellen Kreditmodell, die übrigen Programme verwenden die Solidaritätsgruppen oder die Dorfbankenmethode. Im individuellen Kreditmodell liegt der Frauenanteil bei 46%, bei 73% in den Solidaritätsgruppen und bei 89% in den Dorfbanken. Nach dem individuellen Kreditmodell wird im Vergleich zu den anderen Modellen ein niedrigerer Zinssatz angeboten: dieser liegt bei 21% beim individuellen Kreditmodell, bei 30% in den Solidaritätsgruppen und bei 49% bei den Dorfbanken. Die beiden Modelle Solidaritätsgruppen und Dorfbanken haben höhere Kosten im Verhältnis zur Höhe des Kredits. Während die individuellen Kreditnehmer 20 Cent für jeden Dollar als Betriebskosten bezahlen, müssen die Solidaritätsgruppen 37 Cent zahlen und 61 Cent muss bei den Dorfbanken gezahlt werden. Die beiden Methoden Dorfbanken und Solidaritätsgruppen intendieren, den Ärmsten der Armen zu dienen, und sie haben hohe Kosten im Verhältnis zur Höhe des Kredits.⁷¹

2.1.3.5 Probleme der Kreditvergabe bei asymmetrischer Information

Bei der Kreditvergabe wird die Bonität des Antragstellers geprüft. Bei der Bonitätsanalyse werden die Kreditfähigkeit sowie die Kreditwürdigkeit betrachtet. Während bei der

⁷¹ Vgl. Armendáriz de Aghion (2005), S. 120.

Kreditwürdigkeit die persönlichen und charakterlichen Eigenschaften des Kreditnehmers, insbesondere die Zahlungswilligkeit, im Mittelpunkt der Beurteilung stehen, werden bei der Kreditfähigkeit die finanziellen Verhältnisse und damit die Zahlungsfähigkeit analysiert.⁷² Mit dem Begriff „asymmetrische Informationen“ ist hier gemeint, dass von zwei kooperierenden Partnern der eine vergleichbar besser informiert ist als der andere.⁷³ Im Mikrofinanzmarkt tauchen bei den asymmetrischen Informationen Kooperationsprobleme auf, welche den Misserfolg des Mikrofinanzsystems verursachen können. Diese Probleme lassen sich in die drei Gruppen *Adverse Selektion*, *Moral Hazard* und *Hidden Intention* (Hold up) klassifizieren.

Adverse Selektion⁷⁴

Das Problem der adversen Selektion wird durch ein Beispiel aus dem Bereich der Kreditvergabe erläutert. Die Bank kann die speziellen Risiken des zu finanzierenden Projektes oft schlechter einschätzen als der Kreditnehmer selbst. Adverse Selektion tritt auf, wenn gute und schlechte Risiken, also Risiken mit hohem und niedrigem Erwartungsschaden zusammengefasst werden, weil die Bank zwischen sicheren und unsicheren Kreditnehmern nicht unterscheiden kann. Für die Bank ergibt sich zudem das Problem, dass sie wegen ihrer Mischkalkulation die guten Risiken verlieren kann und der Anteil der schlechten Risiken in ihrem Bestand zunehmen kann. Sie wird dann entweder Verluste realisieren oder die Zinssätze erhöhen. Bei der Zinserhöhung werden noch mehr Kreditnehmer auf die Kredite verzichten, der Pool verschlechtert sich weiter, die Zinsen steigen erneut, usw. Der Grund besteht darin dass, bei der Zinserhöhung nur diejenigen Kreditnehmer, die sehr riskante Projekte durchführen wollen, bereit sind, hohe Zinsen zu zahlen. Aber diese Projekte sind nachteilig für die Bank, da sie einen Großteil des Risikos tragen muss. Um eventuelle Risiken abzusichern, können die Banken unter Umständen die Zinsen erhöhen. Durch Zinsenerhöhungen kann eine Bank sich selbst schädigen. Dies Phänomen kann zur Kreditrationierung führen. Unter dem Begriff Kreditrationierung ist die pauschale Ablehnung einiger Kreditanträge zu verstehen, obwohl sich darunter auch Anträge von potenziellen Kreditnehmern mit guter Bonität befinden, die auch bereit wären, höhere Zinsen zu zahlen und auch sonstigen Forderungen der Kreditgeber nachzukommen.⁷⁵

⁷² Vgl. Mettler (1994), S. 1.

⁷³ Vgl. Spreman (1990), S. 562.

⁷⁴ Vgl. Armendáriz de Aghion (2005), S. 37; Hartmann-Wendels; Pfingsten; Weber (2007), S. 101.

⁷⁵ Vgl. Hartmann-Wendels; Pfingsten; Weber (2007), S. 139.

Moral Hazard

Das Problem des Moral Hazard existiert, wenn der Kooperationspartner B einen Verhaltensspielraum besitzt und A sein tatsächliches Verhalten nicht beobachten kann. Diese Informationsasymmetrie wird unter bestimmten Voraussetzungen zu einem Problem. Erstens: Das Verhalten, das von B favorisiert ist, hat negative Auswirkungen für A. Zweitens: Die Auswirkungen mischen sich des Verhaltens mit den ebenfalls nicht vorhersehbaren Folgen eines exogenen Risikos.

Bei der Kreditvergabe taucht häufig folgendes Moral-Hazard-Problem auf: Nach Vertragsabschluss mit fester Rückzahlungsverpflichtung kann ein Unternehmer seinen erwarteten Gewinn dadurch steigern, dass er sein Projektrisiko erhöht. Bei Modifizierung des Projektes in der Art, dass extreme Projektausgänge wahrscheinlicher werden, kann der Unternehmer im Falle eines erfolgreichen Verlaufs den gesamten Überschuss einstreichen. Das erhöhte Ausfallrisiko muss die Bank tragen. Aus einer derartigen Erhöhung des Risikos kann der Unternehmer sogar noch profitieren, falls die erwarteten Erlöse des Projektes fallen.⁷⁶

Hidden Intention (Hold up)

Hidden Intention (Hold up) stellt folgendes Problem dar: Ein Vertragspartner B nutzt den ihm verbleibenden Spielraum aus, um sich gegenüber dem Vertragspartner A einen Kostenvorteil zu verschaffen. Partner A kann dieses Verhalten beobachten. Drei Formen des Hold up sind beobachtbar:

- Betrug während der Laufzeit des Projektes,
- Ausnutzen von Vertragslücken,
- Ungünstige Vertragskonstruktion.

Bei der ersten Form hat der Kooperationspartner B einen Spielraum, dessen Handlungen Partner A nicht vollständig beobachten kann. Dieses Verhalten wird als Hidden Action genannt.

Die anderen beiden Formen des Hold up entstehen aufgrund von unvollständigen Verträgen. Meistens werden Verträge so abgeschlossen, dass B während der Laufzeit des Vertrages ein Gestaltungsspielraum bleibt. Die Lücke des Vertrages können zum Schaden des Kooperationspartners A ausgenutzt werden.

⁷⁶ Vgl. Hartmann-Wendels; Pfingsten; Weber (2007), S. 102-103.

Im Kreditgeschäft bedeutet das für die Bank, die Gefahr von Projektmodifikationen zum Vorteil des Schuldners, denen zusätzlichen Sicherheiten zu begegnen ist.⁷⁷

Zusammengefasst können die im Mikrofinanzmarkt bei den asymmetrischen Informationen dargestellten Kooperationsprobleme den Misserfolg des Mikrofinanzsystems verursachen.

2.1.3.6 Erfolgsfaktoren eines Mikrofinanzsystems

Die Mikrokreditprogramme sind hauptsächlich Instrumente zur Versorgung der Menschen mit Finanzmitteln, die ihnen die Finanzdienstleister zur Verfügung stellen, damit sie ihre wirtschaftlichen Aktivitäten durchführen können, welche ihnen helfen, ihre Armut zu bekämpfen sowie ihre gesundheitlichen und sozialen Situationen zu verbessern. Um diese Ziele erfolgreich zu verwirklichen, sind die folgenden unterschiedlichen Punkte zu betrachten:

1. Heutzutage bildet die Marktforschung einen essentiellen Bestandteil für die MFIs, um die Anzahl der potentiellen Kunden zu bestimmen sowie den Kreditpool zu entwickeln. Durch Marktforschung zielen die MFIs darauf ab, neue Kunden zu erreichen sowie die Kredite den vorhandenen Kunden wiederum anzubieten.⁷⁸ Da die Armen das Hauptziel der Marktforschung sind, müssen die MFIs durch sie die Präferenzen der Armen ermitteln und sich an diesen Präferenzen orientieren. Daher müssen sie Produkte anbieten, welche den Bedürfnissen und den Wünschen der Armen entsprechen.⁷⁹
2. Die Kreditnehmer benötigen nicht Hilfgelder oder Beihilfen, sondern schnelle und kontinuierliche Finanzdienstleistungen. Außerdem können die MFIs den Kreditnehmern keine Subventionen anbieten, da dieses andeuten würde, dass die Kredite eine Form von Almosen sind. In diesem Fall werden die Kreditnehmer nicht dazu motiviert, ihre Kredite zurückzuzahlen. Außerdem können die MFIs nicht mit Regierungen und Spendern als zuverlässige und langfristige Quelle der subventionierten Finanzierung rechnen.⁸⁰
3. Die Ersparnisse bilden einen fundamentalen Bestandteil des Erfolgs eines Mikrofinanzsystems. Die Bedeutung von Ersparnissen für die MFIs besteht darin, dass durch die Ersparnisse ein essentieller Anteil der Kredite finanziert wird. Dabei wird be-

⁷⁷ Vgl. Hartmann-Wendels; Pfingsten; Weber (2007), S. 98, S. 107.

⁷⁸ Vgl. Pollinger; Outbwaite; Cordero-Guzmán (2007), S. 27.

⁷⁹ Vgl. Bittner (1995), S. 7.

⁸⁰ Vgl. Brandsma; Chaouali (1998), S. 2.

rücksichtigt, dass sich die Sparangebote an den Bedürfnissen der Zielgruppe, wie beispielsweise Sicherheit, allmähliche Ein- und Auszahlung und positiver Realzins, orientieren müssen.⁸¹

4. Verfahren, die zu zukunftsfähigen Programmen, Qualität des Services und effizienten Operationen führen, sind durchzuführen. Hierzu sind die Abrechnung von Zinsen und Gebühren, die alle Kosten (die Risiko-, Refinanzierungs- und Verwaltungskosten) abdecken, um die finanzielle Nachhaltigkeit erreichen zu können, zu zählen, sowie die Orientierung der Kredithöhe, Laufzeit und Ratenzahlungen am Cashflow, der aus den Investitionen zu erwarten ist. Ebenfalls ist in das Informationssystem des Managements zu investieren, welches die Führung rechtzeitig und entsprechend dem Personal und Management anbietet. Auch ist die Dezentralisierung zu implementieren, um die Flexibilität und schließlich den Aufstieg zu ermöglichen. Schließlich stellt die Konzentration auf die Planung der Kapazität, des Wachstums und der Zukunftsfähigkeit weitere Verfahren dar.⁸²
5. Wissen über Mikrofinanz und seine Kunden: Die Eigentümer, Manager und das Personal einer Mikrofinanzorganisation müssen eine große Bandbreite an Kompetenzen besitzen. Die ökonomischen, politischen, gesetzlichen sowie sozialen Strukturen und die gesellschaftliche Praxis sollten ihnen wohl bekannt. Außerdem müssen sie die Regelungen kennen und offene Kommunikationskanäle zur Regulierungsbehörde und deren Entscheidungsträger haben. Sie geben die Operationen und die Dynamik in lokalen Märkten, in denen ihre Kunden operieren, bekannt. Dazu sind sie in der Lage, den Umfang und die Art der Nachfrage nach Mikrofinanzen zu verstehen. Des Weiteren besitzen sie finanzielle Fachkenntnisse inklusive der Fähigkeit, das Portfolio-Risiko die Liquidität zu managen sowie eine einfache und transparente Buchhaltung zu gewährleisten. Außerdem müssen sie die Kunden mit Respekt behandeln, gerade auch die Armen.⁸³
6. Abschwächung der Rolle der Regierung: Um die Mikrofinanzprogramme erfolgreich fortzusetzen, soll die Regierung nicht als Anbieter der Mikrofinanzdienstleistungen fungieren. Die grundlegenden Dinge, welche die Regierung für Mikrofinanz machen kann, sind Aufrechterhaltung makroökonomischer Stabilität. Die Marktverzerrung mit subventionierten unstabilen Mikrokreditprogrammen ist zu vermeiden. Die Regierung kann z.B. die Finanzdienstleistungen der Armen dadurch unterstützen, dass

⁸¹ Vgl. Bittner (1995), S. 8.

⁸² Vgl. Parker (2001), S. 4; GTZ (2004), S. 4.

⁸³ Vgl. Brandsma; Hart (2004), S. 8.

sie die Arbeitsbedingungen für die Unternehmer verbessert, die Korruption bekämpft, usw.⁸⁴

7. Gute Organisation und Management: Die organisatorischen und betrieblichen Strukturen unterscheiden sich innerhalb eines Landes und in den verschiedenen Ländern voneinander. Eigenschaften wie Verantwortlichkeit und Dezentralisierung sind jedoch unerlässlich für den Erfolg und die Dauer der MFIs: Auf jedem Niveau der Organisation sind die Mitarbeiter für ihre Leistung verantwortlich. Außerdem verpflichten sich die Manager zur Lieferung von rentablen Mikrofinanzdienstleistungen an zahlreiche finanzschwache Kunden. Gute Manager stellen sicher, dass ihre Organisation folgende Eigenschaften erfüllt.⁸⁵
 - Effektive Verwaltung der Aktiva und Passiva,
 - Produkte und Dienstleistungen, die eine Nachfrage haben
 - Eine hohe Rückzahlungsrate der Kredite.
 - Die Darstellung der Monatsgewinne und -verluste sowie die Monatsbilanz werden für jeden Anlass herausgegeben, den der Finanzdienstleister anbietet.
 - Effektives Finanzmanagement.
 - Gut konstruierte und gut implementierte Systeme für Personal-Beschaffung, -Entwicklung, -Aufstieg, -Anreize.
 - Hochwertige Überwachung, interne Steuerung sowie externe Revision.
 - Adäquate Management-Informationssysteme und entsprechende Schulung des Personals.
 - Angemessene Sicherungssysteme.
8. Personalentwicklung: Die Personalentwicklung hat oberste Priorität für die Mikrofinanzorganisationen, da sie arbeitsintensiv ist. Für den Erfolg und die Dauer betreiben die MFIs eine Politik der Personalbeschaffung mit einer adäquaten Entlohnung der Mitarbeiter. Außerdem sind Training und Management-Entwicklung von entscheidender Bedeutung.⁸⁶
9. Unternehmensphilosophie: Der Erfolg verlangt von Mikrofinanzorganisationen eine Philosophie, welche auf Vertrauen, Anreizen, Verpflichtung und Einfachheit sowie Service, Transparenz, Flexibilität, Verantwortlichkeit, Rentabilität, Training der Mitarbeiter und Kenntnissen über den lokalen Markt basiert.⁸⁷

⁸⁴ Central Bank of Syria (2007), S. 4.

⁸⁵ Vgl. Brandsma; Hart (2004), S. 8.

⁸⁶ Vgl. Brandsma; Hart (2004), S. 8.

⁸⁷ Vgl. Brandsma; Hart (2004), S. 8.

2.1.3.7 Bedeutung

Im Abschnitt (2.1.1) wurde auf die Bedeutung der Mikrofinanz bei der Armutsbekämpfung eingegangen. In diesem Abschnitt werden weitere Bedeutungen der Mikrofinanz dargestellt.

Verbesserung des Zugangs zur Ausbildung

Weltweit besuchen 104 Millionen Kinder keine Schule, davon leben die meisten in den Entwicklungsländern. In den meisten Entwicklungsländern ist der Analphabetismus verbreitet. Die verspätete Einschulung sowie ein häufiger Abbruch des Schulbesuchs vor der fünften Klasse führen dazu.⁸⁸

Heutzutage existiert der Konsens, dass die Bildung der Kinder, insbesondere der Mädchen, ein sehr entscheidender Bestandteil für das wirtschaftliche Wachstum und für die ökonomische und menschliche Entwicklung ist.⁸⁹ Durch die Mikrofinanzdienstleistungen soll die Einkommenssituation der Armen verbessert werden, so dass die Investition in die Ausbildung der Kinder steigt. Im Folgenden werden mehrere Studien dargestellt, die die Auswirkung der Mikrofinanz auf den verbesserten Zugang zur Ausbildung analysieren.

Eine in Indien durchgeführte Studie deutet die Auswirkung der Mikrokreditvergabe auf die Einschulungsrate der Kinder und insbesondere der Mädchen an. Die Studie befasst sich mit zwei Hauptprogrammen in Indien, das Integrated Rural Development Programme (IRDP) und Tamil Nadu Women's Development Programme (TNWDP), die die Kredite an Frauen und Männer vergeben.⁹⁰ Nach Beobachtung des Zusammenhangs zwischen Einschulungsrate der Kinder und verbesserter Einkommenssituation der Familie kommt die Studie zu der Schlussfolgerung, dass sich die Schulbildung unter Mädchen erhöht hat als ein Ergebnis der Teilnahme der Frauen an wichtigen Entscheidungen im Haushalt. Frauen können dadurch ihre Präferenz auf die Schulbildung ihrer Töchter legen, was die endgültige Entscheidung über die Zuweisung von Bildungsinput reflektiert.⁹¹

Eine in Uganda durchgeführte Studie für United States Agency for International Development - Assessing the Impact of Microenterprise Services (USAID - AIMS) zeigt, dass die Haushalte, die Zugang zu Mikrokrediten haben, mehr in die Ausbildung inves-

⁸⁸ GTZ (2005), S. 9.

⁸⁹ Vgl. Holvoet (2004), S. 27.

⁹⁰ Vgl. Holvoet (2004), S. 34-35.

⁹¹ Vgl. Holvoet (2004), S. 45-46.

tieren als Nicht-Kunden. Die Kunden bezahlten bezeichnenderweise mit einer höheren Wahrscheinlichkeit die Schulkosten als Nichtmitglieder.⁹²

Eine im Jahr 1996 in einem Dorf von Bangladesch durchgeführte ethnographische Studie gibt an, dass fast alle Mädchen der Mitglieder-Haushalte bei Grameen über Schulbildung verfügen gegenüber 60% der Mädchen in der Vergleichsgruppe (Kontrollgruppe). 81% der Jungen besuchen die Schule gegenüber 54% der Nichtmitglieder bei Grameen.

Eine im Jahr 1998 von der Weltbank durchgeführte Studie weist darauf hin, dass das Schulbildungsniveau der Kinder der Teilnehmer an allen Kreditprogrammen hoch ist.⁹³

Verbesserung des Zugangs zur medizinischen Versorgung

Jährlich sterben 11 Millionen Kinder bevor sie ihr fünftes Lebensjahr erreicht haben. Die meisten stammen aus Entwicklungsländern.⁹⁴ Über eine halbe Million Frauen sterben pro Jahr während einer Schwangerschaft oder Geburt aufgrund fehlender medizinischer Betreuung.⁹⁵ Weltweit verbreitet sich AIDS. Inzwischen tragen mehr als 40 Millionen Menschen das HI-Virus in sich, das diese Immunschwäche auslöst. Außerdem treten jährlich mit steigender Tendenz ungefähr fünf Millionen Neuinfektionen auf. In vielen Entwicklungsländern verbreiten sich die beiden Erkrankungen Malaria und Tuberkulose. Jährlich erkranken 300 bis 500 Millionen Menschen an Malaria und 8 Millionen Menschen an Tuberkulose. Jährlich sterben an diesen beiden Krankheiten insgesamt zirka 3 Millionen Menschen.⁹⁶ Im Jahr 2002 sind 57 Millionen Menschen weltweit, davon 17 Millionen infolge von Herz-Kreislauf-Erkrankungen und 7 Millionen infolge von Krebs, mit einem überproportionalen Anteil in den entwickelten Ländern mit hohem Einkommen, gestorben. Der Tod aufgrund anderer Erkrankungen lag überproportional hoch in den Entwicklungsländern mit 2,8 Millionen infolge von HIV/AIDS, 2,4 Millionen aufgrund der Bedingungen bei der Geburt, 1,6 Millionen infolge von Tuberkulose, 1,8 Millionen infolge von Durchfallerkrankungen, 1,6 Millionen infolge von Malaria, 0,4 Millionen infolge von Protein-Energie-Mangel, Jodmangel, Vitamin A- oder Eisenmangel.⁹⁷

⁹² Vgl. Littlefield; Murdoch; Hashemi (2003), S. 3.

⁹³ Vgl. Littlefield; Murdoch; Hashemi (2003), S. 3.

⁹⁴ The World Bank (2006), S. 8.

⁹⁵ The World Bank (2006), S. 10.

⁹⁶ The World Bank (2006), S. 12.

⁹⁷ Vgl. Nafziger (2006), S. 354.

Die armen Haushalte sind durch eine Krankheit sowie durch die Ausgaben für die medizinische Versorgung nicht nur davon bedroht, ihr Einkommen zu verlieren, sondern auch davon, ihr gesamtes Eigentum zu veräußern oder sich hoch verschulden zu müssen. Durch den Zugang zu Mikrofinanzdienstleistungen wird die medizinische Versorgung zur Verfügung gestellt, und somit wird ein belastender Zustand im Laufe der Krankheit reduziert. Manche Mikrofinanzprojekte führen durch die Integration von Elementen der Gesundheitsvorsorge und/oder der HIV-/AIDS-Prävention in ihre Programme vorbeugenden Maßnahmen durch.⁹⁸

Eine in Indien durchgeführte Befragung von Mitgliedern der Mikrofinanzprogramme kommt zu dem Ergebnis, dass sich die Gesundheitsausgaben der Nutznießerhaushalte um zirka 40% erhöht haben. Folglich wurde eine gesteigerte Nutzung des existierenden Gesundheitssystems durch die Mitglieder von SHG registriert. Außerdem erhöhten sich durch die Mitarbeit in SHG die Bewusstseinsbildung und der Kenntnisstand bei zirka 60% der befragten SHG-Mitglieder. Sie betrieben präventive Gesundheits- und Hygienepraktiken wie Methoden der Familienplanung, Kinderimpfung, Verbesserung der Ernährung durch Obst und Gemüse besonders in der Schwangerschaft. Die hygienischen Aspekte wie die Nutzung von Toiletten und das Waschen der Hände vor der Essenszubereitung und dem Essen wurden vermehrt beachtet.⁹⁹

In Süd-Indien wird im April 2009 ein Projekt in Tamil Nadu und Andhra Pradesh gegründet. Das Projekt zielt darauf ab, den Mikrofinanzservice mit der Gesundheitsvorsorge zu kombinieren. Es arbeitet mit vier Mikrofinanzinstitutionen, welche Unterricht im Gesundheitsbereich für 15.657 Kunden anbieten. Dieser umfasst Bereiche wie HIV/AIDS, Erkrankungen in der Kindheit und Müttergesundheit.¹⁰⁰

Gleichberechtigung der Geschlechter

In den meisten Ländern der dritten Welt mit einer hohen Analphabetenrate, Armut und unterschiedlichen Ethnien leiden insbesondere die Frauen unter vielfältigen sozialen, kulturellen und genderspezifischen Problemen. Außerdem fehlt ihnen die Ausbildung. Deshalb ist der Zugang zum Arbeitsmarkt und zu einer unabhängigen Finanzquelle sehr schwer zu finden. Außerdem ist die wirtschaftliche, finanzielle, soziale, kulturelle sowie rechtliche Situation der Frauen sehr behindert. Der Beitrag der Mikrofinanz zur Gleich-

⁹⁸ Vgl. Parker (2000), S. 3.

⁹⁹ GTZ (2005), S. 13.

¹⁰⁰ Vgl. Daley-Harris (2009), S. 13.

berechtigung der Geschlechter ist dadurch belegt, dass Frauen in vielen Entwicklungsländern einen großen Teil der Kunden von Mikrofinanzprogrammen darstellen. Nach einer auf Basis des Jahres 1996 von der Weltbank durchgeführten Erhebung schätzte die Bank den Anteil an Kundinnen auf 61% der Gesamtkunden. Entsprechend hoch ist der Anteil der Frauen in den beiden Programmen Grameen Bank in Bangladesch und BancoSol in Bolivien mit 95%.¹⁰¹ Die Frauen sind vor allem deshalb Hauptzielgruppe der Mikrofinanzorganisationen, weil sie sonst keinen Zugang zu finanziellen Ressourcen haben und durch finanzielle Mittel ihre Rolle und ihre soziale Position als Randmitglieder in der Gesellschaft wahrnehmen und ändern können.¹⁰² Außerdem verbessert sich durch die finanzielle Autonomie der Frauen ihr Status in der Familie in Bezug auf wichtige Entscheidungen, wie die Verbesserung der Kontrolle über Fertilität, Verbesserung der Gesundheitslage für sie selber und damit auch die Situation der gesamten Familie.¹⁰³ Mehrere Studien geben an, dass Mikrofinanzprogramme sich positiv auf die Gleichberechtigung der Geschlechter und die Stellung der Frauen auswirken.

Eine Studie von Rahman über die Grameen Bank in Bangladesh kommt zur Schlussfolgerung, dass die Kreditvergabe an Frauen eine positive Auswirkung auf das Empowerment von Frauen hat. Die Frauen profitieren von ihren Krediten sogar dann, wenn sie diese nicht selbst, sondern gemeinsam mit ihren Ehemännern investieren. Dies ermöglicht den Frauen, die Situation in ihren Haushalten zu verbessern und sich am *Entscheidungsvorgang* zu beteiligen. Im Jahr 1995 ergab eine Forschung von Mark Pitt und Shahidur Khandker, dass die Kreditvergabe an Frauen zu einem Gewinn von Verhandlungs- und Gestaltungsmacht führen kann. Wenn sich die Gestaltungs- und Verhandlungsmacht der Frauen erweitert, verändern sich die Genderverhältnisse auf verschiedenen Ebenen.¹⁰⁴

Eine im Niger und an der Elfenbeinküste von der deutschen Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit (GTZ) durchgeführte Studie ergibt, dass die Aufnahme von unternehmerischen Aktivitäten eine Zunahme der finanziellen Autonomie der Frauen sichert, die sich in einer stärkeren Stellung in der Familie wie auch in der lokalen Gemeinschaft widerspiegelt.¹⁰⁵

¹⁰¹ Vgl. Van Tassel (2004), S. 450.

¹⁰² Vgl. Caripo (2005), S. 36.

¹⁰³ Vgl. Mizan (1994), S. 23, S. 123; Anderson; Locker (2002), S. 98.

¹⁰⁴ Vgl. Kabeer (2001), S. 64-65, zit. in Rahman (1986); zit. in Pitt; Khandker (1995).

¹⁰⁵ GTZ (2005), S. 11.

2.1.4 Mikrofinanz und behinderte Menschen

Trotz der großen Bedeutung der MF ist immer noch eine hohe Anzahl einer sehr breiten Gruppe der Ärmsten der Armen, und zwar die Menschen mit Behinderung, von den durch Mikrofinanzorganisationen angebotenen Finanzdiensten ausgeschlossen. Bislang wurde registriert, dass nur eine geringe Anzahl der Menschen mit Behinderung von Mikrofinanzdiensten profitiert, obwohl die Menschen mit Behinderung mehr als die anderen Menschen von Armut Betroffen sind. Armut und Behinderung sind miteinander verbunden, wobei Behinderung sowohl ein Grund für als auch eine Konsequenz von Armut ist. Dadurch entsteht ein Zyklus, welcher dazu führt, dass Menschen mit Behinderung zu den ärmsten Menschen der Welt zählen.¹⁰⁶ Menschen mit Behinderungen sind weniger fähig, Einkommen für sich oder ihre Familien zu erzeugen, und so tendieren sie und ihre Familien dazu, viel ärmer zu sein als gesunde Menschen. Die Behinderten begegnen vielen Herausforderungen. Es mangelt häufig an adäquaten Unterstützungsdienstleistungen in ihren Gemeinschaften, an Ressourcen und ökonomischen Möglichkeiten. Sie treffen auf physische und geistige Barrieren, welche ihre völlige Teilnahme an der Gesellschaft verhindern.¹⁰⁷ Menschen mit Behinderung sind vom Arbeitsmarkt ausgeschlossen. Arbeitgeber erwarten, dass Bewerber bestimmte physische Attribute besitzen. Deshalb ist die Möglichkeit der an einer physischen Beschränkung leidenden Bewerber, eine bezahlte Arbeit zu bekommen, sehr eingeschränkt, auch bei Erfüllung der anderen Kriterien einer ausgeschriebenen Arbeitsmöglichkeit.¹⁰⁸ In den Entwicklungsländern ist jedoch Selbstständigkeit sehr verbreitet, und in vielen Ländern sind mehr als 50% der Arbeitskräfte selbstständig. Insbesondere für Behinderte in diesen Ländern ist die Selbstständigkeit häufig die einzige Alternative infolge von Ausschlussmechanismen in der Gesellschaft, die eine Anstellung verhindern.¹⁰⁹ Für die Durchführung von selbständiger Arbeit benötigen die armen Behinderten vor allem einen Zugang zu den Finanzdiensten. Die Erfahrungen mit Mikrofinanz zeigen, dass die Mikrofinanz eine wichtige Rolle für die Schaffung von selbständiger Arbeit spielt. Aber bislang ist der Zugang zu den Mikrofinanzdiensten für die Menschen mit Behinderung sehr begrenzt. Nach einer Befragung von Handicap International ist der Prozentsatz der Menschen mit Behinderung unter den Kunden von Mikrofinanzeinrichtungen sehr gering. Dieser beträgt 0-0,5% (bei manchen Einrichtungen steigt er auf bis zu sechs Pro-

¹⁰⁶ Vgl. Dudzik; McLeod (2000), S. 1.

¹⁰⁷ Vgl. Dudzik; McLeod (2000), S. 1.

¹⁰⁸ Vgl. Momin (2004), S. 61.

zent).¹¹⁰ Eine in Ägypten durchgeführte Studie zur Messung der Auswirkung einer Anzahl von Mikrokreditprogrammen auf den Lebensstandard der Mikrokreditnehmer deutet an, dass die Mikrofinanzprogramme in Ägypten nur eine geringe Anzahl von Menschen mit Behinderung, von alten Menschen und arbeitsunfähige Menschen erreichen.¹¹¹

Viele Personen mit Behinderung können jedoch im erwerbsfähigen Alter arbeiten und wollen arbeiten. Sie wollen nicht als „Wohlfahrts- Fälle“ betrachtet werden. Andererseits benötigen viele behinderte Menschen sozialen Schutz. Deshalb sollte darauf geachtet werden, dass Behinderte sich nicht dazu verleiten lassen, eine selbständige Arbeit aufzunehmen, welche möglicherweise schädlich für ihre zukünftige Gesundheit sein könnte. Daher wurde davor gewarnt, die Mikrofinanz als einen Ersatz für die Sozialpolitik einzusetzen.¹¹²

In dieser Arbeit soll gezeigt, dass viele gehbehinderte Menschen trotz ihrer Behinderung in der Lage sind zu arbeiten. Es fehlt ihnen aber an den Finanzmitteln, welche ihnen zunächst durch den Besitz von Hilfsmitteln den Umgang mit ihrer Behinderung und danach die Aufnahme einer selbständigen Arbeit ermöglichen.

Laut Ausführung des Internationalen Symposiums bzgl. des Mikrokredits für Frauen mit Behinderung wurden unterschiedliche Faktoren identifiziert, welche die Teilnahme von Frauen mit Behinderung an Mikrofinanzprogrammen verhindern. Die Zugänglichkeitsbarrieren, wie beispielsweise der Zugang zu Informationen über Mikrokreditmöglichkeiten, Transport und tägliche Operationen wie Mangel an physischem Zugang zu Transport, Mangel an Mobilität durch Hilfsmittel wie Rollstühle, Dreiräder oder Krücken verhindern der Teilnahme an Mikrofinanzprogrammen. Diskriminierungen, wie etwa die institutionelle Diskriminierung, stellen weitere Hindernisse für eine Teilnahme an Mikrofinanzprogrammen dar. Die Frauen mit Behinderung werden von vielen Kreditgebern als „erhöhtes Risiko“ gesehen, so dass sie nicht zum Beantragen eines Kredits ermutigt werden. Außerdem sind Frauen mit Behinderung im Vergleich zu nicht behinderten Frauen weniger gebildet und benötigen eine berufsspezifische Qualifikation.¹¹³

¹⁰⁹ Vgl. Roy (2005), S. 12.

¹¹⁰ Handicap International (2006), S. 56.

¹¹¹ Vgl. Farruk; Riad (2004), S. 13.

¹¹² Vgl. Roy (2005), S. 8.

¹¹³ Mobility International USA (1998), S. 26-28.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass die Mikrofinanz in Entwicklungsländern eine entscheidende Rolle als Instrument zur Armutsbekämpfung, zur Verbesserung des Zugangs zur Ausbildung, des Zugangs zur medizinischen Versorgung und zur Gleichberechtigung der Geschlechter spielt. Trotzdem profitiert bislang nur eine sehr geringe Anzahl der behinderten Menschen von den Mikrofinanzdiensten.

Welche Rolle die Mikrofinanz in Syrien spielt, wird im nächsten Abschnitt dieses Kapitels ausführlich dargestellt. Es wird zuerst ein Einblick in die Struktur der Bevölkerung, die Wirtschaft, die Bedeutung der Armut und Beschäftigung des Landes Syrien gegeben. Dieses soll dem Leser ein besseres Verständnis ermöglichen für das Land Syrien, in dem die empirische Untersuchung dieser Arbeit durchgeführt wurde. Danach wird der formelle Finanzsektor vorgestellt. Mit der Vorstellung dieser Sektor wird beabsichtigt, dem Leser zu erklären, welche Banken aus diesem Sektor mit dem Mikrofinanzsektor verkettet sind. Es soll ebenfalls gezeigt werden, welche Motivation für die Entstehung des Mikrofinanzsektors verantwortlich ist. Anschließend erfolgt eine ausführliche Vorstellung des informellen Finanzsektors, welcher in Mikrofinanzprogrammen repräsentiert wird.

2.2 Finanzsektor Syriens

2.2.1 Länderprofil

Bevölkerung

Die Syrische Arabische Republik, die an der östlichen Küste des Mittelmeeres liegt, hatte entsprechend den Angaben des Zentralen Büros für Statistiken (CBS) im Jahr 2005 eine Bevölkerung von rund 18,5 Millionen. Administrativ ist das Land in 14 Gouvernements, 62 Bezirke, 209 Nahya (Gemeindebezirke), 109 Städte und etwa 6.209 Dörfer eingeteilt. Zwischen 1970 und 1994 lag die Bevölkerungswachstumsrate bei 3,3%, eine der höchsten in der Welt.¹¹⁴ Nach Angaben der Weltgesundheitsorganisation (WHO) ist die Rate auf 2,6% zwischen 1995 und 2005 gesunken. Die Geburtenrate ist von 6% im Jahr 1999 auf 3,3% im Jahr 2005 zurückgegangen.¹¹⁵ Der Anteil der Jung-

¹¹⁴ Ministry of Health, Syria (2005a), S. 13-21.

¹¹⁵ WHO (2007), S. 84.

endlichen unter 15 Jahre beträgt 40,5% der Bevölkerung.¹¹⁶ Das Bevölkerungswachstum verursacht eine Steigerung der Nachfrage nach Bildung und Gesundheitsfürsorge und übt einen zusätzlichen Druck auf die erwerbstätige Bevölkerung dadurch aus, dass die Berufstätigen einen höheren Anteil an nicht erwerbstätigen Menschen mitversorgen müssen.

Wirtschaft

Die Landwirtschaft und Erdölförderung bilden den entscheidenden Grundstein der syrischen Wirtschaft. Dabei beruht auf der Erdölförderung die Hälfte der Einnahmequellen der Regierung und etwa zwei Drittel der Exporteinnahmen. Die Einnahmen aus der Landwirtschaft können unter günstigen Bedingungen bis zu einem Drittel der Wirtschaftsleistung ausmachen.¹¹⁷ Den amtlichen Statistiken zufolge ist die Wirtschaft seit 1991 im Durchschnitt um 5%-7% jährlich gewachsen. Das starke Wachstum ist teilweise eine Konsequenz der Öl-Exporte und der Zunahme der landwirtschaftlichen Produkte.¹¹⁸

Das BIP von Syrien hat sich stetig erhöht. Im Jahr 2004 lag das BIP pro Kopf bei 3.610 US\$¹¹⁹ und im Jahr 2005 bei 3.795,5 US\$.¹²⁰

Die Landwirtschaft trug mit 23% im Jahr 2004 zum BIP bei, die Industrie mit 24,4%. Der Dienstleistungssektor steuerte 2004 bereits 48,6% zum BIP bei. Der Anteil des öffentlichen Dienstleistungsbereichs am BIP liegt bei etwa 10%. Als wenig leistungsfähig erweist sich der Finanzsektor mit 4%.¹²¹

Armut

Gegenwärtig stellt Armut in der syrischen Gesellschaft ein sehr erhebliches Problem dar. Die Bekämpfung von Armut hat die höchste Priorität für die Regierung erlangt. Im Jahr 2002 hatten nach Angaben des CBS 17,8% der Bevölkerung keinen Zugang zum Trinkwasser und 18,8% waren ohne adäquate Müllentsorgung.¹²² In den Jahren 2003-2004 wurde die Anzahl der Armen gemessen an einer von United Nations Development Programme (UNDP) durchgeführten Studie auf 5,3 Millionen geschätzt (30,1% der Ge-

¹¹⁶ WHO (2006a), S. 12.

¹¹⁷ The World Bank Group (2006), S. 1.

¹¹⁸ WHO (2006a), S. 11.

¹¹⁹ UNDP (2006b), S. 285.

¹²⁰ UNDP (2007), S. 328.

¹²¹ Ministry of Economy and Trade, Syria (2005), S. 1.

¹²² WHO (2006a), S. 12.

samtbevölkerung), von denen 2 Millionen Menschen (11,4% der Gesamtbevölkerung) unter der absoluten Armutsgrenze leben, wobei ihnen die lebensnotwendigen Dinge (wie Nahrung, Wasser, Kleidung, usw.) fehlen. Nach der Weltbank und den Vereinten Nationen werden diejenigen, die weniger als 1 US\$ am Tag verdienen als absolut arm klassifiziert. Laut diesen Quellen liegt die "universelle" Armutsgrenze bei einem verfügbaren Pro-Kopf-Einkommen von 1-2 US\$ pro Tag.¹²³ Die Armutsgrenze ist in den unterschiedlichen Ländern nicht gleich definiert. Es muss betrachtet werden, wie viel Geld ein Mensch in seinem Land benötigt, um seine existentiellen Grundbedürfnisse abdecken zu können. Deshalb kann die von der Weltbank und den Vereinten Nationen definierte Armutsgrenze die Armut in Syrien nur mangelhaft beschreiben. Nach der vom UNDP durchgeführte Studie in den Jahren 2000-2004 wird ein Mensch in Syrien als extrem arm betrachtet, wenn er weniger als 2,18 US\$ pro Tag ausgibt und als arm, wenn er weniger als 3,07 US\$ täglich ausgibt.¹²⁴

Die UNDP- Studie kommt zu den folgenden Ergebnissen:¹²⁵

Die Armut ist in Syrien in der untersuchten Zeitspanne 1996/ 97 und 2003/ 04 zurückgegangen, wobei sich die Pro-Kopf-Ausgaben insbesondere in den zentralen Teilen des Landes erhöht haben. In den Jahren 1996/ 97 ergaben sich durchschnittliche Pro-Kopf-Ausgaben von 136,36 US\$ pro Monat, während diese in 2003/ 04 auf 160,95 US\$ gestiegen sind. Dies stellt eine jährliche Erhöhung von 1,99% der durchschnittlichen Pro-Kopf-Ausgaben dar.

Das Wachstum war in den verschiedenen Regionen nicht gleichmäßig. Beispielsweise gingen die durchschnittlichen Pro-Kopf-Ausgaben an der Küste von 118,77 US\$ in den Jahren 1996/ 97 auf 112,36 US\$ in den Jahren 2003/04 zurück.

Die Änderung der Jahreswachstumsrate war in den zentralen Regionen sowohl in den städtischen als auch in den ländlichen Gebieten bedeutsam, wobei die durchschnittlichen Pro-Kopf Ausgaben um 4,15% in den Städten und um 3,76% auf dem Land gewachsen sind. Die Tabelle 4 umfasst die jährlichen Änderungen der durchschnittlichen Pro-Kopf-Ausgaben im untersuchten Zeitraum 1996/ 2004.

¹²³ Vgl. Hitt; Woodworth (2006), S. 374.

¹²⁴ Vgl. El Laithy; Abu-Ismaïl (2005), S. 25.

¹²⁵ Vgl. El Laithy; Abu-Ismaïl (2005), S. 30.

Tab. 4: Durchschnittliche jährliche Prozentsatzänderung in Pro-Kopf-Ausgaben in den untersuchten Regionen zwischen 1996-97 und 2003-04

Region	Durchschnittliche Pro- Kopf- Ausgaben (US\$) in 2003-04			Gini Koeffizient		
	1996/97	2003/04	Jahres- wachstum%	1996/97	2003/04	Reale Änderung
Urban						
Südlich	172,55	211,18	2,926	0,334	0,368	0,034
Nordöstlich	138	171,59	3,160	0,328	0,383	0,055
Zentral	137,36	182,54	4,147	0,324	0,394	0,070
Küste	175,31	194,27	1,480	0,359	0,346	-0,012
Rural						
Südlich	140,22	144,27	0,406	0,332	0,309	-0,023
Nordöstlich	118,77	112,36	-0,788	0,325	0,326	0,000
Zentral	107,95	139,72	3,755	0,327	0,357	0,029
Küste	176,18	174,72	-0,118	0,333	0,333	-0,000
Gesamt	140,22	160,95	1,988	0,337	0,374	0,037

Quelle: El Laithy; Abu-Ismaïl 2005, S.30.

In der Tabelle 4 sind weiterhin die Werte des Ginikoeffizienten in den untersuchten Zeiträume 1997/ 2004 berechnet. Sie besagen, dass die Ungleichheit der Pro-Kopf-Ausgaben von 0,337 in 1996/ 97 auf 0,374 in 2003/ 04 gestiegen ist. Diese Ungleichverteilung tritt in allen Regionen außer in den städtischen Gebieten an der Küste und in den ländlichen Gebieten im Nordosten auf, wobei der Wert des Ginikoeffizienten maximal von 0,33 auf 0,38 in den städtischen Gebieten im Nordosten gestiegen ist.

Beschäftigung

Die Arbeitsplatzbeschaffung in Syrien stellt eine Herausforderung dar, weil sich die Anzahl der Einwohner im arbeitsfähigen Alter von 3,8 Millionen im Jahr 1970 auf 9,09 Millionen im Jahr 2000 erhöht hat. Mit der Erhöhung der Bevölkerungszahl hat sich auch die Arbeitslosigkeit erhöht. Eine von UNDP durchgeführte Studie besagt, dass die Arbeitslosenrate von 5% im Jahr 1981 auf 11,6% im Jahr 2002 gestiegen ist. Außerdem betrug der Prozentsatz der Menschen, die weniger als zwei Tage pro Woche arbeiten,

im April 2003 16,2% aller Erwerbstätigen. Im Jahr 1999 hat das CBS die Arbeitslosenrate auf 9% geschätzt. In den Jahren von 2000 bis 2004 betrug die Arbeitslosigkeit nach Schätzung der Weltbank 11,7%.¹²⁶ Die Arbeitslosenrate korreliert mit der Armut. In den Jahren 2003-2004 erreichte die Arbeitslosenrate bei den Armen eine Höhe von 12%, während von den Nicht-Armen nur 9% arbeitslos waren.¹²⁷ Außerdem leidet der öffentliche Sektor unter einer niedrigen Produktivität und einer versteckten Unterbeschäftigung, d.h. unter kürzerer Arbeitszeit oder im Höchstfall niedrigeren Löhnen. Zurzeit gibt es Bemühungen um eine Umstrukturierung, um dieses Problem zu überwinden. Dadurch soll die Kapazität der Personalressourcen verstärkt und verbessert werden, die Situation der Abhängigkeit vom öffentlichen Sektor reduziert und der private Sektor ermutigt werden.

2.2.2 Formeller Finanzsektor

2.2.2.1 Staatseigene Banken

Staatsbanken werden technisch zum Finanzministerium (MOF) gezählt, aber sie werden von der Zentralbank beaufsichtigt. Ihre Vorsitzenden liefern Berichte an das MOF, aber das Ministerium beteiligt sich nicht direkt an den Angelegenheiten der Banken. Den Staatsbanken wird die Freiheit gegeben, sowohl kurze als auch langfristige Kredite zu gewähren und die Einlagen anzunehmen, dabei wurden direkte Steuerungen, wie die Kreditgrenze für jede Bank, in jedem Sektor etabliert. Die staatlichen Banken fokussieren hauptsächlich auf kurzfristige kommerzielle Kreditgewährung sowie die Handelsfinanzierung.

Zentralbank

Die Zentralbank (CB) ist das Hauptkreditinstitut der syrischen Regierung. Sie fungiert als primäre Aufsichtsbehörde und betätigt sich als Agent für die Geld- und Kreditpolitik der Regierung. Die CB ist zur Ausgabe von Banknoten, zur Kontrolle des Geldangebotes, als Agent für die Finanzpolitik der Regierung, zur Kredit-Kontrolle und Aufsicht über alle Banken berechtigt. Die Regierung besitzt vollständig das gezeichnete Kapital

¹²⁶ The World Bank (2006), S. 64.

¹²⁷ Vgl. El Laithy; Abu-Ismaïl (2005), S. 64.

der CB.¹²⁸ Innerhalb der CB wurde der Kredit- und Währungsrat (CMC) durch die Regierung gegründet, um die Bankgeschäfte und Finanzmärkte zu regeln.¹²⁹ Die CB verfügt aber nicht über ausreichende Kapazitäten, um ihre Aufgabe als einzige Aufsicht über alle Bereiche des Bankensektors effektiv erfüllen zu können. Dies gilt insbesondere im Bereich der Aufsichtsregeln und der Überwachung der Mikrofinanz.¹³⁰ Die Rolle der CB muss erweitert werden, so dass sie als ein Katalysator den Markt ausweitet und diversifiziert und insbesondere als Regulator der Mikrofinanz dient.¹³¹ Die primäre Ressourceneinschränkung besteht in dieser Hinsicht im Humanbereich. Infolge der Tatsache, dass der CB nur gewährt wird, Syrer anzustellen, war sie nicht in der Lage, die Qualifikationen und Unterstützungen der ausländischen Finanzexperten zu ihrem Nutzen einzusetzen.¹³²

Handels- und Geschäftsbank Syriens

Im Jahre 1966, als der Staat die Kontrolle über alle Geschäftsbanken gewann, fusionierte er alle bestehenden Geschäftsbanken zu einer einzigen konsolidierten Bank, der Handels- und Geschäftsbank Syriens. Die Rolle dieser Bank besteht darin, wirtschaftliche und geschäftliche Aktivitäten in Syrien zu bedienen und ausländische Transaktionen zu kontrollieren.¹³³ Die Bank bietet ihren Kunden drei verschiedene Kreditlaufzeiten an; kurzfristige Kredite mit einer Laufzeit von bis zu 12 Monaten; mittelfristige Kredite mit einer Laufzeit zwischen 1 Jahr und 4 Jahren; langfristige Kredite mit einer Laufzeit von über 4 Jahren. Die Bank verlangt bei der Vergabe von Krediten Sicherheiten, die im Falle einer Kreditstörung oder eines Kreditausfalls verwertet werden können. Die von der Bank akzeptierten Kreditsicherheiten müssen oberhalb 150% des Kreditsbetrags sein. Diese können in Sachsicherheiten und in Personalsicherheiten unterteilt werden. Die Sachsicherheiten bestehen zum Beispiel aus Hypotheken (Grundstück, ein Wohnungs- oder Gebäudeeigentum, eine Maschine, das finanzierte Projekt) oder ausländischen Bankgarantien. Die Personalsicherheiten werden von Dritten geliefert, z.B. durch Bürgschaft. Der Bürge verpflichtet sich gegenüber dem Gläubiger des Hauptschuldners,

¹²⁸ Arab Decision, Syrian (2005), S. 1.

¹²⁹ Central Bank of Syria (2008), S. 6.

¹³⁰ CGAP (2008), S. 4.

¹³¹ CGAP (2008), S. 4.

¹³² CGAP (2008), S. 4.

¹³³ Commercial Bank of Syria (2007), S. 1.

für dessen Schuld einzustehen. Die Bank verlangt für die vergebenen Kredite einen Zinssatz in Höhe von 10% der Kreditsumme.¹³⁴

Obwohl die Bank kleine Sparer nicht abweist, kann sie sich aufgrund der fehlenden institutionellen Kapazität und vor allem infolge ihrer traditionellen Methode der Kreditvergabe und der Verwendung von herkömmlichen Garantien nicht an Mikrofinanzaktivitäten beteiligen.¹³⁵

Spezialbanken

Zu den Spezialbanken zählen die Landwirtschaftliche Genossenschaftsbank, Industriebank, Volkskreditbank, Real Estate Bank, Sparbank. Jede Bank bietet das Kapital und nimmt die Einlagen seines spezifischen Sektors.¹³⁶ Die Landwirtschaftliche Genossenschaftsbank und Sparbank haben eine gewisse Verkettung mit dem Mikrofinanzsektor oder Interesse an diesem Sektor.

Landwirtschaftliche Genossenschaftsbank

Die Bank wurde am 15. August 1888 gegründet. Sie ist die einzige staatliche Bank, die die Kredite in ländlichen Gebieten vergibt.¹³⁷ Die Bank hat 106 Zweigstellen, die im ganzen Land verteilt sind, um den ländlichen Kunden zu dienen. Die Bank hat sich seit ihrer Einrichtung spezialisiert auf die landwirtschaftliche Finanzierung bis zum Inkrafttreten des Gesetzes Nr. 30 im Jahr 2005. Nach diesem Gesetz ist die Institution zu einer Bank für die ländliche Entwicklung geworden, wobei die Bank vielfältige Dienstleistungen (z.B. agrarische, industrielle, geschäftliche usw.) in den ländlichen Gebieten anbietet. Die Bank stellt drei verschiedene Kreditlaufzeiten zur Verfügung. Kurzfristige Kredite zur Finanzierung von Saatgut; mittelfristige Kredite zur Finanzierung von Kapitalanlagen wie Viehbestand und Ackerverbesserung und langfristige Kredite zur Finanzierung von Hauptkapitalanlagen wie Lagergebäude. Die Bank stellt auch Kredite für Familien und kleine Unternehmen zur Verfügung, die durch ACU refinanziert werden.¹³⁸

Die 6.820 Genossenschaften stellen für die Bank ein wichtiges Instrument dar, wobei die Bank sie als Kanal verwendet, um den 215.000 Kleinbauern Mikrokredite anzubieten. 81% alle Kunden werden durch diese Genossenschaften erreicht.¹³⁹

¹³⁴ Commercial Bank of Syria (2007), S. 4.

¹³⁵ CGAP (2008), S. 8.

¹³⁶ Library of Congress (2005), S. 11.

¹³⁷ Agricultural Cooperative Bank (2008), S. 1.

¹³⁸ Vgl. Akinci; Çetin; Khalaf; Libois (2008), S. 5.

¹³⁹ Vgl. Seibel; Giehler; Karduck (2005), S. 32.

Sparbank

Durch das legislative Dekret Nr. 119 vom 31.07.1963 wurde der öffentliche Betrieb der Sparkasse etabliert, welche nach dem legislativen Dekret 485 vom 21.10.2000 zur Sparbank geworden ist. Ihre Tätigkeit besteht darin, Ersparnisse entgegenzunehmen, zu managen, zu investieren und ihrem Inhaber wieder zurückzuzahlen.¹⁴⁰ Als Syrien das erste große „Bank Downscaling“ versuchte, verpflichtete sich die Sparkasse dazu, Mikrofinanzdienstleistungen in ihr Portefeuille aufzunehmen, aber die Bank entwickelte nur langsam ihre Produkte und Dienstleistungen. Die Sparbank traf auf zwei entscheidende Barrieren bzgl. des Downscaling, die Zinssatzbeschränkungen sowie die Einstellungs- und Entlohnungspolitik, die in Staatsbanken durch die Regierung geregelt wird. Durch das Retail Advisory Services (RAS) Programm von Consultative Group to Assist the Poor (CGAP) erhält die SB technische Unterstützung, um Mikrofinanzdienstleistungen in drei Filialen in Homs, Tartous und Latakia anbieten zu können. Eine Erweiterung dieser Initiative ist geplant um zusätzliche Filialen in den kommenden Jahren als Teil der gesamten Programmziele und der Öffentlichkeitsarbeit aufzunehmen.¹⁴¹

2.2.2.2 Private Banken

Im Jahr 2001 legalisierte Syrien die privaten Banken und im Jahr 2003 wurden drei private Banken lizenziert.¹⁴² Das erforderliche Startkapital für eine private Bank liegt bei 30 Millionen US\$.¹⁴³ Von den etablierten privaten Banken im Land begannen 2004 drei Privatbanken zu operieren, gefolgt von einer anderen Bank im Jahr 2005 und zwei weiteren Banken im Jahr 2006. Die privaten Banken liefern, wie ihre staatlichen Gegenstücke, Berichte an die Zentralbank. Die privaten Banken haben dazu beigetragen, die Qualität der Finanzdienstleistungen allgemein zu verbessern, indem sie die staatlichen Banken unter Wettbewerbsdruck setzen.¹⁴⁴

¹⁴⁰ Arab Decision, Syrian (2004), S. 1.

¹⁴¹ CGAP (2008), S. 9.

¹⁴² Galdo (2006), S. 1.

¹⁴³ CGAP (2008), S. 10.

¹⁴⁴ International Monetary Fund (2007), S. 9.

2.2.2.3 Islamische Banken

Die Gründung von Islamic Banking in Syrien erfolgte als eine direkte Reaktion auf den Bedarf einer Gemeinschaft an der Diversifizierung des Investitionssektors und zur Einhaltung der Gesetze der Scharia. Im Jahr 2005 wurde die Etablierung der islamischen Banken durch das legislative Dekret Nr. 35 zugelassen.¹⁴⁵ Eine von Bankakademie International durchgeführte Befragung, welche 650 syrische Unternehmen umfasste, kam zu dem Ergebnis, dass 34% der syrischen Unternehmen infolge von religiösen Gründen keine Bankkredite beantragt haben.¹⁴⁶

Die islamischen Banken unterscheiden sich kaum von anderen Banken bezüglich der angebotenen Dienstleistungen und der Rolle, die sie in der Wirtschaftsentwicklung ihrer Gesellschaften spielen. Allerdings gibt es doch Unterschiede zwischen islamischen Banken und nicht islamischen Banken, da die islamischen Banken nach der islamischen Scharia operieren. Das bedeutet, dass diese Banken neben dem Verbot von Zinsen keine Geschäfte finanzieren, die mit dem Alkoholkonsum oder anderen im Koran verbotenen Aktivitäten in Verbindung stehen.¹⁴⁷

Innerhalb des Mikrofinanzbereiches in Syrien wurden einige Anstrengungen seitens der MFPs unternommen, um die islamischen Prinzipien bei der Kreditvergabe zu integrieren. Beispielsweise wurde das Prinzip „Murabaha“ bei der Kreditvergabe in Jabal Al-Hoss verwendet. Murabaha bedeutet, dass die MFI die Güter für den Kreditnehmer kauft und sie mit einer Gebühr wieder verkauft, damit die administrativen Kosten abgedeckt werden können.¹⁴⁸ Von den Prinzipien der islamischen Banken wurde der Begriff Riba, welche mit Zinsen assoziiert ist, nicht übernommen und innerhalb der Mikrofinanz verboten. Nach dem islamischen Verständnis versteht man unter dem Begriff Riba den zusätzlichen Erwerb eines Kredites, wenn der Kreditnehmer oder der Käufer nicht in der Lage ist, seinen Kredit zum festgesetzten Datum zurückzuzahlen. Ihm wird dann eine weitere Verlängerung des Kredites gegen eine gewisse Zunahme der Kreditmenge gewährt.¹⁴⁹

¹⁴⁵ Vgl. Karawani (2006), S. 35

¹⁴⁶ Vgl. Karawani (2007), S. 79.

¹⁴⁷ Vgl. Naser (1997), S. 187.

¹⁴⁸ Vgl. Brandsma; Bujorjee (2004), S. 30; El-Hawary; Grais (2005a), S. 2; Karim; Tarazi; Reille (2008), S. 3.

¹⁴⁹ Vgl. Zafarul-Islam (2001), S. 163-164.

Zinssatz

Die Zinssätze werden in Syrien durch den CMC festgelegt. Nach dem Gesetz existiert keine eindeutige Zinssatzhöchstgrenze, welche dem öffentlichen und privaten Banking Sektor auferlegt wird. Aber der CMC hat eine Reihe von Zinssätzen veröffentlicht, die sowohl von öffentlichen als auch von privaten Banken angenommen werden sollten. Die Banken folgen diesen Zinssätzen, Abweichungen würden für eine Revision dem CMC vorgelegt werden müssen. Gemäß der letzten Direktive des CMC liegt der Zinssatz gegenwärtig bei sieben bis zehn Prozent für Kredite, ein Prozent für Girokonten, drei bis sieben Prozent für kurzfristige Einlagen, und bis zu neun Prozent für Einlagen von mehr als einem Jahr.¹⁵⁰ Die Banken haben die Autorität, ihre Preise von einem bis zu anderthalb Prozent variieren zu lassen. Dies ist abhängig von den Kreditbedingungen, dem Sektor, in dem sie leihen, und Sparinstrumenten, die sich anbieten.¹⁵¹

Üblicherweise bekommen die Armen keine Kredite vom traditionellen Bankensektor, da sie nicht in der Lage sind, die von diesen Banken verlangten Sicherheiten anzubieten. Auch wenn die Armen die Sicherheiten gewährleisten könnten, wären andererseits die Kreditbeträge zwischen fünf und wenigen hundert Dollar für die traditionellen Banken nicht attraktiv genug.¹⁵²

Trotz der Beteiligung einiger staatseigener Banken an Mikrofinanzprogrammen können sie die Mikrofinanzkunden nicht bedienen. Der Grund liegt darin, dass sie auf zwei kritische Barrieren treffen, welche ihre Operationen hindern, Mikrofinanzkunden zu dienen. Diese sind die Zinssatzkontrolle und Beschränkung auf Arbeitslöhne des öffentlichen Sektors als Bürgschaft.¹⁵³

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass die Banken innerhalb des formellen Sektors für die Armen nicht geeignet sind, da sie anspruchsvoll, kompliziert und teuer sind. Daher war es unerlässlich, in Syrien ein Finanzsystem zu gestalten, welches sich an Erfüllung der Bedürfnisse der Armen an Finanzdiensten orientiert. Dieses System wird in den nächsten Abschnitten ausführlich dargestellt.

¹⁵⁰ Credit and Monetary Council, Directive Number 174, Interest Rates (2005), S. 1.

¹⁵¹ Credit and Monetary Council, Directive Number 298, Interest Rates (2007), S. 1.

¹⁵² BMZ (2004b), S.1.

¹⁵³ CGAP (2008), S. 32.

2.2.3 Informeller Finanzsektor

2.2.3.1 Überblick

Die Mikrofinanz in Syrien ist die jüngste unter denen in arabischen Ländern, wobei in Ägypten Mikrokreditprogramme seit Mitte der 60er- Jahre existieren.¹⁵⁴ Im Jahr 1997 wurden in Syrien ersten Mal Mikrofinanzdienstleistungen in Zusammenarbeit mit internationalen Organisationen an die Armen angeboten.

Die Syrische Regierung hat in den vergangenen Jahren bedeutende Fortschritte gemacht, um ein Klima zu schaffen, das das Wachstum von Mikrofinanz fördert. Diese Fortschritte werden besonders durch den Erlass des Mikrofinanz-Dekrets veranschaulicht.¹⁵⁵ Durch das Dekret Nr. 15 vom 15. Februar 2007, welches die Gründung sozialer Mikrofinanzorganisationen bewilligt, die darauf abzielen, Finanzdienstleistungen wie die Mikrokredite und andere Dienstleistungen für Haushalte mit niedrigem Einkommen anzubieten, war es möglich, für die bereits bestehenden Programme sowie für andere Organisationen Mikrofinanzorganisationen zu etablieren.¹⁵⁶

Außerdem gibt es auch Initiativen, um die Mikrofinanz in Syrien zu stärken. Zum Beispiel bieten CGAP und Quality Finance International (QFI) technische Unterstützung zur Förderung der Syrischen Sparbank an, um Vorbereitungen für kleine und Mikrofinanzdienstleistungen zu starten.¹⁵⁷ Die KfW Entwicklungsbank beteiligt sich am Eigenkapital mit 2 Millionen €, um die „Erste Mikrofinanz Institution Syrien“ (First Microfinance Institution, FMFI) zu gründen und sie stellt einen Finanzausschuss über 2,5 Millionen € bereit, um das Mikrokreditgeschäft der FMFI in der Aufbauphase zu refinanzieren.¹⁵⁸

Die meisten bestehenden Mikrofinanzprogramme in Syrien richten sich auf die ländliche Entwicklung, weil die meisten Armen in ländlichen Gebieten leben, wobei 52% der Bevölkerung in ländlichen Regionen angesiedelt sind.¹⁵⁹ Einige Programme zielen auf das Empowerment von Frauen ab. Deshalb beschränken diese ihre Kredite auf die weiblichen Kunden. Die meisten existierenden Mikrofinanzprogramme sind amtliche oder

¹⁵⁴ Vgl. Farruk; Riad (2004), S. 5.

¹⁵⁵ CGAP (2008), S. 15.

¹⁵⁶ The Syrian Arab Republic: The General Microfinance Decree Act Nr. /15/ (2007), S. 1.

¹⁵⁷ Vgl. Reille; Dababneh; Al-Husseini (2007), S. 4.

¹⁵⁸ KfW Entwicklungsbank (2008), S. 1.

¹⁵⁹ Vgl. Galdo (2004), S. 4.

von internationalen Organisationen unterstützte Programme, nur Mawred, Fund for integrated rural development of Syria (FIRDOS) und Boosting and Inspiring Dynamic Youth Achievement (BIDAYA) stellen eine Form von nichtstaatlichen Organisationen dar. Die Aga Khan-Agentur für Mikrofinanz ist der Marktführer des Landes und stellt eine unabhängige internationale NGO dar.

Im nächsten Abschnitt werden sowohl die inländischen Mikrofinanzprogramme als auch die internationalen Mikrofinanzprogramme dargestellt.

2.2.3.2 Inländische Mikrofinanzprogramme

Agency for Combating Unemployment

Die Agency for Combating Unemployment (ACU) wurde im Dezember 2001 basierend auf dem Gesetz Nr. 71 von der syrischen Regierung gegründet, um die Arbeitslosigkeit zu bekämpfen und Arbeitsplätze zu schaffen. Nach ihrer Gründung plante sie, in den nächsten fünf Jahren 440.000 Arbeitsplätze zu schaffen. Um dieses Ziel erreichen zu können, beabsichtigte sie, die nationalen und internationalen Ressourcen von 50 Mrd. SYP (1 Mrd. US\$) zu mobilisieren.¹⁶⁰ Die Agentur wird in erster Linie von der syrischen Regierung finanziert. Entsprechend spielen die Kredite und Spenden von arabischen sowie von internationalen Organisationen wie Arab Gulf Programme for United Nation Development (AGFUND) und UNDP eine bedeutende Rolle.¹⁶¹ Die Intention der ACU im Rahmen der Bekämpfung von Arbeitslosigkeit zielt darauf ab, die Familien- und Klein- Projekte, Projekte der öffentlichen Arbeiten und des Wohnungsbaus, sowie Trainingsprojekte und Projekte für Gesellschaftsentwicklung auf unterschiedlichen Gebieten wie Landwirtschaft, Handel und Dienstleistungen zu finanzieren, um die Infrastruktur sowie den Lebensstandard zu verbessern.¹⁶² Bis Ende 2004 wurden 120.000 neue Arbeitsplätze geschaffen.¹⁶³

Die Rolle der ACU bei der Arbeitslosigkeitsbekämpfung beschränkt sich nicht auf die Schaffung einer Arbeit durch Kreditvergabe, sondern ACU sucht bei privaten Firmen

¹⁶⁰ Vgl. Brandsma; Bujotjee (2004), S. 71.

¹⁶¹ ACU (2001), S. 2.

¹⁶² Vgl. Huitfeldt; Jallade; Kabbani (2005), S. 29.

¹⁶³ UNDP (2005), S. 75.

nach Arbeitsplätzen für die Leute, die nicht in der Lage sind, einen Kredit zu bekommen, weil sie die Rückzahlung der Kredite nicht gewährleisten können.¹⁶⁴

ACU beteiligt sich an der Schaffung einer Arbeit durch Förderung der Kleinunternehmer und SMEs. Durch ihre Partnerschaft mit der Sparbank, der Landwirtschaftlichen Genossenschaftsbank, der Industriebank und der populären Kreditbank bietet ACU ihren Kunden eine Palette von Dienstleistungen an, welche Refinanzierungsmöglichkeiten beinhalten.¹⁶⁵ Bis zum 30.06.2006 wurden durch ACU 181.000 Arbeitsplätze in Syrien geschaffen.¹⁶⁶ Den Trainingsprogrammen wird vom ACU ein großes Interesse gewidmet. Im Jahr 2005 wurden 11.000 Personen geschult, wobei es 36 Trainingszentren gibt, die im ganzen Land verteilt sind.¹⁶⁷

Im Oktober 2006 wurde ACU zur allgemeinen Agentur für Beschäftigung und Projektentwicklung umgewandelt. Die neue Institution operiert unter der Schirmherrschaft des Ministeriums für soziale Angelegenheiten und Arbeit.¹⁶⁸

Drei unterschiedliche Arten von Krediten werden von der ACU angeboten:¹⁶⁹

- Family- Loans (sehr kleine Kredite): Diese werden in Höhe von max. 2000 US\$ mit jährlicher Zinsrate von 4% vergeben. Sie zielen auf die Finanzierung von Familienprojekten.
- Mikrokredite: Diese werden in Höhe von 2.000 US\$ bis 60.000 US\$ mit jährlicher Zinsrate in Höhe von 5% für die neuen Projekte und 7% für die Erneuerung schon existierender Projekte vergeben.
- Expansionskredite: Diese werden in Höhe von max. 100.000 US\$ mit jährlicher Zinsrate in Höhe von 6% vergeben.

Während die erste und zweite Art der Kredite für neue Projekte bezahlt werden, zielen die Expansionskredite auf die schon existierenden Geschäfte, welche eine Hilfe benötigen, ihre Produktmenge zu erhöhen. Alle Arten der Kredite werden klassifiziert als individuelle Kredite.

¹⁶⁴ Arbeitsplatz, ein vom ACU regelmäßig herausgegebener Bericht, Nr. 34 (2006), S. 2.

¹⁶⁵ Vgl. Akinci; Çetin; Khalaf; Libois (2008), S. 8-9.

¹⁶⁶ Arbeitsplatz, ein vom ACU regelmäßig herausgegebener Bericht, Nr. 37 (2006), S. 8.

¹⁶⁷ Vgl. EU & etf. MEDA-ETE (2007), S. 11.

¹⁶⁸ Vgl. Akinci; Çetin; Khalaf; Libois (2008), S. 9.

¹⁶⁹ ACU (2001); Akinci; Çetin; Khalaf; Libois (2008) S. 8.

Das ACU- „family-loans“ Modell

Drei unterschiedliche Arten von Krediten werden von ACU vergeben. In diesem Abschnitt wird ausführlich auf die „family-loans“ eingegangen, weil das Mikrokreditprogramm das Hauptprogramm von ACU ist. Eine Vielzahl der Armen strebt danach, solche Art von Kredit zu bekommen, da sie die Rückzahlung leisten können und sie keine ursprünglich existierenden Projekte besitzen.

Die ACU stellt ihren Kunden „family-loans“ zur Verfügung mit einer jährlichen Zinsrate von 4%, die die Kreditkosten abdeckt. Die Rückzahlungsfrist des Kredits beträgt 3 Jahre mit einer möglichen Fristverlängerung von einem Jahr. Die Kredite werden in Raten - entweder alle drei Monate oder alle sechs Monate - zurückgezahlt. ACU hat ein Kreditsystem entwickelt, welches sowohl in der Lage ist, den Bedarf an finanziellen Mitteln zu befriedigen als auch die Rückzahlungen der Kredite sicherzustellen.¹⁷⁰

Im Folgenden wird auf die Verfahren der ACU bei der Kreditvergabe eingegangen:¹⁷¹

- Die Beratungsstellen in den Dörfern, die zum Ministerium für Agrarwirtschaft gehören, spielen bei der Kreditvergabe die Hauptrolle. Sie werden als Verbindungsstelle zwischen Bauern und ACU bezeichnet.
- Jede Beratungsstelle erstellt für die ACU jährlich eine Liste von 25 Kandidaten von Bauern und 10 Reservekandidaten.
- Sechs Namen werden nach dem Zufallsprinzip aus der Liste ausgewählt und es wird geprüft, ob die betreffenden Personen den Kriterien der Kreditvergabe entsprechen. Falls keine bedeutenden Unregelmäßigkeiten entdeckt werden, werden alle Kandidaten angenommen, ansonsten werden alle Kandidaten abgelehnt.
- Die Bank kann dem Kredit zustimmen oder ihn ablehnen. Letztendlich werden die Anträge zur entsprechenden Bankfiliale gesendet.
- Nachdem der Kunde den Kredit bekommen hat, wird er 3 bis 4 Mal besucht werden, und zwar kommen zwei Besuche von der Bank und einer von der Beratungsstelle, die die ACU repräsentiert. Die ACU kann außerdem in jeder Phase der Kreditvergabe das Projekt besuchen.
- Falls Abweichungen entdeckt werden, kann der Kredit gestoppt werden und die Frührückzahlung des Kredits verlangt werden.

¹⁷⁰ ACU (2001).

¹⁷¹ Vgl. Ramadan; Eliea in: Elia (2006), S. 550-551.

- Die Kontrolle der Kreditwürdigkeit der Kreditnehmer, der Einkommen schaffende Aktivitäten, der Sicherheiten, die beweisen, dass der Kreditnehmer den Kredit zurückzahlen beabsichtigt, ist unerlässlich, bevor die Kredite vergeben werden.
- In diesem Kreditsystem wurden zunächst nur die Beamten als Bürgen und ihre Gehälter als Sicherheitsgarantien akzeptiert. Falls der Kreditnehmer seinen Kredit nicht zurückzahlt, wird dieser automatisch vom Konto des Bürgen abgebucht.

Bezüglich der Sicherheitsmaßnahmen hat die ACU einige erfolgreiche Methoden wie die Sicherung durch Vermögens (Kühe, Saatgut der Bauern) erprobt.

Probleme der Kreditvergabe

ACU war im Laufe ihrer Existenz mit folgenden Problemen, die ihre Aufgaben erschwert haben, konfrontiert:¹⁷²

- Die Bürokratie von administrativen Maßnahmen bei der Verhandlung mit staatlichen Behörden. Außerdem müssen administrative und industrielle Genehmigungen eingeholt werden, wobei die Höhe des von ACU vergebenen Kredits von den öffentlichen Banken ohne überzeugende Begründung reduziert werden kann.
- Die öffentlichen Banken ziehen die Zinsen direkt bei der Kreditabgabe ab. Deshalb kann der Kreditnehmer sein Projekt nicht mit dem gesamten Kredit durchführen.
- Viele nicht Arbeitslose versuchen, die ACU - Kredite zu bekommen, so dass Druck auf die finanziellen Ressourcen verursacht wird.
- Viele Arbeitslose verwenden die Kredite für ähnliche Investitionen, so dass sie ihre Produkte nicht vertreiben können, da der Markt mit ähnlichen Produkten gesättigt ist.

Mawred

Mawred ist eine gemeinnützige nichtstaatliche Organisation. Sie zielt darauf ab, die Frauenteilnahme in der sozialen und ökonomischen Entwicklung in Syrien zu aktivieren und zu steigern. Sie wurde im Jahr 2003 unter der Schirmherrschaft von Frau Asmaa Al- Assad mit Unterstützung von Syrian-European Business Center (SEBC) gegründet.¹⁷³ Mawred ist das erste Projekt, welches als Inkubator für die Frauengeschäfte gegründet wurde.¹⁷⁴ Seine Ziele sind:¹⁷⁵

¹⁷² Vgl. Zidan (2005), S. 242.

¹⁷³ UNDP (2006a), S. 19.

¹⁷⁴ Ministry of Economy and Trade (2004), S. 8.

¹⁷⁵ Mawred (2008), S. 1.

- Frauen zu fördern, die wirtschaftliche Ideen haben, ihnen zu helfen, ihre Geschäftsprojekte zu realisieren und zu managen.
- Training der Frauen für den Aufbau von neuen Geschäftsprojekten (dazu gehören Planung, Finanzierung, Aufstellung, Aktionspläne, Strategieformulierung, Verwaltung, Regelung gesetzlicher Angelegenheiten, Produkteinführung).
- Anwendung der notwendigen Werkzeuge und Kapazitäten (technisch, Beratung, usw.), um die Projekte zum Erfolg zu führen.
- Hilfe für Verbesserung und Entwicklung bereits existierender Geschäftsprojekte der Frauen dadurch, dass die moderne Technologie und die zeitgenössischen Managementmethoden angewendet werden sowie Hilfe für die Geschäftsfrauen, ihre Hindernisse zu überwinden.

Den neuen von Mawred ausgewählten Projekten, die reife ökonomische Ideen beinhalten, wird eine Inkubationsperiode von 3 bis 12 Monate gegeben.

Fund for integrated rural Development of Syria (FIRDOS)

FIRDOS wurde im Jahr 2001 als NGO ebenfalls unter der Schirmherrschaft von Asmaa Al-Assad gegründet. Die Organisation zielt darauf ab, nachhaltige Entwicklung im ländlichen Gebieten zu unterstützen, um diesen Gebieten zu ermöglichen, ein wirksamer Partner in der nationalen Ökonomie zu sein.¹⁷⁶

Die Aktivitäten von FIRDOS können in drei Bereiche unterteilt werden: Einkommensgenerierung, Infrastrukturentwicklung, Ausbildung und Training. Ende des Jahres 2003 war Firdos in der Lage, 56 unterschiedliche Projekte mit Kosten von über 30 Millionen SYP durchzuführen, von denen 23 Gesundheits-, 15 Ausbildungs-, 10 Straßenbau und 7 Umweltbezogene Projekte waren. FIRDOS unterstützt 1.012 Projekte, die Einkommensquellen für 3.322 Nutznießer schaffen. Die gesamten vergebenen Kredite für diese Projekte liegen bei 157 Millionen SYP (3.078.431 US\$) und ihre Tilgungsrate ist 100%.¹⁷⁷ Die Europäische Union (EU) und United Nation (UN) beteiligten sich mit 60% an der Finanzierung des FIRDOS, und die restlichen 40% wurden durch die syrischen Institutionen erbracht.¹⁷⁸ Bis 2004 haben die NGOs die Kredite ohne Zinsen vergeben. Danach begann die Abrechnung bei einem Zinssatz von 4,5%, mit einer Laufzeit von max. 30

¹⁷⁶ Ministry of Industry (2006), S. 19.

¹⁷⁷ UNDP (2006a), S. 19.

¹⁷⁸ CGAP (2008), S. 23.

Monaten und der Möglichkeit einer monatlichen Rückzahlung. Die Kredite haben eine durchschnittliche Höhe von 2.850 US\$. Die Rückzahlung der Kredite beträgt 99%.¹⁷⁹ Obwohl die Organisation beabsichtigt, weiter zu expandieren, indem sie plant, noch zwei Kreditoffiziere zu beschäftigen zusätzlich zu den derzeitig beim Programm Tätigen, plant FIRDOS nicht, sich in eine Mikrofinanzbank umzuwandeln.¹⁸⁰

BIDAYA

BIDAYA ist eines von mehreren Jugendgeschäft Programmen, die in Syrien in den letzten Jahren gegründet wurden. Es wurde im August 2004 gegründet. Es bietet den jungen Unternehmern Geschäftsberatungsdienstleistungen und Startkredite. Die meisten seiner Kredite sind nicht durch Garantien gesichert, sondern der Geschäftsplan des vorgeschlagenen Kleinstunternehmens und sein prognostiziertes Ergebnis sind die entscheidenden Kriterien für die Kreditvergabe. Im Gegensatz zu anderen NGOs, die in der wirtschaftlichen Entwicklung arbeiten, konzentriert sich BIDAYA auf Beratung, bietet vergleichsweise größere Kreditbeträge und fördert nicht unbedingt die Investitionen in ländlichen Gebieten .

BIDAYA bietet Kredite bis zu 4.000 US\$ für alle arbeitslosen oder unterbeschäftigten Syrer im Alter von 18-35, die eine durchführbare Geschäftsidee haben und bisher nicht in der Lage sind, die Finanzierung durch herkömmliche Mittel zu ermöglichen. Die Rückzahlungsfrist beträgt 36 Monate mit einer Fristverlängerung bis zu 3 Monaten. Eine jährliche Verwaltungsgebühr von 6-7 Prozent des Kreditbetrages wird erhoben. Wie FIRDOS plant BIDAYA nicht, sich in eine Mikrofinanzbank umzuwandeln, weil es darauf abzielt, seine Operationen als akkreditiertes Programm der Jugend im Geschäft international (YBI) fortzusetzen.¹⁸¹

¹⁷⁹ CGAP (2008), S. 23.

¹⁸⁰ Vgl. Akinci; Çetin; Khalaf; Libois (2008), S. 9.

¹⁸¹ Vgl. Akinci; Çetin; Khalaf; Libois (2008), S. 10-11.

2.2.3.3 Internationale Mikrofinanzprogramme

Aga Khan Development Network

Die Agenturen des Aga Khan Development Network (AKDN) haben über 60 Jahre Mikrofinanzprodukte und Dienstleistungen durch integrierte Entwicklungsprogramme und selbstständige Mikrofinanzinstitutionen in über 12 Entwicklungsländern angeboten. Im November 2005 arbeitete die Aga Khan Agentur für Mikrofinanz als Dachorganisation für diese Programme. Die Agenturen agieren in den folgenden Ländern: Afghanistan, Burkina Faso, Ägypten, Indien, Kasachstan, Kenia, die Kirgisische Republik, Madagaskar, Mali, Mosambik, Pakistan, Syrien, Tadschikistan, und Tansania.¹⁸²

Das AKDN schließt unterschiedliche Bereiche wie Gesundheit, Ausbildung, Kultur, landwirtschaftliche Entwicklung, Aufbau von Institutionen sowie die Förderung der ökonomischen Entwicklung ein. Das Netzwerk zielt darauf ab, die Lebensbedingungen der Armen zu verbessern, ohne ihren Glauben, Ursprung oder Geschlecht zu berücksichtigen.¹⁸³ Die Aga Khan Agentur für Mikrofinanz arbeitet, um einen Zugang zu Finanzdienstleistungen wie Mikroversicherung, Mikrokredit, Ersparnisse sowie die Ausbildung und Gesundheitsversorgung für die Armen zu schaffen. Solche Programme dehnen sich von Anleihen der Genossenschaften in Dörfern zu Mikrofinanzbanken in Süd- und Zentralasien, Afrika und im mittleren Osten aus.¹⁸⁴

Mikrofinanzangebote in Syrien durch Aga Khan

Aga Kahn startete seine Mikrofinanzangebote in Syrien im Jahr 2003 in fünf Gouvernements des Landes. Die Mikrofinanzprogramme zielen darauf ab, Einkommen in den niedrigen Einkommensgebieten zu schaffen sowie die kleinen landwirtschaftlichen und industriellen Unternehmen zu fördern. Sie umfasst die Finanzierung von Aktivitäten wie Wohnungssanierung, Expansion von Kleingeschäften, Finanzierung von Handwerksfertigungen, Tourismus- Initiativen, technische Unterstützung, Training sowie andere Formen der Unterstützung. In Hama und Aleppo z.B. vergibt sie kleine Kredite zum Zwecke der Häusersanierung in den historischen Stadtteilen, um den Tourismus zu fördern. Außerdem unterstützen die Mikrofinanzprogramme das Programm „Gesunde Dörfer“, welches von der syrischen Regierung in Zusammenarbeit mit der WHO und natio-

¹⁸² Aga Khan Agency for Microfinance (2005), S. 9, S. 20.

¹⁸³ Aga Khan Development Network (2008), S. 1.

¹⁸⁴ Aga Khan Foundation (2006), S. 4.

nalen und internationalen Anbietern durchgeführt wurde.¹⁸⁵ Das Programm „gesunde Dörfer“ ist eine Methode zur Förderung und Beschleunigung des Prozesses, Gesundheit für alle zu erreichen. In diesem Prozess wird die Priorität auf die Schaffung einer unterstützenden Struktur mit einer Fokussierung auf die Entwicklung des Dorfes gesetzt.¹⁸⁶

Diese Programme basieren im Wesentlichen auf den Bedürfnissen der lokalen Gemeinschaften. Sie zielen aber auf die Nachhaltigkeit d.h. die vollständige Abdeckung der Kosten, um die Langlebigkeit der Programme und die Lebensfähigkeit ihrer Projekte sicherzustellen.¹⁸⁷

Bei der Kreditvergabe werden die Anträge der Armen von dem lokalen Dorfkomitee und dem Kreditkomitee in der Aga Khan Agentur für Mikrofinanz (AKAM) überprüft. Die Kreditbeamten besuchen die Dörfer regelmäßig, und sie sprechen mit den Armen, um ihre Bedürfnisse abzuklären und sie zu befriedigen. Die potenziellen Kreditnehmer werden während der Antragstellung beraten, und es wird ihnen geholfen, einen durchführbaren Geschäftsplan zu entwickeln. Es gibt auch weibliche Kreditbeamte, die die lokalen Frauen treffen.¹⁸⁸

Die Kredite haben unterschiedliche Volumen, die zwischen 60 US\$ und 3.000 US\$ schwanken. Der Kreditnehmer soll seinen Kredit dadurch gewährleisten, dass er zwei Bürger aus der lokalen Gesellschaft findet, die für seinen Kredit bürgen können. Die Kredite sollen in 3 bis 24 Monate zurückbezahlt werden. Bis Ende September 2005 wurden von AKAM über 12.000 Kredite in Höhe von 12 Millionen US\$ in Syrien vergeben. Die Kreditrückzahlung betrug 99%.¹⁸⁹

Im Jahre 2007 betrug der Kreditbestand 11 Millionen US\$. Von 13.650 Kreditnehmern waren 24% Frauen. AKAM hat jetzt ihre Aktivitäten dadurch institutionalisiert, dass sie in Übereinstimmung mit der syrischen Gesetzgebung ihr aktuelles Programm in das einer Mikrofinanz-Bank (FMFB Syrien) umwandelt.¹⁹⁰

¹⁸⁵ Aga Khan Agency for Microfinance (2008), S. 1.

¹⁸⁶ WHO (2003b), S. 11.

¹⁸⁷ Aga Khan Development Network in Syria (2008), S. 3.

¹⁸⁸ Aga Khan Development Network in Syria (2008), S. 3.

¹⁸⁹ Aga Khan Development Network in Syria (2008), S. 3.

¹⁹⁰ Vgl. Toureille (2007), S. 6.

United Nation Development Programme

Das Mikrofinanzprogramm in Jabal Al-Hoss in Nord-Syrien startete im Jahr 2000 mit einem Pilotprojekt. Es handelt sich um ein UNDP Programm, welches gemeinsam mit dem syrischen Landwirtschaftsministerium durchgeführt wird.¹⁹¹ Jabal Al-Hoss besteht aus 157 Dörfern, die zu den ärmsten ländlichen Gebieten in Syrien zählen.¹⁹² Das jährliche pro Kopf-Einkommen betrug nur 198 US\$, was weniger als 1/6 des nationalen Durchschnitts ist. Das Rural Community Development Projekt (RCDP) in Jabal Al-Hoss zielt darauf ab, ein institutionalisiertes Mikrofinanzsystem auf nationalem Niveau zu etablieren, welches den nationalen, kulturellen und sozialen Sitten entspricht und mit bewährten internationalen Praktiken übereinstimmt. Durch Einkommen schaffende Aktivitäten können mittels dieses Projekts Finanzdienstleistungen für die Armen angeboten und ihre spezifischen Bedürfnisse befriedigt werden.¹⁹³

Das Projekt wurde in zwei Phasen durchgeführt. Während der ersten Phase 1999 bis 2002 wurde das Projekt mit einem anfänglichen UNDP Zuschuss von 1.420.930 US\$ ausgestattet, von denen 500.000 US\$ zu Darlehenskapital wurden. Die zweite Phase der Finanzierung lief von 2003 bis 2007. Dieses beinhaltet einen Zuschuss des UNDP in Höhe von 50.000 US\$ für die Unterstützung des Projektbudgets, einen Zuschuss an das Ministerium für Landwirtschaft von der japanischen Regierung in Höhe von 1.500.000 US\$ und einen Beitrag der syrischen Regierung in Höhe von 760.138 US\$ für verschiedene Verwaltungs-, Betriebs- und Wartungskosten.¹⁹⁴

Im Jahr 2002 wurden Maßnahmen ergriffen, um ein Netzwerk zu etablieren, das professionelle Dienstleistungen zur Verfügung stellt. Außerdem wurde ein Dialog über die Bedeutung der Herstellung eines möglichen legalen Rahmens gestartet. Während der nächsten Phase des Projekts von 2003-2007 haben sich die japanische Regierung und UNDP auf die Expandierung ähnlicher Mikrofinanznetzwerke in Syrien als Strategie für ländliche Entwicklung, Armutsbekämpfung sowie für die Schaffung neuer Arbeitsplätze vorbereitet.¹⁹⁵

¹⁹¹ Vgl. Seibel (2003), S. 11.

¹⁹² Vgl. Imady; Seibel (2005), S. 2-4.

¹⁹³ Vgl. Al- Assad; Abdulkarim (2005), S. 1.

¹⁹⁴ CGAP (2008), S. 20.

¹⁹⁵ Vgl. Al -Assad; Abdulkarim (2005), S. 1.

Organisation der Village Fonds

Das Programm in Jabal Al-Hoss ist folgendermaßen organisiert: Jedes Dorf muss mindestens 300 Einwohner haben, um den Dorffond aufrechtzuerhalten. Ein Dorffond benötigt mindestens 100 Aktionäre, von denen jeder mindestens eine Aktie mit dem Nennwert von 20 US\$ kauft. 50% der Aktionäre müssen 18 Jahre alt sein. Die Dörfer wählen ein Komitee für den Dorffond, das einen Buchhalter und zwei Mitarbeiter (einen Mann und eine Frau) umfasst. Bei Aktionärskonferenzen entspricht die Stimmzahl der Aktionäre ihrem Aktienanteil.¹⁹⁶ Das anfängliche Kapital wurde von den Aktionären eingezahlt.¹⁹⁷ UNDP bietet eine Subvention in der Höhe des Kapitalminimums (2.000 US\$), um sie als Kredite zu vergeben.¹⁹⁸

Operationsmodus der Village Fonds

Der Dorffond zielt darauf ab, den Armen auf deren Bedürfnisse zugeschnittene Finanzdienstleistungen anzubieten. Er arbeitet nach dem Hauptprinzip, dass die Armutgruppen selbst ihre eigenen persönlichen, finanziellen und institutionellen Ressourcen mobilisieren und als kontinuierlichen Prozess in die sozioökonomische Entwicklung einführen. Dies wird sichergestellt durch die vier folgenden Richtlinien: Eigenständigkeit, Autonomie, Sustainability und zunehmende Erreichbarkeit der Armen.¹⁹⁹

Eigenständigkeit

Diese basiert auf der Mobilisierung sowie auf dem Besitz der lokalen Ressourcen:

Kulturelle Selbstverwaltung: basiert auf dem Konzept des Fonds als historische Community based Finanzinstitution.

Organisatorische Selbstverwaltung: Diese basiert auf der Selbstverwaltung der lokalen Männern und Frauen durch ein gewähltes Komitee.

Finanzielle Selbstverwaltung: Diese basiert auf der Selbstfinanzierung des Fonds durch das Aktienkapital, welches durch die Mitglieder bezahlt wird, sowie das Beharren auf vollständiger Kreditrückzahlung. Die Mitglieder erhalten Anteile von Gewinnen aus nicht subventionierten Fondanteilen.

¹⁹⁶ Vgl. Brandsma; Bujorjee (2004), S. 70-74.

¹⁹⁷ Vgl. El-Hawary; Grais (2005a), S.3.

¹⁹⁸ Vgl. Brandsma; Bujorjee (2004), S. 74.

¹⁹⁹ Vgl. Imady; Seibel (2005), S. 4-5.

Autonomie

Die Autonomie basiert auf Selbstauswahl der Miteigentümer sowie der zu finanzierenden Projekte und der Selbstbestimmung von Ausleihentscheidung.

Sustainability

Die Sustainability basiert auf der Etablierung von betrieblicher und finanzieller Unabhängigkeit, lokalen Finanzinstitutionen, gemeinsam mit regionalen Gemeinschaften und einem regionalen Fonds.

Zunehmende Erreichbarkeit der Armen

Diese wird durch Vergrößerung der Mitgliederzahl der Fonds sowie der Vergrößerung der Fondsanzahl und durch Ressourcenwachstum überall in Syrien erreicht.

Frauen als Eigentümerinnen und Kundinnen der Fonds

Die Village Fonds richten besondere Aufmerksamkeit auf Frauen. Diese finden ohne Schwierigkeiten einen Zugang zu den Krediten, weil die Village Fonds keine Sach Sicherheiten verlangen. Deshalb sind sie für Frauen attraktiv. Die Frauen verwenden ihre Kredite für Geschäfte wie das Mästen der Schafe, Rinderzucht, Eröffnen kleiner Geschäfte, usw. Das Nebeneinkommen wird benutzt, um die Familie zu unterstützen.²⁰⁰

Der Prozentsatz der weiblichen Mitglieder in den Fonds hat sich von 35% im Jahr 2000 auf 38% Ende des Jahres 2001 erhöht, wobei die weiblichen Mitglieder ihre eigene Arbeit durch ein Frauenkomitee managen. Der Anteil des in Frauenbesitz befindlichen Aktienkapitals hat sich von 33% im Jahr 2000 auf 38% im Jahr 2001 erhöht. Die an Frauen vergebenen Kredite sind von 13% der gesamten vergebenen Kredite im Jahr 2000 auf 33% Ende 2001 gestiegen.²⁰¹ Dieser Prozentsatz der weiblichen Kunden ist aber immer noch vergleichsweise niedrig.

Kreditvergabe nach den islamischen Prinzipien

Der Islam verbietet die Erhebung von Zinsen. Deshalb werden die Kredite nach den islamischen Prinzipien vergeben, um den Bedürfnissen der Kreditnehmer zu entsprechen, die die konventionelle Zinssätze zurückweisen, weil sie sie als "Riba" betrachten. Die Aufhebung von Zinssätzen bedeutet jedoch nicht, dass keine Kapitalgewinne erzielt

²⁰⁰ Vgl. Seibel; Lubbock; Dommel (2002), S. 15; Seibel (2003), S. 11.

werden, vielmehr bilden die Gewinne eine Grundlage für dieses Projekt in Bezug auf die Prinzipien Gerechtigkeit, Risiko und Nutzenteilung.

Eine weit verbreitete islamische Finanz-Methode ist „Murabaha“.²⁰²

Das Programm Village Fonds in Jabal Al-Hoss geht einen Schritt weiter bei der Durchführung des Prinzips von Murabaha. Die Dorfbewohner kaufen Aktien und werden Eigentümer der Village Fonds. Die Kredite werden nach der Murabaha Methode vergeben und die Dividenden werden jährlich an die Aktionäre verteilt, falls die Gewinne ausreichen.²⁰³ Auf über 5.600 wurden die Murabaha-Verträge zwischen dem Anfang des Programms im Jahr 2000 und Ende 2003 geschätzt.²⁰⁴ Die Village Bank gibt Kredite an öffentlichen Banken mit Zinsen von 2%, während diese die Kredite mit Zinsen in Höhe von 4% vergeben.²⁰⁵

Auswirkung der Mitgliedschaft bei Village Fonds

Eine von Buerli und Aw-Hassan im Zeitraum 2000/ 2001 bis Ende des Jahres 2003 durchgeführte Untersuchung über die Auswirkung der Partizipationen an den Dorffonds ist zu einigen positiven Resultaten gekommen, jedoch reicht eine Periode von 24 Monate für die Messung der Auswirkung der Mitgliedschaft nicht aus. Beim Betrachten der durchschnittlichen Schulden der Haushalte wurde ein signifikanter Unterschied zwischen Fondsmitgliedern und Nichtmitgliedern gefunden. Die Nichtmitglieder-Haushalte, die sich Geld von einem Fond im Jahr 2000 oder 2001 ausliehen, waren in dieser Zeit die am höchsten verschuldeten Haushalte. Der Grund besteht darin, dass diese Haushalte das Geld aus informellen Quellen mit hohen Zinsen ausgeliehen haben. Diese Haushalte hatten weniger Vertrauen in die neuen Mikrofinanzinstitutionen oder keine Kenntnis von diesen. Da sie unter Druck waren, mussten sie jede Geldsquelle akzeptieren, um mit ihren Schulden umgehen zu können.²⁰⁶

Syrian Enterprise and Business Center

Das Syrian Enterprise and Business Center (SEBC) ist eine syrische Gründung, die aus 10 Jahren Partnerschaft zwischen der syrischen Regierung und der europäischen Union mit einer allgemeinen Agenda zur Förderung der Entwicklung der syrischen Wirtschaft

²⁰¹ Vgl. Seibel; Lubbock; Dommel (2002), S. 14, S. 17.

²⁰² Vgl. Brandsma; Bujorjee (2004), S. 30.

²⁰³ Vgl. Brandsma; Bujorjee (2004), S. 30; Obidullah; Khan (2008), S. 19.

²⁰⁴ Vgl. El-Hawary; Grais (2005b), S. 2.

²⁰⁵ Vgl. Brandsma; Bujorjee (2004), S. 72.

resultiert. Es stellt dem privaten Sektor finanzielle Mittel für sein Wachstum und seine Entwicklung zur Verfügung mit dem Ziel, die internationale Wettbewerbsfähigkeit des privaten Sektors und die Effektivität der Geschäfte, welche von ihm unterstützt werden, zu erhöhen. SEBC arbeitet als EU finanziertes Projekt eng mit seinen Partnern, der Vereinigungen der syrischen Handelskammern, dem Ministerium für Wirtschaft und Handel und dem Ministerium für Industrie zusammen, um den syrischen Geschäftssektor in die globale wettbewerbliche dadurch Arena einzuführen, dass es den fortschreitenden Übergang zu einer Marktwirtschaft sowie den erfolgreichen Eintritt in die Euro-Mittelmeer Handelsfreizone erleichtert.²⁰⁷

SEBC – Dienstleistungen

SEBC bietet in seinen Büros in Aleppo und Damaskus die folgenden Unterstützungen in Form von Betriebsdiensten an.²⁰⁸

Geschäftsentwicklung

Das SEBC fördert die Entwicklung und das Wachstum von Geschäftsunternehmen, damit diese den Herausforderungen einer offenen Marktumgebung entsprechen können. Eine direkte Aufforderung an die Firmen kann private Unternehmen ermutigen, sich auf die Realität des Marktplatzes als Basis für verbesserte Leistungen zu konzentrieren.

Management Training

Es bietet ein breites Trainingsangebot in den Bereichen Management und Marketing. Es entwickelt und führt neue Trainingsprogramme ein. Es unterstützt die Trainingszentren für das Kammermanagement, es bietet unternehmensspezifische Trainingsprogramme und zielorientiertes Training für die lokalen Geschäftsberaterinstitutionen.

Erleichterungen der Finanzierung

Es bietet mittel- oder langfristigen Zugang zur Finanzierung durch die syrischen (Small and Medium Enterprise) SMEs mit der Zielsitzung, ihre Geschäfte wachsen zu lassen.

Erleichterung von Geschäften

Es fördert die syrischen Unternehmen in Entwicklung ihrer Fähigkeiten, Exportschnelligkeit zu erreichen und die Exportfirmen mit den regionalen und Weltmärkten zu ver-

²⁰⁶ Vgl. Buerli; Aden (2004), S. 6.

²⁰⁷ SEBC (2008), S. 1.

binden. Es identifiziert und entwickelt neue Arbeitsmärkte, organisiert Geschäftsmessen und gibt fachkundige technische Broschüren heraus, die auf Exportentwicklung bezogen sind.

United Nations Relief and works Agency (UNRWA)

Seit 2003 hat UNRWA ein Mikrofinanzprogramm in zahlreichen Ländern im Mittleren Osten - zuletzt in Syrien - durchgeführt. Das Programm bietet Mikrokredite an palästinensische Leute unter der Voraussetzung, dass die Kredite durch die Gehälter der bei der Regierung angestellten Mitarbeiter garantiert werden müssen.

Das UNRWA Mikrokreditprogramm konzentriert sich nicht auf die landwirtschaftliche Entwicklung, da alle bestehenden palästinensischen Camps in städtischen Bereichen liegen.²⁰⁹

Mikrofinanzprogramm der Sparbank²¹⁰

Wie schon im Abschnitt 2.2.2.1. erwähnt, beteiligen sich staatseigenen Banken an der Finanzierung der Mikrofinanzprogramme. Aber die Sparbank hat mit einem neuen Kreditprogramm angefangen, um Mikrokredite für die sozialen Schichten mit niedrigem Einkommen zu gewährleisten, welche ihnen helfen können, einfache Arbeiten zu entwickeln und sie rentabler zu machen. Das die neue Kreditprogramm der Sparbank vergibt Mikrokredite, die eine Laufzeit von vier Jahren nicht überschreiten. Das Programm wird zuerst in den drei Gouvernoraten Homs, Tartus und Latakia ausprobiert und später wird es auf andere Provinzen ausgedehnt. Das Mikrofinanzprogramm beinhaltet unterschiedliche Kreditarten, welche im Folgenden gezeigt werden.

Frauenkredit

Dieser wird insbesondere an Frauen vergeben. Die Kreditvergabe beinhaltet vier Perioden. Die Kundin muss in der ersten Periode einen Kredit bekommen, damit sie einen Kredit in der zweiten Periode bekommt. Die Kredite in der ersten Periode werden in Höhe 9.000 SYP vergeben mit einer Laufzeit von neun Monaten für die Rückzahlung. In der vierten Periode werden die Kredite in Höhe von 20.000 SYP und mit einer Lauf-

²⁰⁸ SEBC (2008), S. 1.

²⁰⁹ Vgl. Akinci; Çetin; Khalaf; Libois (2008), S. 15.

²¹⁰ Microfinance Gateway (2009), S. 1.

zeit von 12 Monaten vergeben. Diese Art von Kredit richtet sich an Frauen, die in einfachen häuslichen Projekten (wie z.B. Nähen, Stickerei usw.) arbeiten wollen.

Solidaritätskredite

Diese werden an Frauen vergeben, die eine Gruppe von vier Frauen bilden. Die Frauen wählen selbst die Mitglieder ihrer Gruppe ohne Intervention der Bank, so dass jede Frau einen gleichen Anteil des Kredits bekommt. Sie zahlen ihren Kredit zusammen zurück. Der Anteil des Kredits ist in Höhe von 10.000 SYP, welcher an alle Gruppenmitglieder vergeben wird. Diese Kreditart richtet sich an Frauen, die gemeinsam in einem Projekt oder in unterschiedlichen Projekten arbeiten. Diese Projekte werden häufig zu Hause durchgeführt.

Personalkredit

Dieser wird an weibliche und männliche Kunden vergeben. Die Kredite werden in Höhe von 24.000 SYP mit einer Laufzeit von 12 Monaten bis 300.000 mit einer Laufzeit von 30 Monaten vergeben. Diese Art von Kredit zielt darauf ab, große Projekte zu finanzieren, die außerhalb des Hauses durchgeführt werden. Dieser Kredit muss durch eine Bürgschaft gewährleistet werden.

Spitzenkredit

Dieser ist auf weibliche und männliche Kunden spezialisiert und wird nur für lizenzierte Projekte vergeben. Er wird als spezialisierter Kredit an den Kreditnehmer von den obigen erwähnten Krediten bei der Entwicklung ihrer Projekte vergeben. Außerdem wird er für bestehende Projekte vergeben, die erhebliche Finanzmittel benötigen. Die Höhe des Kredits liegt zwischen 300.000 SYP und 1 Million SYP mit einer Laufzeit von einem Monat bis 48 Monaten und einer Ablaufzeit von 2 bis 4 Monaten. Die persönliche oder sachliche Bürgschaft ist erforderlich bei dieser Art von Kredit.

2.2.3.4 Charakteristika des Marktes

Das Mikrofinanzsystem in Syrien hat drei Eigenschaften, welche das syrische Mikrofinanzsystem von den anderen arabischen Systemen unterscheiden. Der niedrige Prozentsatz der weiblichen Kunden, die Ausdehnung des angebotenen Services, der hohe Prozentsatz der ländlichen Kunden und die aufgrund des engeren Fokus möglichen Risiken stellen eine Besonderheit dar.²¹¹

Der niedrige Prozentsatz der weiblichen Kunden

Der Anteil der Frauen, die an Mikrofinanzprogrammen teilnehmen, ist vergleichsweise niedrig. Durchschnittlich liegt der Prozentsatz der weiblichen Kunden bei 19%. Dieser beträgt aber in dem arabischen Gebiet durchschnittlich 60%. Es ist sehr wichtig zu bemerken, dass andere arabische Länder wie Ägypten, Jemen auch mit einem sehr niedrigen Prozentsatz an Frauen ihre Programme gestartet haben und der Anteil der Frauen an Mikrofinanzprogrammen in diesen Ländern sehr niedrig geblieben ist, bis spezielle Programme für die Frauen eingeführt wurden. Dann hat sich der Anteil erhöht.

Hoher Prozentsatz der ländlichen Kunden

Mikrofinanz in Syrien bildet in erster Linie ein ländliches Phänomen, wobei die meisten Mikrofinanzanbieter sich auf die ländliche Entwicklung konzentrieren. Die ländlichen Kunden bilden einen Anteil in Höhe von 21% aller Mikrofinanzkunden im arabischen Gebiet. Dieser Anteil ist in Tunesien relativ hoch, wo die ländlichen Kunden 55% aller Kunden betragen. In Syrien ist dieser Prozentsatz noch höher (71%).

Mögliche systemische Risiken

Ein großer Anteil der vergebenen Kredite wird in Finanzierung der Viehhaltung oder der ländlichen Produkte investiert. Dies kann zu hohen systemischen Risiken führen und die Sustainability der Mikrofinanzprogramme gefährden. Schlechte Ernten oder Tierseuchen können das Mikrofinanzportfolio vernichten und so die gesamte Organisation bedrohen.

²¹¹ Vgl. Brandsma; Bujorjee (2004), S. 70-71.

2.2.4 Herausforderungen

Die Mikrofinanzprogramme in Syrien unterscheiden sich kaum von den schon lange in anderen arabischen Ländern wie Ägypten, Jordanien existierenden Programmen, weil der Entstehungsgrund dieser Programme sowie die allgemeinen Eigenschaften in diesen Ländern (Kultur, ökonomische Lage, soziale Lage, Lebensstandard) ähnlich wie in Syrien sind. Deshalb kennzeichnen die unterschiedlichen Herausforderungen an die Mikrofinanz in diesen Ländern auch die Forderungen an die Programme in Syrien. Die Herausforderungen an Mikrofinanzprogramme in Syrien sind: Die Mikrofinanz in Syrien ist relativ neu. Deshalb besteht eine Notwendigkeit darin, das allgemeine Publikum und die Regierungsbehörden über die Mikrofinanz zu belehren und die potentiellen Kunden der Mikrofinanzierung zu fördern.²¹² Zum anderen leiden die meisten Programme an finanziellen Problemen. Deshalb sind sie gezwungen, sich auf die individuellen sowie familiären Ersparnisse zu Beginn zu verlassen. Außerdem leiden viele Programme noch unter schwacher Managementkapazität und Mangel an materieller Voraussetzung. Vielen fehlt die Transparenz.²¹³ Der Mangel an Infrastruktur bildet ein Hindernis, die Armen in den entlegenen Gebieten zu unterstützen. Besonders behindert der Mangel an Zugang zum Wasser, zur Elektrizität, zur grundlegenden Ausbildung und zur Gesundheitsversorgung die Erfüllung der Nachfrage nach finanziellen Dienstleistungen.²¹⁴ Soziale und kulturelle Barrieren können ein Hindernis gegen die Expansion der Mikrofinanz sein. Der muslimische Glauben verbietet die Anwendung von Zinssätzen bei finanziellen Transaktionen und ist dadurch ein Hindernis gegen die Expansion von Ausleihe und Aufnahme von Kredite.²¹⁵ Es fehlt dem Mikrofinanzsektor die legale Struktur, welche für die Unterstützung der Gründung von Banken, die keine Einlage annehmen, erforderlich ist. Außerdem fehlt ihm die unterstützende Infrastruktur wie Kreditbüros, Beratungsagenturen, die Buchhaltungs- oder Revisionsdienstleistungen, die die Kommerzialisierung des Sektors fördern.²¹⁶

Neben der bereits erwähnten Herausforderung kennzeichnen die Mikrofinanzprogramme in Syrien reichliche Schwachstellen. Im Folgenden werden diese Schwachstellen dargestellt. Das Regierungsprogramm ACU ist damit gescheitert, durch sein Produkt

²¹² Planet Finance (o.Jb), S. 11.

²¹³ Vgl. Brandsma; Bujorjee (2004), S. 47.

²¹⁴ Vgl. Brandsma; Chaouali (1998), S. 15.

²¹⁵ Vgl. Brandsma; Chaouali (1998), S. 14.

²¹⁶ Vgl. Brandsma; Bujorjee (2004), S. 46.

„family-loans“, die Ärmsten der Armen in weiten Gebieten zu erreichen. Der Grund lag in den Mängeln der Sicherheitsmaßnahmen. Das Modell hat die Sicherheitsmaßnahmen erweitert, indem es nicht nur die Gehälter der Beamten sondern auch die Sachvermögen wie Häuser als Garantie für die Rückzahlung des Kredits annimmt. Trotzdem waren diese Maßnahmen nicht ausreichend, weil die Häuser in diesen Gebieten aufgrund des Fehlens eines Grundbuches als Garantie nicht geeignet sind und zum anderen die Anzahl der Beamten sehr niedrig ist. Neben dem Problem der Sicherheitsmaßnahmen ist ein weiterer Kritikpunkt an diesem Programm zu erwähnen. Bei der Auswahl der Kunden durch die Beratungsstellen spielt der Nepotismus unter den Mitarbeitern eine sehr wichtige Rolle, so dass die Ärmsten der Armen häufig ausgeschlossen werden. Ein weiterer Kritikpunkt besteht darin, dass es dem Mikrofinanzsektor an Produktdiversifikation mangelt. Das einzige angebotene Produkt ist der Mikrokredit. Die Kredite werden überwiegend für die Unternehmenstätigkeiten zur Verfügung gestellt, während sie für die Konsumzwecke wie Zahlung der Schulgebühren oder der medizinischen Rechnungen nicht gegeben werden. Auszahlungsdienste, Überweisungen und Versicherungsleistungen sind nicht vorhanden.²¹⁷ Bei Kreditvergabe hat ACU nicht die Priorität, die Armen oder die Ärmsten der Armen zu erreichen. Das Armutsniveau bildet nicht das Hauptkriterium bei der Auswahl der Kunden, an die die Kredite vergeben werden, da ACU nicht mit Armutsbekämpfung beschäftigt ist, sondern mit der Bekämpfung der Arbeitslosigkeit.

Das „family-loans“ Modell ist ein wichtiges Mikrofinanz Programm in Syrien. Der Sektor ist immer noch jung, aber trotz seiner begrenzten Erfahrung wächst er sehr schnell. Da ACU von der Regierung unterstützt wird, kann es ein zukünftiges Hindernis für die Mikrofinanz Programme in Syrien sein. Das Verhältnis zwischen den staatlich subventionierten Programmen und den nachhaltigen Marktführerprojekten kann ein Haupthindernis sein, mit welchem die Mikrofinanz in Syrien konfrontiert wird. In der Regel wird die Mikrofinanz negativ durch die Regierungsprogramme beeinflusst, weil diese nicht auf Gewinne abzielen und ihre Finanzdienste nicht beständig sind und mit niedrigen Zinsen angeboten werden.²¹⁸ Daher kann das Programm die zukünftige Entwicklung der Mikrofinanz in Syrien gefährden.

²¹⁷ Vgl. Brandsma; Bujorjee (2004), S. 47.

²¹⁸ CGAP (2004), S. 1.

Das Problem der Kreditsicherheit ist zu lösen, indem das ACU bei der Kreditvergabe sich nicht nur auf die individuellen Kredite beschränkt, sondern weitere Methoden bei der Kreditvergabe verwendet, wie die Vergabe an „Solidaritätsgruppen“. Dieses Modell war in vielen Ländern sehr erfolgreich. Es ist sehr wichtig, den Bedarf des Binnenmarkts an unterschiedlichen Produkten zu analysieren, damit die Armen ihre Kredite nicht in Produkte investieren, die nicht vertrieben werden können. Zum anderen sollen die Vertriebsmöglichkeiten in den anderen arabischen und ausländischen Märkten erweitert werden. Der kontinuierliche Erfolg von ACU ist sehr wichtig, da andere Seiten und Organisationen in der Gesellschaft dadurch motiviert werden können, ähnliche Dienste anzubieten. Finanzielle Ressourcen der Mikrofinanzprogramme müssen erhöht werden, damit sie der Mehrzahl der Armen dienen können. Solche Erhöhung kann erfolgen, indem die Reichen und die Leute mit hohem Einkommen verpflichtet werden, eine Steuer zu bezahlen, deren Rendite den staatlichen Mikrofinanzprogrammen zufließt. Die Produkte der Mikrofinanzprogramme dürfen sich nicht nur auf die Vergabe von Mikrokrediten beschränken, sondern es sollte eine Variation der Produkte (Spareinlagen, Auszahlungsdienste, Überweisungen sowie Versicherungsdienstleistungen) erfolgen. Somit können die unterschiedlichen Bedürfnisse der Armen befriedigt und weiteres Einkommen erzeugt werden, welches hilft, weitere Armen zu erreichen. Analog zu den unterschiedlichen Erfahrungen mit Mikrofinanz in den arabischen Ländern, die ähnliche Verhältnisse wie Syrien haben, kann festgestellt werden, dass die folgenden Punkte für den Erfolg von Mikrofinanz in Syrien wesentlich sind.²¹⁹

- Stabile makroökonomische Umwelt.
- Eine Führung, die in der Lage ist, die Reformen zu steuern und stabile politische Verhältnisse zu gewährleisten.
- Beträchtliche Unterstützung mit Human- und Finanzkapital von Regierung und externen Agenturen.
- Liberale finanzielle Politik des Sektors, welche es den Banken überlässt, ihre Produkte zu konstruieren und sie gemessen an dem Kostendeckungsprinzip zu bewerten.
- Große Investitionen in Schulung des Personals durch Training und Besoldung als Leistungsanreize.
- Durchsichtige und transparente Finanzberichte sowie die Verantwortlichkeit.

²¹⁹ Vgl. Brandsma; Hart (2004), S. 31.

Zusammengefasst lässt sich sagen, dass der Mikrofinanzsektor in Syrien vorwiegend auf die Armutsbekämpfung durch Kreditvergabe für die ländliche Entwicklung durch Schaffung Entwicklung von Arbeitsplätzen ausgerichtet ist. Bislang ist eine Kreditvergabe für Finanzierung von Gesundheitszwecken nicht möglich.

Im nächsten Abschnitt wird auf den zweiten Themenbereich dieser Arbeit ausführlich eingegangen. Es handelt sich um das Gesundheitssystem in Syrien. Diese Darstellung zielt darauf ab, die Schwierigkeiten in diesem System zu ermitteln, um mögliche Lösungen anzubieten. Außerdem verfolgt dieser Abschnitt den Zweck, die Verbindung zwischen den beiden Themenbereichen Mikrofinanz und Gesundheitswesen zu zeigen dadurch, dass die Mikrofinanz als Instrument für die Finanzierung im Gesundheitswesen dargestellt wird.

2.3 Gesundheitswesen Syriens

2.3.1 Entwicklung des Gesundheitssektors

In den letzten Jahren wurde in der Syrischen Arabischen Republik ein großer Schritt zur Verbesserung der Gesundheitsversorgung getan. Die unterschiedlichen Indikatoren bieten einen Beweis für den Fortschritt im Gesundheitsbereich. In diesen Abschnitten werden die Entwicklungen des Gesundheitsstatus, der Mitarbeiter im Gesundheitswesen und der Gesundheitsversorgung erörtert. Diese werden mit den Indikatoren in ähnlichen Ländern wie Ägypten, Tunesien, Jordanien verglichen, weil ein solcher Vergleich die Möglichkeit bietet, sowohl die Entwicklungen als auch die Abweichungen besser zu erkennen. Die erwähnten Länder werden zum Vergleich herangezogen, weil sie in vielen Aspekten (Einkommen, Kultur, Religion, usw.) Syrien ähneln. Außerdem spielt in diesen Ländern der Staat eine bedeutsame Rolle für die Finanzierung der Gesundheit.

Gesundheitsstatus

Die Indikatoren des Gesundheitsstatus (Lebenserwartung, Säuglingssterblichkeitsrate, Kindersterblichkeitsrate, Müttersterblichkeitsrate) haben sich bedeutend verändert. Die Tabelle 5 zeigt, wie sich die Lebenserwartung in Syrien und in den vergleichbaren Ländern für die beiden Geschlechter entwickelt hat.

Tab. 5: Lebenserwartung in den Jahren 2002-2005

	2002		2005	
	Männer	Frauen	Männer	Frauen
Syrien	60	63	70	75
Tunesien	61	64	70	75
Ägypten	58	60	66	70
Jordanien	60	62	69	73

Quelle: World Health Organization 2007, S. 24-28.

Die Lebenserwartung in Syrien ist von 60 Jahren bei Männern und 63 Jahren bei Frauen im Jahr 2002 auf 70 Jahre bei Männern und 75 Jahre bei Frauen im Jahr 2005 gestiegen. Im Verhältnis zu einigen vergleichbaren Ländern wie Ägypten und Jordanien weist Syrien eine höhere Lebenserwartung auf. Diese betrug im Jahr 2005 in Ägypten 66 Jahre bei Männern und 70 Jahre bei Frauen. In Tunesien ist die Lebenserwartung ähnlich wie Syrien gestiegen.²²⁰

Bezogen auf die Entwicklung der Säuglingssterblichkeitsrate und der Kindersterblichkeitsrate in Syrien sowie in den vergleichbaren Ländern zeigt die Tabelle 6, wie sich diese Rate pro 1.000 Lebendgeburten in den Jahren 1990 bis 2005 reduziert hat.

Tab. 6: Entwicklung der Säuglingssterblichkeitsrate und der Kindersterblichkeitsrate pro 1.000 Lebendgeburten.

	Säuglingssterblichkeitsrate			Kindersterblichkeitsrate		
	1990	2004	2005	1990	2004	2005
Syrien	35	15	14	44	16	15
Tunesien	41	21	20	52	25	24
Ägypten	76	26	28	104	36	33
Jordanien	33	23	22	40	27	26

Quelle: World Bank 2006, S. 120-122; World Health Organization 2007, S. 24-28.

Die Säuglingssterblichkeitsrate ist in Syrien im Verhältnis zu den vergleichbaren Ländern niedriger. Sie betrug im Jahr 2005 in Tunesien 20 pro 1.000 Lebendgeburten, in

²²⁰ WHO (2007), S. 24, S. 28.

Ägypten 28 und in Jordanien 22.²²¹ Aber die Kindersterblichkeitsrate ist in Syrien im Verhältnis zu den vergleichbaren Ländern niedriger. Sie betrug in den genannten Ländern nach dem Bericht der WHO im Jahr 2005 in Ägypten 33 pro 1.000 Lebendgeburten, in Jordanien 26 und in Tunesien 24, während in Syrien nur 15% betrug.²²²

Bezogen auf die Müttersterblichkeitsrate pro 100.000 Lebendgeburten in Syrien und in den vergleichbaren Ländern wird die Entwicklung dieser Rate in den Jahren 2000 und 2005 in der Tabelle 7 dargestellt.

Tab. 7: Müttersterblichkeitsrate pro 100.000 Lebendgeburten in den Jahren 2000 und 2005

	Jahre	
Syrien	160	130
Tunesien	120	70
Ägypten	84	130
Jordanien	41	62

Quelle: World Health Organization 2007, S. 24-28; 2008, S. 48-52

Aus dieser Tabelle ist ersichtlich, dass diese Rate in Syrien und Tunesien vom Jahr 2000 bis 2005 zurückgegangen ist, während sie in den Ländern wie Ägypten und Jordanien gestiegen ist. Aber diese Rate bleibt in Syrien im Jahr 2005 im Verhältnis zu den vergleichbaren Ländern deutlich höher.

Eine Ursache für diese Verbesserung könnte die Entwicklung der Mitarbeiterzahl im Gesundheitswesen sein.

Arbeitskräfte im Gesundheitswesen

Die Anzahl der Arbeitskräfte im Gesundheitswesen wie Ärzte, Zahnärzte, Apotheker, Krankenschwester und Hebammen sowie der Anteil pro 1.000 Einwohner an diesen Ressourcen sind absolut und relativ Jahr für Jahr gestiegen. Die Tabelle 8 stellt die Entwicklung der erwähnten Arbeitskräfte sowie ihren Anteil pro 1.000 Einwohner in den Jahren 2001 und 2005 dar.

²²¹ WHO (2007), S. 24, S. 28.

²²² WHO (2007), S. 24, S. 28.

Tab. 8: Entwicklung der Zahl der Arbeitskräfte und ihres Anteils pro 1.000 Einwohner

	Jahre			
	2001		2005	
	Anzahl	Anteil pro 1.000 Einwohner	Anzahl	Anteil pro 1.000 Einwohner
Ärzte	23.724	1,4	28.247	14,4
Zahnärzte	12.206	0,7	15.725	8,5
Apotheker	8.862	0,52	13.218	7,1
Krankenschwester	32.938	1,94	29.115	19,0

Quelle: Ministry of Health 2005a, S. 31; 2006; World Health Organization 2007, S. 62.

Die Tabelle 8 zeigt eine Erhöhung der Zahl der Arbeitskräfte und deren Anteil pro 1.000 Einwohner vom Jahr 2001 bis 2005.

In Bezug auf die vergleichbaren Länder wird in der Tabelle 9 ein Beispiel über den Ärzteanteil pro 1.000 Einwohner dargestellt, wobei die Daten sich auf die letzten verfügbaren Daten während des Zeitraums 2000-2004 beziehen.

Tab. 9: Ärzteanteil pro 1.000 Einwohner im Zeitraum 2000-2004

Ärzteanteil pro 1.000 Einwohner	
Syrien	1,4
Ägypten	0,54
Jordanien	2,3
Tunesien	1,3

Quelle: United Nation Development Programme 2007, S. 247-250

An diesem Beispiel ist zu sehen, dass der Anteil der Ärzte in Syrien höher ist als in Ägypten und Tunesien aber niedriger als in Jordanien.

Gesundheitsausgaben

Es wird auf die Entwicklung sowohl der öffentlichen als auch der privaten Ausgaben eingegangen.

Bezogen auf die allgemeinen staatlichen Ausgaben wird in der Tabelle 10 gezeigt, wie sich die allgemeinen staatlichen Gesundheitsausgaben pro Person in den Jahren von 1997 bis 2004 in Syrien und in den vergleichbaren Ländern entwickelt haben.

Tab. 10: Allgemeine staatliche Gesundheitsausgaben pro Person

	Jahre		
	1997	2002	2004
Syrien	16 US\$	26 US\$	27 US\$
Tunesien	102 US\$	57 US\$	91 US\$
Ägypten	21 US\$	30 US\$	25 US\$
Jordanien	70 US\$	78 US\$	97 US\$

Quelle: World Health Organization 2003a, S. 178-181; 2006b, S. 187-189; 2007, S. 67-71.

Die allgemeinen staatlichen Ausgaben in Syrien für die Gesundheit pro Person sind von 16 US\$ im Jahr 1997 auf 27 US\$ im Jahr 2004 gestiegen.²²³ Dies ist im Vergleich zu Ägypten höher, aber im Vergleich zu anderen Ländern viel niedriger.

Die Finanzierung des Gesundheitssektors erfolgte bis etwa 1997 zum großen Teil durch den Staat, danach ergab sich eine abnehmende Tendenz der staatlichen Leistungen. Die Tabelle 11 stellt die staatlichen Gesundheitsausgaben als Prozentsatz der gesamten Gesundheitsausgaben in Syrien und in den verglichenen Ländern in den Jahren von 1997 bis 2004 dar.

²²³ WHO (2003a), S. 181; WHO (2006b), S. 184; WHO (2007), S. 71.

Tab. 11: Allgemeine staatliche Gesundheitsausgaben in Prozent der gesamten Gesundheitsausgaben

	Jahre		
	1997	2002	2004
Syrien	59,5%	45,8%	47,4%
Tunesien	77,7%	47,4%	52,1%
Ägypten	45,9%	42,7%	38,2%
Jordanien	54,5%	46,3%	48,4%

Quelle: World Health Organization 2003a, S. 170-176; 2006b, S. 178-180; 2007, S. 66-70.

Wie aus dieser Tabelle ersichtlich ist, lagen die staatlichen Gesundheitsausgaben im Jahr 1997 bei 59,5% der gesamten Gesundheitsausgaben, im Jahr 2002 bei 45,8% und im Jahr 2004 bei 47,4%.²²⁴ Die staatlichen Gesundheitsausgaben waren in den vergleichbaren Ländern - außer in Ägypten - im Jahr 2004 höher als in Syrien.

Die Tabelle 12 stellt die privaten Gesundheitsausgaben in Prozent der gesamten Gesundheitsausgaben in den Jahren von 1997 bis 2004 dar.

Tab. 12: Private Gesundheitsausgaben in Prozent der gesamten Gesundheitsausgaben

	Jahre		
	1997	2002	2004
Syrien	40,5%	54,2%	52,6%
Tunesien	22,3%	52,6%	47,9%
Ägypten	54,1%	57,3%	61,8%
Jordanien	45,5%	53,7%	51,6%

Quelle: World Health Organization 2003a, S. 170-176; 2006b, S. 178-184; 2007, S.66-70.

Die privaten Gesundheitsausgaben lagen im Jahr 1997 bei 40,5% der gesamten Gesundheitsausgaben und im Jahr 2004 bei 52,6%.²²⁵ In den vergleichbaren Ländern lagen im Jahr 2004 diese Ausgaben bei 47,9% in Tunesien, 61,8% in Ägypten und bei 51,6% in Jordanien.²²⁶

²²⁴ WHO (2003a), S. 176; WHO (2006b), S.184; WHO (2007), S.70.

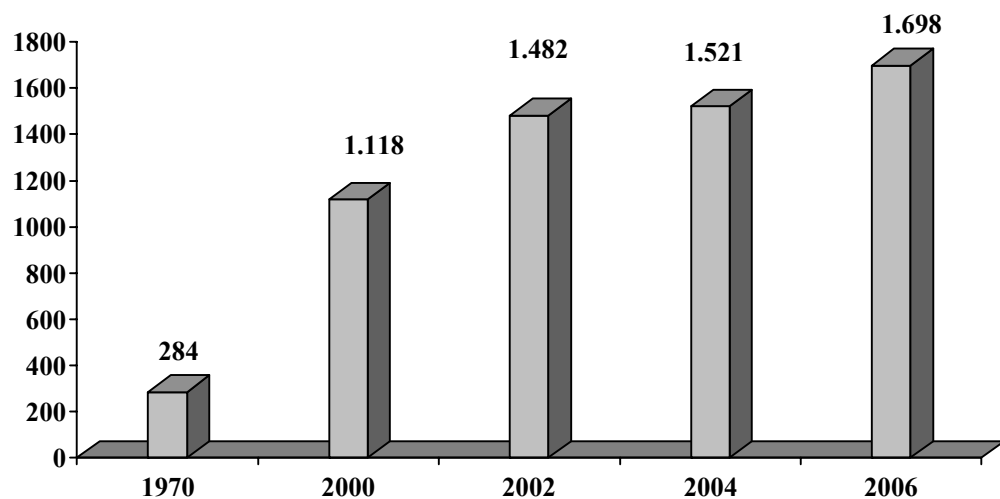
²²⁵ WHO (2003a), S.170; WHO (2006b), S.184; WHO (2007), S. 70.

²²⁶ WHO (2007), S. 66-70.

2.3.2 Präventive Gesundheitsdienste

Das syrische Gesundheitsministerium zielt mit seiner präventiven Gesundheitsversorgung auf die Gewährleistung einer Gesundheitsvorsorge für alle Bürger ab. Im Jahr 1988 wurde in Syrien das System der präventiven Gesundheitsdienstleistungen eingeführt. Es umfasst unterschiedliche Bereiche: Kinderpflege, Mütterpflege, Impfung und Familienfürsorge, gesunde Umwelt, die Behandlung von Infektionskrankheiten, Mund- und Zahnkrankheiten, Früherkennung von Krankheiten.²²⁷ Dieses wurde von Gesundheitszentren gewährleistet, die im ganzen Land verteilt sind. Das Gesundheitsministerium bemüht sich, die Anzahl der Zentren zu erhöhen. Die Abbildung 3 zeigt die Entwicklung der Gesundheitszentren in den Jahren 1970-2006.

Abb. 3: Entwicklung der Gesundheitszentren in den Jahren 1970-2006



Quelle: Ministry of Health 2006, S. 3.

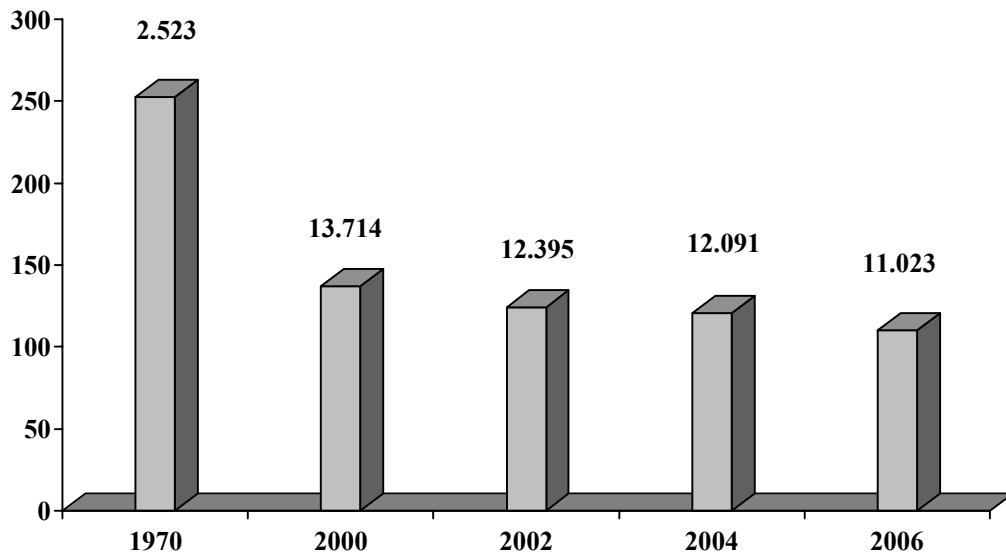
Die Abbildung zeigt, dass die Zentrenzahl von 284 im Jahr 1970 auf 1.698 im Jahr 2006 erhöht wurde.

Außerdem ist Jahr für Jahr die Einwohnerzahl zurückgegangen, die von einem Gesundheitszentrum bedient wird.

Die Abbildung 4 zeigt die Entwicklung der durchschnittlichen möglichen Zahl der Gesundheitszentren in den Jahren 1970-2006.

²²⁷ Ministry of Health, Syria (2006), S. 3.

Abb. 4: Entwicklung der durchschnittlichen möglichen Nutzerzahl für ein Gesundheitszentrum in den Jahren 1970-2006



Quelle: Ministry of Health 2006

Wie in dieser Abbildung gezeigt wird, ist die Zahl der Patienten, die von einem Gesundheitszentrum bedient werden von 13.714 im Jahr 2000 auf 12.395 auf 11.023 im Jahr 2006 zurückgegangen.²²⁸

Mehrere Maßnahmen wurden getroffen, um die präventive Gesundheitsversorgung durchzuführen. Im Folgenden wird auf zwei dieser Maßnahmen eingegangen.²²⁹

Die erste Maßnahme ist die Durchführung von Gesundheitsprogrammen: Diese Programme umfassen:

- Kindergesundheit: Dies umfasst Impfungen und die Behandlung von Durchfällen.
- Schwangerschaftsberatung: Diese umfasst die Betreuung der werdenden Mütter
- Altenpflege: Diese umfasst Patienten mit chronischen Erkrankungen wie Diabetes, koronarer Herzkrankheit, Krebs oder Atemwegserkrankungen.
- Bekämpfung des Rauchens sowie weiterer Suchterkrankungen, Arbeitsmedizin, gesunde Umwelt und Ernährung.
- Bekämpfung von Infektionskrankheiten wie Aids und anderen sexuell übertragbaren Erkrankungen.

Die zweite Maßnahme ist die Entwicklung von „Gesunden Dörfern“.

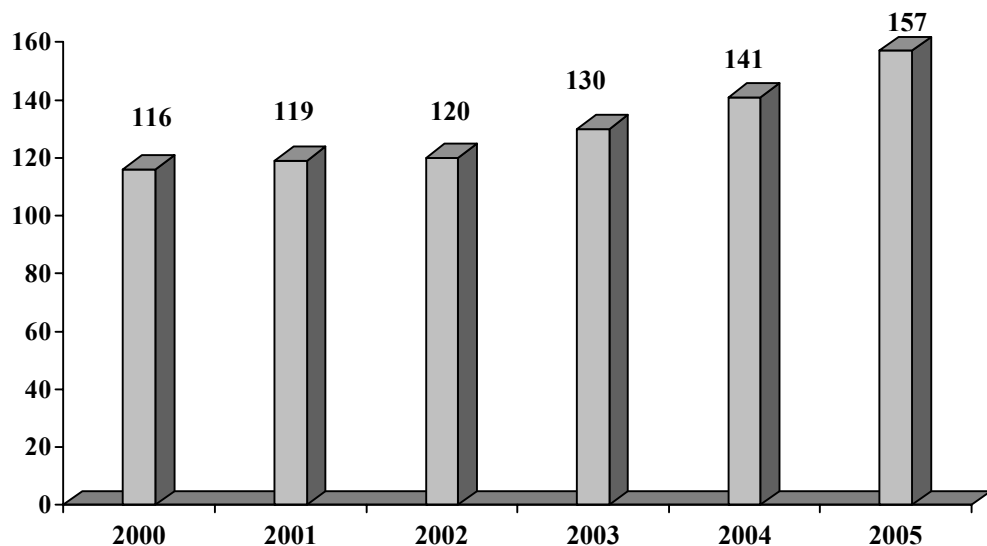
²²⁸ Ministry of Health, Syria (2006), S. 3.

²²⁹ Ministry of Health, Syria (2006), S. 3.

2.3.3 Kurative Gesundheitsdienste

Die kurativen Dienstleistungen werden von öffentlichen sowie von privaten Krankenhäusern angeboten. Der Gesundheitssektor hat in den letzten Jahren eine erhebliche Erhöhung der Anzahl der Krankenhäuser sowie der in den Krankenhäusern vorhandenen Betten erlebt, und zwar sowohl in den öffentlichen Krankenhäusern als auch bei den privaten Trägern. Zu den öffentlichen Krankenhäusern werden die Universitätskliniken sowie die Krankenhäuser, die vom Gesundheitsministerium finanziert werden, gezählt. Im Folgenden wird die Entwicklung der Zahl der öffentlichen Krankenhäuser sowie der Betten in den Krankenhäusern grafisch dargestellt. Die Abbildung 5 zeigt, wie sich die Zahl der Krankenhäuser im Zeitraum von 2000 bis 2005 entwickelt hat.

Abb. 5: Entwicklung der Zahl der Krankenhäuser in den Jahren 2000-2005



Quelle: In Anlehnung an Ministry of Health 2005a, S. 65-68.

Die Abbildung zeigt, dass die Zahl der Krankenhäuser von 116 im Jahr 2000 auf 157 im Jahr 2005 gestiegen ist.

Bezogen auf die Bettenzahl pro 1.000 Einwohner wurde eine Erhöhung registriert. Tabelle 13 zeigt die Entwicklung der Anzahl der Betten pro 1.000 Einwohner sowohl in Syrien als auch in den vergleichbaren Ländern. Die in Tabelle 13 dargestellten Daten beziehen sich auf den Zeitraum 1990 und auf die letzten verfügbaren Daten während des Zeitraums 2000-2007.

Tab. 13: Bettenzahl pro 1.000 Einwohner

	Jahre	
	1990	2000- 2007
Syrien	1,1	1,4
Ägypten	2,1	2,2
Jordanien	1,8	1,9
Tunesien	1,9	1,9

Quelle: World Bank 2006, S.100-102; World Health Organization 2008, S. 79-83

Die Bettenzahl pro 1.000 Einwohner hat sich von 1,1 im Jahr 1990 auf 1,4 im Zeitraum 2000 bis 2007 erhöht. Diese erreichte Zahl der Betten ist aber immer noch unter der Zahl in den vergleichbaren Ländern. Diese betrug z.B. in den Jahren 2000-2007 in Ägypten 2,2 Betten pro 1.000 Einwohner.²³⁰

2.3.4 Finanzierungsmöglichkeiten

Die Finanzierung des Gesundheitssystems in Syrien erfolgt durch die Zuschüsse der Regierung und private Beteiligungen. In einigen Bereichen werden Zuschüsse oder Kostenbeteiligungen durch gemeinnützige Organisationen erbracht.

Die öffentlichen Gesundheitsausgaben werden generell aus Steuermitteln finanziert, die durch das Gesundheitsministerium, Verteidigungsministerium und andere Ministerien kanalisiert sind. Für den privaten Sektor wurden von der Regierung die Preise für alle Aspekte der medizinischen Versorgung strikt reglementiert. Es gibt Tarife für Ärzte und Krankenhäuser, für Diagnosen und Behandlungen, für Medikation und für andere Gesundheitsausgaben wie Laborarbeiten. Die privaten Gesundheitsausgaben werden durch die privaten Haushalte finanziert, wobei bis zum Jahr 2004 die individuelle Direktzahlung 100% der Kosten betrug. Die externen Ressourcen für die Gesundheit decken nur einen sehr geringen Anteil der Gesamtgesundheitsausgaben, wobei sie im Jahr 2004 0,2% der gesamten Ausgaben betragen.²³¹

²³⁰ WHO (2008), S. 79-83.

²³¹ WHO (2007), S. 70.

Im Jahr 2004 betragen die gesamten Gesundheitsausgaben 1.131 Mrd. US\$.²³² Der öffentliche Sektor beteiligt sich mit 47,4% an den Gesamtausgaben und der private Sektor mit 52,6%.²³³

In den öffentlichen Krankenhäusern spielt es keine Rolle, ob die Patienten versichert oder nicht versichert sind, da keine Kosten von den Patienten erstattet werden müssen. Die gesamten Kosten werden vom Krankenhaus übernommen, weil die Finanzierung der staatlichen Krankenhäuser durch die Regierung erfolgt. Nur in einigen Fällen wie in privaten Abteilungen, die zusätzliche Leistungen mit besonderen Bedingungen anbieten, wird ein Anteil der Betriebskosten von Patienten beglichen. In den privaten Krankenhäusern müssen die Patienten die gesamten Kosten bezahlen. Danach können den versicherten Patienten die Kosten gänzlich oder anteilig von ihrer Krankenkasse erstattet werden.²³⁴

Die Kosten für Medikamente und Hilfsmittel müssen die nicht versicherten Patienten selbst bezahlen. Bei versicherten Patienten wird ein Teil der Kosten übernommen.²³⁵

Im Hinblick auf die gemeinnützigen Organisationen, die eine kostenlose Gesundheitsversorgung für Menschen mit speziellen Bedürfnissen anbieten, wird im nächsten Abschnitt anschaulich gezeigt, dass die Leistungen der gemeinnützigen Organisationen in Syrien nicht alle Menschen mit speziellen Bedürfnissen erreichen können. Eine Vielzahl dieser Menschen steht außerhalb der von diesen Organisationen angebotenen Gesundheitsdienstleistungen, so dass die Integration dieser Menschen in die Gesellschaft nicht erreicht wird.

Die internationalen Kooperationen im syrischen Gesundheitssystem, welche eine Form der externen Ressourcen bilden, spielen eine geringe Rolle bei der Finanzierung des Systems, aber eine wesentliche Rolle bei der Systemreform. Im Jahr 2004 beteiligten sich internationale Kooperationspartner an 0,2% der gesamten Ausgaben für Gesundheit.²³⁶ In diesem Zusammenhang werden an zwei Beispielen internationale Kooperati-

²³² Nach Angaben des syrischen Ministeriums für Wirtschaft betrug das BIP im Jahr 2004 etwa 24.070 Mrd. US\$ und nach Angaben der Weltgesundheitsorganisation betragen die gesamten Ausgaben für die Gesundheit 4,7% von BIP.

²³³ WHO (2007), S. 70.

²³⁴ Vgl. Assad (2000), S. 55.

²³⁵ Vgl. Galdo (2004), S. 5.

²³⁶ WHO (2007), S. 70.

onen erklärt, zum einen am Beispiel der Europäischen Kommission und zum anderen an der Weltgesundheitsorganisation.

Europäische Kommission

Mit dem Ziel der Verbesserung des Gesundheitszustandes der syrischen Bevölkerung hat die Europäische Kommission in Syrien im Rahmen der Partnerschaft Europa- Mittelmeer (MEDA) Programme im Gesundheitssektor implementiert. Der Beitrag hierfür beläuft sich insgesamt auf 30 Millionen €, die für Reformen des Gesundheitssystems in Syrien, insbesondere für die Planung und Einführung von sozialen Krankenversicherungen eingesetzt wurden. Die europäische Union bietet geeignete technische Unterstützung und ein regulatives und finanzielles Framework an. Das Programm soll die Integration Syriens in die Weltwirtschaft fördern.²³⁷

Weltgesundheitsorganisation

Die WHO arbeitet in Syrien seit den frühen 50er Jahren. Seither hat sie eng mit dem syrischen Gesundheitsministerium zusammengearbeitet. Sie hat erfolgreiche Programme in Syrien wie die Ausrottung der Kinderlähmung und eine Anzahl von Impfprogrammen durchgeführt. Das WHO-Büro in Syrien arbeitet eng mit den nationalen Behörden für Gestaltung, Adaption und Implementierung der Gesundheitspolitik in dem gemeinsamen Programm Review Mission zusammen. In diesem Kooperationsrahmen wird ein fünfjähriger Arbeitsplan entwickelt. In diesem Plan werden für die Jahre 2004/2005 die Prioritäten für Bereiche, wie primäre Gesundheitsversorgung, Humanressourcen sowie das Gesundheitsmanagement, gesetzt. Außerdem unterstützt die WHO in Syrien Programme wie „Gesunde Dörfer“.²³⁸

Die private Krankenversicherung stellt in Syrien ein neues Phänomen dar. Im Jahr 2005 entstand das erste Arab Health Insurance Forum in Damaskus. Es begann sich zu etablieren und die private Krankenversicherung in Syrien zu organisieren. Während des zweiten Forums, welches im Jahr 2006 stattfand, waren fünf syrische Firmen darauf spezialisiert, private Krankenversicherungen anzubieten. Von diesen Finanzmaßnahmen können die Armen in der Realität nicht profitieren, weil sie die erforderlichen Prämien nicht aufbringen können.

²³⁷ Delegation of the European Commission's to Syria (2008), S. 1.

²³⁸ Vgl. Galdo (2004), S. 9.

2.3.5 Mikrofinanz als Instrument zur Finanzierung im Gesundheitswesen

Die Länder der Welt haben die Finanzierung ihrer Gesundheitsversorgung unterschiedlich gestaltet. Zur Finanzierung der Gesundheitsversorgung existieren diverse Instrumente mit Unterschieden zwischen Ländern mit höherem und mittleren Einkommen und Ländern mit niedrigem Einkommen. Diese Instrumente lassen sich in die Gruppen der herkömmlichen und innovativen Finanzierungsmöglichkeiten klassifizieren.

Herkömmliche Finanzierungsmöglichkeiten

Diese Finanzinstrumente sind schon etabliert und beinhalten soziales Netzwerk, Steuerfinanzierung, Sozialversicherung.

Soziales Netzwerk

Das soziale Netzwerk bildet häufig ein entscheidendes Sicherheitsnetz für die Gruppen mit niedrigem Einkommen. Es hat vier Dimensionen mit potentiell negativen sowie potentiell positiven Auswirkungen auf die Entwicklung²³⁹

- **Gemeinschaftsvernetzung:** Ausgedehnte Familien, lokale Organisationen, Vereine, Assoziationen und bürgerliche Gruppen, die sich gegenseitig helfen.
- **Netzwerkverbindungen** zwischen ähnlichen Gemeinschaften (horizontal) und zwischen unterschiedlichen Gemeinschaften (vertikal), wie etwa ethnisch- religiöse Gruppen, Kulturgruppen, Geschlechter, usw.
- **Institutionsverbindungen** wie beispielsweise zwischen den politischen Gemeinschaften, in der gesetzlichen und kulturellen Umwelt.
- **Gesellschaftliche Verbindungen** zwischen den Regierungen und ihren Bürgern: Durch Komplementarität und öffentlich-private Teilhaberschaften und dem legalen Framework (wie Handelskammern und Geschäftsgruppen), die die Rechte der Assoziation schützen.

Ein derartiges soziales Kapital hat jedoch sowohl Vorteile als auch Kosten. Die Nachteile entstehen, wenn die Gemeinden und Netzwerke isoliert oder beschränkt werden oder im Widerspruch zu den gemeinsamen Interessen der Gesellschaft stehen, wie z.B. Banden oder Kartelle.

²³⁹ Vgl. Preker et al., in: Preker; Carrin (2004), S. 12; Preker et al. (2002), S. 145.

Die Finanzsysteme sind für eine Reihe von Schwächen anfällig, welche mit sozialem Kapital verbunden sind.²⁴⁰

- Systeme, die ein Risiko nur unter den Armen aufteilen, berauben ihre Mitglieder dringend gebrauchter Hilfsgelder von höheren Einkommensgruppen.
- Systeme, die isoliert und klein bleiben, entziehen ihren Mitgliedern die Vorteile, die durch eine Ausbreitung der Risiken auf eine breitere Bevölkerungssicht entstehen.
- Systeme, die von den Gesundheitsnetzen getrennt werden, gewähren ihren Mitgliedern keine weitere umfangreiche Betreuung, die durch das formelle Gesundheitssystem zur Verfügung gestellt wird.

Steuerfinanzierung

Im Steuerfinanzsystem beteiligen sich die Bürger an der Gesundheitsfinanzierung indirekt durch Steuern. In den Ländern mit mittleren und höheren Einkommen wird die Steuer als bevorzugtes Instrument für die Finanzierung des Gesundheitswesens angesehen. Der Grund besteht darin, dass ein großer Anteil der Bevölkerung in diesen Ländern in öffentlichen Diensten und in formalen Beschäftigungen arbeitet. Deshalb ist es relativ einfach, ein Gesundheitssystem zu konstruieren, welches an die Einkommensbesteuerung anknüpft. In den Ländern mit niedrigem Einkommen arbeitet ein großer Anteil der Bevölkerung in ländlichen Betrieben und im informellen Sektor, deswegen sind die politischen Möglichkeiten der Finanzierung des Gesundheitssystems durch Steuern beschränkt.²⁴¹

Sozialversicherung

Im sozialen Krankenversicherungssystem bezahlen die Arbeitnehmer und Arbeitgeber Beiträge, die auf der Höhe der Gehälter basieren.²⁴² Der Einsatz von sozialen Krankenversicherungen in den armen Ländern ist schwierig. Es kann besonders schwierig sein, zu einer nationalen Übereinstimmung zwischen verschiedenen Partnern zu kommen, um die grundlegende Richtlinie von sozialen Krankenversicherungen zu akzeptieren. Diese Richtlinien bestehen darin, einen ähnlichen Gesundheitsnutzen für Menschen mit ähnlichen Bedürfnissen zu bieten unabhängig von ihren Beiträgen. Das Problem wird ver-

²⁴⁰ Vgl. Preker et al., in: Preker; Carrin (2004), S. 13.

²⁴¹ Vgl. Preker et al (2002), S. 144.

²⁴² Vgl. Carrin (2003), S. 3.

stärkt in Ländern mit unterschiedlichen Einkommensschichten, weil Leute mit mittleren und hohen Einkommen ungern höhere Beiträge als die Armen bezahlen werden.²⁴³

Innovative Finanzierungsmöglichkeit

Mikrofinanz

Das Mikrofinanzmodell, aufgrund von seiner unter Beweis gestellten Fähigkeit, die Armen zu erreichen, ist ein innovatives Instrument, welches zur Verbesserung der Gesundheitsfürsorge für die Armen insbesondere in entfernten ländlichen Gebiete eingesetzt werden kann.²⁴⁴ Auf zwei Hauptmikrofinanzinstrumente - nämlich die Mikrokreditsysteme und die Mikroversicherungssysteme - wird hier eingegangen.

Mikrokreditsysteme

Beim Mikrokreditgipfel im Februar 1997 in Washington wurde der Trend zu Mikrokrediten als globale politische Richtung angenommen. Die über 2.900 Teilnehmer aus 137 Ländern beschlossen, eine globale Bewegung anzustoßen, um 100 Million der ärmsten Familien der Welt, besonders die Frauen in diesen Familien, mit Mikrokrediten zu versorgen, um eine Selbstversorgung dieser Gruppe bis zum Jahr 2005 zu erreichen.²⁴⁵ Eine mögliche Konsequenz, die sich aus diesen Tatsachen ergibt, ist, Mikrofinanzsysteme auch zur Absicherung von gesundheitlichen Risiken einzusetzen, um den Kreditnehmern die Rückfinanzierungsmöglichkeit zu geben.²⁴⁶ Die in diesen Ländern tätigen Mikrofinanzorganisationen haben herausgefunden, dass viele Armen, die Mikrokredite erhielten, ihre Mikrokredite insbesondere dann nicht zurückbezahlen konnten wenn sie oder ihre Verwandten erkrankten, weil sie die mit Gesundheitsleistungen verbundenen Finanzkosten persönlich zahlen mussten. Die private Bezahlung von Gesundheitsleistungen ist der Hauptgrund dafür, dass die Kreditnehmer ihre Kredite nicht zurückzahlen können.²⁴⁷

WHO-Commission on Macroeconomics and Health (CMH) deutet an, dass die Gesundheit „ein Mittel zum Erreichen anderer Entwicklungsziele in Bezug auf Armutsverringere-

²⁴³ Vgl. Carrin (2003), S. 4.

²⁴⁴ Vgl. Ofori-Adjei; MA (2007), S. 193.

²⁴⁵ Daley-Harris (2003), S. 3.

²⁴⁶ Vgl. Braine (2006), S. 844.

²⁴⁷ Vgl. Braine (2006), S. 844.

„Freiheit vom Hunger“ ist. Bessere Gesundheit erhöht die menschliche Produktivität dadurch, dass eine wesentliche Voraussetzung zur Generierung von Einkommen hinzugefügt wird.²⁴⁸

Um das Problem zu lösen, arbeitet die Organisation „Freiheit vom Hunger“ an Mikrofinanz und Gesundheitsschutz. Das Programm zielt darauf ab, die mit dem Zugang zu Gesundheitsdiensten verbundenen finanziellen Probleme zu minimalisieren.²⁴⁹

Im Jahr 2006 hat die „Freiheit vom Hunger“ in fünf Ländern (Benin, Bolivien, Burkina Faso, Indien, und den Philippinen) in Zusammenarbeit mit unterschiedlichen Mikrofinanzgruppen Programme gestartet.²⁵⁰

In Bolivien liefert Crecer (Crédito con Educación Rural) - eine nicht profitorientierte zivile Mikrofinanzorganisation - den Kunden und ihren Familien Kredite für die medizinische Versorgung.

In Burkina Faso erproben die Programme der „Freiheit vom Hunger“, die sich Réseau des Caisse Populaires du Burkina (RCPB) nennen, ein Gesundheitsversorgungsprogramm, in dem der Teilnehmer Geld auf ein medizinisches Sparkonto einzahlt und eine Karte bekommt, welche seine Balance verzeichnet. Der Teilnehmer kann mit der Karte eine lokale Klinik oder eine Apotheke aufsuchen und einen Gesundheitservice in Anspruch nehmen. Danach wird das Geld automatisch von seinem Konto abgebogen.

In Uganda wurden von der Uganda Microfinance Union (UMU) mit österreichischer Unterstützung in zwei Krankenhäusern Gesundheitsfinanzierungspläne aufgebaut, welche in etwa wie Krankenversicherungen funktionieren. Nach diesem System wurden die Mikrokredite an die Versicherungsnehmer vergeben und die Ausgaben für Gesundheit von MicroCare begleitet. Auf diese Weise bekommen die benachteiligten Bevölkerungsgruppen nicht nur einen Zugang zu verschiedenen finanziellen Serviceangeboten, sondern sie kommen auch als Versicherte in den Genuss einer besseren Gesundheitsversorgung.²⁵¹

Die Mikrofinanzangebote in Uganda beziehen auch die kleinen privaten Anbieter wie z.B. Apotheker, Krankenschwestern, Hebammen und Ärzte, da die ugandische Regierung erkannt hat, dass der private Sektor eine wichtige Rolle bei der Befriedigung der Gesundheitsbedürfnisse im Land spielen kann. Im Jahr 2001 wurde in Uganda ein Kre-

²⁴⁸ Vgl. Kazuo (1998), S. 83.

²⁴⁹ Vgl. Braine (2006), S. 844.

²⁵⁰ Vgl. Braine (2006), S. 844-845.

ditfonds gestartet, welcher den kleinen privaten Gesundheitsprovidern die Finanzmittel sowie die technischen Unterstützungen zur Verfügung stellt.²⁵²

Mikroversicherungssysteme

Mikroversicherung wird als ein wichtiges Finanzinstrument zum Schutz der Armen vor negativen finanziellen Konsequenzen in Fällen von Krankheiten oder Gesundheitsstörungen betrachtet. Während die individuelle Bezahlung für die Gesundheitsversorgung den Armen große finanzielle Nöte bereiten, leistet die gemeinschaftsbasierte Krankenversicherung einen wirkungsvollen Beitrag zur Finanzierung der Gesundheitskosten.²⁵³

Unter dem Begriff Mikroversicherungssysteme versteht man soziale Netzwerke für diejenigen, die keinen Zugang zu etablierten Systemen haben. Die Einbindung von Mikroversicherungssystemen in die Gemeinschaften, in denen die Mitgliederbedürfnisse bekannt sind, kennzeichnet einen Erfolgsfaktor dieser Systeme. Die zielen darauf ab, die Solidarität zu fördern und die gefährdeten Personen zu unterstützen. Deshalb wurden Subventionen von der öffentlichen Hand oder von nationalen und internationalen Organisationen für diesen Zweck eingesetzt. Ein Problem in derartigen Mikroversicherungssystemen stellt das Risikopooling dar. Falls die versicherte Bevölkerungsgruppe klein ist oder Personen mit hohem Risiko zu dem Netz gehören, könnte das einen Grund dafür darstellen dafür, dass die jeweiligen Gruppen die hohen Versicherungsprämien nicht akzeptieren.²⁵⁴

Die Grameen Bank in Bangladesch, welche eine Pionierrolle bei der Mikrokreditvergabe an die Armen spielt, stellt ein gutes Beispiel für die Entwicklung der Mikroversicherungssysteme zur Abdeckung der Gesundheitskosten dar. Im Jahr 1994 hat Grameen die Grameen health Programme (GHP) eingeführt, die die Abdeckung der Gesundheitskosten zum Ziel haben. Die GHP zielen darauf ab, präventive Maßnahmen gegen nicht tragbare finanzielle Folgen von Erkrankungen zu treffen. Die Kunden der Grameen Bank bezahlen eine fixe Summe von 1,25 US\$ im Jahr als Mikroversicherungsprämien. Bei einem Arztbesuch muss z.B. nur noch eine Restsumme von 0,02 US\$ bezahlt werden, den größten Teil übernimmt die Versicherung.²⁵⁵

²⁵¹ ADA (2005), S. 1.

²⁵² Vgl. Seiber; Robinson-Miller (2004), S. 4.

²⁵³ Vgl. Ahuja; Jütting (2004), S. 3.

²⁵⁴ Medicus Mundi Schweiz (2000), S. 1.

²⁵⁵ Vgl. Rahman (2006), S. 2.

Zusammengefasst lässt sich sagen, dass sich das syrische Gesundheitssystem in den letzten Jahren sichtbar entwickelt hat. Der Vergleich der Entwicklung im Gesundheitsbereich mit ähnlichen Ländern ergibt, dass sich das System in Syrien in einigen Bereichen gleich entwickelt hat, in anderen Bereichen sogar besser. Die Regierung bietet den Bürgern präventive sowie kurative Gesundheitsversorgungen an, allerdings mit deutlicher Einschränkung. Es fehlt im syrischen Gesundheitssystem eine soziale Krankenversicherung. Somit werden die Armen beim Eintritt eines gesundheitlichen Risikos mit finanziellen Problemen konfrontiert, da in vielen Fällen ihr Einkommen nicht ausreicht und die Kapazität der staatlichen Krankenhäuser begrenzt ist. Auch die versicherten Menschen können durch ihre Versicherung die Gesundheitskosten für sich und ihre Familien nicht abdecken. Außerdem leidet das System unter einem Finanzdefizit. In den ähnlichen vergleichbaren Ländern sind die Gesundheitsausgaben in Prozent des BIP höher als in Syrien. Außerdem sind die Gesamtgesundheitsausgaben pro Person, die allgemeinen staatlichen Gesundheitsausgaben in Syrien niedriger als in den verglichenen Ländern. Die Unterstützung durch internationale Akteure wie z.B. WHO, europäische Kommission ist ebenfalls vergleichsweise gering. Deshalb muss die syrische Regierung zum einen die öffentliche Finanzierung des Gesundheitssystems deutlich erhöhen, um eine adäquate Gesundheitsversorgung der Bevölkerung zu gewährleisten, zum anderen sollten weitere Finanzquellen zur Verfügung gestellt werden.

Die private Krankenversicherung in Syrien löst das Unterfinanzierungsproblem des Gesundheitssystems nicht. Insbesondere hilft diese Art der Versicherung den Armen und Mittellosen kaum. Eine derartige Versicherungsart funktioniert besser in den reichen Ländern, wo sie als zusätzliche oder ergänzende Versicherung, aber weniger als Hauptversicherung eingesetzt wird. Außerdem macht das kostenlose Gesundheitsangebot des Staates es nicht einfach für die Bürger, extra Kosten für die Gesundheit zu akzeptieren. Die private Krankenversicherung in Syrien beschränkt sich auf die Leute in den höheren oder mittleren Schichten. Die meisten Menschen sind nicht in der Lage, hohe Prämien zu bezahlen. Und wenn die Prämien niedrig sind, wird nur ein begrenzter Leistungsumfang angeboten, welcher nicht attraktiv für die Betroffenen ist.

Im nächsten Abschnitt wird auf die Situation der Menschen mit Behinderungen in Syrien eingegangen. Durch diese Darstellung ist zu ermitteln, ob alle Menschen mit Behinderungen von der Hilfe der sozialen Wohlfahrtsinstitutionen profitieren.

2.4 Behinderte Menschen in Syrien

2.4.1 Allgemeiner Überblick

Die Anzahl der Behinderten in der Welt hat sich vergrößert, wobei nach Schätzung der WHO die Anzahl der Behinderten bei 10% der Weltbevölkerung liegt.²⁵⁶ Entsprechend der Schätzung der Vereinten Nationen gibt es weltweit über 600 Millionen Menschen mit Behinderungen, von denen zirka 70% in Entwicklungsländern leben. In diesen Ländern sind die Krankheiten, Ernährungsmängel, falsche oder fehlende Behandlung, physische und psychische Gewalt sowie Krieg, Unfälle aufgrund unzureichender Schutzbestimmungen am Arbeitsplatz und im Straßenverkehr und zunehmend auch altersbedingte Erkrankungen für die Behinderungen verantwortlich.²⁵⁷

Für die Syrische Arabische Republik stehen in den letzten Jahren die Gewährleistung der Anerkennung der Menschenwürde und des Rechts auf Freiheit der Menschen mit Behinderung, ihr Recht auf Teilnahme am gesellschaftlichen Leben sowie die Förderung ihrer vollständigen Integration in der Familie, Schule, am Arbeitsplatz und in der Gesellschaft im Mittelpunkt des Interesses. Deshalb hat die Regierung Wohlfahrtsinstitutionen für Menschen mit Behinderung gegründet und daran gearbeitet, die Anzahl der Institutionen, die eine angemessene gesundheitliche Versorgung und medizinische Behandlung aller Menschen mit Behinderung sowie die Unterstützung bei der Überwindung bzw. Milderung ihrer Probleme anbieten zu erhöhen.

2.4.2 Definition von Behinderung

Zunächst werden unterschiedliche Definitionen des Begriffs „Behinderung“ dargestellt, welche von der WHO ausgegeben wurden. Danach wird der Begriff aus syrischer Sicht definiert. Zunächst wird auf die „Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit“ (ICF) der Weltgesundheitsorganisation eingegangen. Behinderung wird in der ICF als Oberbegriff für Schädigungen der Körperfunktionen und Körperstrukturen sowie Beeinträchtigungen der Aktivitäten und Partizipationen verwendet. Der Behinderungsbegriff dient dazu, entsprechende Probleme aufzuzeigen.²⁵⁸

²⁵⁶ WHO (o. J), S. 1.

²⁵⁷ GTZ (2006), S. 1.

²⁵⁸ Vgl. Erwert; Stuck (2007), S. 954.

Bei der Definition der Weltgesundheitsorganisation sind die drei Begriffe *Schädigung*, *Leistungsminderung* und *Behinderung* zu unterscheiden. Bei diesen drei Begriffen kommen die Unterschiede zwischen biologisch-defektologischer Seite, der Fähigkeitsentwicklung und der psychisch-subjektiven Seite sowie der Aspekt sozial gegebener Tätigkeitsmöglichkeiten zum Ausdruck. *Schädigung* ist eine „dauernde oder vorübergehende psychische, physische oder anatomische Einbuße und/oder Anomalie“ z.B. Herzinfarkt. *Leistungsminderung* ist die teilweise oder gänzliche Unfähigkeit, Tätigkeiten auszuüben, die zu den normalen Fähigkeiten eines Menschen gehören und für die motorischen oder geistigen Funktionen notwendig sind, nach deren Art sich die normale Befähigung eines Menschen bestimmt. Beispiele hierfür sind gehen, heben, sehen, sprechen, zählen und schreiben. *Behinderung* wird definiert als „vorhandene Schwierigkeit eine oder mehrere Tätigkeiten auszuüben, die in Bezug auf Alter der Person, Geschlecht und soziale Rolle im Allgemeinen als wesentliche Grundkomponente der täglichen Lebensführung gelten z.B. Sorge für sich selbst, soziale Beziehungen, wirtschaftliche Tätigkeiten. Die verursachenden Faktoren sind Leistungsminderung und/oder Schädigung.“²⁵⁹

Die behinderte Person wurde nach dem syrischen Gesetz Nr. 34, 1. Kapitel, 1. Artikel wie folgt definiert „Der Behinderte ist eine Person, die nicht in der Lage ist, die normalen, sozialen und individuellen Bedürfnisse selbst völlig oder teilweise zu befriedigen aufgrund von erworbenen oder angeborenen Mängeln an seinen körperlichen Funktionen oder an seiner geistigen Fähigkeit“.²⁶⁰

2.4.3 Behindertenzahlen

Die in Syrien lebenden behinderten Menschen sind keine genau abgrenzbare Gruppe. Die einzelnen Personen können mehreren Kategorien gleichzeitig angehören, also mehrfach behindert sein. Deshalb dürfen diese Gruppen nicht zu einer Gesamtsumme aller behinderten Menschen addiert werden. Entsprechend der statistischen Erfassung des CBS lebten 2004 in der Syrischen Arabischen Republik 113.734 Menschen mit einer Behinderung. In der Tabelle 14 wird die Behindertenanzahl bezüglich der Ursachen ihrer Behinderungen dargestellt, wobei die einzelnen Personen mehreren Gruppen an-

²⁵⁹ Vgl. Jantzen (1992), S. 16, zit. in WHO (1981), S. 32.

²⁶⁰ Ministerium für soziale Angelegenheiten und Arbeit: Das Gesetz von Behinderten in Syrien Nr. 34 vom 29.06.2004, Damaskus.

gehören können (Mehrfachbehinderung). Es wird auch die Gesamtsumme der Behinderten gezeigt.

Tab. 14: Anzahl der Behinderte gemessen an Behinderungsursachen

Ursachen	Männer		Frauen		Total	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Seit Geburt	52.385	48,1	34.285	48,6	86.670	48,3
Durch Krankheit	25.625	23,5	16.298	23,1	41.923	23,4
Durch Unfall	9.625	8,9	2.404	3,4	12.056	6,7
Durch Alter	1.0542	9,7	10.544	15,0	21.086	11,8
Andere Gründe	6.887	6,3	4.613	6,5	11.500	6,4
Nicht gezeigt	3.739	3,4	2.376	3,4	6.115	3,4
Gesamtzahl der Behinderten	68.805		44.929		113.734	

Quelle: Central Bureau of Statistics 2004b, S. 5.

Wie Tabelle 14 zeigt, stellen die angeborenen Behinderungen mit 48,3% den größten Teil der Behinderungen dar. 23,4% der Behinderungen wurden durch Krankheit, 6,4% durch Unfall und 11,8% durch Alterungsprozesse verursacht. 6,4% der Behinderungen sind aufgrund anderer Ursachen aufgetreten. Von 3,4% der Behinderten wurde die Ursache der Behinderung nicht gezeigt.²⁶¹

In der Tabelle 15 wird die Behindertenanzahl bezüglich der Behinderungsart dargestellt, wobei die einzelnen Personen mehreren Gruppen angehören können.

²⁶¹ CBS (2004b), S. 5.

Tab. 15: Behindertenzahlen gemessen an Behinderungskategorie

	Männer		Frauen		Total	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Körperliche Behinderung	38.268	37,3	23.784	35,7	62.052	36,6
Sinnesbehinderung	12.362	12,1	8.427	12,7	20.789	12,3
Sprachbehinderung	12.326	12	8.322	12,5	20.648	12,2
Lernbehinderung	6.934	6,8	4.590	6,9	11.524	6,8
Seelische Behinderung	13.398	13	8.105	12,1	21.503	12,7
Andere Behinderungen	19.389	18,9	13.438	20,2	32.827	19,4
Gesamtzahl der Behinderten	68.805		44.929		113.734	

Quelle: Central Bureau of Statistics 2004b, S. 5.

Die Tabelle 15 zeigt, dass bezüglich der Behinderungsklassifizierung nach den Arten der Behinderung die körperlichen Behinderungen mit 36,6% einen sehr hohen Anteil repräsentieren.

2.4.4 Geschlecht- und Altersstruktur von Menschen mit Behinderung

Die behinderten Menschen ab 15 Jahren werden in unterschiedlichen Gruppen klassifiziert.

Voll Erwerbstätige mit Behinderung: Diese Gruppe beinhaltet die voll erwerbstätigen Menschen mit Behinderungen. Diese Gruppe wird also durch die Personen gebildet, die ein andauerndes körperliches oder psychisches Problem angeben und gleichzeitig einer bezahlten Erwerbstätigkeit nachgehen.

Arbeitslose mit Behinderung: Diese Gruppe umfasst die arbeitsfähigen und Arbeit suchenden Menschen mit Behinderungen. Es fehlen ihnen aber die bezahlten Beschäftigungsmöglichkeiten.

Im Haushalt Beschäftigte: Diese Gruppe umfasst sowohl den Teil der Menschen mit Behinderungen, die Häuser, Wohnungen, Gärten gegen Geld betreuen, als auch den Teil, der in eigenen Häusern arbeitet.

Behinderte Studierende: Unter diese Gruppe fallen die Menschen mit Behinderungen, die trotz ihrer Behinderung studieren.

Erwerbslose: Diese Gruppe umfasst die Menschen mit Behinderungen, die arbeitsfähig aber nicht arbeitssuchend sind.

Rentner: Diese Gruppe umfasst den Teil der Menschen mit Behinderung, der eine Rente bezieht.

Eingeschränkt Erwerbstätige: Hierunter fallen Menschen mit Behinderungen, die aufgrund ihrer Behinderung ihren Beschäftigungsgrad beschränkt haben.

Nichterwerbstätige Menschen mit Behinderung: Diese Gruppe umfasst Menschen mit Behinderungen, die aufgrund ihrer Behinderung die Erwerbstätigkeit aufgegeben haben.

Altersbehinderte Menschen: Auch Menschen, die aufgrund ihres Alters behindert sind, werden in die Gruppe „Menschen mit körperlichen Behinderungen“ eingeordnet. Die Tabelle 16 gibt Informationen über das Geschlechterverhältnis bei den Menschen mit Behinderung in Bezug auf ihre Erwerbsfähigkeit.

Tab. 16: Geschlechter Verhältnis bei den Menschen mit Behinderung im Alter von 15 und mehr Jahren

	Frauen		Männer		Total	
	Anteil	%	Anteil	%	Anteil	%
Voll Erwerbstätige mit Behinderung	997	2,9	12.040	22,3	13.037	14,7
Arbeitslose mit Behinderung	454	1,3	2.305	4,3	2.759	3,2
Im Haushalt Beschäftigte	8.622	24,9	1.177	2,2	9.799	11,1
Studierende	668	1,9	1.388	2,6	2.056	2,3
Erwerblose	464	1,3	887	1,6	1.351	1,5
Rentner	123	0,4	1.403	2,6	1.526	1,7
Eingeschränkt Erwerbstätige	183	0,5	544	1,0	727	0,8
Nicht- Erwerbstätige	23.043	66,5	34.264	63,3	57.307	64,6
Nicht gezeigt	73	0,2	103	0,2	176	0,2
Total	34.627	100	54.111	100	88.738	1.000

Quelle: Central Bureau of Statistics 2004b, S. 3.

Die in der Tabelle 16 dargestellten Informationen über das Geschlechterverhältnis bei den Menschen mit Behinderung in Bezug auf ihre Erwerbsfähigkeit zeigen relativ große Unterschiede. Behinderte Männer und Frauen sind in Syrien in den Beschäftigungsgruppen nicht gleich bzw. entsprechend ihrem Bevölkerungsanteil verteilt. Am ehesten trifft dies zu auf Menschen, die aufgrund einer Behinderung ihre Erwerbstätigkeit aufgegeben haben. Die Tabelle zeigt auch, dass der Anteil der Behinderten, die trotz ihrer

Behinderung voll erwerbstätig sind, bei Männern höher ist als bei Frauen (2,9% Frauen, 22,3% Männer). Außerdem ist der Anteil der Frauen, die aufgrund ihrer Behinderung im Haushalt beschäftigt sind, deutlich höher als der Anteil der Männer (24,9% Frauen, 2,2% Männer). In der Tabelle 17 werden die beschriebenen Ergebnisse aus der CBS-Befragung 2004 getrennt für Frauen und Männer dargestellt. Dabei wird als Prävalenz die Zahl der Menschen mit Behinderungen in Relation zur Gesamtzahl der Menschen in der entsprechenden Altersgruppe angegeben

Tab. 17: Prävalenz von Behinderungen nach Geschlecht und Altersgruppe

	Männer		Frauen		Total	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Weniger als 1 Jahr	194	0,3	170	0,4	464	0,3
1- 4	2.372	3,4	1.767	3,9	4.139	3,6
5-9	5.584	8,1	3.982	8,9	9.566	8,4
10- 14	6.544	9,5	4.383	9,8	10.927	9,6
15- 19	8.367	12,2	4.572	10,2	12.939	11,4
20- 24	7.545	11,0	3.810	8,5	11.355	10,0
25 – 29	5.211	7,6	3.072	6,8	8.283	7,3
30- 34	4.076	5,9	2.491	5,5	6.567	5,8
35- 39	3.773	5,5	2.053	4,6	5.826	5,1
40- 44	3.215	4,7	1.845	4,1	5.060	4,4
45- 49	2.764	4,0	1.487	3,3	4.251	3,7
50- 54	2.750	4,0	1.761	3,9	4.511	4,0
55- 59	2.369	3,4	1.572	3,5	3.941	3,5
60- 64	2.526	3,7	2.306	5,1	4.832	4,2
65 +	11.407	16,6	9.572	21,3	20.979	18,4
Nicht gezeigt	108	0,2	86	0,2	194	0,2
Total	68.805	100,0	44.929	100,0	11.3734	100,0

Quelle: Central Bureau of Statistics 2004b, S. 2

Die Tabelle 17 zeigt, dass der Anteil der Menschen mit Behinderung im Alter 60 Jahre und älter gemäß einer CBS-Befragung ungefähr ein Viertel (22,4%) aller Menschen mit Behinderung beträgt.

2.4.5 Ausbildungsverteilung

Die Bildungslage der Behinderten stellt ein zentrales Element ihrer Lebenssituationen dar. Nachfolgend wird ein Überblick über ihre Lebenssituation gegeben. Zunächst wird untersucht, ob die Menschen mit Behinderungen in Syrien in diesem Punkt benachteiligt sind. Zur Analyse der Verteilung der Bildungsabschlüsse von Behinderten wird zwischen drei abgeschlossenen Bildungsniveaus differenziert.

Bildungsniveau I: Menschen mit Behinderungen, die als höchsten Abschluss die obligatorische Grundschule vorweisen können.

Bildungsniveau II: Befragte, die als höchste abgeschlossene Ausbildung die gymnasiale Oberstufe oder den Abschluss einer Berufslehre vorweisen können.

Bildungsniveau III: Behinderte Menschen mit einem Hochschulabschluss, Lehrdiplom für die Oberstufe oder Magisterabschluss sowie mit Promotion.

Die Erhebung umfasst alle behinderten Menschen der Altersgruppe 15-65. Diese Anzahl lag im Jahr 2004 bei 26.006, von denen 8.945 Frauen und 17.052 Männer waren.

Der Vergleich der Bildungsstruktur der Menschen ohne Behinderung mit der Bildungsstruktur der Menschen mit Behinderung zeigt deutliche Unterschiede zwischen beiden. Die Daten über die Bildungsstruktur für die Behinderten und nicht Behinderten werden in der Tabelle 18 dargestellt.

Tab. 18: Bildungsniveau der Behinderten sowie Nicht- Behinderten im Jahr 2004

	Menschen mit Behinderung		Menschen ohne Behinderung	
	Anteil	%	Anteil	%
Bildungsniveau I	23.851	91,7	208.107	49,86
Bildungsniveau II	1.892	7,3	190.022	45,52
Bildungsniveau III	263	1,0	19.290	4,62
Total	26.006	100,0	417.419	100,00

Quelle: Central Bureau of Statistics 2004a, S. 3; Central Bureau of Statistics 2005, S. 411-414.

Die in Tabelle 18 dokumentierten Daten zeigen, dass ein sehr hoher Anteil der Behinderten als höchsten Abschluss nur die obligatorische Grundschule (91,7%) hat, während dieser Anteil bei Menschen ohne Behinderung deutlich geringer ist (49,86). Der Anteil der Menschen mit Behinderung, die eine Berufsausbildung abgeschlossen oder das Abitur abgelegt haben, ist sehr gering im Vergleich zu dem Anteil bei Menschen ohne Be-

hinderung. Außerdem haben die Menschen ohne Behinderung in Bezug auf Bildungsniveau III einen höheren Anteil im Vergleich zu Menschen mit Behinderung.

Weiterhin kann festgehalten werden, dass eine deutliche Benachteiligung dieser Gesellschaftsmitglieder zu beobachten ist. Deshalb sind die Bemühungen der Regierung, die Behinderten in die Gesellschaft zu integrieren, immer noch als unzureichend anzusehen.

2.4.6 Grundlegende Aspekte der Behindertenfürsorge

Integration der Behinderten in ihrer Gesellschaft

Menschen mit Behinderung haben in den letzten Jahren eine hohe Aufmerksamkeit sowohl bezüglich des akademischen Studiums als auch im Hinblick auf den wissenschaftlich technologischen Fortschritt erhalten.²⁶² Dieses gründet darin, dass die Überzeugung in den verschiedenen Gesellschaften zugenommen hat, dass die Behinderten wie die anderen Menschen in der Gesellschaft ein Lebensrecht haben. Sie werden heutzutage als Teil der menschlichen Fülle betrachtet, die integriert, entwickelt und deren Kräfte im maximalen Umfang gebraucht werden müssen.²⁶³ Ausgehend von der bedeutsamen Rolle der Behinderten in der Gesellschaft wurde von UNDPs gemeinsam mit dem Ministerium für soziale Angelegenheiten und Arbeit sowie dem Ministerium für Kommunikationen und Technologie ein Rechenzentrum in Damaskus gegründet. Das Projekt zielt darauf ab, die Behinderten beruflich in Bezug auf Kommunikation und Information auszubilden, um sie in den Arbeitsmärkten integrieren zu können.

Es gibt aber noch weitere Bemühungen der Regierung die Integration der Menschen mit Behinderungen in der syrischen Gesellschaft zu fördern. Dazu zu zählen sind Pionierprojekten, welche in fünf Dörfern in Rural - Damaskus in Zusammenarbeit mit Japan International Cooperation Agency (JICA) durchgeführt wurden. Die Projekte haben im Jahr 2003 angefangen. Als eine Stufe der Integration in die Gesellschaft bereiten sie die Menschen innerhalb der Dörfer darauf vor, wie man mit Menschen mit speziellen Bedürfnissen umgehen kann.²⁶⁴ Außerdem gibt es für Behinderte eigene Schulen. Das Ausbildungs- und Erziehungsministerium hat bereits angefangen, die behinderten Kinder in den staatlichen Schulen für nicht behinderte Kinder zu integrieren.

²⁶² Vgl. Oberndorfer (2006), S. 1.

²⁶³ Vgl. Oberndorfer (2006), S. 1.

²⁶⁴ Vgl. Alajie (2007), S. 1.

Finanzielle Unterstützung

Die Regierung unterstützt Menschen mit körperlichen Behinderungen finanziell. Diese finanzielle Unterstützung zielt darauf ab, Arbeit für sie zu schaffen, welche ihnen hilft, sich in ihrer Gesellschaft zu integrieren und eine Einkommensquelle zu finden. Nach dem Gesetz Nr. 34, 1. Kapitel, 9. Artikel haben die Menschen mit körperlichen Behinderungen die Priorität im Vergleich zu anderen Kreditbewerbern in Bezug auf die Kredite, die von ACU im Rahmen der Bekämpfung der Arbeitslosigkeit vergeben werden. Außerdem bekommen sie eine Befreiung von Steuern und Abgaben, die in der Regel für die Gründung von Projekten bezahlt werden müssen, für welche Kredite vergeben wurden.²⁶⁵

2.4.7 Soziale Wohlfahrtsinstitutionen

Die sozialen Wohlfahrtseinrichtungen für Menschen mit Behinderung in Syrien sind entweder staatlich finanzierte Institutionen oder durch Spenden finanzierte Wohltätigkeitsinstitutionen. Sie bieten den behinderten Personen einen Rahmen, in dem sie geschult bzw. beruflich ausgebildet werden, einer Tätigkeit nachgehen können oder durch die sie eine Wohnform finden können, die ihren Bedürfnissen entspricht. Im Laufe der Zeit haben immer mehr behinderte Menschen von solchen Verbänden profitiert. In der Tabelle 19 werden die dokumentierten Daten über die Anzahl der Nutznießer für den Zeitraum 1998-2003 dargestellt.²⁶⁶

²⁶⁵ Ministerium für soziale Angelegenheiten und Arbeit, Syrien (2004).

²⁶⁶ CBS (2004a), S. 482.

Tab. 19: Entwicklung der Anzahl der Nutznießer von Institutionen für Behinderte im Zeitraum 1998-2003

Institution	1998	1999	2000	2001	2002	2003
Blindenverbände	409	426	448	463	469	474
Gehörlosenverbände	1.053	1.144	1.084	1.285	1.416	1.467
Verbände für körperlich Behinderte	350	355	346	360	407	407
Seniorenverbände	763	726	687	762	760	717
Verbände für geistig Behinderte	525	799	864	854	1.086	1.272
Total	3.080	4.176	3.429	3.724	4.138	4.337

Quelle: Central Bureau of Statistics 2004a, S. 482.

Tabelle 19 zeigt, dass die Anzahl der von den sozialen Wohlfahrtsinstitutionen profitierenden Menschen mit Behinderung jährlich gestiegen ist. Im Jahr 1998 lag beispielsweise die Anzahl der profitierenden Menschen mit körperlicher Behinderung bei 350 Behinderten, im Jahr 1999 bei 355, im Jahr 2000 bei 346 und im Jahr 2003 bei 407. Diese Entwicklung der Anzahl der Profitierenden gilt auch für andere Arten der Behinderungen wie in der Tabelle 21 dargestellt wurde.

Der Anteil der sozialen Wohlfahrtsinstitutionen sowie ihrer Nutznießer hat sich vergrößert. Die vom Ministerium für soziale Angelegenheiten und Arbeit erhobenen Daten stellen Informationen über die Entwicklung der Anzahl von Wohlfahrtsinstitutionen und ihrer Nutznießer für die Jahre 2001-2006 dar. Eine Datendarstellung für zwei unterschiedliche Phasen erlaubt, die Veränderungen besser zu differenzieren. Deshalb werden die verfügbaren dokumentierten Daten für die beiden Geschlechter in den Tabellen 22 und 23 in den Jahren 2001 und 2006 verglichen.

Tab. 20: Entwicklung der Anzahl der staatlichen Wohlfahrtsinstitutionen für behinderte Personen sowie ihrer Nutznießer in Zeitraum 2001-2006

Institution	Jahr		Anzahl der Nutznießer					
			2001			2006		
	2001	2006	Frauen	Männer	Total	Frauen	Männer	Total
Blindenverbände	2	2	117	198	315	183	302	787
Gehörlosenverbände	4	6	420	619	1.039	549	685	1.234
Verbände für körperlich Behinderte	3	3	109	232	341	81	166	422
Seniorenverbände	2	2	45	36	81	35	43	78
Verbände für Menschen mit cerebraler Lähmung	3	3	118	150	260	149	180	329
Verbände für geistig Behinderung	7	8	120	231	351	204	339	543
Andere Verbände	-	2	-	-	-	41	59	100
					2.845			3.493

Quelle: Ministerium für soziale Angelegenheiten und Arbeit 2006, Statistiken.

Tab. 21: Entwicklung der Anzahl der privat finanzierten Wohltätigkeitsinstitution für behinderte Personen sowie ihrer Nutznießer in Zeitraum 2001-2006

Institution	Jahr		Anzahl der Nutznießer					
			2001			2006		
	2001	2006	Frauen	Männer	Total	Frauen	Männer	Total
Blindenverbände	7	9	41	107	148	101	165	266
Gehörlosenverbände	4	8	108	138	246	190	233	423
Verbände für körperlich Behinderte	1	1	10	9	19	8	10	18
Seniorenverbände	18	17	429	263	692	412	245	657
Verbände für Menschen mit cerebraler Lähmung	1	1	-	-	-	25	38	63
Verbände für geistig Behinderte	2	9	113	129	242	390	547	937
Andere Verbände	-	2	-	-	-	19	24	43
			701	646	1.347	1.145	1.262	2.407

Quelle: Ministerium für soziale Angelegenheiten und Arbeit 2006, Statistiken.

Wie aus der Tabellen 20 und 21 ersichtlich, lag im Jahr 2001 die Anzahl der mit den behinderten Menschen beschäftigten Wohlfahrtsinstitutionen bei 54, von denen 21 öffentlich und 33 privat durch Spenden finanziert waren. Im Jahr 2006 betrug die Anzahl dieser Institutionen 61, von denen 26 staatliche und 36 Wohltätigkeitsinstitution waren. Die Anzahl der Nutznießer hat sich von Jahr zu Jahr erhöht. Im Jahr 2001 haben über 4.192 behinderte Menschen, die erheblichen Bedarf an Pflege haben, von diesen Institutionen profitiert. 2.845 behinderte Menschen waren an staatliche und 1.347 waren an Wohltätigkeitsinstitution gebunden. Die Anzahl der Nutznießer lag im Jahr 2006 bei 5.900 behinderten Menschen, von denen 3.493 in den staatlichen Institutionen betreut wurden.

Zusammengefasst lässt sich sagen, dass ein erheblicher Anteil nicht von der Hilfe der Institutionen profitiert.

Es stellt sich folglich die Frage, wie der Zugang zu essentiellen Gesundheitsdienstleistungen für Menschen mit Behinderung verbessert werden kann. Die originäre For-

schungshypothese dieser Arbeit ist, dass Mikrofinanz hierfür ein Instrument sein könnte. Die Forschungshypothese bezieht sich nicht auf alle Menschen mit Behinderung, sondern nur auf gehbehinderte Personen. Aber die Ergebnisse der Untersuchung sind für alle Menschen mit Behinderung nicht nur in Syrien sondern in den vergleichbaren Ländern zu verallgemeinern.

Im nächsten Abschnitt wird die zweite Zielgruppe dieser Arbeit „Patienten mit chronischen Lungenerkrankungen“ vorgestellt. Mittels dieser Vorstellung der chronischen Lungenerkrankungen in Syrien wurde ermittelt, ob die Möglichkeit für den Einsatz der Heimbeatmung in Syrien besteht und somit die Kosten zu sparen möglich ist und den Armen bei der Finanzierung ihrer Gesundheitskosten geholfen werden kann.

2.5 Lungenerkrankungen in Syrien

2.5.1 Bedeutung weltweit

Weltweit stehen die Lungenerkrankungen, insbesondere die chronisch obstruktive Lungenerkrankung (COPD) an der Spitze der tödlichen Erkrankungen. Während sie zurzeit auf Platz vier der Todesursachen stehen, werden sie nach Schätzung der Experten im Jahr 2020 auf Platz drei der Mortalitätsursachen hinter den koronaren Herzerkrankungen und cerebrovaskulären Erkrankungen stehen. Weltweit werden unter 1000 Männer 9,3 und unter 1.000 Frauen 6,3 Erkrankungsfälle an COPD geschätzt.²⁶⁷

Diese Erkrankungen stellen eine enorme volkswirtschaftliche Belastung dar, da sie hohe Kosten verursachen.²⁶⁸

In der europäischen Union wird die Zahl der aufgrund von COPD verlorenen Arbeitstage pro Jahr auf 41.300 pro 100.000 Einwohner geschätzt. Durch diese Erkrankung wird ein jährlicher Produktivitätsverlust von 28,5 Milliarden € verursacht.²⁶⁹

Nach Angaben der AOK verursacht die chronische Bronchitis jährlich etwa 25 Mio. Arbeitsunfähigkeitstage in Deutschland und die volkswirtschaftlichen Gesamtkosten

²⁶⁷ Vgl. Bilde et al. (2006), S. 540, zit. in Sulivan; Ramsey; Lee (2000), S. 55-95.

²⁶⁸ Vgl. Vogelmeier (2003), S. 16.

²⁶⁹ Vgl. Vogelmeier (2004), S. 833.

werden auf etwa 5,93 Mrd. € durch COPD geschätzt.²⁷⁰ Die mit COPD jährlich verbundenen Kosten belaufen sich durchschnittlich auf 3.027€ pro Patient, von denen die Krankenhausaufenthalte mit 26%, Medikamente mit 23% und die Frührente mit 17% den Hauptteil der Kosten verursachen.²⁷¹

In den USA wurden nach einem Bericht über die jährlichen direkten medizinischen Kosten von COPD Erkrankten im Jahr 2005 die Kosten pro Patient auf 2.700 US\$ bis 3.900 US\$ geschätzt. Das Nationale Heart, Lung und Blood Institute hat im Jahr 2003 die Gesamtkosten (direkte und indirekte Kosten) von COPD Patienten auf 32,1 Mrd. US\$ geschätzt, von denen die direkten Kosten 18,0 Mrd. betragen.²⁷²

In Holland wurden im Jahr 1993 die direkten medizinischen Kosten für Asthma und COPD Erkrankungen auf 346 Millionen US\$ geschätzt. Die jährlichen Kosten für Asthmapatienten wurden auf 499 US\$ pro Patient geschätzt und für COPD Patienten auf 876 US\$. Die direkten Kosten von Asthma und COPD stellen zusammen 1,3% des holländischen Gesundheitsbudgets dar.²⁷³

In Spanien wurden die jährlichen von COPD verursachten Kosten auf 841,42 Millionen € geschätzt, von denen 65% indirekt sind. Diese resultieren aus dem Verlust der Produktivität als Folge der langfristigen Arbeitsunfähigkeit, temporärer Arbeitsunfähigkeit und vorzeitigem Tod wegen COPD. Die direkten Kosten betragen 288,49 Millionen €. Diese entstehen durch Krankenhausaufenthalte und die Therapien.²⁷⁴

Mit der Zunahme der Lungenerkrankungen verstärkt sich der ökonomische Druck auf die Gesundheitssysteme weltweit. Daher wird zur Verlagerung der Gesundheitsleistungen aus dem stationären in den ambulanten Bereich tendiert. Die Langzeitbeatmung im häuslichen Umfeld stellt eine solche Verlagerung der Gesundheitsleistungen dar. Ein gutes Beispiel für hohe Kosten durch künstliche Beatmung im Krankenhaus ist im japanischen Gesundheitswesen zu finden. Die Kosten für die künstliche Beatmung in Japan betragen jährlich 1,7 Mrd. €. Diese enormen Kosten können jedoch durch eine Verlagerung der Behandlung in das häusliche Umfeld reduziert werden.²⁷⁵

²⁷⁰ Vgl. Worth et al. (2002), S. 707, zit. in Konietzko; Fabel (2001).

²⁷¹ Vgl. Nowak et al. (2004), S. 837.

²⁷² Vgl. Mannino; Buist (2007), S. 770, zit. in National Heart, Lung, and Blood Institute.

²⁷³ Vgl. Rutten Van Mölken; Postma; Joore; Van Genugten; Leidl; Jager (1999), S. 779.

²⁷⁴ Vgl. Izquierdo (2003), S. 62.

²⁷⁵ Vgl. Fiehn; Bennerscheidt (2007), S. 328, zit. in Watanabe; Ohkusa (2002), S. 314-423.

In den frühen fünfziger Jahren breitete sich in Europa die Poliomyelitisepidemie aus. Aufgrund der hohen Kosten der stationären Behandlung wurde die positive Druckbeatmung via Tracheostoma eingesetzt und viele Beatmete nach Hause verlegt. Dadurch wurden nicht nur die Überlebenschancen sondern auch die Lebensqualität der Betroffenen verbessert.²⁷⁶

Dieser kurze Überblick zeigt, dass die Lungenerkrankungen aus der ökonomischen Perspektive eine größere Beachtung erhalten sollten.

2.5.2 Bedeutung in Syrien

Die Lungenerkrankungen haben eine große Bedeutung in Syrien, wobei im Jahr 2005 die Atemwegserkrankungen 5,6% aller Todesfälle verursachten haben.²⁷⁷ Nach dem Bericht der WHO und CBS sind 53.325 Menschen in Syrien im Jahr 2005 verstorben.²⁷⁸ Die Tabelle 22 repräsentiert den prozentualen Anteil der verschiedenen Erkrankungen an den Todesursachen im Jahr 2005.

²⁷⁶ Arbeitsgruppe „Maschine Heimventilation“ der (SGP) (2006), S. 674.

²⁷⁷ Ministry of Health (2005a), S. 106.

²⁷⁸ Ministry of Health (2005a), S. 108.

Tab. 22: Todesursachen in Prozent im Jahr 2005 in Syrien

Todesursachen	Prozent
Herz-Kreislauf-Erkrankungen	49,0%
Krebs	6,2%
Atemwegserkrankungen	5,6%
Perinatale Bedingungen	4,7%
Unfälle	4,1%
Geburtsfehlern (z.B. Fehlentwicklungen und chromosomale Abweichungen)	4,1%
Perinatalen Erkrankungen	0,1%
Nervenkrankheiten	2,4%
Uro-genitale Krankheiten	3,1%
Verdauungserkrankungen	2,8%
Infektiöse und parasitäre Krankheiten	1,8%
Endokrine Erkrankungen, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten	1,7%
Blutkrankheiten	0,3%

Quelle: In Anlehnung an Ministry of Health 2005a, S. 10.

Die Tabelle zeigt, dass die Atemwegserkrankungen nach Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Krebs eine wesentliche Todesursache in Syrien sind. Im Jahr 2005 wurde nach Angaben des syrischen Gesundheitsministeriums die Anzahl der an Lungenerkrankungen leidenden Patienten auf 55.011 Patienten geschätzt.²⁷⁹ Von diesen könnten 7.444 Patienten zu Hause beatmet werden, wenn Hilfsmittelgeräte für die Beatmung vorhanden wären.

Die Tabelle 23 stellt die Anzahl der Betroffenen für einige Krankheitsbilder der Pneumologie im Jahr 2005 dar, wobei ein Teil der in der Tabelle aufgeführten Lungenpatienten im häuslichen Bereich beatmet werden könnten.

²⁷⁹ Ministry of Health (2005b), S. 4.

Tab. 23: Anzahl der möglicherweise an beatmungspflichtigen Lungenerkrankungen leidenden Personen im Jahr 2005

KD – 10	Hauptdiagnose	Fälle		
		Männer	Frauen	Total
J42	Nicht näher bezeichnete chronische Bronchitis	24	21	45
J43	Emphysem	83	18	101
J44	Sonstige chronische obstruktive Lungenerkrankung	26	11	37
J45	Asthma bronchiale	2.507	1.846	4.353
J47	Bronchiekysten	42	53	95
J60	Kohlenbergerbeiter- Pneumokoniose	69	115	184
J61	Pneumokoniose durch Asbest und sonstige anorganische Fasern	0	1	1
J62	Pneumokoniose durch Quarzstaub	3	2	5
J63	Pneumokoniose durch sonstige anorganische Stäube	0	0	0
J64	Nicht näher bezeichnete Pneumokoniose	1	1	2
J65	Pneumokoniose in Verbindung mit Tuberkulose	1	0	1
J66	Krankheit der Atemwege durch spezifischen organischen Staub	3	0	3
J67	Allergische Alveolitis durch organischen Staub	1	5	6
J68	Krankheiten der Atmungsorgane durch Einatmen von chemischen Substanzen, Gasen, Rauch und Dämpfen	1	0	1
J70	Krankheiten der Atmungsorgane durch sonstige exogene Substanzen	8	8	16
J80	Atemnotsyndrom des Erwachsenen [ARDS]	557	374	931
J84	Sonstige interstitielle Lungenerkrankungen	352	292	644
J94	Sonstige Krankheitszustände der Pleura	14	3	17
J95	Krankheiten der Atemwege nach medizinischen Maßnahmen, anderenorts nicht klassifiziert	16	8	24
J96	Respiratorische Insuffizienz, anderenorts nicht klassifiziert	464	218	682
J98	Sonstige Krankheiten der Atemwege	72	62	134
J99	Krankheiten der Atemwege bei anderenorts klassifizierten Krankheiten	101	61	162
Total		4.345	3.099	7.444

Quelle: In Anlehnung an Ministry of Health 2005b.

In der Tabelle werden die Krankheitsbilder der Pneumologie kodiert. Die Kodierung erfolgt nach ICD-10 „internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme“, welche von der WHO herausgegeben wurde. Die Tabelle zeigt, dass eine hohe Anzahl der Patienten (4.353 Personen), die möglicherweise künstlich beatmet werden müssen, an Asthma bronchiale „J45“ leiden (7.444).

2.5.3 Heim- und Langzeitbeatmung als Behandlungsmöglichkeit

Die Behandlung der Lungenerkrankung kann entweder stationär oder ambulant erfolgen. In dieser Arbeit werden nur die ambulanten Möglichkeiten der Behandlung erörtert.

Heimbeatmung bedeutet die kurzfristige oder dauerhafte Anwendung von mechanischer Atemhilfe außerhalb eines Krankenhauses bspw. unter häuslichen Bedingungen.²⁸⁰

Mit Hilfe der Heim- und Langzeitbeatmungstherapie sollen die folgenden Ziele erreicht werden.²⁸¹

- Lebensqualität und Leistungsfähigkeit des Betroffenen sollen verbessert werden.
- Der Betroffene soll eine Chance bekommen, seine individuellen Potentiale bestmöglich zu entfalten.
- Eine vom Betroffenen gewünschte Lebensverlängerung wird angestrebt.
- Die Symptome und sekundären Folgen der chronischen Infekte, die durch Krankenhauserreger hervorgerufen werden, können verhindert werden. Somit soll der Krankheitsprozess stabilisiert werden.
- Verzögerung oder sogar Verhinderung von Invalidität und Arbeitsunfähigkeit beim rechtzeitigen Einsatz der Beatmung.

²⁸⁰ Vgl. Winterholler et al. (1997), S. 352.

²⁸¹ Vgl. Winterholler et al. (1997), S. 352; Arbeitsgruppe „Maschine Heimventilation“ der (SGP) (2006), S. 674-675.

2.5.3.1 Beatmungsverfahren

Man unterscheidet die Überdruckbeatmungsverfahren in nicht-invasive Verfahren (Maskenbeatmung) und invasive Verfahren über das Tracheostoma.

Nicht-invasive Beatmung (NIV)

Unter nicht-invasiver Beatmung versteht man eine mechanische Unterstützung der Atmung ohne endotracheale Intubation.²⁸² Diese wird über unterschiedlichen Arten von Masken appliziert, die im Abschnitt (2.5.3.2) dargestellt werden.

NIV kann als kontinuierlicher positiver Atemwegdruck (CPAP) (continuous positive airway pressure) oder mit *Druck-* oder *Volumenvorgabe* erfolgen.²⁸³

Die NIV mit Volumen- und mit Druckvorgabe lassen sich in *kontrollierte* oder *assistierte* Beatmungsform unterscheiden.²⁸⁴

Die rein kontrollierte Beatmung ist eine maschinelle Beatmung, wobei das Beatmungsgerät die gesamte Atemarbeit des Patienten übernimmt. Die assistierte Beatmung ist eine Kombination aus Spontanatmung und Maschinenbeatmung.

Außerdem gibt es eine Mischform von assistierten und kontrollierten Beatmungsverfahren, die so genannte (SIMV) synchronisierte intermittierende mandatorische Ventilation-engl. „synchronized intermitted mandatory ventilation“. Die NIV kann mit jedem Beatmungsgerät durchgeführt werden.

Invasive Beatmung

Ein weiterer Beatmungszugang ist das Tracheostoma „Lufttröhrenschnitt“. Hierbei wird die Beatmung über einen Endotrachealtubus vorgenommen.²⁸⁵ Die für invasive Beatmung genutzten Beatmungsgeräte müssen mit einem internen Akku eingerichtet werden und sie müssen Alarmsysteme (Überdruck, Diskonnexion, Mindestvolumen, Fehlfunktion) besitzen.²⁸⁶

²⁸² Vgl. Köhnlein; Welte (2006), S. 921.

²⁸³ Vgl. Köhnlein; Welte (2006), S. 920.

²⁸⁴ Vgl. Schönhofer (2006), S. 431.

²⁸⁵ Vgl. Stasche (2006), S. 50.

²⁸⁶ Vgl. Hein et al. (2006), S. 152.

2.5.3.2 Geräte und Materialien

Für die Durchführung der Heimbeatmung steht ein breites Spektrum von portablen, leicht zu bedienenden Beatmungsgeräten zur Verfügung. Prinzipiell zielen alle Beatmungsgeräte darauf ab, den Gasaustausch zu verbessern, den arteriellen Kohlendioxid- druck – Partialdruck (PCO₂) wesentlich abzusenken und soweit wie möglich zu normalisieren, die Atemarbeit und Dyspnoe bei Akzeptanz der Therapie zu reduzieren.

Alle Geräte zur Selbstbeatmung sollten folgende Eigenschaften besitzen.²⁸⁷

- Leichte Bedienung und möglichst wenig Bedienelemente.
- Geringe Überwachungsanforderungen des Gerätes.
- Die minimale Alarmfunktion bei nicht lebenserhaltend eingesetzten Geräten sollte der Stromnetzausfall sein.
- Die Notwendigkeit von weiteren Alarmfunktionen entsteht bei Zunahme der Respiratorabhängigkeit.
- Ein integrierter oder externer Akku sowie ein baugleiches funktionsbereites Ersatzgerät (inkl. Schlauchsystem und Ausatemventil) ist als zusätzliche Alarmausstattung erforderlich, wenn die Beatmungszeiten über 10 Stunden am Tag betragen oder die durchgehenden Spontanatmungszeiten unter 8 Stunden liegen.

Durch diese Alarmausstattung werden die Abweichungen der eingestellten Mindestparameter angezeigt. Im Folgenden werden die im Bereich der Heimbeatmung genutzten Geräte dargestellt.

Stationäre und tragbare Geräte

Für die Durchführung der Langzeit - Sauerstofftherapie stehen folgende Möglichkeiten zur Verfügung, die stationär und ambulant angewendet werden können.

Sauerstoffkonzentratoren

Sie konzentrieren durch einen Kompressor fortlaufend Sauerstoff aus der Umgebungsluft. Diese Geräte haben ein relativ großes Volumen und ein Gewicht von ca. 18-30 kg. Sie sind im Prinzip stationäre Geräte. Der Aktionsradius des Patienten ist auf das Haus beschränkt. Weitere Nachteile dieser Geräte bestehen in hohen Stromkosten und einer Geräuschentwicklung.²⁸⁸

²⁸⁷ Vgl. Hein et al. (2006), S. 151.

²⁸⁸ Vgl. Goeckenjan et al. (2001), S. 459.

Flüssigsauerstoff-System

Die Basis für ein Flüssigsauerstoffsystem stellt ein häusliches Reservoir dar, welches vom Anbieter direkt mit flüssigem Sauerstoff befüllt wird. Ein Liter flüssiger Sauerstoff entspricht ca. 853 Litern gasförmigem Sauerstoff. Aus dem Vorratsbehälter zu Hause kann der Patient einen transportablen Behälter selbst mit einem Gewicht von rund 3,1 bis 3,4 kg befüllen. Bei einem Flow von 2 L/min reicht eine Flasche für ca. 4,25 bis 8 Stunden. Der mögliche Aktionsradius der Patienten verbessert sich durch diese Geräte deutlich. Dies kann durch Einsatz eines Sparventils bzw. Demandsystems noch gesteigert werden.²⁸⁹

Sauerstoffdruckflaschen

Die Sauerstoffdruckflaschen haben unterschiedliche Größen und ihr großes Gewicht stellt einen Nachteil dar. Die Flaschen können ein Volumen von 0,8 bis 2 Liter gasförmigen Sauerstoffs aufnehmen und ihr Gewicht schwankt zwischen 1,92 bis 2,68 kg. Meist werden sie als mobile Ergänzung zu einer Versorgung mit häuslichem Konzentrator verwendet. Ihre Reichweite ist gering (z.B. bei 200 Bar Füllungsdruck 400 Liter O₂), so dass sich die Nutzung auf ca. 2,5 Stunden begrenzt. Zum Transport erhält der Anwender eine Rückentraghilfe oder einen Rollwagen.²⁹⁰

Masken

Mittels der Masken wird eine druckdichte Verbindung zwischen Beatmungsgerät und Patient erzeugt. In der Praxis kommen unterschiedliche Masken zum Einsatz, die von der Industrie in verschiedenen Größen angeboten werden: Nasenmasken, Mund- Nasen-Masken, Gansgesichtsmasken und auch Helme.²⁹¹

2.5.3.3 Kosteneffektivität der Heimbeatmung

Bei fortgeschrittenen Lungenerkrankungen kann sich ein erheblicher Sauerstoffmangel entwickeln. Die Betroffenen sind kaum zu körperlichen Aktivitäten fähig. Eine kontinuierliche Sauerstofflangzeittherapie ermöglicht den Patienten auf Dauer ihren Alltag ohne Hilfe zu bewältigen. Die Anzahl der Patienten mit respiratorischer Insuffizienz, die im häuslichen Bereich beatmet werden, hat weltweit stetig zugenommen. Dies ist eine

²⁸⁹ Vgl. Goeckenjan et al. (2001), S. 460.

²⁹⁰ Vgl. Goeckenjan et al. (2001), S. 460.

Folge der Entwicklung von Beatmungsgeräten, die außerhalb von Intensivstationen und sogar außerhalb des Krankenhauses betrieben werden können.

Im Folgenden werden die Ergebnisse unterschiedlicher Studien über die Kosteneffektivität der Heimbeatmung dargestellt.

In den Jahren 1985-1990 wurden in Frankreich 276 Patienten mit nasal intermittent positive pressure ventilation (NIPPV) behandelt, welche im häuslichen Bereich durchgeführt werden kann. Die Behandlung wurde von vier französischen Mannschaften durchgeführt, die in einem integrierten System arbeiteten, welches aus Krankenhauseinheiten und Heimpflege bestand. Infolge der Durchführung der ambulanten INPPV ist die Dauer des stationären Aufenthalts verkürzt wurden. Der Aufenthalt der Patienten mit Kyphoscoliose ist nach Durchführung der NIPPV von 31 bis 34 Tage im Jahr auf 6 Tage zurückgegangen. Die täglichen Kosten pro Patient wurden auf 750 US\$ geschätzt. Die Studie umfasste 65 Patienten mit Kyphoscoliose. Die Kosten für 65 Patienten wurden auf 1.428.000 US\$ jährlich geschätzt. Nach Durchführung von NIPPV sind die Kosten auf 588.000 US\$ zurückgegangen (480.000 US\$ sind gespart).²⁹²

Auch eine in Großbritannien durchgeführte Studie, welche 754 Patienten mit COPD umfasst, kommt zum Ergebnis, dass die Verlagerung der Behandlung vom Krankenhaus in den häuslichen Bereich mit erheblicher Senkung der Kosten verbunden ist. Vor dem Hintergrund dieser Studie berichteten die beiden Reporte von Hernandez et al und Nicholson, dass die Kosten für stationäre Patienten im Vergleich zu Patienten, die vom Krankenhaus nach Hause verlegt sind, viel höher sind. Die jährlich gesparten Kosten pro Patient liegen nach dem ersten Report bei 975 US\$ (807€) und nach dem zweiten Report bei 1.188 US\$ (967€).²⁹³ Die Autoren berechnen, dass durch diese Verlagerung 433 Betten im Jahr eingespart wurden, so dass die Kosten entsprechend reduziert wurden.²⁹⁴ Cotton et al berichteten, dass 201 Betten im Jahr durch diese Verlegung eingespart werden.²⁹⁵

Eine retrospektive multizentrische französische Studie über die Kostenanalyse von invasiver Heimbeatmung (IV) umfasste 259 COPD Patienten. Alle Patienten waren

²⁹¹ Vgl. Schönhofer (2001), S. 24.

²⁹² Vgl. Leger et al. (1994), S. 100-103.

²⁹³ Vgl. Ram; Wedzicha; Wright; Greenstone (2004), S. 316, zit. in Nicholson et al. (2001), S. 181-187, zit. in Hernandez et al. (2003), S. 85-67.

²⁹⁴ Vgl. Ram; Wedzicha; Wright; Greenstone (2004), S. 316, zit. in Skwarska; Cohen et al. (2000), S. 907-912.

²⁹⁵ Vgl. Ram; Wedzicha; Wright; Greenstone (2004), S. 316, zit. in Cotton et al. (2000), S. 902-906.

tracheotomiert vor dem 3. Januar 1984 und bis zum 1. Januar 1990 beobachtet. Die Studie kommt zum Ergebnis, dass vor Durchführung von häuslicher Beatmung die jährlichen Kosten pro COPD Patient bei 4.306.200 US\$ lagen. In dieser Studie wird angenommen, dass die Patienten 50% der gesamten Zeit des Krankenhausaufenthalts auf Intensivstationen und 50% der Zeit auf den normalen Stationen liegen. Für die Berechnung der nach Durchführung der IV gesparten Kosten wurden die Dauer des Krankenhausaufenthaltes, die Bettenkosten auf Intensivstationen, auf normalen Stationen, die Kosten der Langzeit-Sauerstofftherapie vor und nach der Durchführung der IV berücksichtigt. Die wirtschaftlichen Auswirkungen der IV werden in der Tabelle 24 dargestellt.

Tab. 24: Wirtschaftliche Auswirkung der invasiven Heimbeatmung

Periode	Vor der Therapie	Nach der Therapie		
		1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
Dauer des stationären Aufenthalts (Patient/ Jahr)	72 Tage	40,9 Tage	29,8 Tage	22,8 Tage
Kosten pro Patient²⁹⁶	147.960 Fr	82.200 Fr	61.650 Fr	45.210 Fr
Bettkosten auf Intensivstationen	97.424 Fr	54.180 Fr	40.635 Fr	29.799 Fr
Bettkosten auf normalen Stationen	12.892 Fr	-	-	-
Kosten der Langzeit- Sauerstofftherapie zu Hause	12.892 Fr	-	-	-
Kosten von IV Beatmung	-	33.150 Fr	34.170 Fr	34.986 Fr
Gesamtkosten	258.376 Fr	169.530Fr	136.455 Fr	109.995 Fr

Quelle: Muir; Girault; Cardinaud; Polu and the French Cooperative Study Group 1994, S. 205.

Aus der Tabelle 24 ist ersichtlich: Nach Durchführung der häuslichen Therapie fallen die Kosten im ersten Jahr von 258.376 Fr auf 169.530 Fr oder auf 28.255 US\$, im zweiten Jahr auf 136.455 Fr oder 22.742, 50 US\$ und im dritten Jahr auf 109.995 Fr oder 18.332, 50 US\$.²⁹⁷

Eine Studie zur Kosteneffektivität der auch im häuslichen Bereich durchführbaren NIV Beatmungsmethode zeigt eine hohe Kosteneffektivität im Falle einer akuten Exacerbation chronisch obstruktiven Lungenerkrankung (AECOPD) auf. Die Studie

²⁹⁶ 1 US\$ = 6 französischen Franken nach den Preisen im Jahr 1993.

²⁹⁷ Vgl. Muir et al. (1994), S. 204-205.

umfasst 236 Patienten mit AECOPD, die in zwei Gruppen unterteilt sind. In jeder Gruppe gibt es 118 Patienten. Die Patienten in Gruppe 1 bekamen die Standardbehandlung, während die Patienten in Gruppe 2 die NIV Beatmung bekamen. In der Gruppe 1 starben 24 Patienten, während nur die Hälfte dieser Anzahl in der Gruppe 2 (12 Patienten) gestorben ist. Die Auswirkung der NIV Beatmung beschränkt sich nicht nur auf die Reduzierung der Todesfälle, sondern es werden auch Behandlungskosten reduziert, wobei in der Gruppe 2 Kosten in Höhe von 78.741 US\$ gespart wurden. Die Kosten, die bei Maßnahmen zur Verhinderung eines Sterbefalls eingespart wurden, betragen etwa 955 US\$.²⁹⁸

Eine weitere Studie zur Frage der Kosten der häuslichen NIV belegte ebenfalls eine hohe Kosteneffektivität im Falle einer COPD. Die Studie wurde in Großbritannien durchgeführt und umfasste 13 COPD Patienten, die die Beatmung zu Hause bekamen. Bevor die häusliche Therapie durchgeführt wurde, betragen pro Patient die durchschnittlichen Kosten 18.691€ pro Jahr. Nach der Anwendung von häuslicher Beatmung sind die Kosten pro Patient auf 6.971€ gesunken, wobei pro Patient jährlich eine Summe in Höhe von 11.720€ eingespart wurde. Die gesamten aufgrund der Einführung von Heimbeatmung für 13 COPD Patienten gesparten Kosten ergaben 152.360€ jährlich. Die Kostenersparung erfolgt durch die Verkürzung des Aufenthalts der Patienten im Krankenhaus.²⁹⁹

Für Syrien kann die Möglichkeit und Kostenwirksamkeit der Heimbeatmung allerdings noch nicht festgestellt werden.

Für die Beantwortung der Frage, ob die Förderung dieses Behandlungsmodells in Syrien überhaupt zur Senkung der Kosten der stationären Behandlung beitragen kann, ist ausschlaggebend, die Kosten des stationären Aufenthalts pro Patient und Tag sowie die Aufenthaltsdauer im Krankenhaus zu berechnen.

Aus einer sehr beschränkten Studie, welche in Syrien im Jahr 2005 in einem staatlichen Krankenhaus in der Stadt Dara'a durchgeführt wurde, kann man ungefähr die Kosten abschätzen. Bisher wurden in den syrischen staatlichen Krankenhäusern keine ausführlichen Studien über die Berechnung der Kosten pro Patient durchgeführt. Deshalb wur-

²⁹⁸ Vgl. Plant; Owen; Parrott; Elliott (2003), S. 956.

²⁹⁹ Vgl. Tuggey; Plant; Elliot (2003), S. 869-870.

den durchschnittliche Kosten der Lungenpatienten aus den in der Studie vorhandenen beschränkten Daten gefolgert.

Tab. 25: Tägliche Aufenthaltskosten pro Patient in den unterschiedlichen Abteilungen des Krankenhauses

Abteilung	Anzahl der Patienten im Monat	Belegungsrate	Tägliche Kosten pro Bett (€)	Tägliche Kosten pro Patienten (€)
Chirurgie	509	69%	23,46	34
Gynäkologie	991	68%	51,24	19,12
Pädiatrie	914	58%	26,42	45,56
Abteilung der Inneren Medizin	363	62%	29,63	47,78
Intensivstation	100	81%	75,69	22,91
Dialyse	50	70%	197,11	281,59
Urologie	175	25%	31,94	127,74
Augenabteilung	136	64%	40,52	63,30
Verbrennungsabteilung	17	54%	44,82	83
Ohrenabteilung	180	63%	39,81	63,18
Kardiologie	179	66%	36	54,55
Neurochirurgie	140	27%	28,71	106,33
Orthopädie	125	51%	31,38	61,52

Quelle: In Anlehnung an Nationalkrankenhaus in Dara'a 2005.

Aus dieser Tabelle ist ersichtlich, dass die Kosten pro Tag in der Inneren Medizin durchschnittlich 47,78€ betragen. Diese Aufenthaltskosten beinhalten sowohl die direkten Kosten wie Arzneimittelkosten, ärztliche Leistungen, Pflegekosten als auch die indirekten Kosten wie Strom, Abschreibung usw.

Die durchschnittlichen Kosten der Lungenpatienten könnten aber viel höher sein, da die Abteilung der Inneren Medizin noch Patienten mit einfacheren Erkrankungen behandelt. In den syrischen staatlichen Krankenhäusern sind keine Daten über den jährlichen Aufwand für die künstliche Beatmung oder für die einzelnen Patienten, die künstlich im Krankenhaus beatmet werden, vorhanden. Deshalb werden die in der im Jahr 2005 durchgeführten Studie im Nationalkrankenhaus in Dara'a angegebenen Kosten pro Pati-

ent in der Abteilung der Inneren Medizin als Basis genommen für die Überprüfung der Kosteneffektivität der Durchführung der Beatmung im häuslichen Bereich bei syrischen Patienten.³⁰⁰

Zur Überprüfung der Kosteneffektivität der Heimbeatmung sind die Informationen über die Aufenthaltsdauer der Patienten im Krankenhaus erforderlich. Die Studie enthält aber nicht, wie lange sich der Patient im Krankenhaus aufhielt. Aber bei chronischen Lungenerkrankungen geht man davon aus, dass der Patient lange Zeit behandelt werden muss. Manche Patienten leben nach dem Eintritt der schweren chronischen Lungenerkrankung noch Jahre, falls sie mit dem erforderlichen Sauerstoff versorgt werden. Man kann als Beispiel folgende Berechnung aufstellen: Wenn der stationäre Aufenthalt des Patienten 3 Monate dauert, sind die Aufenthaltskosten mit ca. 4.300,2€ zu berechnen, bei einer Aufenthaltsdauer von 6 Monaten 8.600,4€. Die Verkürzung des Aufenthalts des Patienten ist daher von großer Bedeutung. Die mittels Verkürzung des Aufenthalts im Krankenhaus durch Einsatz von Heimbeatmung eingesparten Kosten sind wie folgt zu berechnen: Man kann davon ausgehen, dass die erforderlichen Untersuchungen für einen Patienten in einem Monat oder weniger durchgeführt werden können und das Beatmungsgerät geliefert werden kann. Die eingesparten Kosten pro Patient können folgendermaßen sein: 1.433,4€ pro Patient bei einer Aufenthaltsdauer von drei Monaten statt 6 Monaten, die eingesparten Kosten für Patienten, die weniger als drei Monate im Krankenhaus bleiben müssen, ergeben z.B. bei einer Einschränkung der Aufenthaltsdauer um 40 Tag ca. 1.911,2€ pro Patient.

Beim Einsatz der Heimbeatmung ergäbe sich eine Kostenersparnis. Ein Anteil des eingesparten Geldes kann wieder für die Finanzierung der Gesundheitskosten der Armen verwendet werden.

In diesem Kapitel wurde referiert über die Grundlagen der Mikrofinanz, die verschiedenen Finanzsektoren, das Gesundheitswesen in Syrien sowie über Menschen mit Behinderungen und Patienten mit chronischen Lungenerkrankungen. Dies war wichtig, um die Rahmenbedingungen für die nachfolgende empirische Untersuchung der Möglichkeiten von Mikrofinanz im Gesundheitswesen in Syrien aufzuzeigen. Das nächste Kapitel beinhaltet die Vorstellung der Untersuchungsmethodik, die Auswahl der untersuch-

³⁰⁰ Vgl. Nationalkrankenhaus in Dara'a (2005)

ten gehbehinderten Personen und Lungenpatienten, die Präsentation der Ergebnisse im Hinblick auf Einkommen, Gesundheitsversorgung und Mikrofinanz.

3 Empirische Untersuchung der Möglichkeiten von Mikrofinanz im Gesundheitswesen in Syrien

3.1 Hypothesen

Die Herleitung der Hypothesen basiert wesentlich auf den theoretischen Grundlagen dieser Arbeit, welche im zweiten Kapitel dargestellt wurden. Da das syrische Gesundheitssystem unter Finanzproblemen leidet, beschäftigt sich diese Arbeit mit diesem Problem und deren möglicher praktischer Lösung. Durch die hergeleiteten Hypothesen wird versucht als Ziel der Arbeit die Bedeutung der Mikrofinanz als Instrument im Gesundheitswesen in Syrien darzustellen. Die Hypothesen wurden in drei Gruppen klassifiziert. Die erste Gruppe beinhaltet eine Hypothese zum Einkommen, die zweite Gruppe beinhaltet drei Hypothesen zur Gesundheitsversorgung, die dritte Gruppe beinhaltet fünf Hypothesen zur Mikrofinanz.

Die zentrale Hypothese zur *Einkommenslage* besagt:

Hypothese 1: Gehbehinderte Personen und Patienten mit chronischer Lungenerkrankung aus den armen Schichten, die nicht in der Lage sind zu arbeiten, sind auf zusätzliche finanzielle Unterstützung (z.B. durch eine Mikrofinanzorganisation) angewiesen.

In Bezug auf die *Gesundheitsversorgung* lassen sich folgenden Hypothesen aufstellen:

Hypothese 2: Die ambulante Bereitstellung von medizinischen Hilfsmitteln stellt eine Möglichkeit dar, die Dauer der stationären Behandlung der Lungenpatienten zu verkürzen und damit die Krankenhauskosten zu senken.

Hypothese 3: Bei nicht vorhandener Krankenversicherung kann durch bestehende und weiter zubauende Förderinstrumente dafür gesorgt werden, dass die Armen notwendige medizinische Hilfsmittel finanzieren können.

Hypothese 4: Medizinisch unterversorgte behinderte Personen können durch weitere finanzielle Unterstützung in die Gesellschaft integriert werden. Sie könnten z.B. einkaufen, den Haushalt selbst vorsorgen und gesellschaftliche Kontakte wahrnehmen, wenn sie das erforderliche Hilfsmittel (Rollstuhl) besitzen.

Bezüglich der *Mikrofinanz* sollen die folgenden Hypothesen überprüft werden.

Hypothese 5: Mikrofinanz ist eine Möglichkeit für die Generierung des Einkommens der Armen auch in Syrien.

Hypothese 6: Nicht erwerbsfähige gehbehinderte Personen und Patienten mit chronischen Lungenerkrankungen, die nicht arbeitsfähig sind, haben derzeit keinen Zugang zu Mikrofinanzkrediten.

Hypothese 7: Die Mikrofinanz eignet sich zur Finanzierung von medizinischen Hilfsmitteln bei der Armen, die über unzureichende Ressourcen verfügen und deren finanzielle Risiken nicht durch das öffentliche Gesundheitswesen gedeckt werden.

Hypothese 8: Gehbehinderte Personen und Patienten mit chronischen Lungenerkrankungen können durch den Besitz von medizinischen Hilfsmitteln und damit einer verbesserten Gesundheit bezahlter Arbeit nachgehen und dadurch die Rückzahlung der Mikrokredite selbst sichern.

Hypothese 9: Soziale Netzwerke spielen eine wichtige Rolle für gehbehinderte Personen und Patienten mit chronischen Lungenerkrankungen, die nicht in der Lage sind, eigenständig ihre Kredite zu bedienen.

3.2 Forschungsmethodik

3.2.1 Wahl der Forschungsmethoden

Um das Ziel der vorliegenden Arbeit erreichen zu können, wird eine quantitative Befragung durchgeführt. Prinzipiell wird in der empirischen Forschung zwischen qualitativen und quantitativen Forschungsmethoden unterschieden.³⁰¹ Die qualitativen Forschungsmethoden zielen auf eine interpretative Verarbeitung verbaler bzw. nichtnumerischer Daten ab. Die quantitativen Forschungsmethoden hingegen bezwecken eine statistische Analyse von Messwerten.³⁰²

In dieser Arbeit werden hauptsächlich die quantitativen Verfahren eingesetzt. Im Wesentlichen basiert die Methodenauswahl auf der folgenden Überlegung: Die Untersu-

³⁰¹ Vgl. Strauss (1994), S. 26.

³⁰² Vgl. Bortz; Döring (2002), S. 298.

chung ausgewählter Problemstellungen bei einer Vielzahl von Lungenpatienten und gehbehinderten Menschen wäre durch qualitative Methoden kaum zu bewältigen. Daher ist die Anwendung quantitativer Forschungsansätze notwendig. Andererseits sind die quantitativen Methoden durch ihre Standardisierung vorteilhaft, wobei die Standardisierung der Datengewinnung es ermöglicht, die Daten auf ökonomische Weise miteinander zu vergleichen und zu verrechnen.³⁰³ Bei quantitativen Methoden wird von einem vorstrukturierten Untersuchungsablauf ausgegangen. Der Befragungsvorgang wird z.B. standardisiert, um die Ergebnisse überprüfbar und reproduzierbar zu machen. Neben der Fragestellung der Untersuchung und dem theoretischen Rahmen der Arbeit determinieren die zur Verfügung stehenden personalen, zeitlichen und finanziellen Ressourcen die Methodenauswahl. Die Befragung mehrerer Probanden ermöglicht es, repräsentative oder zumindest annähernd repräsentative Aussagen über die Einkommenssituation, die Gesundheitsversorgung sowie die Möglichkeit der Rückzahlung der aufgenommenen Mikrokredite zu gewinnen.

Die quantitativen Verfahren sind dazu geeignet, Sachverhalte objektiv zu messen, Hypothesen zu testen und behauptete statistische Zusammenhänge zu überprüfen, da sie mit standardisierten Befragungsformen vorgehen. Sie sind geeignet, Daten im Zeitverlauf zu vergleichen und die sich daraus ergebenden Konsequenzen abzuleiten. Die Möglichkeit, eine große Zahl von Fällen eines Phänomens bzgl. einer beschränkten Anzahl von Merkmale zu analysieren, stellt einen weiteren Vorteil der quantitativen Methoden dar.³⁰⁴

3.2.2 Auswahl der Befragten

Die Arbeit intendiert, die Möglichkeit der Mikrofinanz als Instrument für die Finanzierung von medizinischen Hilfsmitteln in Syrien zu untersuchen. Dies impliziert, dass die Befragten den armen Schichten zugehören, da die reichen bereits über ausreichende Ressourcen verfügen. Zuerst werden die in dieser Arbeit untersuchten Stichproben definiert. Die Untersuchung umfasst zwei Stichproben. Die erste Stichprobe beinhaltet gehbehinderte Personen. Verschiedene Ursachen sind für diese Behinderung verantwortlich, wie beispielsweise eine Krankheit, eine Behinderung von Geburt an, ein Unfall oder altersbedingte Beeinträchtigungen.

³⁰³ Vgl. Witt (2001), S. 2.

³⁰⁴ Vgl. Erzberger (1998), S. 76.

Bei der zweiten Untersuchungsstichprobe handelt es sich um Patienten mit chronischen Lungenerkrankungen. Diese Stichprobe beinhaltet Lungenpatienten, die seit Jahren an ihrer Krankheit leiden. Der überwiegende Teil der befragten Lungenpatienten litt an der chronisch obstruktiven Lungenerkrankung (COPD).

Die Auswahl der befragten gehbehinderten Personen und der befragten Patienten mit chronischen Lungenerkrankungen stellt den Ausgangspunkt für die Datenerhebung dar. Auf eine Vollerhebung musste aus Kosten- und Zeitgründen verzichtet werden.

Die spezifische Problemstellung erfordert eine genaue Selektion der zu Befragenden. Aus der definierten Grundgesamtheit der beiden zu untersuchenden Gruppen wurden die Stichproben gezogen. Bei der Stichprobenziehung wurde eine doppelte Strategie verfolgt: Zum einen wurden die beiden Stichproben „gehbehinderte Personen“ und „Lungenpatienten“ zufällig aus der Grundgesamtheit der gehbehinderten Personen und der Grundgesamtheit der Patienten mit Lungenerkrankung ausgewählt, um eine möglichst große Generalisierbarkeit der Ergebnisse erreichen zu können. Zum anderen wurde während der Stichprobenziehung darauf geachtet, dass die Stichprobengröße für die Hypothesenprüfung ausreicht. Um beiden Zielen gerecht zu werden, wurden verschiedene Zugangswege gewählt. Im Folgenden wird der Auswahlablauf für die beiden Stichproben beschrieben.

Zuerst wurde die Grundgesamtheit für die erste Stichprobe „gehbehinderte Personen“ und die Grundgesamtheit für die zweite Stichprobe „Patienten mit chronischen Lungenerkrankungen“ festgestellt. Die Grundgesamtheit für die erste Stichprobe umfasst alle gehbehinderten Personen, die 18 Jahre oder älter sind und als arm klassifiziert werden. In dieser Untersuchung wurde das Einkommen als Selektionskriterium der Armen betrachtet. Es wurde von der in den Jahren 2003-2004 von UNDP durchgeführten Studie über die Armut in Syrien als Basis für die Bestimmung der gehbehinderten Personen, die als arm betrachtet werden, ausgegangen. Die Elemente der Grundgesamtheit wurden nach dieser Studie definiert. Eine Person wird als extrem arm betrachtet, wenn sie weniger als 2,18 US\$ täglich ausgibt und als arm, wenn sie weniger als 3,07 US\$ täglich ausgibt.³⁰⁵ Die Grundgesamtheit für die zweite Stichprobe umfasst alle Patienten mit chronischen Lungenerkrankungen, die über 18 Jahre alt und arm sind. Es wird auch hier vom Einkommen als Selektionskriterium der Lungenpatienten, die als arm betrachtet wurden und die die Grundgesamtheit bilden, ausgegangen. Deshalb wurden Gehbehin-

derte, die sich in sozialen Wohltätigkeitsinstitutionen und in weit entfernten Dörfern befinden, für die Auswahl der Probanden in der ersten Stichprobe ausgewählt. Für die zweite Stichprobe wurden die in staatlichen Krankenhäusern behandelten Lungenpatienten herangezogen. Der Grund für die Auswahl der sich in staatlichen Krankenhäusern befindenden Lungenpatienten besteht darin, dass die Lungenpatienten aus den armen Schichten nicht in der Lage sind, sich in privaten Krankenhäusern behandeln zu lassen. Obwohl die meisten in den staatlichen Krankenhäusern behandelten Lungenpatienten den armen oder mittleren Schichten zugehören, wurde auch das Einkommen der Befragten als Auswahlkriterium genommen. Daher wurden sowohl in der ersten Stichprobe als auch in die zweiten Stichproben einige Fragebögen aus der Auswertung ausgeschlossen, da die Befragten angaben, dass sie ein hohes Einkommen besitzen.

In dieser Untersuchung wurden nur die Menschen im arbeitsfähigen Alter betrachtet. Der Grund besteht darin, dass in der Regel die Kunden der Mikrofinanzorganisationen 18 Jahre oder älter sein sollen.

Es wurde das Ministerium für soziale Angelegenheiten und Arbeit in Damaskus besucht, um seine Datenbank für die sozialen Wohlfahrtsinstitutionen zu benutzen. Im ersten Schritt wurde die Auswahl der staatlich finanzierten Institutionen, der durch Spenden finanzierten Wohltätigkeitsinstitutionen und der staatlichen Krankenhäuser auf drei Gouvernements in Syrien (Lattakia, Tartus und Damaskus) beschränkt. Aufgrund der hohen Feuchtigkeit sowie der Luftverschmutzung durch die Öltraffinierung in Tartus ist eine Vielzahl von Patienten mit chronischen Lungenerkrankungen an der Küste zu finden. Damaskus wurde ebenfalls in die Untersuchung einbezogen, da dort eine große Bevölkerungsdichte herrscht und eine große Zahl der Armen behandelt wird. Nach Ausschluss von 6 Befragten, die nicht den armen Schichten zugehörten, nahmen insgesamt an der Untersuchung 100 gehbehinderte Personen und 90 Patienten mit chronischen Lungenerkrankungen an der Untersuchung teil.

Die gehbehinderten Personen wurden aus ihrer Grundgesamtheit wie folgt ausgewählt. In den Wohltätigkeitsinstitutionen wurden insgesamt 50 Befragte für die Teilnahme an der Untersuchung gewonnen. Die Befragung erfolgte entweder persönlich mit Hilfe eines für gehbehinderte Personen entwickelten Fragebogens oder durch Unterstützung der Direktoren der Institutionen vor Ort, schriftlich und durch Telefongespräche. Durch

³⁰⁵ Vgl. El Laithy; Abu-Ismaïl (2005), S. 25.

die schriftliche Befragung wurden 25 Teilnehmer gewonnen, 10 Teilnehmer durch persönliche Kontakte und 15 durch Telefongespräche.

In den staatlich finanzierten Institutionen wurden insgesamt 30 Teilnehmer gewonnen. Die Befragung fand entweder direkt in einem von den Institutionen bereitgestellten Raum statt, oder es wurden individuelle Termine vereinbart, oder die Teilnehmer füllten die Fragebögen auch schriftlich aus und gaben sie später ab. Durch die schriftliche Befragung wurden 20 Teilnehmer gewonnen, 5 Teilnehmer durch persönliche Kontakte und 5 durch Telefongespräche.

Die Auswahl der befragten gehbehinderten Personen beschränkte sich nicht nur auf die Teilnehmer aus sozialen Wohlfahrtsinstitutionen, da eine Vielzahl der den armen Schichten zugehörenden Gehbehinderten - insbesondere in weit entfernt gelegenen Dörfern - von diesen Institutionen nicht profitieren. Deshalb wurden einige weit entfernte Dörfer in Lattakia besucht und durch die Bürgermeister wurden Informationen (Adressen sowie Telefonnummern) über die gehbehinderten Personen gesammelt. Dadurch konnten weitere 20 Personen gewonnen werden. Mit diesen Personen wurden individuelle Termine vereinbart. Die Befragung erfolgte persönlich mit Unterstützung der Familien der Befragten. Die Bereitschaft zur Teilnahme war in dieser Personengruppe niedrig.

Die Patienten mit chronischen Lungenerkrankungen wurden aus ihrer Grundgesamtheit folgendermaßen ermittelt. In den ausgewählten Städten wurden insgesamt 12 staatliche Krankenhäuser besucht. Anhand der in den Verwaltungsabteilungen der besuchten Krankenhäuser dokumentierten Informationen über die Patienten wurden 90 Teilnehmer für die Befragung gewonnen. Durch die schriftliche Befragung wurden 35 Teilnehmer gewonnen, 25 Teilnehmer durch persönliche Kontakte und 30 durch Telefongespräche. Die Bereitschaft zur Teilnahme an der Befragung war in diese Gruppe hoch.

3.2.3 Fragebogenkonzeption und Pretest

Es wurden zwei Fragebögen entwickelt. Diese wurden so konzipiert, dass mit ihnen die herausgearbeiteten Fragestellungen über die Möglichkeiten der Finanzierung mittels Mikrofinanz im Gesundheitswesen in Syrien und insbesondere die Finanzierung der medizinischen Hilfsmittel untersucht werden können.

Im Folgenden werden die wesentlichen methodischen Schritte der Fragebogenkonzeption beschrieben und die inhaltlichen Bestandteile dargestellt. Auf eine ausführliche Erläuterung formaler und inhaltlicher Prinzipien der Fragebogenentwicklung wird verzichtet.³⁰⁶

Um eine gute Kooperation und Interviewatmosphäre zu ermöglichen, werden die Fragebögen so konzipiert, dass zu Beginn so genannte „Eisbrecherfragen“ gestellt werden, die von den Befragten einfach und ohne Scheu beantwortet werden können.³⁰⁷ Es werden beispielsweise in dem ersten Fragebogen folgende Fragen gestellt „Bitte nennen Sie uns Ihr Geburtsjahr, Bitte nennen Sie uns Ihr Geschlecht, welchen höchsten Ausbildungsabschluss haben Sie, usw.“

Grundsätzlich sollte bei der Fragebogengestaltung eine Frage kurz, einfach, direkt und eindimensional formuliert sein. Bei der Konzeption dieser Fragebögen wurde versucht, diesem Sachverhalt gerecht zu werden.³⁰⁸

Bei der Konzeption der Fragebögen wurde auch die Bearbeitungsdauer der Fragebögen berücksichtigt. Deshalb galt es, den Fragebogen so zu konzipieren, dass dessen Bearbeitungsdauer maximal 10 bis 15 Minuten betrug. Bei einer längeren Bearbeitungsdauer wurden negative Auswirkungen auf die Auskunftsbereitschaft befürchtet. Aus diesem Grund wurden geschlossene Antwortmöglichkeiten verwendet. Hierbei wurden die Antwortfelder ein „ja“ oder „nein“ als Antwortmöglichkeit vorgegeben. Für die meisten Fragestellungen konnten die Befragten den Grad ihrer Zustimmung beziehungsweise Ablehnung auf einer fünfstufigen eindimensionalen Ratingskala angeben. Die Antwortmöglichkeiten reichten dabei von „völlig zutreffend“ über „zutreffend“, „teils-teils“ und „unzutreffend“ bis „völlig unzutreffend“. Eine solche Skalierung wird als forciertes Rating bezeichnet, da die Befragten aufgrund des Fehlens einer Ausweichkategorie, wie: „weiß nicht“ oder „keine Antwort“, gezwungen werden eine Antwort zu geben.³⁰⁹

Die Zusammenstellung der Fragen und Aussagen (Items) hat sich an folgenden Prinzipien orientiert:

- Klare Strukturierung des Fragebogens zu Itemblöcken und übergeordneten Themengebieten.
- Konsequente Formulierung der Items aus der Perspektive der Befragten.

³⁰⁶ Detaillierte Erläuterungen zu den allgemeinen Grundlagen der Fragebogenkonstruktion finden sich u.a. bei Bortz; Döring (2002), S. 253-256.

³⁰⁷ Vgl. Raithel (2006), S. 72.

³⁰⁸ Vgl. Raithel (2006), S. 72.

- Wechsel zwischen spezifischen Einzelaspekten und mehr summativen Items. Eine Gesamtbeurteilung erfordert sowohl Detailinformationen als auch überblicksartige Einschätzungen.

Die Fragebögen wurden in die arabische Sprache übersetzt, d.h. in die Muttersprache der befragten Syrer.

Die Literatur empfiehlt, nach dem Fragebogenentwurf im nächsten Schritt einen *Pretest* durchzuführen.³¹⁰ Mit dem Pretest ist eine Vor- oder Testerhebung gemeint. Er dient dazu, das erstellte Erhebungsinstrument auf seine Tauglichkeit hin zu überprüfen.³¹¹ In diesem Test werden die Verständlichkeit der Fragen, die durchschnittliche Befragungszeit und eventuell alternative Frageformulierungen überprüft.³¹² Bei der Konzeption der zur vorliegenden Untersuchung entwickelten zwei Fragebögen wurde auch ein Pretest durchgeführt. Deshalb wurden nach dem Entwurf der Fragebögen und vor der eigentlichen Durchführung der Befragung drei Versuchspersonen aus jeder zu untersuchenden Gruppe die Fragebögen zur Bearbeitung übergeben. Als methodisches Ergebnis aus diesen Testbefragungen konnten einzelne Fragestellungen eindeutiger formuliert und neue Fragen hinzugefügt werden. Es wurde beispielsweise die erste Frage im dritten Teil der beiden Fragebögen „Wissen Sie, was Mikrofinanz ist“ im ersten Entwurf der Fragebögen nicht gestellt. Nach der Durchführung des Pretest wurde diese Frage hinzugefügt und der Begriff Mikrofinanz kurz definiert. Die Endversion des Fragebogens befindet sich im Anhang in Arabisch und Deutsch.

3.2.4 Inhaltliche Bestandteile der Fragebögen

Die Fragebögen bestehen aus insgesamt vier inhaltlich verschiedenen Fragenkomplexen:

- Allgemeine Informationen
- Einkommenslage
- Gesundheitsversorgung
- Mikrofinanz

³⁰⁹ Vgl. Berekoven; Eckert; Ellenrieder (2001), S. 76.

³¹⁰ Vgl. Atteslander et al. (2008), S. 277.

³¹¹ Vgl. Atteslander et al. (2008), S. 277.

³¹² Vgl. Kühn; Kreuzer (2006), S. 154.

Es wird zuerst der inhaltliche Aufbau des Fragebogens für die gehbehinderten Menschen dargestellt.

Zu Beginn wurden allgemeine Fragen zur Lebenssituation der jeweils befragten Gehbehinderten gestellt, wodurch den Befragungsteilnehmern ein einfacher Zugang zu den Fragebögen ermöglicht werden sollte. Hierbei wurde gefragt, wie oder mit wem der Befragte lebt, nach der Art der körperlichen Behinderung, dem Grund der Behinderung und danach, ob der Befragte über das benötigte Hilfsmittel verfügt. Als nächstes folgten Fragen zur Unterstützung im Alltag, zum höchsten Ausbildungsabschluss. Um der Lebenssituation der Behinderten gerecht werden zu können, wurden bei diesen Fragen verschiedene Beantwortungsalternativen gegeben, so dass der Befragte die ihm am meisten entsprechende Antwort auswählen konnte.

Innerhalb des zweitens thematischen Bereiches wurden zunächst Fragen zur Einkommenslage der gehbehinderten Armen gestellt. Besonders interessierten hier die Einkommensart der Befragten sowie die verfügbare Geldsumme aus den Einkommensarten. Es folgte eine Frage über die Möglichkeit der Abdeckung der Grundbedürfnisse (Wohnung, Essen, Kleidung, Gesundheit) mittels des verfügbaren Einkommens. Zum Schluss des zweiten Fragenkomplexes wurde gefragt, ob eine weitere finanzielle Unterstützung notwendig ist, um die Alltagsprobleme überwinden zu können.

Der dritte Fragenkomplex betraf die Gesundheitsversorgung. Es war zunächst zu ermitteln, ob die gehbehinderten Befragten teilweise krankenversichert sind und ob dadurch die Gesundheitsrisiken abgesichert sind. Die weiteren Fragen eruierten, ob die Gehbehinderten von einer sozialen Wohlfahrtsinstitution und deren kostenloser gesundheitlicher Betreuung profitieren. Zusätzlich wurde gefragt, ob der Befragte sich nicht in die Gesellschaft integrieren könne, da er den benötigten Rollstuhl nicht besitzt.

Mit dem Ziel, die Möglichkeiten der Mikrofinanz als Instrument für die Finanzierung von medizinischen Hilfsmitteln zu untersuchen, wurden im vierten Teilbereich des Erhebungsbogens Fragen zur Auswirkung der Vergabe von Mikrokrediten auf die Verbesserung der Einkommenssituation gestellt. Mit der Absicht, die wesentlichen Hinderungsgründe für die Vergabe von Mikrokrediten für die Finanzierung von Gesundheitskosten zu eruieren, wurden Fragen zu den zugrunde liegenden Ursachen für die fehlende Kreditvergabe für Gesundheitszwecke gestellt. Letztendlich wurden die möglichen Methoden der Rückzahlung der Mikrokredite dargestellt, mit denen die Mikrofinanzprogramme in Syrien motiviert werden können, die Kreditvergabe nicht nur für die tra-

ditionellen Ziele wie Armutsbekämpfung anzubieten, sondern auf die Finanzierung von medizinischen Hilfsmitteln zu erweitern.

Der zweite Fragebogen, welcher sich an Patienten mit chronischen Lungenerkrankungen, die den armen Schichten zugehören, richtet, ist wie der erste Fragebogen in vier Teile gegliedert.

Der erste Fragenkomplex beginnt auch mit allgemeinen Fragen an Lungenpatienten. Es wurde hier nach der Art der Lungenerkrankungen und nach der Krankheitsdauer gefragt. Im nächsten Schritt dieses Fragenkomplexes wurde versucht zu ermitteln, ob der Patient mit Hilfe eines Beatmungsgeräts wieder belastbarer wird. Zum Schluss dieses Fragenkomplexes wurde nach der Existenz der erforderlichen Voraussetzung für die Durchführung der Heimbeatmung (wie Strom, sauberes Wasser und genug Platz in der Wohnung für das Gerät) gefragt. Bei diesen Fragen wurde „ja“ oder „nein“ als Antwortmöglichkeit vorgegeben.

Die in dem zweiten Fragenkomplex gestellten Fragen über die Einkommenslage der Patienten sind ähnlich wie in Fragebogen 1.

Im dritten Fragenkomplex handelte es sich um die Gesundheitsversorgung der Patienten. Es wurden auch in diesem Abschnitt die gleichen Fragen wie in ersten Fragebogen gestellt. Der einzige Unterschied zwischen den beiden Fragebögen bestand darin, dass in diesem Fragebogen die Fragen über Wohlfahrtsinstitutionen nicht gestellt wurden, da keine entsprechenden Verbände bestehen.

In dem abschließenden Fragekomplex wurden dieselben Fragen über Mikrofinanz an Patienten mit chronischen Lungenerkrankungen gestellt, wie sie an die gehbehinderten Personen gestellt wurden.

Letztendlich ist zu beachten, dass bei der Formulierung der in den Fragebögen gestellten Fragen berücksichtigt wurde, dass viele Befragten Analphabeten waren. Deshalb wurden die Fragen so einfach gestellt, dass sie dem Ausbildungsniveau der Befragten entsprachen. Trotz der Tatsache, dass nicht alle Befragten Analphabeten waren, sollten die Fragen auch für die Befragten mit niedrigsten Bildungsniveau verständlich bleiben.

3.2.5 Durchführung der Befragung

Im Rahmen dieser Analyse wurde aufgrund der Befragung zahlreicher Probanden eine vollstandardisierte Befragung durchgeführt. Dies bedeutet, dass sämtliche Fragen explizit vorformuliert und in ihrer Reihenfolge genau festgelegt sind.³¹³

Besonders aus Gründen der Erreichbarkeit und Zeitknappheit wurde die Untersuchung mit Hilfe aller drei Hauptvarianten der quantitativen Befragung (schriftlich, telefonisch sowie mit persönlichen Interviews) durchgeführt und nicht ausschließlich die schriftliche Befragung gewählt, da der Zeitaufwand für die schriftliche Befragung zu groß ist. Diese unterschiedlichen Formen der Befragung wurden als notwendig befunden, da eine Vielzahl von Probanden in einem beschränkten Zeitraum befragt werden sollte. Daher wurde versucht, die unterschiedlichen Formen der Befragung gleichzeitig zu verwenden, um die Untersuchungszeit so gut wie möglich auszunutzen und die Kosten der Befragung zu reduzieren. Es wurden zuerst Fragebögen an die Probanden verteilt. Während der Bearbeitung der schriftlichen Fragebögen durch die Probanden wurden weitere Personen in persönlichen oder telefonischen Gesprächen befragt.

Am 18. Oktober 2007 wurden verschiedene soziale Wohlfahrtsinstitutionen in den ausgewählten Gouvernements telefonisch kontaktiert und über dieses Projekt informiert. Es sollten dadurch die gehbehinderten Personen zu einer Teilnahme an der Befragung motiviert werden. Zur Erhöhung der Rücklaufquote wurde den potenziellen Befragungsteilnehmern angeboten, den ausgefüllten Fragebogen an die Verwaltung ihrer Verbände postalisch zu schicken. Es bestand keine Beschränkung der potenziellen Befragungsteilnehmer auf die Mitglieder der sozialen Wohlfahrtsinstitutionen, weil eine Vielzahl der Gehbehinderten aus den armen Schichten nicht an diese Institutionen gebunden ist. Deshalb wurde versucht, einen Teil der Befragten persönlich in ihren Wohnorten zu kontaktieren. Hierbei wurde mit den Befragungsteilnehmern eine vertraute Atmosphäre aufgebaut, die es ermöglichte, ausführlichere Informationen zu erhalten. Die Familien der besuchten Befragten waren auch sehr freundlich und hilfsbereit. Sie haben die bei der Ausfüllung des Fragebogens benötigten Informationen geliefert, da eine Vielzahl der besuchten Befragten Analphabeten war.

³¹³ Vgl. Kromrey (1990), S. 210.

Insgesamt betrug die Anzahl der Teilnehmer an der schriftlichen Befragung 35. Aufgrund der ungenügenden Zeit konnten nicht alle Befragungsteilnehmer persönlich kontaktiert werden, deshalb wurde ein Teil der Befragungsteilnehmer per Telefon befragt. Durch diese Befragungsform haben 20 Behinderte an der Befragung teilgenommen.

Im gleichen Zeitraum wurden verschiedene staatliche Krankenhäuser in den ausgewählten Gouvernements per Anschreiben über dieses Konzept informiert. Dadurch sollten die Patienten mit chronischen Lungenerkrankungen zu einer Teilnahme an der Befragung motiviert werden. Die drei unterschiedlichen Befragungsformen wurden auch in dieser Analyse vorgenommen. Der persönliche Kontakt mit den Lungenpatienten in den besuchten Krankenhäusern ermöglichte es, einen größeren Teil der schriftlichen Fragebögen auszufüllen. Mit 30 Befragungsteilnehmern konnten die Fragebögen während eines persönlichen Kontakts in den besuchten Krankenhäusern ausgefüllt werden. Da die Lungenpatienten sich nicht immer in den Krankenhäusern befanden, wurden 25 Patienten telefonisch gebeten, die Fragebögen auszufüllen. In Syrien sind Anrufe über ein Festnetz sehr preisgünstig und nahezu alle Familien besitzen einen Telefonanschluss, sogar die Menschen in armen Schichten. Der Hauptteil der Befragungsteilnehmer wurde durch schriftliche Fragebögen einbezogen, wobei die Befragungsteilnehmer gebeten wurden, die ausgefüllten Fragebögen an die Direktionen der Inneren Abteilungen in den ausgewählten Krankenhäusern zu schicken.

Die Tabelle 26 umfasst die Anzahl der Befragten in den beiden ausgewählten Stichproben, die über die einzelnen Kanäle einbezogen wurden.

Tab. 26: Anzahl der Befragten an den unterschiedlichen Typen der Befragung

	Befragungstypen			Σ
	Schriftlich	Telefonisch	Persönlich	
Gehbehinderte	45	20	35	100
Lungenpatienten	35	25	30	90

3.2.6 Datenauswertung

Von den 200 versandten Fragebögen an gehbehinderte Personen wurden 45 Fragebögen zurückgesandt. Somit ergibt sich eine Rücklaufquote von 22,5%. Das Ausfüllen von 35 Fragebögen erfolgte durch persönliche Interviews, und 20 Fragebögen wurden über telefonische Gespräche ausgefüllt.

Von den 150 versandten Fragebögen an Patienten mit chronischen Lungenerkrankungen wurden 35 Fragebögen zurückgesandt. Somit ergibt sich eine Rücklaufquote von 23,3%. 30 Fragebögen wurden bei einem persönlichen Kontakt und 25 Fragebögen infolge von Telefongesprächen ausgefüllt. Insgesamt wurden 90 Fragebögen in dieser Analyse berücksichtigt.

Nach der Durchführung der Befragung erfolgte die Auswertung der Umfrageergebnisse nach den zuvor erarbeiteten Hypothesen. Der Auswertungsprozess kann in zwei Phasen unterteilt werden. *In einem ersten Schritt* müssen die erhobenen Daten aufbereitet werden. Sie werden kodiert, d.h., es wird jeder Merkmalsausprägung ein bestimmter Kode zugeordnet. Dadurch wurde eine Datenanalyse mit computergestützten Statistikprogrammen möglich.³¹⁴ Für die Auswertung wurden die Antwortkategorien in folgender Weise kodiert:

Bei 5-stufiger Ratingskala	Bei 2-stufiger Ratingskala
„völlig zutreffend“ =: 1	„ja“ =: 1
„zutreffend“ =: 2	„nein“ =: 2
„teils – teils“ =: 3	
„unzutreffend“ =: 4	
„völlig unzutreffend“ =: 5	

In der statistischen Analyse werden die Rohdaten in Form von Grafiken, Tabellen und einzelnen Kennwerten gekennzeichnet, um die Strukturen und Zusammenhänge besser erkennbar werden zu lassen (deskriptive Statistik).³¹⁵ Die Anwendung deskriptiver Verfahren bildet den ersten Analyseschritt.³¹⁶ Neben dem Unterschied zwischen deskripti-

³¹⁴ Vgl. Raithel (2006), S. 28.

³¹⁵ Vgl. Kühn; Kreuzer (2006), S. 161.

³¹⁶ Vgl. Raithel (2006), S. 29.

ven und analytischen Verfahren stellt das vorliegende Skalenniveau der Daten ein wichtiges Kriterium für die Analyse der Daten und für die Darstellung der Ergebnisse dar, wobei es im Folgenden die statistischen Analysen, welche durchgeführt werden können, bestimmt. Beispielsweise gibt es im Allgemeinen für nominalskalierte Daten ganz andere Darstellungsformen und Analyseverfahren als für ratioskalierte Daten.³¹⁷

In dieser Untersuchung kommen die deskriptiven Statistikverfahren zum Einsatz. Weiterverfolgende statistische Korrelationsüberprüfungen zu einzelnen Items wurden vorgenommen. Andere statistische Analyseverfahren kommen bei dieser Auswertung in Frage. Es wurde z.B. versucht, die Multiple Regression zu verwenden. Aber die erhobenen Daten erlaubten nicht, diese Methode zu verwenden, weil kein Zusammenhang zwischen mehreren Fragen existiert. Der Grund liegt in der Konstruktion der Fragebögen, die so konzipiert wurden, dass sie dem Bildungsniveau der Befragten entsprechen. Für die Auswertung der Daten wurde das Programm SPSS Version 11 verwendet.

Im nächsten Kapitel werden die ermittelten Ergebnisse aus der Befragung der gehbehinderten Personen und der Patienten mit chronischen Lungenerkrankungen präsentiert. Vor der Darstellung der Hauptergebnisse bezogen auf das Einkommen, die Gesundheitsversorgung und Mikrofinanz soll hier ein allgemeiner kurzer Überblick über die untersuchten Stichproben gegeben werden.

3.3 Ergebnisse

3.3.1 Beschreibung der Stichproben

Die erste Stichprobe „Gehbehinderte Personen“ bestand aus 100 Probanden, davon waren 57% männlich und 43% weiblich. Die Altersstufe umfasst den Rahmen von 20-84 Jahren. Das Durchschnittsalter beträgt 43,29 Jahre. Der Anteil der Jungen ist deutlich größer als die Anzahl der Älteren. Der überwiegende Teil der Befragten (66%) kann sich nur mit einem Rollstuhl bewegen. 34% benötigen prinzipiell einen Rollstuhl, können sich aber zeitweise ohne diesen bewegen. 58% der Befragten gaben an, dass sie den benötigten Rollstuhl aus finanziellen Gründen nicht besitzen können, während nur 42% einen besitzen.

³¹⁷ Vgl. Atteslander (2008), S. 286.

Bezogen auf die Behinderungssituation der Befragten wurden die Ergebnisse der Untersuchung in der Tabelle 27 zusammengefasst.

Tab. 27: Behinderungssituation der Befragten

Behinderungssituation	Prozent
Zunehmend belastend	62%
Zunehmend handhabbar	32%
Gleichbleibend	6%
Σ	100%

Quelle: Eigene Erhebung

In dieser Untersuchung wurde auch nach Gründen der Behinderung gefragt. Zum größten Teil verursachte Krankheit die Behinderung, 43% der Befragten gaben an, dass sie durch eine Krankheit behindert sind, 24% seit der Geburt an, 21% durch einen Unfall und 11% wegen des Alters. In der Tabelle 28 wurden die Ergebnisse zusammengefasst.

Tab. 28: Behinderungsursachen

Behinderungsursachen	Prozent
Durch eine Krankheit	43%
Seit Geburt	24%
Durch einen Unfall	21%
Infolge des Alters	11%
Nicht gezeigt	1%
Σ	100%

Quelle: Eigene Erhebung

Bezogen auf die Frage nach der Unterstützung, welche die Befragten im Alltag erhalten, ergab sich in der Untersuchung Folgendes: Der überwiegende Teil der Befragten (89%) erhielt Unterstützung im Alltag durch die Familie und Freunde, 9% durch eine soziale Wohlfahrtsinstitution. 2% haben keine Antwort gegeben.

Es wurde in dieser Untersuchung nach dem Bildungsabschluss der Befragten gefragt. Die Ergebnisse der Untersuchung wurden in der Tabelle 29 dargestellt.

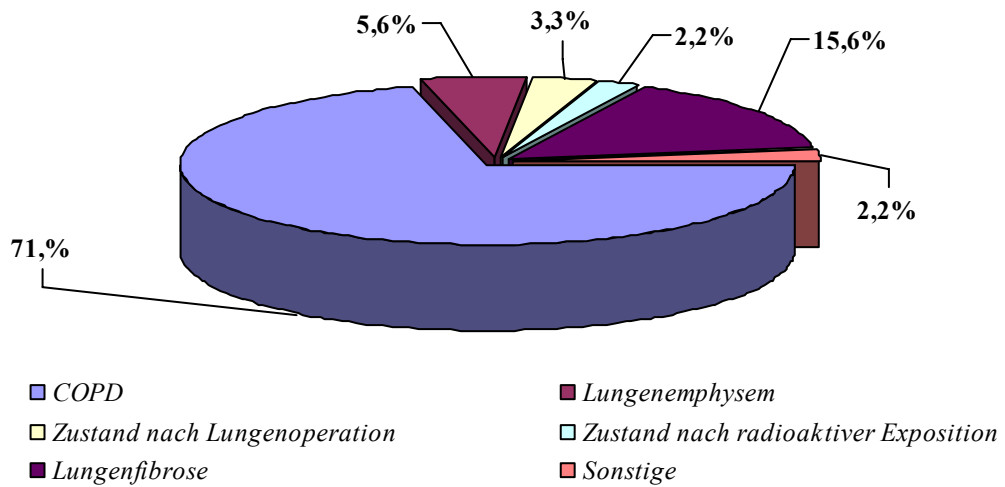
Tab. 29: Bildungsabschluss der Befragten gehbehinderten

Bildungsabschluss	Prozent
Obligatorischer Schulabschluss	55%
Abitur	20%
Berufsabschluss	7%
Hochschulabschluss	4%
Kein Abschluss	14%
Σ	100%

Quelle: Eigene Erhebung

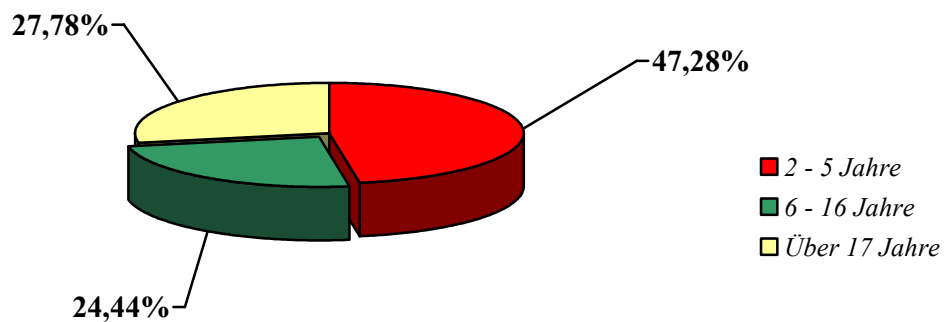
Als letztes wurde in diesem Fragenkomplex eruiert, wie die befragten Gehbehinderten leben. Die Ergebnisse der Untersuchung waren wie folgend: Von den Probanden lebten 60% bei ihren Eltern, 15% bei ihren Lebens- oder Ehepartnern, 13% bei ihren Kindern und 12% in einer eigenen Wohnung.

Die zweite Stichprobe „Patienten mit chronischen Lungenerkrankungen“ bestand aus 90 Probanden, davon waren 54,4% männlich und 45,6% weiblich. Die Alterstufe umfasste den Rahmen von 22-80 Jahren. Das Durchschnittsalter betrug 43,84 Jahre. Der überwiegende Teil der Probanden in der Gruppe (71,1%) litt an der chronisch obstruktiven Lungenerkrankung (COPD), an Lungenemphysem (5,6%), Zustand nach Lungenoperation (3,3%), Zustand nach radioaktiver Exposition (2,2%), Lungenfibrose (15,6%) und sonstigen Erkrankungen wie Lungenkrebs (2,2%). Die Verteilung der chronischen Erkrankungen auf die Patienten wird in der Abbildung 6 präsentiert.

Abb. 6: Verteilung der Erkrankungen auf die Lungenpatienten

Quelle: Eigene Erhebung

Ein großer Teil der Probanden leidet an dieser Krankheit seit Jahren. Die Abbildung 7 stellt die Krankheitsdauer der Lungenpatienten dar.

Abb. 7: Krankheitsdauer der Lungenpatienten

Quelle: Eigene Erhebung

85% der Befragten gaben an, dass bei Erhalte des notwendigen Sauerstoff mit Hilfe eines Beatmungsgeräts ihr Zustand gebessert werden könnte und sie körperliche Arbeiten verrichten könnten. Für die Durchführung einer Heimbeatmung sind einige Voraussetzungen unerlässlich wie Strom, sauberes Wasser sowie der Platz für den Einsatz des Gerätes. Es wurde in dieser Untersuchung gefragt, ob die Häuslichkeit der Befragten die

erwähnten Voraussetzungen erfüllen. Alle Befragten gaben an, dass die erforderlichen Voraussetzungen für die Durchführung der Heimbeatmung bei ihnen vorhanden seien. Nach Angaben der Lungenpatienten sind 90% der Angehörigen bereit, einen Großteil der Pflege bei Durchführung der Heimbeatmung zu übernehmen.

3.3.2 Einkommenslage

In diesem Abschnitt wird zuerst aufgezeigt, wie sich die Einkommenssituation der Befragten darstellt. Danach werden die Beschränkungen des verfügbaren Einkommens im Hinblick auf die Befriedigung der erforderlichen Grundbedürfnisse aufgezeigt.

Eine bedeutsame Fragestellung im Rahmen dieser Untersuchung ist die Frage zur Einkommenslage der Befragten in den beiden ausgewählten Stichproben. Die vorliegende Untersuchung beschäftigt sich mit den Fragen über die Einkommensquellen der Armen, dem Gesamteinkommen und mit den möglichen Änderungen des Einkommens aufgrund von verschiedenen Faktoren. Es bestand in diesem Teil der Untersuchung ein großes Interesse an der Frage, ob die Befragten mit dem vorhandenen Einkommen ihre Grundbedürfnisse abdecken können.

Die aus der Befragung der Gehbehinderten erhobenen Daten zeigen, dass der überwiegende Teil der Probanden (55%) über kein eigenes Einkommen verfügt. Die Befragten leben von der Unterstützung durch ihre Angehörigen oder ihre Partner. Nur ein geringer Teil der Befragten (17%) gab an, einen Lohn für seine Arbeit zu beziehen. Dieser Teil der Befragten hat aber keine sichere Arbeit.

14% der Probanden gaben an, eine Rente zu erhalten. 10% der Probanden in der ersten Stichprobe gaben an, dass sie durch die in Syrien existierenden sozialen Wohlfahrtsinstitutionen finanzielle Unterstützung erhalten. Nur eine Person ist selbstständig. 3% der Befragten haben keine Antwort gegeben.

Im Hinblick auf die Patienten mit chronischen Lungenerkrankungen zeigten die erhobenen Daten, dass auch der größere Teil der Befragten (54,4%) wie bei den Gehbehinderten infolge des Fehlens eines eigenen Einkommens durch Angehörige finanziell unterstützt wurde. 30% der Befragten erhalten einen Arbeitslohn, 11,1% eine Rente und 2,2% erzielen ihr Einkommen durch selbstständige Arbeit. Die Tabelle 30 stellt die Einkommensquellen der Untersuchten dar.

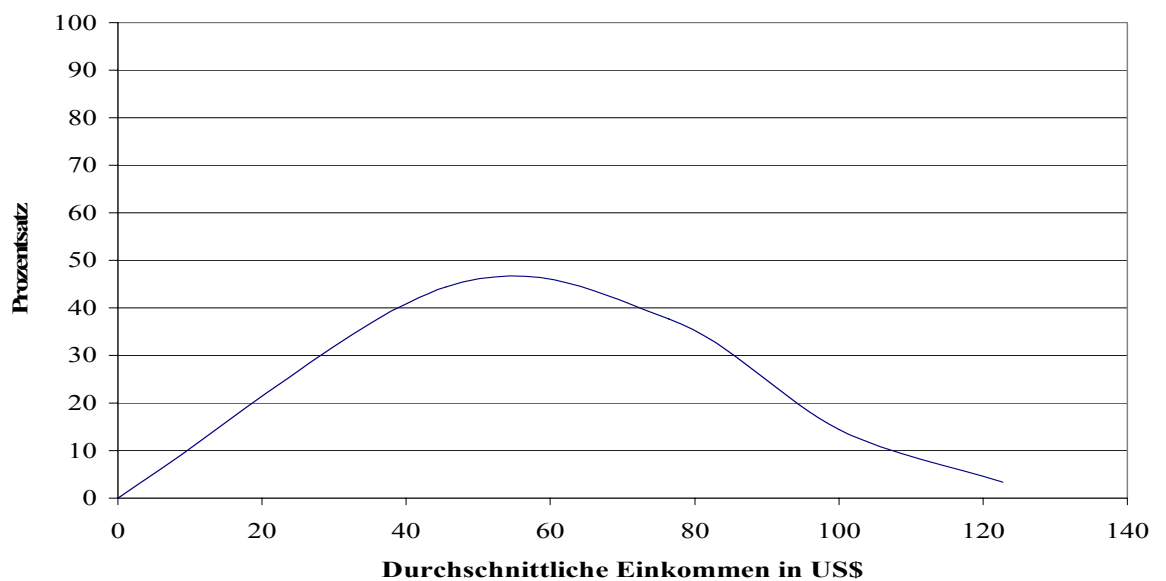
Tab. 30: Einkommensquellen

Einkommensquellen	Gehbehinderte	Lungenpatienten
Arbeitslohn	17%	30%
Rente	14%	11,2%
Unterstützung durch Organisationen	10%	2,2%
Unterstützung durch Angehörige	58%	54%
Sonstige	1%	2,6%
Σ	100%	100%

Quelle: Eigene Erhebung

Die Tabelle zeigt deutlich, dass das Hauptgewicht der Finanzierung der Gehbehinderten sowie der Lungenpatienten in Syrien bei der Familie liegt.

In diesem Zusammenhang wurde auch nach der den befragten Gehbehinderten und Lungenpatienten im Monat zur Verfügung stehenden Geldsumme in Brutto aus diesen unterschiedlichen Einkommensquellen gefragt. Die Abbildung 8 zeigt das berechnete durchschnittliche Einkommen pro Monat der gehbehinderten Befragten auf.

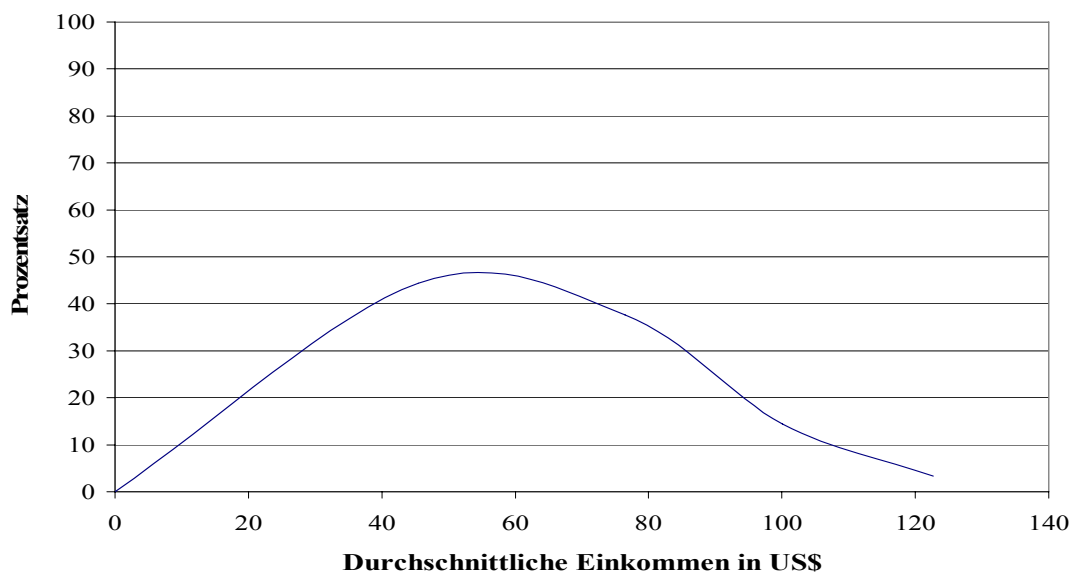
Abb. 8: Durchschnittliches monatliches Einkommen der Befragten gehbehinderten Personen

Quelle: Eigene Erhebung

Wie aus dieser Abbildung ersichtlich ist, ist der überwiegende Teil der befragten Gehbehinderten (71%) extrem arm. Sie verfügen monatlich über 48,92 US\$, d.h. 1,63 US\$ täglich. 25% sind arm. Sie verfügen über 75,11 US\$, d.h. 2,5 US\$ täglich. 3% können als arm eingestuft werden. Sie verfügen über 97,39 US\$ monatlich, d.h. 3,26 US\$ täglich. Nur 1% der befragten Gehbehinderten dieser Untersuchung war nicht arm.

Das durchschnittliche Einkommen pro Monat der befragten Lungenpatienten wird in der Abbildung 9 dargestellt.

Abb. 9: Durchschnittliches monatliches Einkommen der befragten Lungenpatienten



Quelle: Eigene Erhebung

Wie in dieser Abbildung gezeigt wird, waren 44,45% der befragten Lungenpatienten extrem arm. Sie verfügten über 45,52 US\$ monatlich, d.h. 1,52 US\$ pro Tag. 37% waren arm. Sie verfügten über 76,43 US\$ monatlich, d.h. 2,55 US\$ täglich. 14,44% können als arm betrachtet werden. Sie verfügten über 100,03 US\$ monatlich, d.h. 3,33 US\$ täglich. Nur 3,33% der Befragten Lungenpatienten waren in dieser Untersuchung nicht arm. Sie verfügten über 122,7 US\$ monatlich, d.h. 4,09 US\$ täglich. Nach UNDP-Klassifikation ist ein Mensch als extrem arm eingestuft, wenn er weniger als 2,18 US\$ pro Tag ausgibt, und arm, wenn er weniger als 3,07 US\$ pro Tag ausgibt.³¹⁸

³¹⁸ Vgl. El Laithy; Abu- Ismail (2005), S. 25.

Es wurde in diesem Fragenkomplex gefragt, aus welcher Arbeitsart die Befragten ihren Lohn bekommen. Die Antworten der Befragten in den beiden Stichproben wurden in der Tabelle 31 gezeigt.

Tab. 31: Arbeitsart

Arbeitsart	Gehbehinderte	Lungenpatienten
Landwirtschaftliche Arbeit	37,7%	32,3%
Handwerksarbeit	27,9%	20,1%
Staatliche Arbeit	29,5%	33,8%
Sonstige	4,9%	13,8%
Σ	100%	100%

Quelle: Eigene Erhebung

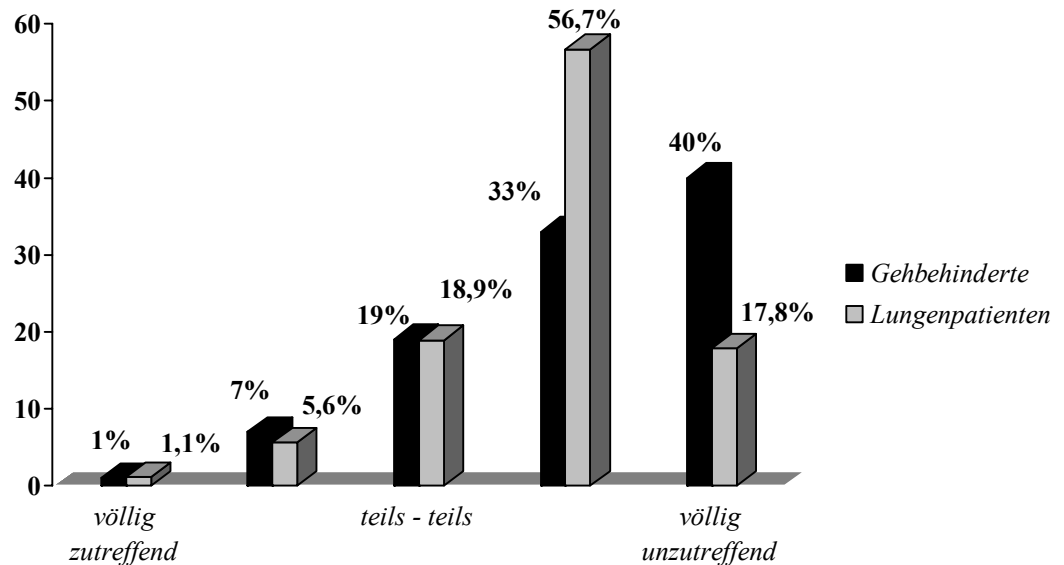
Die Tabelle zeigt, dass die meisten Befragten im landwirtschaftlichen Bereich arbeiten (37,7% der Befragten in der ersten Stichprobe und 32,3 der Befragten in der zweiten Stichprobe), in dem das aus diesen Quellen produzierte Einkommen von unterschiedlichen Faktoren wie dem Wetter und den Schwankungen der Marktpreise abhängt, oder sie arbeiten in saisonabhängigen Zeitverträgen. Die meisten Befragten, die angaben, dass sie ihren Lohn durch staatliche Arbeit bekommen, arbeiten in saisonabhängigen Zeitverträgen.

In der ersten Stichprobe gaben 54,5% der Befragten, die ihr Einkommen durch Arbeitslohn erhalten, an, dass ihr Einkommen sich infolge der erwähnten Faktoren negativ ändert. 47,5% gaben an, dass diese Faktoren keinen Einfluss auf ihren Lohn haben. In der zweiten Stichprobe gaben ebenfalls 42,1% der Befragten an, dass sich ihr Einkommen durch diese Faktoren verschlechtert.

Im nächsten Schritt wurde in diesem Fragenkomplex gefragt, ob die Befragten in den beiden untersuchten Stichproben mittels des verfügbaren Einkommens ihre Grundbedürfnisse wie Wohnung, Essen, Kleidung und Gesundheit abdecken können. Die Untersuchung kommt zu dem Ergebnis, dass der überwiegende Teil der Probanden in den beiden untersuchten Stichproben infolge des niedrigen Einkommens nicht in der Lage ist, seine Grundbedürfnisse abzudecken. Die Befragten gaben an, dass ihr Bedarf an einer weiteren finanziellen Unterstützung sehr hoch ist. Nur ein Befragter in der ersten

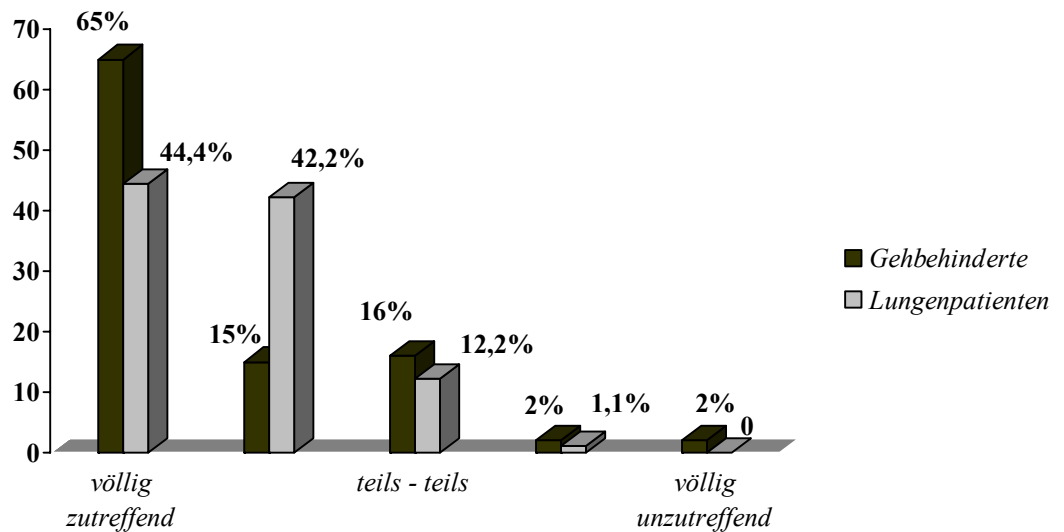
Stichprobe und ein Befragter in der zweiten Stichprobe gaben an, dass sie völlig zufriedenstellend mit diesem Einkommen ihre Bedürfnisse abdecken können. Die folgende grafische Darstellung zeigt die Ergebnisse der Untersuchung in den beiden Stichprobe auf.

Abb. 10: Abdeckung der Grundbedürfnisse mit dem verfügbaren Einkommen



Quelle: Eigene Erhebung

Die Frage nach der Höhe des Bedarfs an weiterer finanzieller Hilfe zur Abdeckung der Grundbedürfnisse betreffend ergaben sich folgende Antworten: 80% der Befragten in der ersten Stichprobe und 86,7% der Befragten in der zweiten Stichprobe gaben an, dass die Notwendigkeit einer finanziellen Unterstützung für sie sehr hoch ist. Dagegen ist der Anteil der Befragten, die mit ihrer finanziellen Situation zufrieden sind, ausgesprochen gering. In der folgenden grafischen Darstellung werden die Ergebnisse der Untersuchung in den beiden ausgewählten Stichprobe veranschaulicht.

Abb. 11: Notwendigkeit der weiteren finanziellen Unterstützung

Quelle: Eigene Erhebung

Wie aus dieser grafischen Darstellung ersichtlich, ist der Bedarf der Armen an finanzieller Hilfe in den beiden Stichproben sehr hoch.

Es wurde im Rahmen dieser Analyse versucht, mit Hilfe der statistischen Verfahren zu überprüfen, ob die Abdeckung der Grundbedürfnisse der Befragten durch Verschlechterung des Einkommens beeinflusst wird. Zu diesem Zweck wird mittels des Korrelationskoeffizienten nach Spearman die gegenseitige Abhängigkeit der beiden Variablen X und Y ermittelt, wobei X die Abdeckung der Grundbedürfnisse mit dem Einkommen und Y Einkommensänderung ist. Der Korrelationskoeffizient beträgt $-0,397$, d.h. es liegt ein negativer Zusammenhang zwischen den beiden Variablen X und Y vor. Mit P kleiner als $0,01$ liefert die Spearman Korrelation ein signifikantes Ergebnis. Daraus folgt, dass je stärker die Verschlechterung des Einkommens der befragten gehbehinderten Personen ist, desto weniger ist die Abdeckung der Grundbedürfnisse mit dem verfügbaren Einkommen abgesichert mit einer Irrtumswahrscheinlichkeit von 1%.

Bezogen auf die Patienten mit chronischen Lungenerkrankungen ergab sich ebenfalls aus der Berechnung des Korrelationskoeffizienten, dass die beiden Variablen negativ korreliert sind und das Ergebnis signifikant ist ($P < 0,01$). Daraus erfolgt, dass je stärker die Verschlechterung des Einkommens der befragten Patienten ist, desto weniger abge-

sichert ist die Abdeckung der Grundbedürfnisse mit dem verfügbaren Einkommen mit einer Irrtumswahrscheinlichkeit von 1%.

Als Letztes wird in diesem Abschnitt mit Hilfe des Spearman-Korrelationskoeffizienten überprüft, ob das verfügbare Einkommen, welches zur Abdeckung der Grundbedürfnisse der Befragten gebraucht wird, und die Notwendigkeit zur weiteren finanziellen Unterstützung korreliert sind. Zu diesem Zweck werden die beiden Variablen X und Y verwendet, wobei X das verfügbare Einkommen und Y die notwendige finanzielle Hilfe darstellt.

Die Berechnung des Korrelationskoeffizienten nach Spearman für die Gehbehinderten beträgt -0,552, d.h. die beiden Variablen X und Y sind negativ korreliert und das Ergebnis ist mit $P < 0,001$ hoch signifikant. Daraus folgt, dass je weniger die Abdeckung der Grundbedürfnisse mit dem verfügbaren Einkommen möglich ist, desto höher ist die Notwendigkeit der weiteren finanziellen Unterstützung.

Für die Patienten beträgt der Spearman-Korrelationskoeffizient -0,644, d.h. es besteht ein negativer Zusammenhang zwischen den beiden Variablen X und Y. Die Spearman-Korrelation mit $P \leq 0,001$ liefert ein hoch signifikantes Ergebnis. Daraus folgt, dass je weniger die Abdeckung der Grundbedürfnisse mit dem verfügbaren Einkommen durchführbar ist, desto höher ist die Notwendigkeit der weiteren finanziellen Unterstützung der Befragten in den zweiten Stichproben.

3.4 Gesundheitsversorgung

In diesem Abschnitt wird die Gesundheitsversorgung der Befragten in den beiden erforschten Stichproben aufgezeigt. Zuerst wird der Gesundheitszustand der Befragten dargestellt. Danach wird ermittelt, wie viel Prozent von ihnen krankenversichert sind. Speziell für die Gehbehinderten werden die Leistungen der Wohlfahrtsinstitutionen im Rahmen der Integration der Behinderten und der medizinischen Versorgung derselben vorgestellt.

Zunächst wurde nach der Gesundheitsversorgung der Befragten in den beiden untersuchten Stichproben gefragt. Die erste Frage im Rahmen dieser Untersuchung an gehbehinderten Personen war, ob sie aufgrund ihrer Behinderung häufig zur stationären Behandlung ins Krankenhaus müssen.

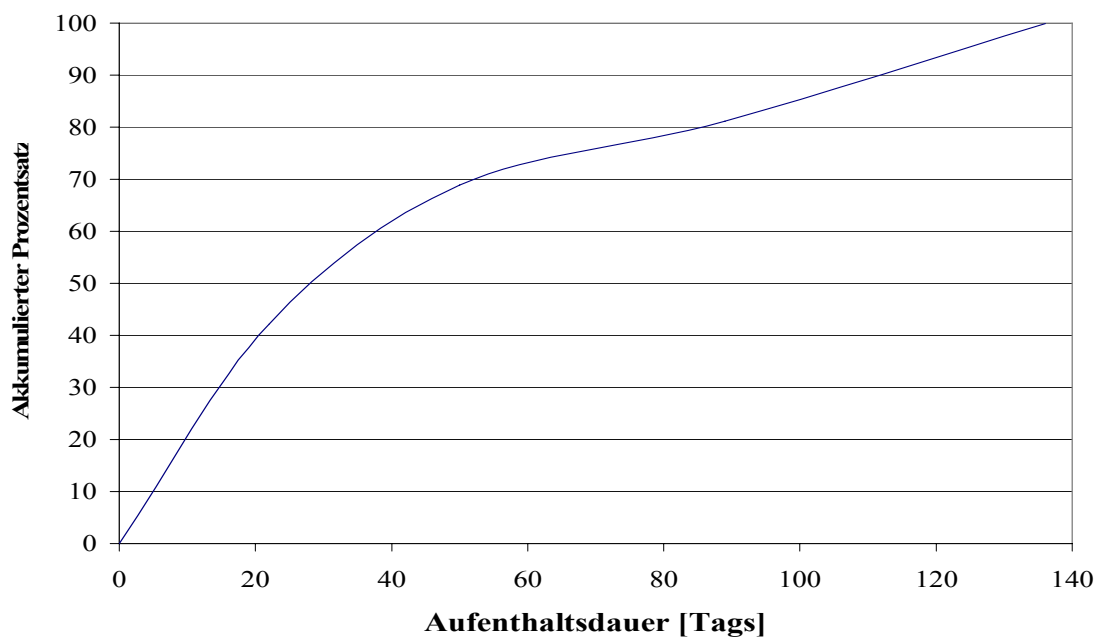
Die Untersuchung kommt zum folgenden Ergebnis: Nur ein geringer Teil der Befragten (9%) gab an, neben der Gehbehinderung an einer chronischen Krankheit zu leiden, durch die ein häufiger Krankenhausaufenthalt erforderlich war.

Der überwiegende Teil der befragten Behinderten (81%) gab an, trotz der Behinderung nur bei akutem Anlass - wie einem Knochenbruch - ins Krankenhaus zu gehen.

In der zweiten Stichprobe gab der überwiegende Teil der Befragten (68,9%) an, dass aufgrund ihrer chronischen Lungenerkrankungen ein stationärer Krankenhausaufenthalt gehäuft erforderlich ist. 31,1% der Befragten benötigten keine stationäre Behandlung.

Es wurde nach der durchschnittlichen Krankenhausaufenthaltsdauer der Lungenpatienten gefragt. Nach Angaben der befragten Lungenpatienten liegt der Aufenthalt im Krankenhaus im Zeitraum von 10 bis 180 Tagen im Jahr, mit einem Durchschnitt von 58,12 Tage. Die Ergebnisse der Untersuchung werden in der Abbildung 12 grafisch dargestellt.

Abb. 12: Jährliche durchschnittliche Aufenthaltsdauer im Krankenhaus der Lungenpatienten



Quelle: Eigene Erhebung

Die Frage nach der Krankenversicherung wird auf die beiden Stichproben bezogen, weil die Krankenversicherung eine Möglichkeit zur Finanzierung der erforderlichen medizinischen Hilfsmittel sein könnte.

Die Untersuchung zeigt, wie niedrig der Prozentsatz der teilweise krankenversicherten Patienten und Gehbehinderten ist. Ein großer Teil der gehbehinderten Personen gab an, nicht krankenversichert zu sein. Nur 18% aller Befragten gaben an, dass sie über eine teilweise Krankenversicherung verfügen.

Der Teil der krankenversicherten Lungenpatienten ist auch sehr gering im Vergleich zu den nicht versicherten Patienten. Während lediglich 22,2% der Befragten teilweise krankenversichert sind, sind 77,8% der Befragten nicht krankenversichert.

Alle krankenversicherten Befragten in den beiden Stichproben gaben an, dass die Behandlungskosten in den privaten Krankenhäusern, die Medikamentenkosten und Kosten der Hilfsmittel von den Krankenkassen nicht gänzlich übernommen wurden.

Der überwiegende Teil der befragten krankenversicherten gehbehinderten Personen (91%) und alle krankenversicherten Lungenpatienten gaben an, dass ihre Krankenkasse die Gesamtkosten der Behandlung in den privaten Krankenhäusern nicht bezahlt.

Bezüglich der Befragten, die nicht krankenversichert sind, liegt ein großes Interesse dieser Untersuchung in der Frage: Sind für diese Befragten die Behandlungs-, Medikamenten- und Hilfsmittelkosten tragbar?

Die Untersuchung kommt zum Ergebnis, dass 95,5% der Befragten in der ersten Stichprobe und 93,7% in der zweiten Stichprobe berichten, dass die erwähnten Kosten und insbesondere die Hilfsmittelkosten für sie ohne weitere finanzielle Unterstützung schwer zu übernehmen sind.

Im Folgenden wird überprüft, ob es einen Zusammenhang zwischen der Krankenversicherung und der Notwendigkeit der weiteren finanziellen Unterstützung gibt. Deshalb wird hier der Spearman-Korrelationskoeffizient berechnet. Zu diesem Zweck werden die beiden Variablen X und Y verwendet, wobei X krankenversicherte Gehbehinderte und Y die Notwendigkeit zur finanziellen Unterstützung bezeichnen.

Die Berechnung des Spearman-Korrelationskoeffizienten für die Gehbehinderten beträgt $-0,339$, d.h. die beiden Variablen X und Y sind negativ korreliert und das Ergebnis ist signifikant ($P \leq 0,01$). Aus diesem Ergebnis wird deutlich, dass die Befragten mehr finanzielle Unterstützung benötigen, je seltener sie krankenversichert sind.

Für die Patienten mit chronischen Lungenerkrankungen konnte mittels der vorhandenen Daten kein Zusammenhang zwischen der Krankenversicherung und der Notwendigkeit finanzieller Hilfe nachgewiesen werden.

Es wird hier ebenfalls mittels der Korrelationskoeffizienten überprüft, ob die Behandlungs-, Medikamenten-, und Hilfsmittelkosten für die nicht krankenversicherten Lungenpatienten ohne weitere finanzielle Hilfe tragbar sind. Es werden die beiden Variablen X und Y verwendet, wobei X die Tragbarkeit der Behandlungs-, Medikamenten-, und Hilfsmittelkosten ohne Krankenversicherung und Y die Notwendigkeit an finanzieller Hilfe darstellt. Die Berechnung des Spearman-Korrelationskoeffizient beträgt -0,436, d.h. die beiden Merkmale X und Y sind negativ korreliert und das Ergebnis ist signifikant ($P \leq 0,01$). Daraus ergibt sich, dass je höher die Notwendigkeit der finanziellen Unterstützung ist, desto geringer ist die mögliche Tragbarkeit der erwähnten Kosten mit einer Irrtumswahrscheinlichkeit von 1%.

Für die erste Stichprobe ergab sich aus der Berechnung des Spearman-Korrelationskoeffizienten ein schwacher negativer Zusammenhang zwischen den beiden untersuchten Merkmalen X und Y.

Die Untersuchung umfasste einige Fragestellungen, welche nur die Gehbehinderte betreffen. Es wurde hier gefragt, ob der Bedürftige von einer sozialen Wohlfahrtsinstitution für Behinderte profitiert. Die Datenanalyse kommt zum Ergebnis, dass nur ein geringer Teil der Bedürftigen einen Zugang zu den von diesen Institutionen angebotenen Diensten hat, während 80% aller bedürftigen Befragten von den in Syrien existierenden Wohlfahrtsinstitutionen nicht profitieren.

In diesem Zusammenhang wurde auch gefragt, ob diese Institutionen eine kostenlose gesundheitliche Betreuung anbieten. Die von diesen Institutionen profitierenden 20% aller Befragten gaben an, dass die Wohlfahrtsinstitutionen die Kosten für Rollstühle sowie einen Teil der Medikamente übernehmen.

Eine weitere an gehbehinderte Personen gestellte Frage war, ob sie sich aufgrund ihrer Behinderung und des Fehlens des benötigten medizinischen Hilfsmittels nicht in die Gesellschaft integrieren konnten. Die Datenanalyse zeigt, dass insgesamt 58% der befragten Behinderten keine Rollstühle besitzen und sich nicht in die Gesellschaft integrieren können.

Es wurde in diesem Fragenkomplex bezogen auf die Gehbehinderten auch gefragt, ob die Betroffenen das erforderliche medizinische Hilfsmittel aufgrund ihres niedrigen Einkommens überhaupt kaufen könnten. Die Datenanalyse zeigt, dass der überwiegende Teil der Nichtrollstuhlinhaber (87%), welche in dieser Analyse 58% aller befragten Gehbehinderten beträgt, an gab, dass der Nichtbesitz von Hilfsmitteln auf finanzielle Gründe zurückzuführen ist.

Im Rahmen dieser Analyse wurde mit Hilfe der statistischen Verfahren *im ersten Schritt* überprüft, ob die Verfügung über das erforderliche Hilfsmittel eine Voraussetzung für die Behindertenintegration in der Gesellschaft ist. Zu diesem Zweck wird der Spearman-Korrelationskoeffizient der beiden Variablen X und Y berechnet, wobei X kein Rollstuhleigentum und Y keine Integration in die Gesellschaft darstellt.

Die Berechnung des Spearman-Korrelationskoeffizienten beträgt 0,54, d.h. die beiden Variablen X und Y sind positiv korreliert und das Ergebnis ist signifikant ($P \leq 0,01$). Daraus ergibt sich, dass infolge des Fehlens eines Rollstuhls die gehbehinderten Personen häufig zu Hause bleiben müssen und sich in ihre Gesellschaft nicht integrieren können.

Im nächsten Schritt wurde überprüft, welcher Zusammenhang zwischen dem Besitz eines Rollstuhls und dem verfügbaren Einkommen besteht. Mit anderen Worten: Es wird in dieser Analyse überprüft, ob die Gehbehinderten aufgrund des niedrigen Einkommens das benötigte Hilfsmittel überhaupt kaufen können, um sich integrieren zu können.

Zu diesem Zweck wurde der Korrelationskoeffizient nach Spearman zwischen den beiden Variablen X und Y berechnet, wobei X das verfügbare Einkommen und Y das Rollstuhleigentum darstellt.

Die Berechnung des Korrelationskoeffizienten beträgt 0,616, d.h. hier liegt ein Zusammenhang zwischen den beiden Variablen X und Y vor. Die Spearman-Korrelation liefert mit ($P \leq 0,001$) ein hoch signifikantes Ergebnis. Daraus ergibt sich, dass das niedrige Einkommen der Befragten bewirkt, dass die betreffenden Menschen aus finanziellen Gründen keinen Rollstuhl besitzen können.

Im Hinblick auf die Fragestellung über den Selbstkauf eines Beatmungsgeräts gaben 97,8% der befragten Patienten an, dass sie ohne weitere finanzielle Hilfe nicht in der Lage sein, ein Beatmungsgerät zu kaufen.

Die Berechnung des Spearman-Korrelationskoeffizienten mit den beiden Variablen X und Y beträgt $-0,703$, wobei X den privaten Kauf eines Beatmungsgeräts und Y die Notwendigkeit zur finanziellen Hilfe bezeichnet. D.h., es liegt ein Zusammenhang zwischen den beiden Variablen X und Y vor und das Ergebnis ist hoch signifikant ($P \leq 0,001$). Daraus ergibt sich, dass die Befragten, die eine finanzielle Hilfe benötigen, nicht in der Lage sind, ein Beatmungsgerät (z.B. Sauerstoffkonzentrator) selbst zu kaufen.

3.5 Mikrofinanz

Ein weiterer Fragenkomplex im Rahmen dieser Analyse beschäftigt sich mit Mikrofinanz in Syrien. Hier wird aufgezeigt, wie hoch der Kreditnehmeranteil ist und welcher Art die Kreditnehmer sind (erwerbsfähig, nichterwerbsfähig oder gemischt). Danach wird die erwartete Auswirkung der Mikrokredite auf die Einkommensgenerierung der Kreditnehmer dargestellt. Anschließend werden die Gründe, welche die Kreditvergabe an nichterwerbsfähige Menschen verhindern, aufgezeigt. Zuletzt werden die möglichen Verfahren der Kreditrückzahlung vorgestellt, falls die Mikrofinanzprogramme der Kreditvergabe nicht nur zur Armutsbekämpfung durch Schaffung von Arbeitsplätzen, sondern auch zur Finanzierung der medizinischen Hilfsmittel eingesetzt werden.

Es wurde zunächst im Rahmen der Befragung über Mikrofinanz der Begriff geklärt. Die Mikrofinanz ist teilweise bekannt, aber sie ist nicht zugänglich für Behinderte und erkrankte Menschen. 72% in der ersten Stichprobe und 67,78% in der zweiten Stichprobe wissen, was Mikrofinanz ist. Wie bereits an anderer Stelle dieser Arbeit erklärt, ist die Mikrofinanz in Syrien im Vergleich zu anderen arabischen Ländern immer noch jung, d.h., die Anzahl der im Bereich der Mikrofinanz durchgeführten Programme sowie die Anzahl der von diesen Programmen Profitierenden ist begrenzt. In dieser Untersuchung lag die Anzahl der Kreditnehmer bei 24,4% aller Befragten in der ersten Stichprobe und bei 22% der Befragten in der zweiten Stichprobe.

Wie bereits in der theoretischen Darstellung der Mikrofinanz im zweiten Kapitel aufgezeigt, spielt diese in Entwicklungsländern eine bedeutsame Rolle als Instrument zur Armutsbekämpfung, zur Verbesserung des Zugangs zu Ausbildungen und zur medizinischen Versorgung sowie zur Förderung der Gleichberechtigung der Geschlechter. Aufgrund dieser theoretischen Zusammenhänge soll in dieser Untersuchung zunächst überprüft werden, ob Einkommen generiert wurde aufgrund der Kreditvergabe an die Armen in Syrien, so dass die Schaffung von Einkommensquellen für die Armen zur Verbesse-

rung anderer Aspekte wie Ausbildungsniveau und Gesundheitszustand führen kann. Außerdem soll zu der Frage Stellung genommen werden, ob die Gehbehinderten durch die Mikrofinanz ihre soziale Lage und die Integration in die Gesellschaft verbessern können.

Aus der Datenanalyse dieser Untersuchung ergab sich, dass der überwiegende Teil der befragten Kreditnehmer in beiden Stichproben (90% der befragten Gehbehinderten und 73% der befragten Lungenpatienten) angaben, dass die Mikrokredite ihnen ermöglichen, ein Einkommen zu generieren dadurch, dass sie mittels der vergebenen Kredite Investitionen (Eröffnung von neuen Geschäften wie Frisör oder Gemüsegeschäft) getätigt haben. Eine Folge der Verbesserung der Einkommenssituation ist die Verbesserung des Gesundheitszustands.

Im Folgenden soll nun überprüft werden, ob die Generierung des Einkommens der Befragten durch Vergabe von Mikrokrediten zufällig oder systematischer Natur ist. Zu diesem Zweck werden die Korrelationsüberprüfungen vorgenommen. Hier wird der Korrelationskoeffizient nach Spearman zwischen den beiden Variablen X und Y berechnet, wobei X die Einkommensgenerierung und Y die Investitionstätigkeit (z.B. Eröffnung von neuen Geschäften wie Frisör oder Gemüse) darstellt. Die Berechnung des Koeffizienten für die gehbehinderten Personen beträgt 0,78, d.h. Die beiden Variablen sind hoch korreliert und das Ergebnis ist signifikant ($P \leq 0,01$). Daraus folgt, dass die Generierung des Einkommens der gehbehinderten Personen mit einer Irrtumswahrscheinlichkeit von 1% abhängig von Mikrokrediten ist.

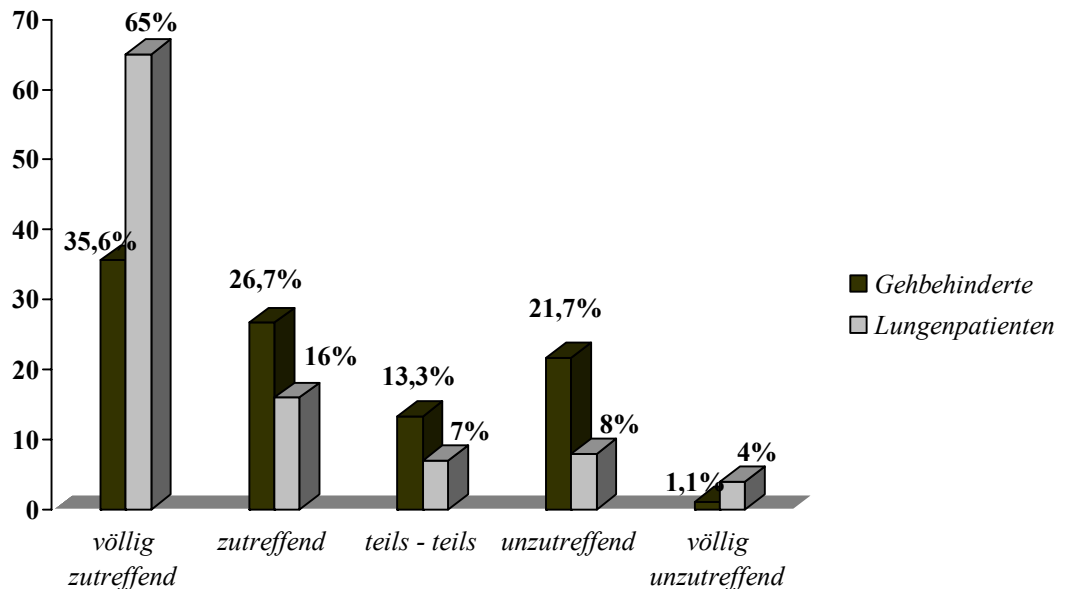
In der gleichen Weise wurde der Korrelationskoeffizient zwischen den beiden Variablen X und Y für die Patienten mit chronischen Lungenerkrankungen berechnet, wobei X die Generierung eines Einkommens und Y die Investitionstätigkeit darstellt.

Die Berechnung des Korrelationskoeffizienten beträgt 0,555, d.h., die beiden Variablen X und Y sind positiv korreliert und das Ergebnis ist signifikant ($P \leq 0,01$). Daraus folgt, dass die Generierung ihres Einkommens mit einer Irrtumswahrscheinlichkeit von 1% abhängig von Mikrokrediten ist.

Im nächsten Schritt wurde in dieser Untersuchung erforscht, ob alle Armen die gleichen Chancen haben, von den angebotenen Finanzdiensten zu profitieren. Es wurde untersucht, ob die nicht erwerbsfähigen Menschen aufgrund ihrer körperlichen Behinderung oder aufgrund ihrer Krankheit von den angebotenen Finanzdiensten ausgeschlossen sind.

80% der befragten Gehbehinderten und 63,6% der befragten Lungenpatienten gaben an, dass sie nicht erwerbsfähig waren und deshalb trotz ihres hohen Bedarfs an finanzieller Unterstützung keinen Zugang zu Mikrofinanzdiensten haben, weil sie die aufgenommenen Kredite nicht zurückzahlen können. Die Ergebnisse der Untersuchung werden in der Abbildung 13 dargestellt.

Abb. 13: Keine Kreditvergabe wegen mangelnder Erwerbsfähigkeit



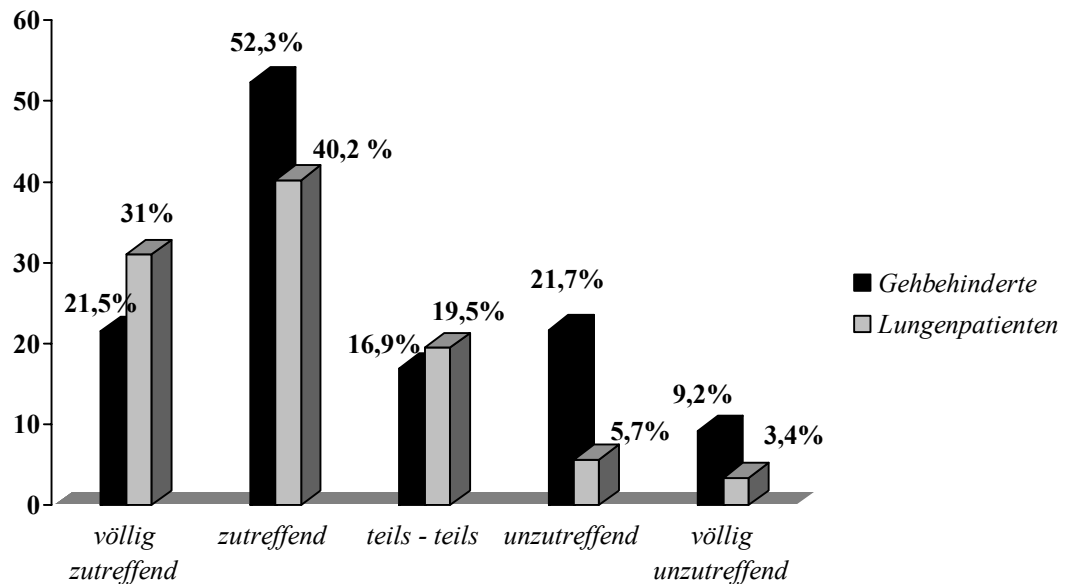
Quelle: Eigene Erhebung

Es wurde auch gefragt, ob die Befragten in den beiden untersuchten Stichproben schon einmal versucht haben, einen Mikrokredit von ACU oder anderen Programmen zu erhalten, nicht um eine Investition durchzuführen, sondern um ein Hilfsmittel zu kaufen oder zur Finanzierung der Gesundheitsausgaben. Die Datenanalyse kommt zu dem Ergebnis, dass 97,6% der befragten Behinderten und 92% der befragten Lungenpatienten angaben, dass sie keinen Kredit für die Finanzierung ihrer Gesundheitsausgaben - wie etwa den Kauf eines Beatmungsgeräts - beantragt haben. Nur ein geringer Teil der Befragten (8%) hat schon einmal versucht, einen Kredit für Gesundheitsziele zu erhalten. Von diesen gaben 75% (6 Befragte) an, dass ihre Frage nach einem Kredit abgelehnt wurde.

In diesem Zusammenhang wurde auch gefragt, welche Gründe verantwortlich dafür sind, dass die Mikrofinanzprogramme die Mikrokredite nicht direkt für die Finanzierung der Gesundheitsausgaben vergeben. Als Begründung wurde genannt:

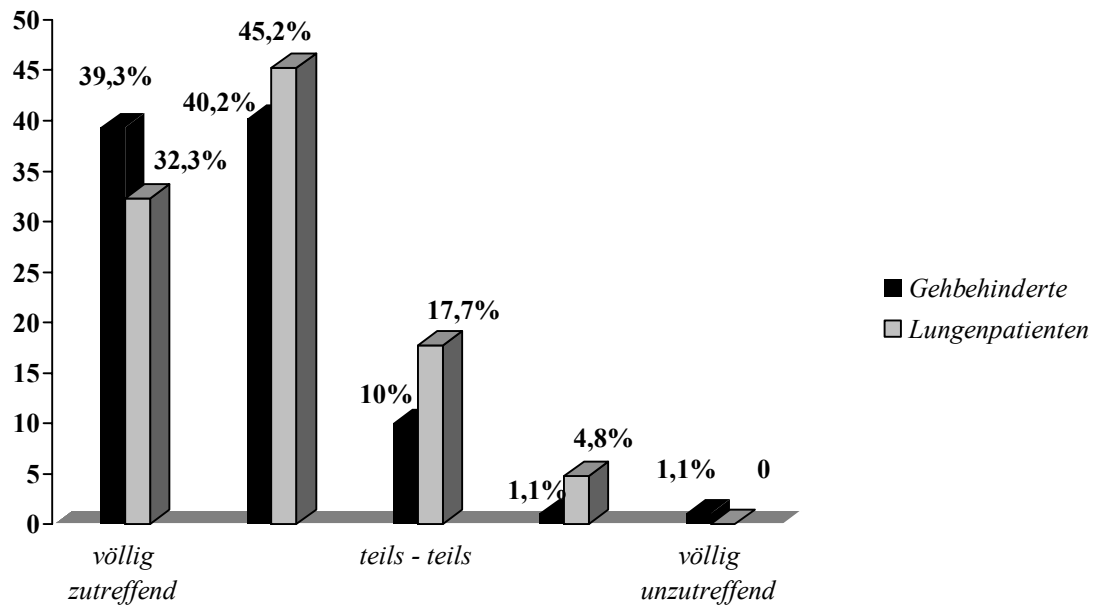
Die Mikrofinanzprogramme sind nur auf die Schaffung von Arbeitsplätzen ausgerichtet. Insgesamt 73% der Befragten in der ersten Stichprobe und 71% der Befragten in der zweiten Stichprobe waren mit dieser Aussage einverstanden. In der Abbildung 14 wurden die Auskünfte der Befragten über diesen vorgeschlagenen Grund zusammengefasst.

Abb. 14: Ausrichtung der Mikrofinanzprogramme auf die Armutsbekämpfung durch Schaffung von Arbeitsplätzen



Quelle: Eigene Erhebung

Als zweiter Grund wurde angegeben, dass als Voraussetzung für den Erhalt eines Mikrokredits die Durchführung einer rentablen Investition erforderlich ist, welche die Rückzahlung des aufgenommenen Kredits gewährleistet. In der ersten Stichprobe gaben 87,6% der befragten Gehbehinderten an, dass sie dieser Aussage zustimmen. Insgesamt haben sich 28 Lungenpatienten enthalten und 62 Patienten ihre Meinung geäußert. Die Mehrheit der Personen, die geantwortet haben (77,5%), gab an, dass sie der Aussage zustimmen. Die Abbildung 15 fasst die Antworten der Befragten in beiden Stichproben zusammen.

Abb. 15: Kreditvergabe nur zur Durchführung rentabler Investitionen

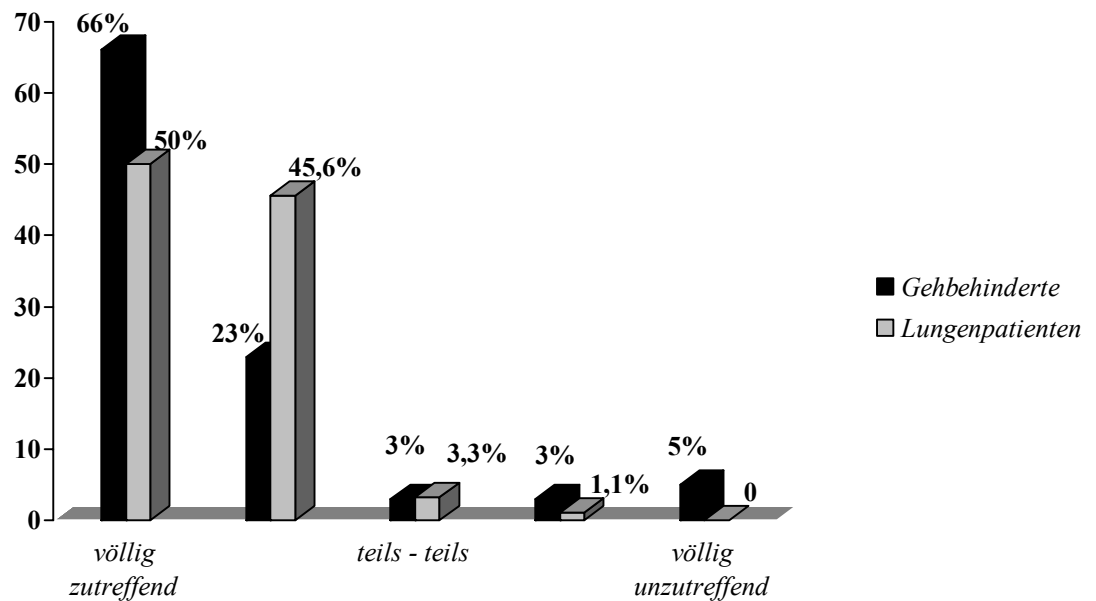
Quelle: Eigene Erhebung

Im nächsten Schritt wurde mittels der Korrelationsüberprüfungen ermittelt, ob Zusammenhänge zwischen der Kreditvergabe zur Armutsbekämpfung und zwischen der Durchführung rentabler Investitionen mit den vergebenen Krediten bestehen. Mit anderen Worten wurde hier überprüft, ob die Mikrofinanzprogramme in Syrien ihre Kredite für die Armutsbekämpfung durch Schaffung von Investitionen mittels der vergebenen Mikrokredite einsetzen, so dass die nicht erwerbsfähigen Menschen von der Kreditvergabe ausgeschlossen sind, da sie keine rentablen Investitionen tätigen können.

Auf der Basis der von den befragten Gehbehinderten erhobenen Daten wurde der Korrelationskoeffizient nach Spearman für die beiden Variablen X und Y berechnet, wobei X die Durchführung rentabler Investition und Y die Kreditvergabe zur Armutsbekämpfung sind. Der Korrelationskoeffizient beträgt 0,428, d.h., die Korrelationsüberprüfung deutet auf einen mittleren Zusammenhang zwischen den beiden Variablen X und Y hin. Mit P kleiner als 0,001 liefert der Spearman-Korrelationskoeffizient ein hoch signifikantes Ergebnis. Daraus folgt, dass nach Angaben der befragten Gehbehinderten die vergebenen Kredite zum Ziel haben, die Armut durch Durchführung einer Investition zu bekämpfen.

Bezogen auf die Lungenpatienten wurde auch auf der Basis der von ihnen angebotenen Daten der Spearman-Korrelationskoeffizient zwischen den beiden Variablen X und Y berechnet, wobei X die Durchführung rentabler Investition und Y die Kreditvergabe zur Armutsbekämpfung darstellt. Der Spearman-Korrelationskoeffizient beträgt 0,587, d.h., die beiden Variablen sind positiv korreliert und das Ergebnis ist hoch signifikant ($P < 0,001$). Die Mikrokredite zielen nach Angaben der befragten Patienten auf die Bekämpfung der Armut, indem mit den Mikrokrediten eine Investition durchgeführt wird.

Im Rahmen dieser Analyse wurde auch überprüft, ob die Mikrofinanz als Instrument für die Finanzierung der medizinischen Hilfsmittel eingesetzt werden könnte. In dieser Untersuchung gab der überwiegende Teil der Befragten in den beiden Stichproben an, dass sie ihre medizinischen Hilfsmittel sofort finanziert hätten, wenn sie über die erforderlichen Mittel verfügt hätten. 95% der befragten Lungenpatienten gaben an, dass sie einen hohen Bedarf an Mikrokrediten haben, um die Kosten eines Beatmungsgeräts finanzieren zu können. 89% der befragten Behinderten gaben an, dass sie den benötigten Rollstuhl mittels eines Mikrokredits kaufen würden. Die Abbildung 16 stellt die Einstellung der Befragten zum Mikrokredit als mögliches Instrument der Finanzierung der medizinischen Hilfsgeräte dar.

Abb. 16: Mikrokredite als Möglichkeit der Finanzierung von medizinischen Hilfsmitteln

Quelle: Eigene Erhebung

Im Folgenden soll statistisch überprüft werden, ob aus Sicht der Betroffenen die Mikrofinanz als Instrument zur Finanzierung medizinischer Hilfsmittel eingesetzt werden könnte. Deshalb wird hier der Spearman-Korrelationskoeffizient verwendet, welcher den Zusammenhang zwischen dem dringenden Bedarf an finanzieller Unterstützung in Form von Mikrokrediten und dem Kauf des medizinischen Hilfsmittels beim Erhalt eines Mikrokredits zu ermitteln ermöglicht.

Für die erste Stichprobe beträgt der Korrelationskoeffizient zwischen den beiden Variablen X und Y 0,333, wobei X der dringende Bedarf an finanzieller Unterstützung in Form eines Mikrokredits und Y der Rollstuhlkauf finanziert durch Mikrokredit ist. Die beiden Variablen X und Y sind mittel und positiv korreliert. Der Spearman-Korrelationskoeffizient mit $P \leq 0,001$ liefert ein hoch signifikantes Ergebnis. Daraus folgt, dass aus Sicht der Befragten Gehbehinderten die Mikrokredite eine Möglichkeit zur Finanzierung der für gehbehinderte Personen erforderlichen Rollstühle mit einer Irrtumswahrscheinlichkeit von 1% sein könnte.

Bezogen auf die Lungenpatienten beträgt der Spearman-Korrelationskoeffizienten 0,473, d.h., es liegt ein mittlerer Zusammenhang zwischen den beiden Variablen X und Y vor, und das Ergebnis ist hoch signifikant ($P \leq 0,001$). Daraus folgt nach Angaben der

Befragten in der zweiten Stichprobe, dass die Mikrokredite eine Möglichkeit zur Finanzierung der für Patienten mit chronischen Lungenerkrankungen erforderlichen Beatmungsgeräte (Sauerstoffkonzentrator) mit einer Irrtumswahrscheinlichkeit von 1% sein könnten.

Die Datenanalyse in der vorliegenden Untersuchung zeigt einen hohen Bedarf an der Erweiterung der Aufgaben der Mikrokredite auf, um die Finanzierung im Gesundheitsbereich zu umfassen sowie die Kundenkategorie zu erweitern. Es sind hier nicht nur die Kunden gemeint, die einen Kredit zur Durchführung einer Investition benötigen, sondern auch die Kunden, die die Kredite für die Finanzierung der medizinischen Hilfsmittel verwenden wollen. Eine Vielzahl dieser Kunden kann nach dem Erhalt des Hilfsmittels auch erwerbsfähig sein.

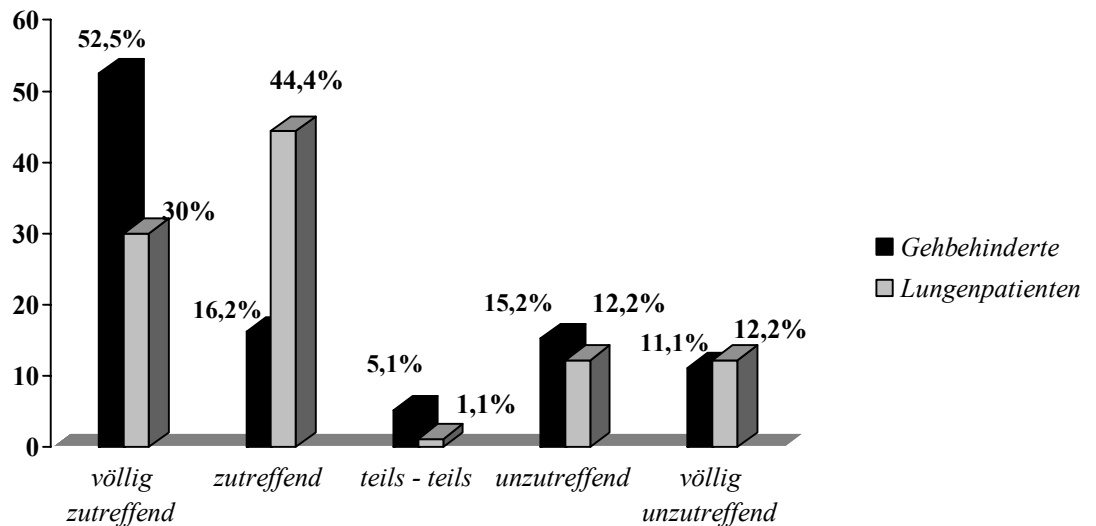
Für die Mikrofinanzprogramme ist es unerlässlich, dass die Kreditnehmer ihre Kredite zurückzahlen können. Deshalb setzen diese Programme die Durchführung von rentablen Investitionen als Bedingung für eine Kreditvergabe voraus, so dass die Kredite durch das von diesen Investitionen erzielte Einkommen zurückgezahlt werden können. In dieser Analyse wurden die möglichen Wege der Rückzahlung eines Mikrokredits dargestellt, falls die Mikrofinanzprogramme in Syrien ihre Kredite für die Finanzierung von medizinischen Hilfsmitteln vergäben.

Eine Möglichkeit besteht darin, dass die Gehbehinderten oder Patienten mit chronischen Lungenerkrankungen nach dem Besitz des erforderlichen Hilfsmittels und dem Erhalt von besserer Gesundheit eine selbständige Arbeit tätigen und durch den realisierten Gewinn in der Lage sind, die Mikrokredite zurückzuzahlen.

Die Untersuchungsergebnisse zeigen, dass ein hoher Anteil der Probanden in der ersten Stichprobe (52,5%) angaben, davon überzeugt zu sein, mit einem Mikrokredit selbständige kleine Projekte durchführen zu können trotz ihrer körperlichen Behinderung. Diese Personen benötigen vor allem ein Hilfsmittel, um sich fortzubewegen. Dadurch könnten sie beispielsweise Geschäfte eröffnen und aktiv an der Gesellschaft teilnehmen. 16% der Befragten gaben an, dass sie keine Arbeit tätigen könnten, auch wenn sie Kredite bekämen und Hilfsmittel kaufen könnten. In der zweiten Stichprobe gaben 30% der Befragten an, dass sie völlig zutreffend eine Möglichkeit sehen, beim Erhalt eines Mikrokredits eine Arbeit zu finden, welche ihnen ermöglicht, die Rückgabe des aufgenommenen Kredits zu gewährleisten. Ein Teil der Befragten (24,4%) gab an, dass er auf-

grund seiner schweren Krankheit keine Arbeit tätigen kann. Die Untersuchungsergebnisse werden in der Abbildung 17 dargestellt.

Abb. 17: Kreditrückzahlung durch selbständige Arbeit infolge von Mikrokrediten für medizinische Hilfsmittel.



Quelle: Eigene Erhebung

Im Folgenden soll nun überprüft werden, ob die Rückgabe der Kredite für Hilfsmittel mittels selbständiger Arbeit zufällig oder systematischer Natur ist. Deshalb wird hier der Korrelationskoeffizient nach Person zwischen den beiden Variablen X und Y berechnet, wobei X die mögliche selbständige Arbeit bei Verwendung eines Hilfsmittels und Y die Fähigkeit zur Kreditrückzahlung durch die ermöglichte Arbeit aufzeigt.

Die Berechnung des Spearman-Korrelationskoeffizienten für die gehbehinderten Personen beträgt 0,78, d.h., es liegt ein starker Zusammenhang zwischen den beiden Variablen X und Y vor, und das Ergebnis ist hoch signifikant ($P \leq 0,001$). Daraus folgt, dass die Kredite nach Angaben der gehbehinderten Befragten nach dem Besitz der erforderlichen Hilfsmittel durch selbständige Arbeit der Kreditnehmer zurückzahlbar sind.

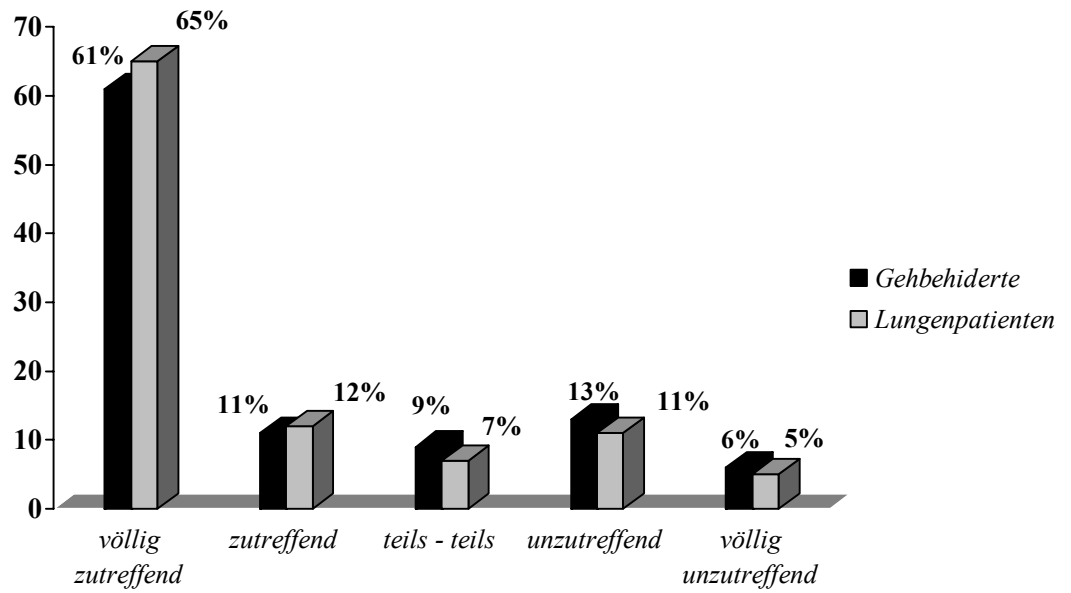
Für die Lungenpatienten wird auch der Spearman-Korrelationskoeffizient für die beiden Variablen X und Y berechnet, wobei X die mögliche selbständige Arbeit bei Erhalt eines Hilfsmittels und Y die Kreditrückgabe infolge der möglichen Arbeit darstellt. Die Berechnung des Spearman-Korrelationskoeffizienten beträgt 0,698, d.h., es liegt ein Zusammenhang zwischen den Variablen X und Y vor, das Ergebnis ist hoch signifikant ($P \leq 0,001$). Daraus folgt, dass die Lungenpatienten nach Verwendung der erforderlichen

Beatmungsgeräte (z.B. Sauerstoffkonzentratoren) einen besseren Gesundheitszustand erhalten und dadurch ihre Mikrokredite durch ihre selbständige Arbeit zurückzahlen können.

Eine weitere Möglichkeit für die Rückzahlung des aufgenommenen Kredites ergibt sich, falls der Kreditnehmer die Rückgabe seines Kredits selbst nicht gewährleisten kann, da er aufgrund seiner schweren Behinderung oder Krankheit nicht in der Lage ist, zu arbeiten und aus den realisierten Gewinnen die Rückzahlung der Kredite zu gewährleisten, wenn die Rückgabesicherung durch die Familie erfolgt.

Die Datenanalyse zeigte auf, dass der überwiegende Teil der Probanden in den beiden untersuchten Stichproben angab, dass ihre Familie bereit ist, weitere Ausgaben für sie zu übernehmen und die Rückzahlung der Kredite zu gewährleisten, falls ihnen eine Chance gegeben würde, die Mikrokredite zum Hilfsmittelkauf zu bekommen. In der ersten Stichprobe waren nach Angaben der befragten Gehbehinderten 72% der syrischen Familien bereit, die Rückzahlung der Kredite zu gewährleisten. 9% der Befragten waren unsicher, ob ihre Familien die Rückzahlung schaffen können, 19% gaben an, dass ihre Familien die Rückzahlung nicht gewährleisten können.

Hinsichtlich der zweiten Stichprobe können nach Angaben der Patienten 76,4% der Familien die Rückzahlung der Kredite gewährleisten und sind auch dazu bereit. 6,7% der Probanden waren unsicher, ob ihre Familien die Rückzahlung gewährleisten. 16,6% der Probanden gaben an, dass ihre Familien aufgrund des niedrigen Einkommens nicht in der Lage sind, weitere finanzielle Ausgaben zu übernehmen. Die Darstellung der Befragungsergebnisse ist in der Abbildung 18 zu finden.

Abb. 18: Bereitschaft der Familie die Kreditrückgabe zu gewährleisten

Quelle: Eigene Erhebung

Durch diesen hohen Prozentsatz kommt man zu folgender Schlussfolgerung: Die syrische Familie kann eine sehr entscheidende Rolle spielen, falls die Mikrofinanzprogramme ihre Kreditbasis verbreitern und die nicht erwerbsfähigen Menschen einbeziehen.

4 Diskussion

Im Folgenden werden die ermittelten Ergebnisse diskutiert und mit den Resultaten entsprechender anderer Untersuchungen verglichen. Einige Erkenntnisse bezüglich der Patienten mit chronischen Lungenerkrankungen sind nur mit den Ergebnissen der Untersuchungen in den Industrieländern zu vergleichen, da die vorliegende Untersuchung sowohl in Syrien als auch in den entsprechenden Ländern ein neues Forschungsgebiet bildet. Dementsprechend werden die Ergebnisse dieser Untersuchungen zum Vergleich genommen, obwohl wir uns der begrenzten Vergleichbarkeit bewusst sind.

4.1 Einkommenslage

Bezogen auf die Einkommenslage der Probanden in den beiden untersuchten Stichproben gelangt die Untersuchung zu dem signifikanten Ergebnis, dass in Anbetracht aller Einkommensquellen die Befragten über ein niedriges Einkommen verfügen, welches ihre Grundbedürfnisse nicht abdecken kann. Die erste Hypothese „Gehbehinderte Personen und Patienten mit chronischer Lungenerkrankung aus den armen Schichten, die nicht in der Lage sind zu arbeiten, sind auf zusätzliche finanzielle Unterstützung (Unterstützung durch eine soziale Wohlfahrtsinstitution) angewiesen“ wird durch dieser Ergebnisse bestätigt.

Vergleicht man das Einkommen der in unterschiedlichen wirtschaftlichen Bereichen, (z.B. Landwirtschaft, Industrie, Handel) beschäftigten Menschen, mit dem Einkommen der Befragten, die zum großen Teil von der Unterstützung ihrer Angehörigen leben, so stellt man fest, dass die Kluft groß ist. Während nach Angaben der CBS im Jahr 2007 das monatliche Bruttoeinkommen von 13,57% der in den erwähnten Bereichen Beschäftigten betrug im Durchschnitt 104,57US\$, lag es bei 10,39% im Durchschnitt bei 114,58US\$, bei der 11,07% im Durchschnitt bei 135,42 US\$, bei 14,07 im Durchschnitt bei 156,25US\$, bei 10,58 im Durchschnitt bei 177,03US\$ und bei 40,32% im Durchschnitt bei 178US\$.³¹⁹ In dieser Untersuchung lag das Bruttoeinkommen von 71% der befragten Gehbehinderten im Durchschnitt bei 48,92 US\$ und von 25% bei 75,11 US\$.

³¹⁹ CBS (2008), S. 89.

Das Bruttoeinkommen von 44,45% der befragten Lungenpatienten lag bei 45,52 US\$ und von 37% bei 76,43 US\$.

Als Schlussfolgerung kann festgehalten werden, dass die finanzielle Unterstützung der gehbehinderten Personen und der Patienten mit chronischer Lungenerkrankung, die zu den armen Schichten zugehören, durch Organisationen, wie die sozialen Wohlfahrtsinstitutionen sehr begrenzt ist und nur einen niedrigen Prozentsatz der Bedürftigen erreicht. In dieser Hinsicht besteht kein entscheidender Unterschied zwischen Syrien und vergleichbaren Entwicklungsländern. So zeigte beispielsweise eine in Jemen durchgeführte Studie, dass die drei Sicherheitsnetze für Menschen mit Behinderung Social Welfare Fund (SWF), Social Fund for Development (SFD) und Fund for the Welfare of Disabled (Disability Fund DF) neben den schon existierenden Programmen für Menschen mit Behinderung eine geringe Rolle bei der Finanzierung sowie bei der Befriedigung des Bedarfs der Bedürftigen spielen. Der Grund besteht darin, dass alle Sicherheitsnetze in Jemen unter ihren budgetären Einschränkungen leiden. Außerdem besteht eine Abhängigkeit von ausländischer Finanzierung.³²⁰ Da in Syrien (wie in der Regel in anderen Entwicklungsländern) Wohlfahrtsinstitutionen keine größere Rolle bei der Unterstützung der Bedürftigen spielen, muss die Familie diese Funktion übernehmen. Hierbei ist zu berücksichtigen, dass die meisten Familien, die ihre behinderten oder erkrankten Angehörigen selbst finanzieren, schon finanziell so stark belastet sind, dass sie Unterstützung benötigen. Ausgehend von diesem Ergebnis wird festgestellt, dass für die überwiegende Mehrheit der Befragten in beiden untersuchten Stichproben eine weitere finanzielle Unterstützung unerlässlich ist, damit sie ihre Grundbedürfnisse abdecken können.

Vor diesem Hintergrund wurde in dieser Arbeit diskutiert, die Mikrofinanz als Instrument zur Finanzierung medizinischer Hilfsmittel für die Armen, insbesondere die an chronischen Lungenerkrankungen Leidenden und Gehbehinderten, einzusetzen. Diese kann nach Auffassung der Befragten ihnen helfen, ihre Einkommen zu erhöhen und somit ihre medizinischen Hilfsmittel zu finanzieren. CGAP betrachtet die Mikrofinanz als wirksames Instrument zur Armutsbekämpfung. Diese kann den Armen helfen, ihr Einkommen zu erhöhen, ihr eigenes Kapital aufzubauen und sich selbst gegen externe Schocks zu schützen.³²¹

³²⁰ Vgl. Turmusani (2006), S. 16.

³²¹ Vgl. Copestake (2007), S. 1721.

4.2 Gesundheitsversorgung

Im Weiteren werden die Ergebnisse bezogen auf die Gesundheitsversorgung der Befragten in den beiden untersuchten Stichproben diskutiert.

Die Ergebnisse der Untersuchung zeigen, dass ein hoher Anteil an Patienten einen stationären Krankenhausaufenthalt benötigt. Dies lässt sich hauptsächlich darauf zurückführen, dass für die Lungenpatienten die Möglichkeit der Heimbeatmung nicht besteht.

Die Patienten mit chronischen Lungenerkrankungen benötigen in einigen Fällen einen stationären Krankenhausaufenthalt von langer Dauer. Dies wird damit begründet, dass für die Patienten außerhalb des Krankenhauses keine Behandlungsmöglichkeit besteht.

Ein langer stationärer Aufenthalt liegt bei der derzeitigen festen Budgetierung nicht im Interesse des Krankenhauses, da der stationäre Krankenhausaufenthalt mit wirtschaftlichen Kosten verbunden ist, die von Seiten der staatlichen Krankenhäuser bezahlt werden müssen. Wie bereits im Abschnitt 2.5.1 dieser Arbeit aufgeführt wurde, sind die mit Lungenerkrankungen verbundenen wirtschaftlichen Kosten weltweit erheblich. Deshalb wird die Verlagerung zur ambulanten Behandlung mittels Heimbeatmung angestrebt. Auch in Syrien können die mit dieser Art von Erkrankungen verbundenen stationären Behandlungskosten durch häusliche Beatmung erheblich gesenkt werden.

Im Folgenden werden die Kosten eines Krankenhausaufenthalts basierend auf den Gesamtkosten pro Patient in der Abteilung der Inneren Medizin berechnet. Wie im zweiten Kapitel, Abschnitt 2.5.3.3 gezeigt, betragen die durchschnittlichen Kosten pro Betttag in syrischen Krankenhäusern 47,78€. Sie umfassen sowohl die direkten Kosten (Arzneimittelkosten, ärztliche Leistungen, Pflegekosten) als auch die weiteren Kosten (Strom, Abschreibung usw.) Sie müssen zum Beispiel bei einem stationären Aufenthalt von 15 Tagen Kosten in Höhe von 716,7€ berechnet werden.

Durch die Verkürzung des Aufenthalts von Patienten können diese Kosten reduziert werden. Die mittels Verkürzung des Aufenthalts im Krankenhaus durch Einsatz von Heimbeatmung eingesparten Kosten sind unter der Voraussetzung zu berechnen, dass die erforderlichen Untersuchungen für einen Patienten in einem Monat oder weniger durchgeführt werden können und das Beatmungsgerät geliefert werden kann. In der Tabelle 32 werden die eingesparten Kosten dargestellt.

Tab. 32: Die zu erwartende Kosteneinsparung

Verkürzung des Aufenthalts [Tage]	Eingesparte Kosten pro Patient [€]
15	716,7
20	955,6
25	1194,5
30	1433,4
45	2150,1

Es können jedoch weitere Kosten gespart werden durch weitere Kürzung des Aufenthalts im Krankenhaus. So lassen sich basierend auf den obigen Berechnungen mögliche Einsparungen durch die ambulante Behandlung annehmen, und somit lässt sich die zweite Hypothese stützen „Die ambulante Bereitstellung von medizinischen Hilfsmitteln stellt eine Möglichkeit dar, die Dauer der stationären Behandlung der Patienten zu verkürzen und damit die Aufenthaltskosten im Krankenhaus zu senken“.

Die vorliegenden Ergebnisse hinsichtlich der Kostenersparnisse durch eine Verlagerung zur ambulanten Behandlung werden in zahlreichen wissenschaftlichen Studien belegt,³²² welche in Industrieländern durchgeführt wurden. Da das Modell der ambulanten Beatmung weder in Syrien noch in vergleichbaren Ländern verbreitet ist, wurden in der wissenschaftlichen Literatur zu möglichen Kostenersparnissen durch eine ambulante Behandlung in diesen Ländern keine Studien angegeben. Vor diesem Hintergrund wird das vorliegende Ergebnis bezüglich der erwarteten Kosteneinsparungen, falls das Modell in Syrien durchgeführt würde, durch die in den Industrieländern durchgeführten Studien bestätigt. Eine von TM, Tuggey, PK, Plant und MW, Elliott in Großbritannien durchgeführte Studie ergab, dass die Kosten pro Patient mit COPD im Jahr durch die Verkürzung des Aufenthalts durch die häuslichen NIV von 13.163£³²³ (18.691€) auf 4.909£ (6970,78€) gesenkt werden. Dies entspricht einer Kostenreduktion von 8.245£ (11.720€).³²⁴ Nach der von Manel, Luján et al. durchgeführten Studie in einer spanischen Universitätsklinik über die Effizienz von häuslichen NIV werden 50% der direkten Kosten mittels dieser Art der ambulanten Beatmung eingespart, da die Betten im Krankenhaus durch diese Art von Behandlung für andere Patienten frei werden und die

³²² Eine ausführliche Darstellung diesen Studien befindet sich im Abschnitt 5.7.4.

³²³ 1 GBP (£) = 1.42 Euro.

³²⁴ Vgl. Tuggey; Plant; Elliot (2003), S. 869.

Behandlung einer Vielzahl von Patienten ermöglicht wird.³²⁵ Durch die Verkürzung des stationären Aufenthalts können die Kosten für medizinische Hilfsmittel erwirtschaftet werden. In Spanien wurde eine Studie über die Auswirkung der krankenhausbasierten Heimbeatmungsprogramme auf das Management von COPD-Patienten, die eine Langzeit-Sauerstofftherapie bekommen, durchgeführt. Die Studie umfasste 122 Patienten, von denen 60 Patienten in die Interventionsgruppe und 62 in die Kontrollgruppe eingegliedert wurden. In Bezug auf die Kostenanalyse kam die Studie zu folgendem Ergebnis: In der Heimbeatmungsgruppe wurden im Vergleich zur Kontrollgruppe Kosten in Höhe von 46.823 US\$ eingespart. Die eingesparten Kosten sind eine Folge des Rückgangs der Aufenthalte im Krankenhaus sowie des Rückgangs von Besuchen der Notfallabteilungen.³²⁶ Die Tabelle 33 stellt die Kosten in den beiden Gruppen dar.

Tab. 33: Kostenanalyse einer Kohorte in Spanien

Variable	Home Care Program (HCP) – Gruppe	Kontrollgruppe
Krankenhauskosten pro Jahr	47.591 US\$ (n = 342)	121.622 (n = 874)
Notfallkosten pro Jahr	4.233 US\$ (n = 21)	15.321 US\$ (n = 76)
Kosten der Heimbeatmung	38.296 US\$	-
Gesamtkosten	90.121 US\$	136.944 US\$
Einsparungen	46.823 US\$	

Quelle: Farrero; Joan; Prats; Madirol; Manresa 2001, S.368.

Um eine Verkürzung des stationären Aufenthalts zu erreichen, muss jeder Patient über das für die Durchführung der Heimbeatmung erforderliche Beatmungsgerät verfügen. Durch die Verkürzung des stationären Aufenthalts können die Kosten für medizinische Hilfsmittel erwirtschaftet werden. Im Folgenden wird erörtert, wie weit der Aufenthalt gekürzt werden muss, um die Kosten des Gerätes abzudecken und Gewinne für die Krankenhäuser zu realisieren. Zunächst ist es erforderlich, die Kosten eines Beatmungsgerätes zu ermitteln.

³²⁵ Vgl. Luján et al. (2006), S. 1181.

³²⁶ Vgl. Farrero et al. (2001), S. 367-368.

Bei dem Besuch am 01.06.2007 bei einer im Homecare-Bereich arbeitenden deutschen Firma wurden die folgenden Informationen über die Preise von unterschiedlichen Geräten sowie von Verbrauchskosten in Erfahrung gebracht.³²⁷

Die Preise der im Bereich der Heimbeatmung angebotenen Geräte schwanken zwischen 5.00€ und 5.000€. Neben dem Grundpreis des Gerätes sind beim Gerätekauf unterschiedliche Aspekte zu berücksichtigen, wie etwa der Stromverbrauch, die Haltbarkeit der Sauerstoffflaschen sowie die Transportkosten, die in einigen Fällen die Kosten des Gerätes überschreiten können. Bei einer Sauerstofflangzeittherapie kommen drei unterschiedliche Geräte zum Einsatz, welche im Abschnitt 2.5.3.2 ausführlich beschrieben wurden.

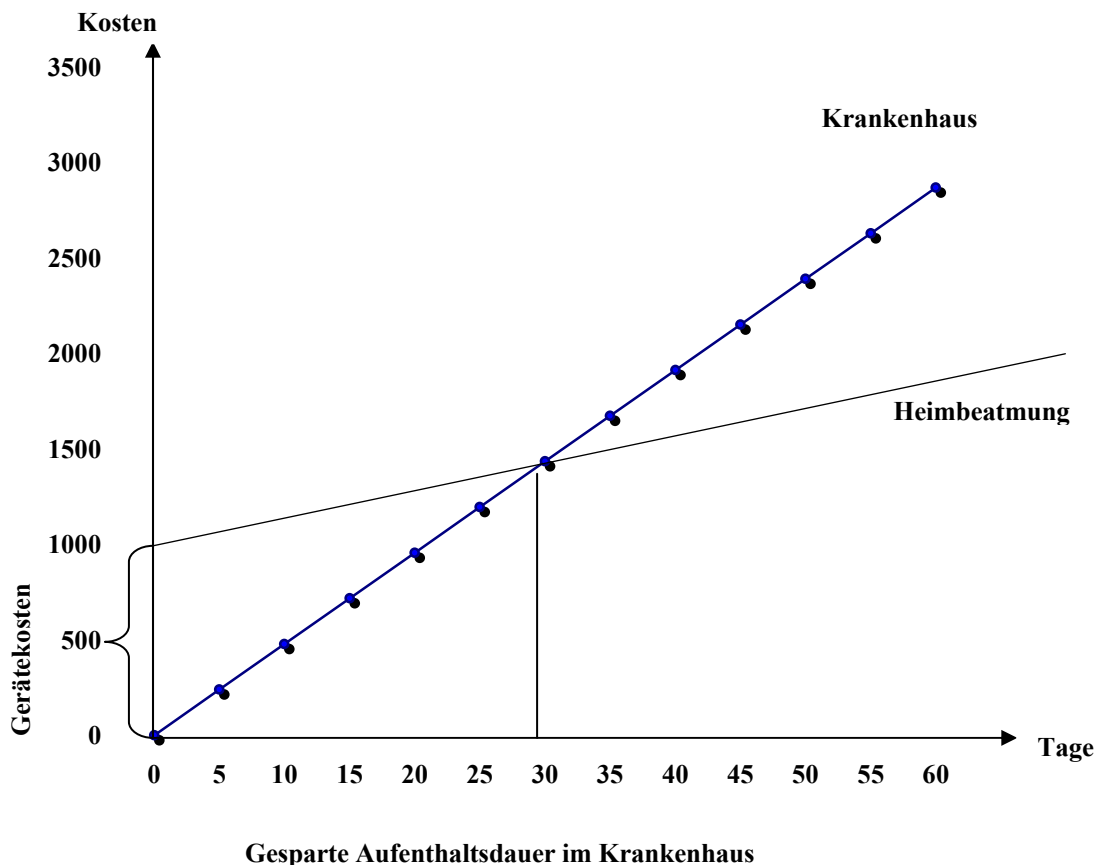
Die Sauerstoffkonzentratoren sind mit einem Preis von ca. 1.000 Euro verhältnismäßig preisgünstig. Nicht zu vernachlässigen ist jedoch der hohe Stromverbrauch. Bei Betrieb des Gerätes muss man täglich mit einem halben Euro Stromkosten nach deutschen Preisen rechnen bei einem Preis von 20.017 Cent pro Kilowattstunde. Unter Berücksichtigung der Tatsache, dass eine Kilowattstunde in Syrien nach berechneten Preisen aus dem Jahr 2007 0,058€ kostet. Aber die von Sauerstoffkonzentratoren verursachten Kosten, inklusive der Stromkosten, sind gering im Vergleich zu den von anderen Geräten verursachten Kosten. Beispielsweise benötigt der Patient aufgrund der geringen Nutzungszeit einer Flasche täglich ca. 10 Flaschen beim Einsatz des Sauerstoffdruckflaschen-Systems. Eine Flasche kostet 28€, d.h. der Patient muss bei der Anwendung dieses Systems zusätzlich tägliche Kosten in Höhe von 280€ tragen. Das Flüssigsauerstoffsystem ist gegenüber dem Flaschensystem kostengünstiger, weil es durch ein speziell entwickeltes Reservoir der Flasche den Patienten mit 2 Liter O₂ /min bis zu 8 Stunden versorgt. Die Transportkosten nach Syrien betragen 128€ für je 20 kg Gewicht, welche zu den Gesamtkosten des Gerätes hinzuzurechnen sind. In dieser Gruppe von Geräten sind die Sauerstoffkonzentratoren die preisgünstigsten. Die angegebenen Preise sind bezogen auf Geräte aus hoch entwickelten Ländern. Außerhalb dieser Länder können preisgünstigere Geräte erworben werden.

³²⁷ Die Informationen über die unterschiedlichen Preise der unterschiedlichen Geräte wurden durch ein Interview mit Herrn Jürgen Kranz am 01.06.2007 recherchiert. Herr Kranz ist der Gründer der Medizintechnik Kranz GmbH.

Atemtherapiegeräte und Beatmungsgeräte kosten ca. 5.000€ pro Gerät (inkl. der Transportkosten). Die Kosten für Masken, die für die nicht-invasive Beatmung notwendig sind, müssen den Gesamtkosten des Gerätes hinzugefügt werden. Die Preise der Masken liegen zwischen 80€ und 150€.

Basierend auf den Informationen über die unterschiedlichen Geräte, die im Homecare-Bereich eingesetzt werden, kann festgestellt werden, dass eine Verkürzung des stationären Aufenthaltes von 30 Tagen pro Jahr ausreichen würde, die Kosten eines Sauerstoffkonzentrators abzudecken. Diese betragen ca. 1.300,88€ (1000€ Grundpreis + 20,88€ jährliche Stromkosten + 280 Transportkosten). Die Abbildung 19 zeigt den Break-Even-Point, ab dem sich der Sauerstoffkonzentrator rentiert.

Abb. 19: Break-Even-Point des Heimbeatmungsgerätes



Die Abbildung zeigt, dass eine Reduktion des stationären Aufenthaltes in Höhe von 30 Tagen 1.433,4€ einsparen würde, so dass die Kosten eines Gerätes gedeckt werden könnten. Im Abschnitt 2.5.3.3 wurden die durchschnittlichen täglichen Kosten in der Abteilung der Inneren Medizin dargestellt.

Die Datenanalyse im ersten Teil der Untersuchung zeigt, dass die Patienten aufgrund ihres niedrigen Einkommens nicht in der Lage sind, ein Beatmungsgerät selbst zu kaufen. Deshalb soll eine Möglichkeit zur Finanzierung der erforderlichen Beatmungsgeräte dargestellt werden, da für die Lungenpatienten und das Krankenhaus diese Möglichkeit vorteilhaft ist. Die Vorteile der Heimbeatmung aus Sicht der Patienten sind im zweiten Kapitel, Abschnitt 2.5.3 dargestellt. Eine Möglichkeit der Finanzierung dieser Geräte wäre die Finanzierung über die Krankenversicherung. Deshalb besteht in der vorliegenden Untersuchung ein großes Interesse an der Frage, ob die armen Patienten mit chronischen Lungenerkrankungen krankenversichert sind.

Aus der vorliegenden Untersuchung ergibt sich, dass ein großer Teil der Befragten in den beiden erforschten Gruppen, 82% der befragten Gehbehinderten und 77,8% der befragten Lungenpatienten, keine Krankenversicherung haben. Nur ein geringer Teil der Befragten (18% der befragten Gehbehinderten, 22,2% der befragten Lungenpatienten) ist teilweise krankenversichert. Im zweiten Kapitel, Abschnitt 2.3 wurde schon erwähnt, dass im syrischen Gesundheitssystem bislang keine soziale Krankenversicherung implementiert ist, demzufolge sind gerade Lungenpatienten und Gehbehinderte durch ihre Krankheit oder Behinderung besonders belastet, insbesondere, wenn es um die Finanzierung von medizinischen Hilfsgeräten geht. In Syrien sind nicht alle Menschen prinzipiell krankenversichert. Menschen, die keine Arbeit haben, sind von der Krankenversicherung ausgeschlossen, aber auch Berufstätige sind - wenn sie krankenversichert sind - nur teilweise versichert. Die Behandlungskosten in den privaten Krankenhäusern sowie die Medikamentenkosten werden nur zum Teil übernommen.

Die Untersuchung zeigt, dass die Krankenversicherung aus zwei Gründen eine sehr geringe Rolle bei der Abdeckung der Gesundheitskosten der Armen in den beiden untersuchten Stichproben spielt. Erster Grund: Es gibt nur eine geringe Anzahl von krankenversicherten Armen. Zweiter Grund: Es gibt keine vollständige Krankenversicherung. Der Krankenversicherte muss selbst die Kosten des Arztbesuchs übernehmen, die Medikamentenkosten und Hilfsmittelkosten werden teilweise von der Krankenkasse übernommen. Die Ergebnisse der vorangegangenen Untersuchung bestätigen die dritte Hypothese: „Bei nicht vorhandener Krankenversicherung kann durch bestehende und weiter aufzubauende Förderinstrumente dafür gesorgt werden, dass die Armen durch zusätzliche finanzielle Unterstützung ihre medizinischen Hilfsmittel finanzieren können“.

Die Armen können für die Finanzierung ihrer benötigten Hilfsmittel nicht auf die Krankenversicherung angewiesen sein. Auch in den vergleichbaren Ländern spielt die Krankenversicherung keine bedeutsame Rolle bei der Finanzierung der Gesundheitskosten. Eine in Marokko durchgeführte Studie zeigt, dass die Krankenversicherung eine geringe Rolle spielt, da sie nur 16% der gesamten Bevölkerung erfasst.³²⁸ Infolge des Fehlens einer Krankenversicherung wird es schwierig für die Armen, die erforderlichen Hilfsmittel zu finanzieren. Die Datenanalyse zeigt, dass ein großer Teil der befragten Menschen mit körperlicher Behinderung (58%) kein Hilfsmittel besitzt, da er nur über ein niedriges Einkommen verfügt. Zusammenfassend ist festzuhalten, dass das zur Verfügung stehende niedrige Einkommen bewirkt, dass die Gehbehinderten nicht nur ihre Grundbedürfnisse nicht abdecken können, sondern auch ihre Integration in die Gesellschaft nicht möglich ist, weil sie nicht über das benötigte Hilfsmittel verfügen.

Ein weiteres wichtiges Ergebnis dieser Untersuchung bezieht sich auf die gehbehinderten Personen. Im Rahmen der sozialen Hilfe für die Integration der Behinderten bieten die Wohlfahrtsinstitutionen viele Möglichkeiten für die gehbehinderten Personen an, wie beispielsweise eine kostenlose gesundheitliche Betreuung. Die für die Menschen mit körperlicher Behinderung erforderlichen Rollstühle werden aber nicht in ausreichender Menge und nicht in ausreichender Qualität angeboten. So sind immer noch viele Bedürftige (80%) von diesen durch die Institutionen angebotenen Dienstleistungen ausgeschlossen. Auch wenn man nach der Effektivität dieser Institutionen fragen kann, muss festgestellt werden, dass so mindesten eine gewisse Grundlage für die Betreuung von Gehbehinderten geschaffen ist, auch wenn weitere Maßnahmen dringend erforderlich ist. Dieses Ergebnis stimmt mit anderen Ergebnissen von in Entwicklungsländern durchgeführten Studien überein. Beispielsweise kommt eine in Marokko durchgeführte Studie zum Ergebnis, dass mehr als 50% der marokkanischen Bedürftigen nur sehr begrenzt Zugang zu Einrichtungen für behinderte Menschen haben.³²⁹

Während der Datensammlung und durch den persönlichen Kontakt mit einem Teil der Befragten konnte ermittelt werden, dass viele der Rollstuhlfahrer nicht in der Lage sind, sich in ihre Gesellschaft zu integrieren. Der überwiegende Teil berichtete, dass sie sich mit den vorhandenen Rollstühlen außerhalb der Wohnung ohne fremde Hilfe nicht fortbewegen können. Die Wohlfahrtsinstitutionen bieten nur manuelle Rollstühle an. Für

³²⁸ Vgl. Boutayeb (2006), S. 3.

³²⁹ Vgl. Lorezkowski (2000), S. 22.

viele Menschen sind aber elektrische Rollstühle erforderlich, um sich außerhalb ihrer Wohnung bewegen zu können. Es besteht in diesem Punkt kein entscheidender Unterschied zwischen Syrien und anderen Entwicklungsländern. In vielen Entwicklungsländern werden die Rollstühle überwiegend importiert und zu einem für Einwohner in Entwicklungsländern unerschwinglichen Preis angeboten. Außerdem ist eine Reihe von Nachteilen zu erwähnen. Ihre Wartung erweist sich als schwierig oder auch unmöglich. Einzelteile wie Reifen, Gummischläuche, Radlager usw. müssen ständig erneuert werden. Sie zerbrechen leicht, da sie für europäische städtische Bedingungen konzipiert sind, jedoch in Entwicklungsländern auf unebenem Gelände und unter schwierigen Bedingungen eingesetzt werden, welche die Mechanik stark beanspruchen.³³⁰

Deshalb benötigen viele Behinderte, die ihre Rollstühle von Wohlfahrtsinstitutionen erworben haben, weitere finanzielle Hilfe, um sich richtig integrieren zu können und aktiv an ihrer Gesellschaft teilzunehmen.

Aufgrund des Fehlens eines Rollstuhls müssen die Menschen mit einer körperlichen Behinderung zu Hause bleiben und können sich in die Gesellschaft nicht integrieren.

Es wurde auch in dieser Untersuchung ermittelt, dass das niedrige Einkommen der befragten Behinderten bewirkt, dass die betreffenden Menschen aus finanziellen Gründen keinen Rollstuhl besitzen können und die vom staatlichen Gesundheitswesen bereit gestellten finanziellen Mittel zur Unterstützung der Menschen nicht ausreichen, so dass für den Erwerb eines Rollstuhls weitere finanzielle Unterstützung unerlässlich ist.

Anhand der Ergebnisse kann die vierte Hypothese bestätigt werden „Medizinisch unterversorgte behinderte Menschen können durch weitere finanzielle Unterstützung dadurch, dass sie das erforderliche Hilfsmittel besitzen, in die Gesellschaft integriert werden“.

Das Ergebnis trifft auch auf andere Teile der arabischen Welt zu. Eine im Tschad durchgeführte Studie ergab, dass Mobilität eine bedeutende Voraussetzung für eine aktive Teilnahme von gehbehinderten Personen am Leben ist.³³¹

Als Schlussfolgerung dieses Teils der Untersuchung ergibt sich, dass sowohl die Behinderten als auch die Patienten mit chronischen Lungenerkrankungen eine finanzielle Un-

³³⁰ Vgl. Urseau (2001), S. 54.

terstützung benötigen, um ihre medizinischen Hilfsgeräte finanzieren zu können. Denn aus dieser Untersuchung wird ersichtlich, dass das Einkommen der Befragten zu niedrig ist. Ihnen fehlt die soziale Krankenversicherung, und die von Wohlfahrtsinstitutionen angebotenen Ressourcen können nicht alle Bedürftigen bedienen.

4.3 Mikrofinanz

Im letzten Hauptteil dieser Diskussion werden die Ergebnisse der Mikrofinanz besprochen. Bezogen auf die Anzahl der von den existierenden Mikrofinanzprogrammen Profitierenden zeigen die Ergebnisse, dass bis jetzt nur wenige Menschen in Syrien von diesen Programmen profitieren. Der niedrige Prozentsatz der Profitierenden ist dadurch verursacht, dass die Mikrofinanzprogramme in Syrien immer noch am Anfang stehen. Außerdem ist die Mikrofinanz in Syrien im Vergleich zu anderen Ländern in der Region relativ unterentwickelt.³³² Für die Vergabe von Finanzdiensten und insbesondere Mikrokrediten an eine größere Zahl von Armen und Mittellosen wird noch viel Zeit gebraucht.

Trotz der geringen Anzahl der von Mikrofinanzprogrammen Profitierenden gelangt die Untersuchung gemessen an Angaben der Befragten in den beiden untersuchten Stichproben zu einem signifikanten nachweisbaren Ergebnis hinsichtlich der Generierung eines Einkommens mittels Kreditvergabe. Infolge dieses Ergebnisses kann die fünfte Hypothese „Mikrofinanz ist eine Möglichkeit für die Generierung des Einkommens der Armen“ bestätigt werden.

Diese Erkenntnis entspricht dem Ergebnis einer in Bangladesch durchgeführten Studie über die Auswirkung der Mikrofinanzinstitutionen auf Haushalte, Konsum und das Gemeinwohl. Sie kommt zum Ergebnis, dass die Mikrofinanzinstitutionen in Bangladesch das Einkommens- sowie Konsumlevel der Haushalte erhöhen, die Einkommensungleichheit reduzieren und das Gemeinwohl verbessern. Die Studie zeigt, dass sich das Einkommen der ländlichen Armen nach den Angeboten von Mikrofinanzdiensten um 73% erhöhte. Außerdem wurde der Konsum aller Güter auf über 50% erhöht.³³³ Darüber hinaus wird das vorliegende Ergebnis durch eine von Moll durchgeführte Studie

³³¹ Vgl. Durgueil (2001), S. 68.

³³² CGAP (2008), S. 15.

³³³ Vgl. Mahjabeen (2008), S. 1089.

bestätigt.³³⁴ Die Studie beschäftigt sich mit Mikrofinanz und ländlicher Entwicklung und zeigt, dass die Kreditvergabe an die Armen, die keinen Zugang zum Kapital haben, zur Schaffung von Einkommensquellen für Kleinbauern, Fischer und Marktfrauen führt oder kleine Unternehmer mit ihren jeweiligen Unternehmen in den Bereichen Landwirtschaft, Fischerei, Handel und Industrie unterstützt. Dies führt zur Verbesserung der Gesundheit, zu Ernährungssicherheit, zur Reduzierung der Armut und zur Verbesserung des Gemeinwohls. Eine im Jahr 1999 in Ägypten durchgeführte Studie zur Messung der Auswirkung einer Anzahl von Mikrokreditprogrammen auf den Lebensstandard der Mikrokreditnehmer kommt jedoch zu einem anderen Ergebnis. Der Studie zufolge ist das Einkommen, das durch Mikrokredit-Projekte generiert wurde, beschränkt. Als die Kreditnehmer direkt über den Einfluss des Mikrokredits gefragt wurden, war die allgemeine erste Antwort, dass sich nicht viel in ihrem Leben geändert hätte. Alles was sie bekommen, geben sie aus. Beispielsweise wurde das Einkommen für den Bau einer Latrine ausgegeben, welche zu einem Haus hinzugefügt wurde.

Die meisten befragten Haushalte gaben an, dass das generierte Einkommen für den Einkauf von Lebensmitteln oder die Behandlung eines erkrankten Familienmitglieds ausgegeben wurde.³³⁵

Eine in Marokko durchgeführte Studie über die Auswirkungen der Mikrokredite, die von einer privaten nicht gewinnorientierte Organisation namens Zakura gegeben wurden, kommt zum Ergebnis, dass das Einkommen der 51% der Kunden gestiegen ist, aber die Ernährung der primäre Bedarf bleibt. 35% der Kreditnehmer gaben an, dass ihr Einkommen durch Mikrokredite gestiegen ist und ihre Ernährung qualitativ und quantitativ verbessert wurde.³³⁶

Eine in Indien in Haryana und Orissa durchgeführte empirische Untersuchung über die Mikrofinanzaktivitäten und selbständigen Erwerbstätigkeiten zur Einkommensgenerierung und Minderung der Armut analysierte den Einfluss der Programme auf die Einkommensgenerierung der Kreditnehmer und kommt zu folgendem Ergebnis: In Haryana trat durch diese Programme bei 16,1% der Profitierenden keine Änderung der Einkommenssituation ein. Aber die Mehrheit der von diesen Programmen Profitierenden (83,9%) berichtete, dass sich eine positive Änderung in ihrer Einkommenssituation

³³⁴ Vgl. Moll (2005), S. 16.

³³⁵ Vgl. Farruk; Riad (2004), S. 12.

ergab. In Orissa berichteten 21,6% aller Kreditnehmer, dass sich ihr Einkommen während der untersuchten Periode nicht geändert hat.³³⁷

Der überwiegende Teil der Mikrofinanzprogramme in Syrien konzentriert sich nicht auf die Verbesserung des Gesundheitszustands der Teilnehmer sondern beschränkt sich auf die Kreditvergabe für die Schaffung von Einkommensquellen der Kreditnehmer. Die Generierung eines Einkommens der Kreditnehmer durch Mikrokreditvergabe führt dennoch zur Verbesserung des Gesundheitszustands der Teilnehmer an Mikrofinanzprogrammen. Dies entspricht dem Ergebnis einer in Indien durchgeführten Studie, die den Zusammenhang zwischen der Partizipation von Frauen an einem Mikrokreditprogramm und der Gesundheit der Frauen im südindischen Staat Kerala überprüfte. Der Mikrokredit kann als wirksame, Risiko abschwächende Strategie betrachtet werden, da dadurch der Ausschluss der Frauen von der Gesundheitspflege sowie eine hohe Verschuldung oder Verarmung aufgrund der finanziellen Belastung durch eine Krankheit verhindert wird.³³⁸ Eine weitere in Indonesien durchgeführte Studie kommt zu einem ähnlichen Ergebnis und legt dar, dass die Haushalte mit einem besseren Zugang zu Finanzdiensten Gesundheitsausgaben besser tragen können.³³⁹

In Honduras und Ecuador wurde eine Studie über zwei Typen von „Dorfbanken“ durchgeführt. Während eine ihren Teilnehmern hygienische Aufklärung und weitere Dienstleistungen anbietet, verzichtete die andere auf diese Angebote. Es wurden Daten von den Bankenteilnehmern und nicht Teilnehmern einschließlich einiger grundlegender finanzieller und Gesundheitsinformationen erhoben. Die Datenanalyse kommt zum Ergebnis, dass in Honduras die Partizipation an einer Gesundheitsbank robust verbunden ist mit der Reduzierung der Wahrscheinlichkeit, dass Kinder an Durchfall erkranken. In den beiden Ländern Honduras und Ecuador erhöht sich wesentlich die Gesundheitsfürsorge durch Teilnahme an Gesundheitsbanken und zwar mehr als durch die alleinige Teilnahme an Mikrokreditsystemen.³⁴⁰

In der vorliegenden Untersuchung bestand ein großes Interesse darin zu erforschen, ob unsere Zielgruppe, also gehbehinderte Personen und Patienten mit chronischen Lungenerkrankungen, einen Zugang zu Finanzdiensten haben. Denn die theoretische Analyse

³³⁶ Vgl. Isaia (2005), S. 19.

³³⁷ Vgl. Tripathy; Jain (2008), S. 17.

³³⁸ Vgl. Mohindra; Haddad; Narayana (2008), S. 13.

³³⁹ Vgl. Gertler; Levine; Moretti (2003), S. 14.

der mit Mikrofinanz beschäftigten Programme in Syrien zeigt, dass die vergebenen Kredite darauf abzielen, den erwerbsfähigen armen Menschen zu helfen, indem versucht wird, ein Kleinprojekt für sie zu schaffen, welches ihnen hilft, ihre Einkommenssituation zu verbessern. Die Untersuchung kommt zu dem Ergebnis, dass ein großer Teil der Befragten, 80% der Behinderten und 63,6% der Patienten mit chronischen Lungenerkrankungen, der Meinung ist, dass die nicht erwerbsfähigen Menschen derzeit keinen Zugang zu den angebotenen Finanzdiensten haben. Dies kann man damit begründen, dass die Mikrofinanzorganisationen befürchten, dass die nicht erwerbsfähigen Menschen ihre aufgenommenen Kredite samt Zinsen nicht zurückzahlen können. Daher schließen sie diese Gruppe von Armen von der Kreditvergabe aus und beschränken die Kreditvergabe auf die erwerbsfähigen Armen. In dieser Untersuchung wurde die Vernachlässigung von Gesundheitsaspekten in den meisten der mit Mikrofinanz beschäftigten Programmen durch die Befragten so begründet, dass das Hauptziel der Mikrofinanzprogramme in Syrien darin besteht, die extreme Armut insbesondere in ländlichen Gebieten durch die Schaffung von Arbeitsplätzen zu bekämpfen. Die Überprüfung der Zusammenhänge zwischen den beiden Merkmalen Kreditvergabe zur Armutsbekämpfung und der Durchführung rentabler Investitionen, zeigt, dass für die beiden untersuchten Stichproben ein solcher Zusammenhang mit einer Irrtumswahrscheinlichkeit von 1% besteht. Aufgrund dieser erfassten Ergebnisse ist die sechste Hypothese anzunehmen: „Nicht erwerbsfähige gehbehinderte Personen und Patienten mit chronischen Lungenerkrankungen, die nicht arbeitsfähig sind, haben derzeit keinen Zugang zu Mikrofinanzkrediten“.

Die Mikrofinanzprogramme in Syrien sind auf die Armutsbekämpfung durch die Schaffung von Arbeitsplätzen ausgerichtet. Dies betrifft auch andere Teile der Welt. Weltweit zielen die Mikrofinanzprogramme auf das Erreichen der Armen ab, die aus dem formalen Finanzsystem ausgeschlossen sind.³⁴¹ In Ghana wurden z.B. im Rahmen der Bekämpfung der Armut von Menschen mit Behinderung in zwei Bezirken Mikrokredite für die Errichtung oder Expansion von Geschäften für Menschen mit Behinderung eingeführt. Die Kredite werden entweder für die Etablierung oder Expansion von Geschäften in den Bereichen Handel, Fischhandel, Schuherfertigung oder Landwirtschaft vergeben.³⁴²

³⁴⁰ Vgl. Smith (2002), S. 708-721.

³⁴¹ Vgl. Mahjabeen (2008), S. 1084.

³⁴² Vgl. Grooten (2006), S. 13.

Der Unterschied zwischen den in Syrien mit Mikrofinanz beschäftigten Programmen und den anderen Programmen in anderen Entwicklungsländern besteht darin, dass die in Syrien existierenden Mikrofinanzprogramme nur ein Produkt anbieten, und zwar die Mikrokredite, die als Instrument zur Bekämpfung der Armut eingesetzt werden. Die Mikrokredite werden nur zur Durchführung rentabler Investitionen vergeben, welche die Rückzahlung der vergebenen Kredite mit ihrem Zinssatz gewährleisten. Deshalb sind die Mikrofinanzprogramme in Syrien gering entwickelt und sollten über eine größere Variation an Produkten und Dienstleistungen verfügen, z.B. Geldanlage, Auszahlungsdienste, Überweisungen sowie Versicherungsdienstleistungen.³⁴³

Eine in Sambia und Simbabwe durchgeführte Untersuchung über die Mikrofinanz angesichts von Frauen mit Behinderung bestätigt das vorliegende Ergebnis. Die Untersuchung kommt zu dem Ergebnis, dass Frauen mit Behinderungen als erhöhtes Risiko betrachtet werden und deshalb keine Kredite bekommen. Es wird davon ausgegangen, dass Mikrokredite für Frauen mit Behinderung nicht geeignet oder angemessen sind und Rehabilitationsprogramme und Wohltätigkeitsorganisationen bessere Möglichkeiten für sie anbieten können.³⁴⁴

Als Schlussfolgerung kann gesagt werden, dass ein großer Teil der armen Menschen in Syrien, und zwar besonders die Behinderten und die Patienten mit chronischen Lungenerkrankungen, aus dem Kreise der von Mikrofinanzdiensten profitierenden Personen ausgeschlossen sind.

Eine weitere wichtige Forschungsfrage in dieser Untersuchung beschäftigt sich damit zu ermitteln, welche Rolle die Mikrofinanz in Syrien bei der Finanzierung im Gesundheitswesen spielt und insbesondere bei der Finanzierung von medizinischen Hilfsmitteln für Menschen, die an einer Gehbehinderung oder an einer chronischen Krankheit leiden. Bezieht man sich auf die Ergebnisse der Untersuchung (97,6% der befragten Gehbehinderten und 92% der befragten Lungenpatienten haben keinen Kredit für die Finanzierung ihrer medizinischen Hilfsmittel beantragt), so wurde festgestellt, dass in Syrien die Verbesserung des Gesundheitszustandes der Kreditnehmer durch Mikrokredite immer noch ein Ergebnis der Verbesserung ihres Einkommens ist. Bislang werden keine Kredite direkt für Gesundheitszwecke, beispielsweise für die Finanzierung von medizini-

³⁴³ CGAP (2008), S. 15.

³⁴⁴ Vgl. Lewis (2004), S. 31.

schen Hilfsmitteln, vergeben. Deshalb haben die gehbehinderten Personen oder Lungenpatienten trotz ihres Bedarfs an finanzieller Unterstützung keinen Mikrokredit beantragt.

Die Mikrofinanz in Syrien könnte jedoch eine relevante Rolle bei der Finanzierung im Gesundheitswesen, zum Beispiel bei der Finanzierung der medizinischen Hilfsmittel, spielen. Die vorliegende Untersuchung zeigt, dass die Menschen einen hohen Bedarf an Mikrokrediten haben, um ihre medizinischen Hilfsmittel finanzieren zu können. 89% der befragten Gehbehinderten und 95% der befragten Lungenpatienten gaben an, dass für sie das erforderliche Hilfsmittel durch einen Mikrokredit zu kaufen wäre.

Die Untersuchung kommt zu dem Ergebnis, dass ein Zusammenhang zwischen dem Kauf des benötigten Hilfsmittels und dem Erhalt einer finanziellen Unterstützung durch Mikrokredit besteht. Daher ist die siebte Hypothese zu bestätigen: „Die Mikrofinanz eignet sich zur Finanzierung von medizinischen Hilfsmitteln bei den armen Menschen, die über unzureichende Ressourcen verfügen und deren finanzielle Risiken nicht durch das öffentliche Gesundheitswesen gedeckt werden“.

Die Mikrofinanz spielt in Syrien bislang keine relevante Rolle bei der Finanzierung im Gesundheitswesen. Das Ergebnis dieser Untersuchung belegt die Bedeutung weiterer Forschung über die mögliche Rolle der Mikrofinanz bei der Finanzierung von medizinischen Hilfsmitteln sowohl in Syrien als auch in anderen Ländern.

In Argentinien bietet die Banco Mundial de la Mujer, Women's World Bank – Argentina (BMM) ein gutes Beispiel für die relevante Rolle der Mikrofinanzbanken bei der Versorgung der Kunden mit Mikrokrediten für die Verbesserung des Zugangs zu Gesundheitsdienstleistungen. Die Bank hat die Funktion übernommen, die Gesundheit ihrer Kunden zu unterstützen. Deshalb hat sie einen Vertrag mit zwei Gesundheitsvorsorgeunternehmen im Land abgeschlossen. Nach diesem Vertrag haben die BMM-Kunden Zugang zu Gesundheitsdienstleistungen mittels einer kostenlosen Karte, welche der Kunde mit dem Kredit erhält. Durch ein System von angeschlossenen Ärzten gibt die Karte den Kunden und ihren Familien Zugang zu einer Vielzahl von Dienstleistungen der Gesundheitsfürsorge. Die Bank zahlt den Gesundheitsunternehmen 1,70 US\$ monatlich pro Kunde. Dies bewirkt, dass der Kunde nur ein Drittel der Kosten für einen Arztbesuch bezahlt.³⁴⁵

³⁴⁵ Vgl. Lashley (2008), S. 9.

Im Folgenden soll die Finanzierung der erforderlichen medizinischen Hilfsmittel erörtert werden. Es wird hier die Finanzierung der für die Durchführung der Heimbeatmung erforderlichen Beatmungsgeräte durch einen Mikrokredit diskutiert.

Zur Mikrokreditfinanzierung im Gesundheitswesen sollen die folgenden Fragen gestellt werden:

- Können die Kosten eines für die künstliche Beatmung erforderlichen Gerätes durch einen Mikrokredit komplett abgedeckt werden?
- Wie hoch ist das Risiko einer Kreditvergabe durch Mikrofinanzorganisationen an erkrankte Menschen?
- Wie können die in Syrien existierenden Mikrofinanzprogramme für diese Kundengruppe (die Patienten) eingesetzt werden?

Die Mikrokredite werden in einer bestimmten Höhe vergeben und die Kosten eines Gerätes sollten diese Höhe nicht überschreiten. Die Kosten verschiedener Beatmungsgeräte wurden im Abschnitt 4.2 ausführlich dargestellt.

Normalerweise vergeben die mit Mikrofinanz beschäftigten Programme in Syrien, z.B. ACU, Mikrokredite in Höhe von ca. 2.000 US\$ (1.492,53€). Bei der Rückgabe des Kredits sind die Zinsen zu zahlen (derzeit 4% pro Jahr).³⁴⁶ Als ein anderes Beispiel haben die von Firdos vergebenen Kredite eine durchschnittliche Höhe von 2.850 US\$.³⁴⁷

Ein Mikrokredit in Höhe von 1.492,53€ würde ausreichen, die Kosten eines Sauerstoffkonzentrators abzudecken, welche ca. 1.300€ betragen. Somit können die für die Patienten aus den armen Schichten erforderlichen Geräte mittels eines Mikrokredits finanziert werden.

Die im Bereich der Heimbeatmung angewendeten Geräte haben unterschiedliche Preise. Ihre Kosten sind jedoch durchgehend relativ hoch. Die Kosten der Heimbeatmung können weiter reduziert werden durch die Verringerung der Kosten für medizinische Geräte. Deshalb sollte in Syrien ein System geschaffen werden, das die Weitergabe der Geräte von einem Patienten zum anderen ermöglicht. Durch dieses System können die Familien der Patienten die gebrauchten Geräte bei einem Dienstleister abgeben, welcher sie prüft und desinfiziert. Danach kann das Gerät an den nächsten Patienten

³⁴⁶ ACU (2001).

³⁴⁷ CGAP (2008), S. 23.

abgegeben werden, so dass die Durchschnittskosten pro Nutzer reduziert werden. Auf diese Weise kann das Gerät 8- bis 10-mal eingesetzt werden. Es ist davon auszugehen, dass die Patienten oder die Angehörigen die Geräte nicht bedienen können. Durch die Schaffung dieses Vermittlungssystems werden die Geräte von jemandem, der sie bedienen kann, an die Patienten abgegeben. Dadurch wird auch die Familie der Patienten darin unterrichtet, die Geräte zu bedienen.

Dies gilt ebenso für die Finanzierung der für gehbehinderte Personen erforderlichen Rollstühle über Mikrokredite.

Die Kreditvergabe an eine solche Kundengruppe (Lungenpatienten) ist mit der Gefahr verbunden, dass der Patient vor Rückzahlung des Kredits versterben könnte. Deshalb befürchten die Kreditgeber, dass die Patienten ihre Kredite samt Zinsen nicht zurückzahlen können. Aus diesem Grund beschränken die in Syrien tätigen Mikrofinanzorganisationen ihre Finanzangebote auf die Finanzierung von rentablen Investitionen, bei denen die Rückzahlung des Kredites meist gewährleistet ist. Aber bei der Finanzierung medizinischer Hilfsmittel, die keine Investitionen darstellen, erfolgt keine unmittelbare Einkommensgenerierung, so dass die Rückgabe des Kredits nicht garantiert wird.

Die Kreditvergabe an Lungenpatienten, die einen Zugang zu einer Versicherung haben, ist risikoärmer, weil die Krankenkasse einen Anteil der Gerätekosten bezahlt. Dies deckt einen Teil der Kredite ab. Die Rückzahlung des restlichen Kaufbetrags kann durch die üblichen Verfahren (das Gehalt des Patienten als Pfand) verbürgt werden. Die Kreditvergabe an Patienten, die keine Arbeit und dadurch keinen Zugang zu einer Versicherung haben, ist hingegen risikoreich.

Die vorliegende Untersuchung befasst sich mit den Möglichkeiten der Rückzahlung der Mikrokredite, falls die in Syrien mit Mikrofinanz beschäftigten Programme ihre Mikrokredite an gehbehinderte Personen und Lungenpatienten vergeben, damit diese die erforderlichen medizinischen Hilfsmittel finanzieren können.

Die Untersuchung gelangt zu dem Ergebnis, dass ein großer Teil der Befragten in den beiden untersuchten Stichproben (52,5% in der ersten Stichprobe, 30% in der zweiten Stichprobe) trotz Krankheit oder Behinderung bei Besitz des erforderlichen Hilfsmittels eine selbständige Arbeit tätigen und dadurch Gewinne erzielen kann, die die Rückzahlung des Mikrokredits sichern.

Dieses Ergebnis belegt die achte Hypothese „Gehbehinderte Personen und Patienten mit chronischen Lungenerkrankungen können durch den Besitz von medizinischen Hilfsmitteln und damit einer verbesserten Gesundheit bezahlter Arbeit nachgehen und die Rückzahlung der Mikrokredite selbst sichern“.

Dieses Ergebnis wurde bisher in der vorhandenen Literatur nicht erwähnt. Die vorliegende Untersuchung in Syrien öffnet die Tür für weitere Untersuchungen im Bereich Gesundheit und Mikrofinanz, sowohl in Syrien als auch in anderen Ländern, in denen die Mikrofinanz als nachhaltiges Instrument im Gesundheitswesen eingesetzt werden kann. Nicht nur in Syrien, sondern auch in zahlreichen Ländern, in denen die soziale Krankenversicherung noch nicht implementiert wurde oder nur im begrenzten Umfang eingesetzt wird und wo nicht alle Bedürftigen einen Zugang zur sozialen Krankenversicherung haben, können die Mikrofinanz und insbesondere die Mikrokredite als Instrument zur Finanzierung medizinischer Hilfsmittel eingesetzt werden. Die Untersuchung kommt zu dem Ergebnis, dass viele Lungenpatienten und Behinderte sich nach dem Erhalt eines Hilfsmittels besser in das Leben integrieren können. Dadurch wird für sie das Ausüben einer Arbeit möglich.

Eine weitere in dieser Untersuchung erforschte Möglichkeit besteht darin, dass die Familien der Betroffenen die Rückzahlung übernehmen. Aufgrund des Datenmangels konnte mit statistischen Verfahren nicht überprüft werden, ob das Ergebnis bezüglich der Rolle der Familie bei der Rückzahlung der Kredite signifikant ist. Es kann aber aufgrund des hohen Prozentsatzes der Familien in den beiden Stichproben, die dazu bereit sind, die Rückzahlung zu übernehmen, festgestellt werden, dass die sozialen Netzwerke eine wichtige Rolle für Arme spielen.

Bei der Übernahme der Garantie für die Rückzahlung der Kredite durch die Familie werden auch viel Zeit und Kosten in der Familie gespart. Deshalb sind viele Familien bereit, die Rückgabe der Kredite zu gewährleisten. In den meisten Fällen könnten die gesparten Kosten die Höhe eines Kredits übersteigen. Durch den Besitz eines Rollstuhls kann sich der Betroffene selbst helfen, und in dieser Zeit können sich die Familien oder Angehörigen statt der Betreuung anderen Aufgaben widmen. Außerdem ist für die Familien der Patienten mit chronischen Lungenerkrankungen die Betreuung ihrer Patienten zu Hause leichter und einfacher. In der Literatur wurde keine Studie gefunden, welche sich mit der Rolle der Familie bei Rückzahlung der Mikrokredite befasst, wenn die

Mikrofinanzorganisationen die Mikrokredite für Zwecke der Finanzierung der erforderlichen medizinischen Hilfsmittel vergeben.

Für den geringen Teil der Patienten, die selbst nicht in der Lage sind, eine Arbeit zu tätigen und deren Familie aufgrund des niedrigen Einkommens die Rückzahlung der Mikrokredite nicht übernehmen kann, wäre es sinnvoll, dass die Regierung die Garantie der Rückzahlung übernimmt. Denn die Regierung finanziert selbst die staatlichen Krankenhäuser und, wie bereits dargestellt, sind durch die Verlagerung von stationärer zu ambulanter Beatmung die eingesparten Kosten höher als die Mikrokredite. Deshalb ist es sinnvoll, dass die Regierung eine Garantie für die Rückzahlung der Kredite, die für den Kauf eines Gerätes erforderlich sind, übernimmt, falls die Patienten nicht in der Lage sind, die Rückzahlungsgarantie zu übernehmen.

Die vorliegende Untersuchung weist einige Schwachstellen auf, die nachfolgend erklärt werden:

Mit den erhobenen Daten wurden in dieser Untersuchung die aufgestellten Hypothesen so weit wie möglich überprüft. Es konnte aber aufgrund des Mangels an quantitativen Informationen die neunte Hypothese „Soziale Netzwerke spielen eine wichtige Rolle für gehbehinderte Personen und Patienten mit chronischen Lungenerkrankungen, die nicht in der Lage sind, eigenständig ihre Kredite zu bedienen“ weder bestätigt noch verworfen werden. Daher besteht ein weiterer Forschungsbedarf in diesem Bereich.

Hinweise bezüglich der Grundgesamtheit der gehbehinderten Personen sowie der Menschen mit chronischen Lungenerkrankungen in Syrien sind nicht genau bekannt. Daher könnte es sein, dass die Auswahl der Stichproben verzerrt ist und dadurch möglicherweise auch die Ergebnisse verzerrt sind.

Nach der Besprechung der unterschiedlichen Möglichkeiten der Rückzahlung der Mikrokredite ist noch ein Aspekt zu beachten. Patienten mit chronischen Lungenerkrankungen gaben in dieser Untersuchung an, dass sie nach Erhalt eines besseren Gesundheitszustands durch die Versorgung mit Sauerstoff in der Lage sind, einer Arbeit nachzugehen und den Kredit zurückzuzahlen. In der Realität können viele Patienten nur leichte Arbeit (z.B. Handwerksarbeiten) tätigen, welche die Rückzahlung der Kredite nicht ermöglichen. Deshalb ist es möglich, dass die Befragten gewünscht haben, die erforderlichen Geräte durch Mikrokredite zu bekommen, so dass sie angaben, dass sie arbeiten können und die Kredite zurückzahlen könnten. Daher muss man davon ausgehen, dass diese Kunden

trotz ihrer Investitionen ihre Kredite nicht zurückzahlen können. Demzufolge sollen weitere Möglichkeiten der Rückzahlung der Kredite erforscht werden, falls der Patient nicht krankenversichert ist und seine Familie die Garantien nicht übernimmt. An dieser Stelle sind Möglichkeiten für weitere Forschungen zu sehen. Es ist denkbar, dass man weiter erforscht, ob die Familien der Patienten die Kredite selbst aufnehmen, einen Teil des Kredits für den Kauf des Gerätes einsetzen und den restlichen Teil in eine rentable Investition einbringen, so dass sie mit den Gewinnen die Rückzahlung schaffen können. In diesem Bereich wurde in Syrien bisher keine Studie durchgeführt. Deshalb bildet die vorliegende Untersuchung einen Ansatzpunkt für weitere Forschungen in diesem Bereich, sowohl in Syrien als auch in anderen Entwicklungsländern.

5 Zusammenfassung und Ausblick

Mit dieser Arbeit wurde ein Überblick über die Möglichkeit des Einsatzes von Mikrofinanz als Instrument für die Finanzierung im Gesundheitswesen und insbesondere für die Finanzierung von medizinischen Hilfsmitteln in Syrien gegeben. Darüber hinaus wurden existierenden Konzepte der Mikrofinanz als Instrument für die Finanzierung im Gesundheitswesen und Messmethoden der Forschung vorgestellt. Das Hauptanliegen dieser Arbeit bestand allerdings in der Feststellung der Möglichkeiten von Mikrofinanz im Gesundheitswesen in Syrien. Um die Rolle der Mikrofinanz für die Armen herauszukristallisieren, wurde zuerst auf die einzelnen Mikrofinanzprogramme eingegangen. Die Besonderheiten und Ziele jedes Programms sowie seine Erfolge wurden näher beschrieben. Um die Besonderheiten des Gesundheitswesens in Syrien darzustellen, wurde ausführlich auf die Entwicklung des Sektors eingegangen. Die Situation zweier Gruppen, die medizinische Hilfsmittel benötigen, wurde in dieser Arbeit näher erklärt. Auf der Basis der theoretischen Erkenntnisse wurden zwei Fragebögen zur Darstellung der Möglichkeit entwickelt, Mikrofinanz als Instrument für die Finanzierung im Gesundheitswesen in Syrien einzusetzen. Im Rahmen einer schriftlichen Befragung wurden gehbehinderte Personen und Patienten mit chronischen Lungenerkrankungen befragt.

Die Rücklaufquote dieser Befragung betrug 22,5% für die Gehbehinderten und 23,3% für die Lungenpatienten. Bezüglich der Frage nach den einzelnen Einkommensquellen sowie der aus all diesen Quellen zur Verfügung stehenden Geldsumme in den beiden untersuchten Stichproben konnte festgestellt werden, dass das niedrige Einkommen der Befragten bewirkt, dass die betreffenden Menschen aus finanziellen Gründen keinen Rollstuhl besitzen können und die vom staatlichen Gesundheitswesen bereit gestellten finanziellen Mittel zur Unterstützung der Menschen nicht ausreichen, so dass für den Erwerb z.B. eines Rollstuhls weitere finanzielle Unterstützung unerlässlich ist.

Die im Bereich der Mikrofinanz existierenden Programme in Syrien liefern ein wirksames Mittel gegen Armut. Sie stellen zusätzliche Finanzierungsmöglichkeiten zur Verfügung, damit die Kaufkraft erhöht wird, die Finanzbarrieren überwunden werden und schließlich rentable Investitionen durchgeführt werden.

Bislang wurden in Syrien von mit Mikrofinanz beschäftigten Programmen keine Mikrokredite für die Finanzierung im Bereich der Gesundheitsdienste vergeben. Beispielsweise vergibt das Programm ACU die Mikrokredite an die Menschen mit Gehbehinderung, um ihnen zu helfen, ihre Einkommenssituation mittels Durchführung rentabler Investition zu verbessern. Die Finanzierung von Hilfsmitteln ist aber nicht im Leistungsspektrum enthalten.

Die syrische Regierung hat bedeutende Fortschritte im Bereich des Gesundheitswesens erzielt. Trotzdem bedarf es zusätzlicher Finanzmittel, um das Gesundheitssystem leistungsfähiger zu machen. Bei fehlender sozialer Krankenversicherung kann eine Vielzahl der Armen, deren Einkommen unzureichend ist, ihre gesundheitlichen Probleme nicht überwinden. Deshalb müssen in Syrien weitere Finanzmittel in diesem Bereich mobilisiert werden.

Trotz der von gemeinnützigen Organisationen wie den sozialen Wohlfahrtsinstitutionen und den von Spendern finanzierten Wohltätigkeitsinstitutionen angebotenen Gesundheitsdienstleistungen profitiert eine Vielzahl der Bedürftigen nicht von deren Hilfe.

Die Mikrofinanz in Syrien könnte eine bedeutsame Rolle bei der Finanzierung von medizinischen Hilfsmitteln spielen. Deshalb ist die Anwendung der Mikrofinanz im Gesundheitswesen in Syrien sinnvoll. Mittels der Mikrokredite könnten die Patienten mit chronischen Lungenerkrankungen das zur Durchführung der Heimbeatmung benötigte Hilfsmittel kaufen und zu Hause benutzen. Durch die Verkürzung des stationären Aufenthalts könnten voraussichtlich die Kosten in den öffentlichen Krankenhäusern erheblich gesenkt werden und dadurch die Kosten für medizinische Hilfsmittel erwirtschaftet werden. Außerdem könnten die Gehbehinderten durch Mikrokredite das erforderliche Hilfsmittel erwerben und sich in die Gesellschaft integrieren. Deshalb müssen meines Erachtens nach die in Syrien existierenden Mikrofinanzorganisationen motiviert werden, mit der Regierung zusammenzuarbeiten, damit neben den Mikrokrediten für Investitionszwecke auch Mikrokredite für die Finanzierung von gesundheitlichen Hilfsmitteln bereitgestellt werden. Solche Motivation erfolgt meines Erachtens dadurch, dass die Mikrofinanzprogramme überzeugt werden, dass ihr Beitrag zur Finanzierung im Gesundheitswesen ein essentieller Bestandteil ihrer Ziele im Rahmen der Armutsbekämpfung ist.

Die Zielsetzung von ACU ist es, den Armen durch Mikrokredite, die in Entwicklungsprojekte investiert werden müssen, zu helfen. Aber die Armen, die speziellen Bedürfnisse haben (Hilfe bei Behinderung oder Krankheit), brauchen weitere Hilfe. Sie benötigen Kredite für die Finanzierung der erforderlichen medizinischen Hilfsgeräte. Deshalb sollten die Programme von ACU erweitert werden, damit nicht nur eine Arbeit für diese Gruppe geschaffen wird sondern auch der Gesundheitsbereich dieser Gruppen finanziert werden kann. Bei ACU haben die Menschen mit körperlicher Behinderung Priorität bezüglich der für Investitionen vergebenen Kredite. Die Kredite des ACU werden ausdrücklich für Zwecke der Bekämpfung von Armut und Arbeitslosigkeit vergeben. Die von ACU angebotene menschliche Hilfe sollte jedoch umfassender werden, damit eine Vielzahl von Menschen mit unterschiedlichen speziellen Bedürfnissen (Sehbehinderung, Hörbehinderung) erreicht wird. Die Zwecke der an diese Gruppe vergebenen Kredite sollten erweitert werden, d.h. es sollte nicht nur die Schaffung von Arbeit sondern auch der Kauf von Hilfsgeräten als kreditwürdig in Frage kommen, da dieses die Integration der Menschen in die Gesellschaft beschleunigt und ihnen hilft, mit ihren Probleme umzugehen.

Obwohl der größte Teil der Mikrofinanzprogramme soziale Organisationen sind und die Mikrofinanz als kein gutes Geschäft angesehen wird, da deren Hauptziel der Kreditvergabe ist, nicht Gewinne zu realisieren sondern den Armen zu helfen, bedeutet das nicht, dass die Rückzahlung der vergebenen Kredite mit einem Zuschlag nicht garantiert werden muss. Die Expansion der Kreditvergabe an weitere Menschen wird dadurch ermöglicht. In Bezug auf die Rückgabe der für Gesundheitszwecke vergebenen Kredite befürchten die Mikrofinanzprogramme, dass die Rückzahlung der Kredite, die an Menschen mit Behinderungen und chronischen Krankheiten vergeben wurden, nicht abgesichert werden kann. Im Gegensatz zur Vergabe von Krediten für Entwicklungsprojekte erscheint die Vergabe von Krediten für Finanzierungen im Gesundheitsbereich als risikoreich und unrentabel. Die Rückgabe der Kredite mitsamt der Zinsen stellt jedoch kein unlösbares Problem dar. Wie schon in der empirischen Untersuchung gezeigt wurde, bestehen für die Mikrofinanzfirmen verschiedene Möglichkeiten, die Rückgabe die Kredite abzusichern. Ein Teil der Kreditnehmer kann nach Anschaffung eines medizinischen Hilfsgerätes einer Arbeit nachgehen, bei einem weiteren Anteil sind die Familien in der Lage, die Garantie für die Rückgabe der Kredite zu übernehmen. Letztlich sollte der Staat aufgrund der eingesparten Kosten die Garantie für die verbleibenden Kreditnehmer übernehmen.

Weiterhin könnten diese Programme ihren Service durch Unterstützung von internationalen Agenturen wie IFAD (International Fund for Agriculture Development), FAO (Food and Agriculture Organization), WFP (World Food Programme), WHO, UNICEF, und UNFPA (United Nations Population Fund) ausdehnen, um weitere Bereiche in der Gesellschaft wie Gesundheit und Ausbildung bedienen zu können. Ebenfalls könnten diese Programme eine große Hilfe im Bereich der Gesundheit anbieten, indem sie einen Teil ihrer jährlichen Gewinne für die Finanzierung der Gesundheit der armen Patienten ausgeben. Analog zu den im Bereich der ländlichen Entwicklung beschäftigten Mikrofinanzprogrammen könnten in Syrien Fonds oder Mikrofinanzorganisationen gegründet werden, die sich mit Vergabe der Mikrokredite an Menschen mit speziellen Bedürfnissen (z.B. Menschen, die medizinische Geräte brauchen) beschäftigen. Die Finanzierung dieser Organisationen oder Fonds könnte durch das syrische Gesundheitsministerium und internationale Organisationen erfolgen.

Der Schwerpunkt sollte auf den Aufbau nationaler Arbeitskräfte im Bereich der Mikrofinanz und die Beteiligung der internationalen Organisationen in diesem Aufbau gelegt werden.

Die Beteiligung aller Banken in Syrien - sowohl der staatseigenen Banken als auch der privaten und islamischen Banken - an Mikrofinanz nach den Gesetzen, welche hiermit verbunden sind, sollte Unterstützung finden. Dies kann als ein Beitrag zur Verwirklichung der sozialen Verantwortung gegenüber den Armen in der Gesellschaft angesehen werden.

Die Rahmenbedingungen, welche für die Förderung der Entstehung von Mikrofinanzorganisationen erforderlich sind, müssen erleichtert werden, weil dadurch weitere Finanzmittel zum Nutzen der Armen geschaffen werden, die zur Verbesserung ihrer Gesundheitssituation beitragen können. Diese Rahmenbedingungen umfassen beispielsweise Zölle, Steuern, Gesetze und Vorschriften. Außerdem fördern geringe Auflagen, schnelle Genehmigungs- und Entscheidungsverfahren, Flexibilisierung des Arbeitsmarktes und wenig Bürokratie die Entstehung solcher Organisationen in Syrien. Zweckmäßig wäre auch die Gründung einer Datenbank, welche die Anzahl der Patienten dokumentiert, die Mikrokredite benötigen, damit die Bedürfnisse in der richtigen Zeit befriedigt werden können.

Letztendlich sollen die in Syrien im Bereich der Mikrofinanz arbeitenden Programme von den erfolgreichen Erfahrungen in anderen Ländern profitieren. Zum Beispiel kann auch in Syrien analog zu den Mikrofinanzprogrammen für Gesundheit in Argentinien und Uganda so vorgegangen werden, dass die Mikrofinanzorganisationen für ihre Kunden ein Konto für die Finanzierung der Gesundheitszwecke eröffnen.

Zusammengefasst können wir folglich festhalten, dass das Gesundheitswesen in Syrien durch Mikrofinanzprogramme gefördert werden kann. Die Konzeption und Implementierung entsprechender Programme scheint angesichts der Lebenssituation von Menschen mit Behinderung und von Patienten mit chronischen Lungenerkrankungen in Syrien dringend geboten. Aber ob die erhobene Selbsteinschätzung und Wahrnehmung der Betroffenen realistisch ist, kann nur mit umfangreichen internationalen Studien gezeigt werden. Deshalb sind weitere Studien unerlässlich.

Literaturverzeichnis

- Accion International (2007a). Where We Work, Online im Internet <http://www.accion.org/Page.aspx?pid=666> [Stand 11.12.2008].
- Accion International (2007b). ACCION Mission, Online im Internet: <http://www.accion.org/Page.aspx?pid=501> [Stand 11.12.2008].
- Agency for Combating Unemployment (ACU) (2001). Online im Internet: <http://www.acu-sy.org/new/index.htm> [Stand 15.06.2007].
- Aga Khan Agency for Microfinance (2005). Annual Report 2005 an Agency of the Aga Khan Development Network, Geneva, Switzerland.
- Aga Khan Foundation (2006). Annual Report an Agency of the Aga Khan Development Network.
- Aga Khan Agency for Microfinance (2008). Microfinance in Syria, Online im Internet: http://www.akdn.org/akam_syria.asp [Stand 06.08.2008].
- Aga Khan Development Network (2008). Online im Internet: <http://www.akdn.org/> [Stand 06.08. 2008].
- Aga Khan Development Network in Syria (2008). Economic Development Activities in Syria, Online im Internet: http://www.akdn.org/syria_microfinance.asp [Stand 06.08. 2008].
- Agricultural Cooperative Bank (2008). Online im Internet: <http://www.agrobank.org/> [Stand 18.08.2008].
- Ahmed, M. (2003). Evolution of Savings Products at ASA. Case Studies, Micro Banking Bulletin, Focus on Saving, Nr. 9, Washington, D.C., S. 25-28.
- Ahuja, R.; Jütting, J. (2004). Are the Poor Too Poor to Demand Health Insurance? Journal of Microfinance, Vol. 6, Nr. 1, S. 1-20.
- Akinci, M.; Çetin, O.; Khalaf, R.; Libois, W. (2008). Syria: Microfinance Market Assessment, Final Report, International Finance Corporation (IFC) & Grameen-Jameel Pan-Arab Microfinance Limited, Washington, D.C., World Bank Group.

- Alajie, M. (2007). Soziale Rehabilitation für Menschen mit speziellen Bedürfnissen: Viele Initiativen und bescheidene Ergebnisse in: AL-Thawra, tägliche politische Zeitung, Nr. 113202, Samstag 6/1/2007, Damaskus, Syrien.
- Al Assad, M.; Abdulkarim, N. (2005). Village Funds in Syria: Nascent Microfinance Industry Reaches Rural Communities, United Nations Capital Development Fund (UNCDF), Nr.14, July.
- Anderson, C. L.; Locker, L. (2002). Microcredit, Social Capital, and Common Pool Resources, World Development, Vol. 30, Nr. 1, S. 95-105.
- Arab Decision, Syrian (2004): Syria \ Commercial Banks \ Saving Bank, Online im Internet: http://www.arabdecision.org/show_func_5_5_19_1_3_12578.htm [Stand 23.08.2008].
- Arab Decision, Syrian, (2005). Central Banks and Financial Regulatory Institutions, Online im Internet: http://www.arabdecision.org/show_func_5_5_19_1_3_12566.htm [Stand 21.08.2008].
- Arbeitsgruppe „Maschine Heimventilation“ der Schweizerischen Gesellschaft für Pneumologie (SGP) (2006). Empfehlungen für die mechanische Heimventilation, Schweiz Med Forum, Vol. 6, Nr. 29, S. 674-678.
- Arbeitsplatz, ein vom ACU regelmäßig erscheinender Bericht (2006). Nr. 37, Oktober, Damaskus, Syrien.
- Arbeitsplatz, ein vom ACU regelmäßig erscheinender Bericht (2006). Nr. 34, Juni, Damaskus, Syrien.
- Armendáriz de Aghion, B.; Morduch, J. (2005). The Economic of Microfinance, Cambridge, Massachusetts usw, MIT Press.
- Asien Development Bank (ADB) (2000). Finance for the Poor: Microfinance Development Strategy.
- Assad, B. (2000). Krankenhäuser-spezifische Kosten- und Leistungsrechnung -aktuelle Anwendung in Deutschland und Aufbau- sowie Übertragungsmöglichkeiten in andere Länder (am Beispiel Syrien), Dissertation, Göttingen.
- Atteslander, P.; Cromm, J.; Grabow, B.; Maurer, A.; Siegert, G. (2008). Methoden der empirischen Sozialforschung, 12. Auflage, Erich Schmidt Verlag GmbH & Co. Berlin.

- Austrian Development Agency (ADA) (2005). Mikrokredite: Chancen für die Armen, Online im Internet: http://www.ada.gv.at/view.php3?f_id=8628&LNG=de&version= [Stand 29.05.2007].
- Balkenhol, B. (2007). Microfinance Efficiency return and Public Policy, MikroBanking Bulletin, Nr. 14, S. 16-21.
- Berekoven, L.; Eckert, W.; Ellenrieder, P. (2001). Marktforschung. Methodische Grundlagen und praktische Anwendung, 9. überarbeitete Auflage, Wiesbaden, Gabler Verlag.
- Bernasek, A.; Stanfield, J. R. (1997). The Grameen Bank as Progressive Institutional Adjustment, Journal of Economic Issues, Vol. 31, Nr. 2, S. 359-366.
- Bilde, L.; Svenning, A. R.; Dollerup, J.; Borgeskov, H. B.; Lange, P. (2006). The cost of treating Patients with COPD in Denmark - A population Study of COPD Patients compared with non-COPD controls, Respiratory Medicine (2007), Vol. 101, Nr. 3, S. 539-546.
- Bittner, A. (1995). Armutsbekämpfung durch Kleinkredite: Das Beispiel der Grameen Bank in Bangladesch, Berichte und Analysen Dritte Welt, Nr. 10, Bremen.
- Bortz, J.; Döring, N. (2002). Forschungsmethoden und Evaluation für Human- und Sozialwissenschaftler, 3. Auflage, Berlin Heidelberg New York, Springer Verlag.
- Boutayeb, A. (2006). Social inequalities and health inequity in Morocco, International Journal for Equity in Health, Vol. 5, Nr.1, S. 1-6.
- Braine, T. (2006). Countries test new ways to finance health care, Bulletin of the World Health Organization, November, Vol. 84, Nr. 11, S. 844-849.
- Brandsma, J.; Bujorjee, D. (2004). Microfinance in the Arab States. Building inclusive Financial Sectors, UNCDF (United Nations Capital Development Fund), New York.
- Brandsma, J.; Chaouali, R. (1998). Making Microfinance Work in the Middle East and North Africa, Private and Financial Sector Development Group, Human Development Group Middle East and North Africa Region, The World Bank.
- Brandsma, J.; Hart, L. (2004). Making Microfinance Work Better In The Middle East And North Africa, Private And Financial Sector Development Group, Human Development Group Middle East And North Africa Region, The World Bank.

- Bruhn, M.; Stauss, B. A. (2005). Internationalisierung von Dienstleistungen: Forum Dienstleistungsmanagement, Gabler Verlag.
- Bundesministerium für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (BMZ) (2004a). Sektorkonzept Finanzsystementwicklung. BMZ Konzepte Nr. 124, Bonn.
- Bundesministerium für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (BMZ) (2004b). Mit Mikrofinanzierung aus der Armut: Der deutsche Beitrag zum internationalen Jahr des Kleinkredites, Nr. 143, Köln.
- Buerli, M.; Aden, A. (2004). Microfinance in marginal dry areas: Impact of village credits and savings associations on poverty in the Jabal al Hoss region in Syria, paper submitted to German Development Journal, December.
- Caripo, M. A. (2005). Finance and Poverty: The Case of Microfinance Banks, Bochumer Schriften zur Entwicklungsforschung und Entwicklungspolitik, Band 35, Saarbrücken, Entwicklungspolitik Verlag.
- Carrin, G. (2003). Community based health insurance Schemes in Developing Countries: fact, Problems and Perspectives, Discussion Paper, WHO, Geneva.
- Central Bureau of Statistics (CBS) (2004a). Statistical Abstract, Damascus, Syrian Arab Republic.
- Central Bureau of Statistics (CBS) (2004b). Survey about the circumstances of disabled persons in Syria, Damascus, Syrian Arab Republic.
- Central Bureau of Statistics (CBS) (2005). Statistical Abstract, Damascus, Syrian Arab Republic.
- Central Bureau of Statistics (CBS) (2008). Statistical Abstract, Damascus, Syrian Arab Republic.
- Central Bank of Syria (2008). Online im Internet: <http://www.banquecentrale.gov.sy/main-ar.htm> [Stand 21.08.2008].
- Central Bank of Syria (2007). Eine Studie über Mikrofinanz und Erläuterung des Dekrets Nr. 15 vom 2007, Online im Internet: <http://www.banquecentrale.gov.sy/main-ar.htm> [Stand 03.02.2009]

- Commercial Bank of Syria (2007). Online im Internet: <http://www.cbs-bank.com/> [Stand 18.08.2008].
- Consultative Group to Assist the Poor (CGAP) (2004). Helping to improve Donor Effectiveness in Microfinance Nr. 19, June.
- Consultative Group to Assist the Poor (CGAP) (2008). Policy and Regulatory Framework for Microfinance in Syria, The World Bank, Vol. 1, Nr. 43433, S. 1-65.
- Copetake, J. (2007). Mainstreaming Microfinance: Social Performance Management on Mission Drift? World Development, Vol. 35, Nr. 10, S. 1721-1738.
- Cornford, R. (2001). 'Microcredit,' 'microfinance' or 'access to financial services': What do Pacific people need? FDC- Foundation for Development Cooperation.
- Cotton, M. M.; Bucknall, C. E.; Dagg, K. D.; Johnson, M. K.; MacGregor, G.; Stewart, C.; Stevenson, R. D. (2000). Early discharge for patients with exacerbations of chronic obstructive pulmonary disease: a randomized controlled trial, Thorax, Vol. 55, Nr. 11, S. 902-906.
- Crawford, G.; Clark, L. (2007). Capital Markets: A Long-Term Solution to Financial Freedom, Inter-American Development Bank/ Multilateral Investment Fund, Vol. 10, Nr. 1, S. 1-12.
- Credit and Monetary Council (2005). Directive Number 174, Interest Rates, Syria, Online im Internet: <http://www.banquecentrale.gov.sy/main-ar.htm> [Stand 25.08.2008].
- Credit and Monetary Council (2007). Directive Number 298, Interest Rates, Syria, Online im Internet: <http://www.banquecentrale.gov.sy/main-ar.htm> [Stand 25.08.2008].
- Daley-Harris, S. (2003). State of the Microcredit Summit Campaign Report 2003, Washington: Microcredit Summit, Online im Internet: www.microcreditsummit.org [Stand 15.08.2007].
- Daley-Harris, S. (2006). State of the Microcredit Summit Campaign Report 2006, Washington: Microcredit Summit, Online im Internet: www.microcreditsummit.org [Stand 15.08.2007].
- Daley-Harris, S. (2009). State of the Microcredit Summit Campaign Report 2009, Washington: Microcredit Summit, Online im Internet: http://www.microcreditsummit.org/SOCRs/SOCR2009_English.pdf [Stand 09.02.2009].

- De Sousa-Shields, M.; Van der Steeren, J.; King, B. (2004). Financing Microfinance Institutions: The Context for Transitions to Private Capital, USID, Washington, D.C.
- Delegation of the European Commission's to Syria (2008). EU Projects in Syria, Online im Internet: http://www.delsyr.ec.europa.eu/en/eu_and_syria_new/projects/3.htm [Stand 02.08.2007].
- Deutscher Bundestag: Ausschuss für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (AWZ) (2005). Armutsbekämpfung durch nachhaltiges Finanzwesen und Mikrofinanzierung, University of Cologne Development Research Center, Universität zu Köln.
- Deutsche Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit (GTZ) (2004). Mikrofinanz: Weltweites Erfolgsmodell, nur nicht in Deutschland? Zur Übertragbarkeit der Erfahrungen aus Entwicklungsländern auf Deutschland, Eschborn.
- Deutsche Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit (GTZ) (2005). Der Beitrag von Mikrofinanzierung zur Erreichung der Millennium Development Goals (MDGs) und des Aktionsprogramms Armut 2015: Die Erfahrungen der GTZ, Eschborn.
- Deutsche Gesellschaft für technische Zusammenarbeit (GTZ) (2006). Behinderung und Entwicklung: Ein Beitrag zur Stärkung der belange von Menschen mit Behinderungen in der deutschen Entwicklungszusammenarbeit, Politikpapier.
- Durgueil, S. (2001). Mobilität - Erfahrung aus dem Tschad, Behinderung und Dritte Welt 2, Journal for Disability and International Development, S. 67-69.
- Dudzik, P.; McLeod, D. (2000). Social Protection, Discussion Paper Series, Nr. 0023, Social Protection Unit Human Development Network, The World Bank.
- El-Hawary, D.; Grais, W. (2005a). Islamic Financial Services and Microfinance, The World Bank.
- El-Hawary, D.; Grais, W. (2005b). The Compatibility of Islamic Financial Services and Microfinance, United Nations Capital Development Fund (UNCDF), Nr. 14, July.
- El Laithy, H.; Abu-Ismail, K. (2005). Poverty in Syria: 1996-2004, Diagnosis and Pro-Poor Policy Considerations, UNDP Syria.
- Erzberger, C. (1998). Zahlen und Wörter: Die Verbindung quantitativer und qualitativer Daten und Methoden im Forschungsprozess, Weinheim, Deutscher Studien Verlag.

- European Union (EU) & European Training Fundation (etf) (2007). MEDA-ETE Regional Project Component 3 - Entrepreneurship: MEDA Core Service Providers Selection.
- Ewert, T.; Stucki, G. (2007). Die Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF). Einsatzmöglichkeiten in Deutschland, Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz, Vol. 50, Nr. 7, Springer Berlin, Heidelberg, S. 953-961.
- Farrero, E.; Escarrabill, J.; Prats, E.; Maderal, M.; Manresa, F. (2001). Impact of Hospital-Based Home-Care program of the Management of COPD Patients Receiving long-term Oxygen therapy, Chest, Vol. 119, Nr. 2, S. 364-369.
- Farruk, I.; Riad, N. (2004). Commercial Microfinance in Egypt -The case of the National Bank for Development, Social and Economic Development Department Middle East and North Africa Region, Washington, D.C., The World Bank.
- Felder- Kuzu, N. (2005). Making Sense: Mikrofinanz und Mikrofinanzinvestitionen, 1. Auflage, Hamburg, Murmann Verlag GmbH.
- Fernando, J. L. (2006). Microfinance: Perils and Prospects, Routledge Studies in Development Economics, London and New York, Routledge.
- Fiehn, A.; Bennerscheidt, M. (2007). Gewinn für Patienten, Herausforderung für Ärzte und Pflege, Deutsche Ärzteblatt, Vol. 104, Nr. 6, Köln, Deutscher Ärzte-Verlag, S. 328-329.
- FINCA (2005). Frequently asked questions: What's village banking group? Online im Internet: <http://www.villagebanking.org/site/c.erKPI2PCIoE/b.2394157/> [Stand 15.01.2007].
- Fitchelt, D. (1999). Bank for Agriculture and Agrricultural Cooperatives in Thailand (BAAC), Thailand (Case Study), CGAP, Eschborn.
- Flessa, S. (2007). Investing in health: Overcoming the poverty trap by effective and efficient health care, Journal of Public Health, Vol. 15, Nr. 6, Springer Verlag, S. 415-421.

- Galdo, A. (2004). Welfare in the Mediterranean Countries, The Syrian Arab Republic, Center for Administrative Innovation in the Euro-Mediterranean Region (C.A.I.MED.), Formez - Centro Formazione, Italy.
- Galdo, A. (2006). Policies for business in the Mediterranean Countries, The Syrian Arab Republic, Center for Administrative Innovation in the Euro-Mediterranean Region (C.A.I.MED.), Formez - Centro Formazione, Italy.
- Getubig, I. P.; Johari, M. Y.; Thas, A. M. K. (1993). Overcoming Poverty through Credit: The Asian Experience in Replicating the Grameen Bank Approach, Asian and Pacific Development Center, Kuala Lumpur.
- Gertler, P.; Levine, D. I.; Moretti, E. (2003). Do Microfinance Programs help Families Insure Consumption Against Illness? Center for International and Development Economics Research, Working Paper Nr. C03-129, California.
- Glaubitt, K.; Hagen, H. M.; Schütte, H. (2006). Mainstreaming Microfinance Quo Vadis Microfinance Investment? In: Matthäus-Maier, I; Pischke, J. D.: Microfinance Investment Funds: Leveraging Private Capital for Economic Growth and Poverty Reduction, Berlin. Heidelberg, Springer Verlag, S. 213-226.
- Goeckenjan, G.; Köhler, D.; Matthys, H.; Morr, H.; Worth, H.; Wuthe, H. (2001). Leitlinien zur Langzeitsauerstofftherapie, Pneumologie, Vol. 55, Stuttgart, New York, Georg Thieme Verlag, S. 454-464.
- Grooten, S. (2006). Integrating Person with Disabilities in Ghana- Early Experience from the Decent Work Pilot Programme, Behinderung und Dritte Welt 2, Journal for Disability and International Development, S. 11-16.
- Handicap International (2006). Good Practices for the Economic Inclusion of People with Disabilities in Developing Countries: Funding Mechanisms for Self Employment, Paris.
- Hartmann-Wendels, T.; Pfungsten, A.; Weber, M. (2007). Banksbetriebslehre, vierte überarbeitete Auflage, Berlin Heidelberg New York, Springer Verlag.

- Hein, H.; Rasche, K.; Wiebel, M.; Winterholler, M.; Laier-Groeneveld, G.; Bachman, M.; Berninger, S.; Ehlers, T.; Helms, G.; Müller, G.; Radtke, D.; Schönhofer, B. (2006). Empfehlung zur Heim- und Langzeitbeatmung, Medizinische Klinik, Vol. 101, Nr. 2, München, Urban und Vogel Verlag, S. 148-152.
- Hernandez, C.; Casas, A.; Escarrabill, J.; Alonso, J.; Puig-Junoy, J.; Farrero E.; Vilagut, G.; Collvinent, B.; Rodriguez-Roisin, R.; Roca, J.; and the partners of CHRONIC project (2003). Home hospitalisation of exacerbated chronic obstructive pulmonary disease patients. *European Respiratory Journal*; Vol. 21, Nr. 1, S. 58-67.
- Hitt, S. R.; Woodworth, W. P. (2006). Alleviating poverty through microfinance: Village banking outcomes in Central America, *The Social Science Journal*, Vol. 43, Nr. 3, S. 471-477.
- Holcombe, S. (1995). *Managing to Empower: The Grameen Bank's Experience of poverty Alleviation*, Dhaka University press Ltd., and London: Zed Books.
- Holvoet, N. (2004). Impact of Microfinance Programs on Children's Education: Do the Gender of the Borrower and the Gender of the Borrower and the Delivery Model Matter? *Journal of Microfinance*, Vol. 6, Nr. 2, S. 27-49.
- Huitfeld, H.; Jallade, J.; Kabbani, N. (2005). *Investment in education, employment and economic Performance in Syria*, European Training Foundation (ETF).
- Izquierdo, J. L. (2003). The burden of COPD in Spain: result from the Confronting COPD survey, *respiratory Medicine*, Vol. 97, Suppl. C, S. 61-69.
- Imady, O.; Seibel, H. D. (2005). *Sanadiq: A Microfinance Innovation in Syria Driven by Shareholder*, Nendaraca Newsletter, Amman, Jordan.
- International Monetary Fund (2007). *Syrian Arab Republic: 2007 Article IV Consultation-Staff Report, and Public Information Notice on the Executive Board Discussion*, IMF country Report Nr. 07/288.
- Isaia, E (2005). *Microcredit in Morocco: The Zakoura Foundation's Experience*, University of Turin.
- Jütting, J. (2001). *Krankenversicherung in Entwicklungsländern*, Zentrum für Entwicklungsforschung (ZEF) News, Nr. 7, Universität Bonn.

- Jantzen, W. (1992). Allgemeine Behindertenpädagogik, Band 1, Sozialwissenschaftliche und psychologische Grundlagen, 2. Auflage, Weinheim und Basel, Beltz Verlag.
- Kabeer, N. (2001). Conflicts over Credit: Re-Evaluating the Empowerment Potential of Loans to Women in Rural Bangladesh, *World Development*, Vol. 29, Nr.1, S. 63-84.
- Karawani, R. (2006). Syria Enters the Islamic Banking and Insurance Market, *Islamic Finance News Guide*.
- Karawani, R. (2007). Great Demand Ahead for Syria, *Islamic Finance News Guide*.
- Karim, N.; Tarazi, M.; Reille, X. (2008). Islamic Microfinance: An Emerging Niche Market, *Focus Note 49*, Washington, D.C., CGAP.
- Karsch, T. (1997). Kollektives Handeln der Armen als Voraussetzung für Entwicklung, Frankfurt am Main: Peter Lang GmbH, Europäischer Verlag der Wissenschaften.
- Kazuo, T. (1998). Globalization and the Challenge of Poverty Alleviation, The Foundation for Advanced Studies on International Development, Japan.
- KfW Entwicklungsbank (2008). Syrien - Mikrofinanzierung, Online im Internet: <http://www.kfwentwicklungsbank.de/managepdf?dcd=28511&vps=Ebank&vpd=web1-ebank&xt=1&lkd=18636&p=pdf> [Stand 13.01.2009].
- Klaus, M. (1999). Bank Rakyat Indonesia (BRI); Indonesia (Case Study), CGAP, Eschborn.
- Kloche, A.; Hurrelmann, K. (1995). Armut und Gesundheit: Inwieweit sind Kinder und Jugendliche betroffen? In: *Zeitschrift für Gesundheitswissenschaften (ZFG), Journal of public Health*, 2. Beiheft, S. 138-151.
- Köhnlein, T.; Welte, T. (2006). Nicht-invasive Beatmung, *Internist*, Vol. 47, Nr. 9, Springer Medizin Verlag, S. 917-928.
- Konietzko, N.; Fabel, H. (2000). *Weißbuch Lunge*, Stuttgart-New York: Thieme.
- Kromrey, H. (1990). Empirische Sozialforschung: Modelle und Methoden der Datenerhebung und Datenauswertung, 4. Auflage, Opladen, Leske + Budrich GmbH.
- Kühn, R.; Kreuzer, M. (2006). *Marktforschung. Best Practices für Marketingverantwortliche*, 1. Auflage, Stuttgart Wien, Haupt Verlag Bern.

- Lashley, K. (2008). Health-care Provision meets microcredit finance in Argentina, Bulletin of the World Health Organization, Vol. 86, Nr. 1, S. 9-10.
- Ledgerwood, J. (1999). Microfinance Handbook. An Institutional and Financial Perspective, Washington, D.C., The World Bank.
- Leger, P.; Bedicam, J. M.; Cornette, A.; Reybet-Degat, O.; Langevin, B.; Polu, J. M.; Jeannin, L.; Robert, D. (1994). Nasal intermittent positive pressure ventilation-Long-term follow-up in patients with severe chronic respiratory insufficiency, Chest, Vol. 105, Nr. 1, S. 100-105.
- Lewis, C. (2004). Microfinance from the point of view of women with disabilities: Lessons from Zambia and Zimbabwe, Gender and Development Vol. 12, Nr. 1, S. 28-39.
- Library of Congress (2005). Country Profile Syria, Online im Internet: <http://lcweb2.loc.gov/frd/cs/profiles/Syria.pdf> [Stand 18.08.2008].
- Littlefield, E.; Murdoch, J.; Hashemi, S. (2003). Is Microfinance an Effective Strategy to Reach the Millennium Development Goals? Focus Note #24, CGAP Series, Washington, D.C., The World Bank.
- Lorenzkowski, S. (2000). Menschen mit Behinderung in Marokko, Behinderung und Dritte Welt 1, Journal for Disability and International Development, S. 20-23.
- Luján, M.; Moreno, A.; Veigas, C.; Montón, C.; Pomares, X.; Domingo, C. (2006). Non-invasive home mechanical ventilation: Effectiveness and efficiency of an outpatient initiation protocol compared with the standard in-hospital model, Respiratory Medicine (2007), Vol. 101, Nr. 6, S. 1177-1182.
- Mahjabeen, R. (2008). Microfinancing in Bangladesh: Impact on households, consumption and welfare, Journal of Policy Modeling, Vol. 30, S. 1083-1092.
- Mannino, D. M.; Buist, A. S. (2007). Global burden of COPD: risk factors, prevalence and future trends, Lancet 370, S. 765-773.
- Mawred: Modernising & Activating Women's Role In Economic Development (2008), Online im Internet: <http://www.mawred-syria.org/ar/> [Stand 21.06.2007].
- Medicus Mundi Schweiz (2000). Gesundheitsfinanzierungssysteme- eine Übersicht, Bulletin von Medicus Mundi Schweiz, Nr. 79, Dezember.

- Medizintechnik Kranz GmbH (2003). Online im Internet: http://www.med-technik-kranz.de/index.php?language=ger&main_cat=5 [Stand 1.07.2007].
- Mettler, A. (1994). Formalisierte Bonitätsprüfungsverfahren und Credit Scoring, Working Paper der Universität Zürich, Online im Internet: <http://www.isb.uzh.ch/publikationen/pdf/workingpapernr02.pdf> [Stand 08.09.2008].
- Michael, J. V. W. (1999). Remembrance and Appreciation Feature - Learning from Failures in Microfinance, *The American journal of economics and sociology*, Vol. 58, Nr. 1, S. 17-42.
- Microfinance Gateway (2009). Die Sparbank beginnt ein neues Kreditprogramm zur Vergabe von Mikrokrediten, *Syrian Days*, Online im Internet: <http://arabic.microfinancegateway.org/content/article/detail/25730>, [Stand 01. 04. 2009].
- Ministry of Health, Directorate of Planning & International Cooperation (2005a). Health Statistical Abstract, First Issue, Damascus, Syrian Arab Republic.
- Ministry of Health, Directorate of Planning & International Cooperation (2005b), lung diseases in Syria, Damascus, Syrian Arab Republic.
- Ministry of Health (2006). Damascus, Syrian Arab Republic, Online im Internet: <http://www.moh.gov.sy/> [Stand 6.07.2007].
- Ministry of Economy and Trade (2005). Statistiken, Damascus, Syrian Arab Republic, <http://www.syrecon.org/index.php?module=subjects&func=listpages&subid=8> [Stand 20.09.2007].
- Ministry of Economy and Trade (2004). Med Best the National Report for Syria, Syrian Arab Republic, Damascus.
- Ministry of Industry (2006). Euro-Mediterranean Charter for Enterprise Country Report, Syria.
- Ministerium für soziale Angelegenheiten und Arbeit (2004). Das Gesetz von Behindererten in Syrien Nr. 34 vom 29.06.2004, Damaskus, Syrian Arab Republic.
- Ministerium für soziale Angelegenheiten und Arbeit (2006). Statistiken, Damaskus, Syrien Arab Republic.

- Mizan, A. (1994). In quest of Empowerment, the Grameen Bank impact on the Women's Power and Status, Dhaka, Bangladesh, The University Press.
- Mobility International USA (1998). Loud, Proud and Prosperous! Report on the Mobility International USA: International Symposium on Microcredit für women with Disabilities, August 29 to September 8.
- Mohindra, K.; Haddad, S.; Narayana, D. (2008). Can microcredit help improve the health of poor women? Some findings from a cross-sectional study in Kerala, India, *International Journal for Equity in Health*, Vol. 7, Nr. 2, S. 1-14.
- Moll, H. A. J. (2005). Microfinance and Rural Development: A Long-Term Perspective, *Journal of Microfinance* Vol. 7, Nr. 2, S. 13-32.
- Möller, J.; Schmidt, C.; Lasser, U. (2004). Gesundheit der Ökonomie und Ökonomie der Gesundheit: Eine kritische Auseinandersetzung mit den WHO-Bericht „Macroeconomics and Health“, *Journal of Public Health*, Vol. 12, Nr.1, Springer Verlag, S. 3-9.
- Möller, J.; Schmidt, C.; Sonntag, A. K. (2003). Gegen Krankheit, Armut und politische Instabilität, *Gesundh ökon Qual manag*, Vol. 8, Georg Thieme Verlag, Stuttgart, New York, S. 376-378.
- Momin, A. K. M. (2004). Impact of services for people with spinal cord lesion on economic participation, *Asia Pacific Disability Rehabilitation Journal*, Vol. 15, Nr. 2, S. 53-67.
- Morduch, J. (1999). The role of subsidies in microfinance: evidence from the Grameen Bank, *Journal of Development Economics*, Vol. 60, Nr. 1, S. 229-248.
- Muir, J. F.; Girault, C.; Cardinaud, J. P.; Polu, J. M.; the French Cooperative Study Group (1994). Survival and long-term follow-up of tracheostomized patients with COPD treated by home mechanical ventilation. A Multicenter French Study in 259 patients, *American College of Chest Physicians*, Vol. 106, Nr. 1, S. 201-209.
- National Heart, Lung, and Blood Institute. Chronic obstructive pulmonary disease, Online im Internet: http://www.nhlbi.nih.gov/health/public/lung/other/copd_fact.pdf [Stand April 12, 2007].

- Nafziger, E. W. (2006). *Economic Development*, New York, usw. Fourth Edition, Cambridge.
- Nationale Kontakt und Informationsstelle zur Anregung und Unterstützung von Selbsthilfegruppen (NAKOS) (2009). *Selbsthilfegruppen*, Online im Internet: http://www.nakos.de/site/selbsthilfe/sh_gruppen/?content_id_int=113132 [Stand 05.01.2009].
- Naser, K. (1997). *Strategic marketing management: the case of Islamic banks*, *International Journal of Bank Marketing* 15/6, S. 187-203.
- Nationalkrankenhaus in Dara'a (2005). *Tägliche Aufenthaltskosten pro Patient in den unterschiedlichen Abteilungen des Krankenhauses*, Syrische Arabische Republik.
- Nowak, D.; Dietrich, E. S.; Oberender, P ; Überla, K.; Reitberger, U.; Schlegel, C.; Albers, F.; Ruckdäschel, S.; Welsch, R. (2004). *Krankheitskosten von COPD in Deutschland*, *Pneumologie*, Vol. 58, Nr. 12, Georg Thieme Verlag KG Stuttgart. New York, S. 837-844.
- Nicholson, C.; Bowler, S.; Jackson, C.; Schollay, D.; Tweeddale, M.; O'Rourke, P. (2001). *Cost comparison of hospital and home based treatment models for acute chronic obstructive pulmonary disease*, *Australian health review*, Vol. 24, Nr. 4, S. 181-187.
- Oberndorfer, L. (2006). *Disabled or Not, working with Computers Is the Future*, UNDP, Syria.
- Obaidullah, M.; Khan, T. (2008). *Islamic Microfinance Development: Challenges and Initiatives*, Islamic Development Bank, Jeddah.
- Ofori-Adjei, A.B.; MA (2007). *Microfinance: An Alternative Means of Healthcare Financing for the poor*, *GMJ - Ghana Medical Journal*, Vol. 41, Nr. 4, S. 193-194.
- Parker, J. (2000). *Microfinance and HIV/ AIDS: Discussion Paper*, Development Alternatives, Inc., USAID, Microenterprise Best Practices (MBP) Project, The World Bank.
- Parker, J. (2001). *Microfinance, Grants and Non- Financial responses to Poverty Reduction: Where does Microcredit Fit?* Focus Note 20, CGAP Series, Washington, D.C., The World Bank.

- Pitt, M.; Khandker, S. (1995). Household and intrahousehold impacts of the Grameen Bank and similar targeted credit programs in Bangladesh. Paper presented at workshop on Credit programs for the poor: household and intrahousehold impacts and program sustainability by the Education and Social Policy Department, Washington, D.C and Bangladesh Institute of Development Studies, Dhaka.
- Plant, P. K.; Owen, J. L.; Parrott, S.; Elliott, M. W. (2003). Cost effectiveness of ward based non-invasive ventilation for acute exacerbations of chronic obstructive pulmonary disease: economic analysis of randomised controlled trial, *BMJ*, Vol. 326, Nr. 7396, S. 956-960.
- Planet finance (2006). Microfinance - an overview, Japan, Online im Internet: <http://www.planetfinance.or.jp/en/faq#a1>[Stand 05.09.2007].
- Planet finance (o.J.). Microfinance in the Middle East and North Africa: Stat of Affairs, Online im Internet: http://www.dubai-microfinance.org/presentation/mohamed_maarouf.pdf [Stand 05.08.2007].
- Pollinger, J. J.; Outbwaite, J.; Cordero-Guzmán, H. (2007). The Question of Sustainability for Microfinance Institutions, *Journal of small Business Management* Vol. 45, Nr. 1, S. 23-41.
- Preker, A.; Carrin, G.; Dror, D.; Jakab, M.; Hsiao, W. C.; Tenkorang, Arhin-Tenkorang, D. (2004). Rich-Poor Differences in Health Care Financing in: Preker, A. S.; Carrin, G., *Health Financing for Poor People, Resource Mobilization and Risk Sharing*, Washington, D.C., The World Bank, S. 3-51.
- Preker, A. S.; Carrin, G.; Dror, D. M.; Jakab, M.; Hsiao, W. C.; Arhin-Tenkorang, D. (2002). Effectiveness of community health financing in meeting the cost of illness, *Bulletin of World Health Organisation*, Vol. 80, Nr. 2, S. 143-150.
- Preker, A. S.; Carrin, G.; Dror, D. M.; Jakab, M.; Hsiao, W. C.; Arhin, D. (2001). Role of Communities in Resource Mobilization and Risk Sharing, A Synthesis Report, Discussion Paper, The World Bank.
- Rahman, K. (2006). Poverty, Microcredit and Health - What Role can WHO Play? - *Regional Health Forum WHO South- East Asia Region*, Vol. 4, Chapter 7.

- Rahman, R. I. (1986). Impact of Grameen Bank on the situation of poor rural women. BIDS Working Paper 1, Grameen Evaluation Project. Dhaka: Bangladesh Institute of Development Studies.
- Ram, F. S. F.; Wedzicha, J. A.; Wright, J.; Greenstone, M. (2004). Hospital at home for Patients with acute exacerbations of chronic obstructive pulmonary disease: Systematic review of evidence, *BMJ*, Vol. 329, Nr. 7461, S. 315-318.
- Raithel, J. (2006). *Quantitative Forschung. Ein Praxiskurs*, 1. Auflage, Wiesbaden, VS Verlag.
- Ramadan, R.; Elia, M. (2006). The Agency for Combating Unemployment (ACU): a Case about a State-Owned Institution – Syria in: Elia, M: *Microfinance: Text and Cases*, Tempus-Media Project “Microfinance at the University”, SAA, School of Management – University of Turin, Italy, S. 545-565, Online im Internet: http://www.saa.unito.it/meda/pdf/MF_TEXT_CASES.pdf [Stand 01.06.2007].
- Reille, X.; Dababneh, R.; Al- Husseini, A. (2007). CGAP mean initiative update, CGAP.
- Roy, M. (2005). *Microcredit for self-employed disabled persons in developing countries*, Atlas Alliance, Norway.
- Rutten Van Mólken, M.; Postma, M. J.; Joore, M. A.; Van Genugten, M.; Leidl, R.; Jager, J. C. (1999). Current and future medical costs of asthma and chronic obstructive pulmonary disease in the Netherlands, *Respiratory Medicine*, Vol. 93, Nr. 11, S. 779-787.
- Schönhofer, B. (2001). Nicht-invasive Positivdruckbeatmung bei akut respiratorischer Insuffizienz- Ein Report der internationalen Konsensuskonferenz der Intensivmedizin, Paris, 13. - 14. 4. 2000, *Pneumologie*, Vol. 55, Stuttgart, New York, Georg Thieme Verlag, S. 21-30.
- Schönhofer, B. (2006). Heimbeatmung bei chronisch ventilatorischer Insuffizienz unter besonderer Berücksichtigung der Notfallmedizin, *Notfall Rettungsmedizin*, Vol. 9, Nr. 5, Springer Medizin Verlag, S. 425-436.
- Seibel, H. D.; Lubbock, A.; Dommel, H. (2002). *Women and Men in Rural Finance in the Syrian Arab Republic: State Owned Banking Vs. Self-Managed Microfinance*, University of Cologne Development Research Center.

- Seibel, H. D. (2003). Finance for Small-Scale Commodity Processing: From Micro to Meso Finance, University of Cologne Development Research Center.
- Seibel, H. D.; Giehler, T.; Karduck, S. (2005). Reforming Agricultural Development Banks, GTZ, Eschborn.
- Seiber, E. E.; Robinson-Miller, A. (2004). The Impact of a Microfinance Program on Private Health Care Providers in Uganda, Commercial Market Strategies (CMS), Washington, D.C.
- Skwarska, E.; Cohen, G.; Skwarski, K. M.; Lamb, C.; Bushell, D.; Parker, S.; MacNee, W. (2000). Randomized controlled trial of supported discharge in patients with exacerbations of chronic obstructive pulmonary disease, *Thorax*, Vol. 55, Nr. 11, S. 907-912.
- Smith, S. C. (2002). Village Banking and Maternal and Child Health: Evidence from Ecuador and Honduras, *World Development* Vol. 30, Nr. 4, Washington, D.C., USA, S. 707-723.
- Spreman, K. (1990). Asymmetrische Information, *Zeitschrift für Betriebswirtschaft*, Vol. 60, Nr. 5/6, S. 561-568.
- Stasche, N. (2006). Differenzierte Anwendung von positivem Atemwegdruck (positive airway pressure, PAP) bei schlafbezogenen Atmungsstörungen mit Obstruktion der oberen Atemwege, *Laryngo-Rhino-Otol*, Vol. 85, Stuttgart, New York, Georg Thieme Verlag KG, S. 47-71.
- Strauss, A. L. (1994). Grundlagen qualitativer Sozialforschung: Datenanalyse und Theoriebildung in der empirischen soziologischen Forschung, München, Wilhelm Fink Verlag.
- Subramanian, S. V.; Belli, P.; Kawachi, I. (2002). The macroeconomic determinants of health, *Annual Review of Public Health*, Vol. 23, S. 287-302.
- Sullivan, S. D.; Ramsey, S. D.; Lee, T. A. (2000). The economic burden of COPD, *Chest*, Vol.117, Nr. 2, S. 5-9.
- Syrian Enterprise and Business Center (SEBC) (2008). Online im Internet: <http://www.sebcysyria.com/web2008/index.php> [Stand 25.06.2008].

- The Syrian Arab Republic (2007). The General Microfinance Decree Act Nr. /15/, http://microfinancegateway.com/files/40103_file_The_General_Microfinance_Decree_Syria.pdf [Stand 01.07.2008].
- The Microbanking Bulletin (2002). Additional tables for all MFIs and financially self-sufficient MFIs. The Microbanking Bulletin, Nr. 8 (November), S. 58-85, Online im Internet: www.mixmbb.org [Stand 01.06.2007].
- The World Bank Group (2006). Country Brief: Middle East & North Africa Region (MENA) - Syria.
- The World Bank (2006). World Development Indicators, Washington, D.C., USA.
- Tourelle, J (2007). AKAM Syrian Experience, the Aga Khan Agency for Microfinance, November 10, Damascus.
- Tripathy, K. K.; Jain, K. S. (2008). Microfinance and Selfemployment Activities towards Income Generation and Poverty Alleviation in Rural Areas under SGSY: An Empirical Investigation in Haryana and Orissa, International Conference on Issues in Public Policy and Sustainable Development.
- Turmusani, M. (2006). Disability Profile in Yemen, Behinderung und Dritte Welt 3, Journal for Disability and International Development, S. 14-20.
- Tuggey, J. M.; Plant, P. K.; Elliot, M. W. (2003). Domiciliary non-invasive ventilation for recurrent acidotic exacerbations of COPD: an economic analysis, Thorax, Vol. 58, Nr. 10, S. 867-871.
- United Nations Development Programme (UNDP) (2005). Macroeconomics Policies for Poverty Reduction: The Case of Syria, Syria.
- United Nations Development Programme (UNDP) (2006a). The Importance of Gender Mainstreaming in Syria - Toolkit, Syria.
- United Nations Development Programme (UNDP) (2006b). Human Development Report 2006, New York, USA.
- United Nations Development Programme (UNDP) (2007). Human Development Report 2007-2008, Fighting climate change: Human solidarity in a divided world, New York, USA.

- United Nations General Assembly A/58/179 (2003). Implementation of the first United Nations Decade for the Eradication of Poverty (1997-2006) and draft programme of action for the International Year of Microcredit, 2005. Report of the Secretary-General, New York.
- Urseau, I. (2001). Die geeignete Technologie zur Erleichterung der Mobilität behinderter Menschen, *Behinderung und Dritte Welt 2*, Journal for Disability and International Development, S. 53-58.
- Van Tassel, E. (2004). Household bargaining and microfinance, *Journal of Development Economics*, Vol. 74, Nr. 2, S. 449-468.
- Vogelmeier, C. (2003). Chronisch obstruktive Lungenerkrankung, *Der Internist Pneumologie*, Vol. 44, Suppl. 1, Springer-Verlag, S. 16-27.
- Vogelmeier, C. (2004). COPD oder was kostet wie viel? *Pneumologie*, Vol. 58, Nr. 12, S. 833-834.
- Wagstaff, A. (2002). Poverty and health Sector inequalities, *Bulletin of the World Health Organization*, Vol. 80, Nr. 2, S. 97-105.
- Watanabe, R.; Ohkusa, Y. (2002). An analysis of the length and cost of respirator use with observational data based on medical records, *Nippon Koshu Eisei Zasshi*, Vol. 49, Nr. 4, S. 314-23.
- Winterholler, M.; Claus, D.; Bockelbrink, A.; Borasio, G. D.; Pongratz, D.; Schrank, B.; Toyka, K.V.; Neundörfer, B. (1997). Empfehlungen der bayerischen Muskelzentren in der DGM zur Heimbeatmung bei neuromuskulären Erkrankungen Erwachsener, *Neurologische Klinik*, Vol. 68, Nr. 4, Springer Verlag, S. 351-357.
- Witt, H. (2001). Forschungsstrategien bei quantitativer und qualitativer Sozialforschung, *Forum Qualitative Sozialforschung*, Forum: Qualitative Social Research, Vol. 2, Nr.1, Online im Internet: <http://www.qualitative-research.net/fqs-texte/1-01/1-01witt-d.pdf> [Stand 04.01.2008].
- World Health Organisation (WHO) (o.J.). Disability and Rehabilitation WHO Action Plan 2006-2011, Geneva, Switzerland.
- World Health Organization (WHO) (1981). Definition der Behinderung, *UNESCO-Kurier* 22, S. 1-32.

- World Health Organization (WHO) (2003a). The World Health Report 2003: Shaping the Future, Geneva, Switzerland.
- World Health Organization (WHO) (2003b). Frequently Questions about Community-Based Initiatives, Regional Office for the Eastern Mediterranean, Cairo.
- World Health Organization (WHO) (2006a). Country Cooperation Strategy for WHO and the Syrian Arab Republic 2003-2007, EM/ ARD / 006 / E / R Distribution restricted, Cairo Regional Office for the Eastern Mediterranean.
- World Health Organization (WHO) (2006b). The world health report 2006: Working together for health, Geneva, Switzerland.
- World Health Organization (WHO) (2007). World Health Statistics, Geneva, Switzerland.
- World Health Organization (WHO) (2008). World Health Statistics 2008, Geneva, Switzerland.
- Worth, H.; Buhl, R.; Cegla, U.; Criée, P.; Gillissen, A.; Kardos, P.; Köhler, D.; Magnussen, H.; Meister, R.; Nowak, D.; Detro, W.; Rabe, K. F.; Schultze-werninhaus, G.; Sitter, H.; Teschler, H.; Welte, T.; Wettengel, R. (2002). Leitlinie der Deutschen Atemwegsliga und der Deutschen Gesellschaft für Pneumologie zur Diagnostik und Therapie von Patienten mit chronisch obstruktiver Bronchitis und Lungenemphysem (COPD), *Pneumologie*, Vol. 56, Stuttgart, New York, Georg Thieme Verlag, S. 704-738.
- Yunus, M.; Jolis, A. (1998). GRAMEEN- Eine Bank für die Armen, Bergisch Gladbach, Gustav Lübbe Verlag GmbH.
- Zafarul-Islam, K. (2001). Book Reviews - Iqbal Ahmad Kahn Suhail. What is Riba? *Journal of the Islamic Research Institute of Pakistan, Isla, Islamabad*, Vol. 40, Nr. 1, S. 163-164.
- Zeller, M.; Lapenu, C. (2000). Institutionelle Diversität im Mikrofinanz-Bereich ist gefragt Unterschiedliche Ansätze für Arme und nicht ganz so Arme, *E + Z- Entwicklung und Zusammenarbeit* Nr. 11, Deutsche Stiftung für internationale Entwicklung, Frankfurt, S. 310-312.

Zeller, M.; Sharma, M. (2002). Access to and Demand for Financial Services by the Rural Poor: A Multicountry Synthesis in: Zeller, M; Meyer, R. L.: The Triangle of Microfinance: Financial Sustainability, Outreach, and Impact, Baltimore, USA, London, Großbritannien, S. 19-45.

Zidan, R. (2005). Aktivierung der Rolle der kleineren und mittleren Industrien in dem Entwicklungsprozess (am Beispiel Syrien), Dissertation, Damaskus, Syrien.

Anhang

Fragebogen 1: Gehbehinderte Personen

Allgemeine Informationen				
1. Bitte nennen Sie uns Ihr Geburtsjahr!				
2. Bitte nennen Sie uns Ihr Geschlecht!				
<input type="checkbox"/> Weiblich	<input type="checkbox"/> Männlich			
3. Wie leben Sie zurzeit?				
<input type="checkbox"/> Mit / bei meinen Eltern	<input type="checkbox"/> Mit meinem Lebens- oder Ehepartner	<input type="checkbox"/> Mit /bei meinen Kindern		
<input type="checkbox"/> Mit Freunden	<input type="checkbox"/> In einem Heim (Wohn-, Pflege-, Altenheim usw.)	<input type="checkbox"/> In einer eigenen Wohnung		
4. Bitte geben Sie die Arten Ihrer körperlichen Behinderung an				
<input type="checkbox"/> Ich habe eine körperliche Behinderung und kann mich nur mit einem Rollstuhl fortbewegen.				
<input type="checkbox"/> Ich habe eine körperliche Behinderung, benötige nur zeitweise einen Rollstuhl.				
5. Geben Sie Bitte den Grund Ihrer Behinderung an!				
<input type="checkbox"/> Seit meiner Geburt	<input type="checkbox"/> Durch eine Krankheit	<input type="checkbox"/> Durch einen Unfall	<input type="checkbox"/> altersbedingt	<input type="checkbox"/> Sonstige
6. Steht Ihnen das von Ihnen benötigte Hilfsmittel als Eigentum zur Verfügung?				
<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein			
7. Welche Unterstützung erhalten Sie im Alltag und in welchem Umfang?				
<input type="checkbox"/> Assistenz durch eine soziale Wohlfahrtsinstitution				
<input type="checkbox"/> Hilfe durch häuslichen Pflegedienst				
<input type="checkbox"/> Durch Familie oder Freunde				
<input type="checkbox"/> Sonstige (wenn möglich bitte angeben)				
8. Die Situation, die Sie behindert entwickelt sich für Sie				
<input type="checkbox"/> Zunehmend belastender	<input type="checkbox"/> Zunehmend handhabbarer	<input type="checkbox"/> Gleichbleibend		
9. Welchen höchsten Abschluss haben Sie?				
<input type="checkbox"/> Ich habe die obligatorische Grundschule als höchsten Abschluss				
<input type="checkbox"/> Ich habe einen Abiturabschluss als höchsten Abschluss				
<input type="checkbox"/> Ich habe den Abschluss einer Berufslehre				
<input type="checkbox"/> Ich habe einen Hochschulabschluss				

Fragen zur Einkommenslage

10. Welche Art des Einkommens haben Sie?

<input type="checkbox"/> Arbeitslohn	<input type="checkbox"/> Rente	<input type="checkbox"/> Unterstützung durch eine soziale Wohlfahrtsinstitution	<input type="checkbox"/> Unterstützung durch Angehörige/ Partner	<input type="checkbox"/> Sonstige
--------------------------------------	--------------------------------	---	--	-----------------------------------

11. Wieviel Geld steht Ihnen aus all diesen Einkommen im Monat zur Verfügung?

Ca. _____ SL/ Monat

12. Aus welcher Arbeitsart bekommen Sie ihren Lohn?

<input type="checkbox"/> Landwirtschaftliche Arbeit	<input type="checkbox"/> Handwerksarbeit	<input type="checkbox"/> Staatliche Arbeit	<input type="checkbox"/> Sonstige
---	--	--	-----------------------------------

13. Ändert sich Ihr Einkommen aufgrund unterschiedlicher Faktoren wie Wetter, Schwankung der Marktpreise usw. ?

<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
-----------------------------	-------------------------------

14. Mit diesem Einkommen können Sie Ihre Grundbedürfnisse (Wohnung, Essen, Kleidung, Gesundheit) abdecken.

<input type="checkbox"/> Völlig zutreffend	<input type="checkbox"/> Zutreffend	<input type="checkbox"/> Teils-teils	<input type="checkbox"/> Unzutreffend	<input type="checkbox"/> Völlig unzutreffend
--	-------------------------------------	--------------------------------------	---------------------------------------	--

15. Sie benötigen weitere finanzielle Unterstützung um Ihre Alltagsprobleme überwinden zu können.

<input type="checkbox"/> Völlig zutreffend	<input type="checkbox"/> Zutreffend	<input type="checkbox"/> Teils-teils	<input type="checkbox"/> Unzutreffend	<input type="checkbox"/> Völlig unzutreffend
--	-------------------------------------	--------------------------------------	---------------------------------------	--

Fragen zur Gesundheitsversorgung

16. Müssen Sie aufgrund Ihrer Behinderung häufig zur Stationären Behandlung ins Krankenhaus?

<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
-----------------------------	-------------------------------

17. Müssen Sie trotz Ihrer Behinderung nur selten ins Krankenhaus gehen (aus akutem Anlass wie Knochenbruch, Lungenerkrankung)?

<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
-----------------------------	-------------------------------

18. Sind Sie krankenversichert?

<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
-----------------------------	-------------------------------

19. Beahlt Ihre Krankenkasse die Gesamtkosten der Behandlung in den privaten Krankenhäusern?

<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
-----------------------------	-------------------------------

20. Wenn Ihre Krankenkasse nur einen Teil der Behandlungskosten in den privaten Krankenhäusern übernimmt, können Sie mit Ihrem Einkommen den übrigen Teil finanzieren?

<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
-----------------------------	-------------------------------

21. Müssen Sie aufgrund Ihrer Behinderung / Krankheit Medikamente einnehmen?

<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
-----------------------------	-------------------------------

22. Übernimmt Ihre Krankenkasse die Medikamentenkosten gänzlich?

<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein			
23. Übernimmt Ihre Krankenkasse die gesamten Hilfsmittelkosten?				
<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein			
24. Falls Sie nicht krankenversichert sind: Können Sie die Behandlungs-, Medikamenten- und Hilfsmittelkosten ohne weitere finanzielle Unterstützung selber übernehmen?				
<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein			
25. Profitieren Sie von einer Wohlfahrtsinstitution oder von einer Werkstatt für Behinderte?				
<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein			
26. Bietet Ihnen die Wohlfahrtsinstitution oder Werkstatt eine kostenlose gesundheitliche Betreuung?				
<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein			
27. Aufgrund Ihrer Behinderung müssen Sie zu Hause bleiben, weil Sie das benötigte Hilfsmittel nicht haben.				
<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein			
28. Sie können sich das Hilfsmittel aufgrund Ihres geringen Einkommens nicht leisten.				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Völlig zutreffend	Zutreffend	Teils- teils	Unzutreffend	Völlig unzutreffend
29. Brauchen Sie für den Erwerb des benötigten Hilfsmittels finanzielle Unterstützung?				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Völlig zutreffend	Zutreffend	Teils- teils	Unzutreffend	Völlig unzutreffend

Fragen zur Mikrofinanz

30. Wissen Sie, was Mikrofinanz ist?	
<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Mikrofinanz ist die Bereitstellung einer breiten Palette von Finanzdienstleistungen, wie etwa Geldanlage, Kreditvergabe, Auszahlungsdienste, Überweisungen sowie Versicherungsdienstleistungen für Haushalte mit niedrigem Einkommen. Damit erhalten sie Zugang zu Finanzdienstleistungen, die ihnen helfen können, ihre sozioökonomische Entwicklung zu verbessern.	
31. Haben Sie schon einmal einen Kredit von einem Mikrofinanzprogramm in Syrien erhalten?	
<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
32. Wenn ja, hat dieser Mikrokredit Ihnen ermöglicht, ein Einkommen zu generieren?	
<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
33. Wenn nein, sehen Sie eine Möglichkeit, eine Arbeit zu finden, wenn Sie einen Kredit aufnehmen, so dass Sie sich davon ein Hilfsmittel kaufen können und die Rückgabe des Kredits gewährleisten?	
<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
34. Haben Sie schon mal versucht einen Mikrokredit von ACU oder anderen Programmen zu erhalten, nicht um eine Investition durchzuführen, sondern um ein Hilfsmittel zu kaufen oder zur Finanzierung Ihrer Gesundheitsausgaben?	
<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
35. Wurde Ihre Nachfrage nach einem Kredit erfüllt?	

<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein			
36. In der Regel vergeben die Mikrofinanzorganisationen in Syrien Mikrokredite für die Finanzierung der Gesundheitsausgaben nicht. Denken Sie, dass die folgenden Gründe dafür verantwortlich sind?				
a. Nicht erwerbsfähige Menschen haben keinen Zugang zur Mikrofinanz, weil sie den aufgenommenen Kredit nicht zurückzahlen können.				
<input type="checkbox"/> Völlig zutreffend	<input type="checkbox"/> Zutreffend	<input type="checkbox"/> Teils-teils	<input type="checkbox"/> Unzutreffend	<input type="checkbox"/> Völlig unzutreffend
b. Sie haben keinen Zugang zur Mikrofinanz, weil die Mikrofinanzprogramme nur auf die Armutsbekämpfung durch Schaffung von Arbeitsplätzen ausgerichtet sind.				
<input type="checkbox"/> Völlig zutreffend	<input type="checkbox"/> Zutreffend	<input type="checkbox"/> Teils-teils	<input type="checkbox"/> Unzutreffend	<input type="checkbox"/> Völlig unzutreffend
c. Um einen Kredit zu erhalten, muss eine rentable Investition getätigt werden um ihn zurückzahlen zu können.				
<input type="checkbox"/> Völlig zutreffend	<input type="checkbox"/> Zutreffend	<input type="checkbox"/> Teils-teils	<input type="checkbox"/> Unzutreffend	<input type="checkbox"/> Völlig unzutreffend
37. Stimmen Sie den folgenden Aussagen zu?				
a. Ein Mikrokredit könnte Ihnen helfen, mit Ihrer Behinderung umzugehen, und Ihre Integration in die Gesellschaft ermöglichen dadurch, dass er ihnen hilft, eine Arbeit zu finden.				
<input type="checkbox"/> Völlig zutreffend	<input type="checkbox"/> Zutreffend	<input type="checkbox"/> Teils-teils	<input type="checkbox"/> Unzutreffend	<input type="checkbox"/> Völlig unzutreffend
b. Durch einen Mikrokredit könnten Sie das für Sie benötigte Hilfsmittel (Rollstuhl) kaufen, falls Sie das Mittel nicht besitzen und ihr Einkommen dafür nicht ausreicht.				
<input type="checkbox"/> Völlig zutreffend	<input type="checkbox"/> Zutreffend	<input type="checkbox"/> Teils-teils	<input type="checkbox"/> Unzutreffend	<input type="checkbox"/> Völlig unzutreffend
38. Das soziale Kapital spielt eine relevante Rolle bei der Finanzierung im Gesundheitswesen in Syrien. Ihre Angehörigen/ Familie sind bereit, Ihren Kredit zurückzuzahlen, falls Sie nicht in der Lage sind, zu arbeiten und den aufgenommenen Kredit zurückzuzahlen?				
<input type="checkbox"/> Völlig zutreffend	<input type="checkbox"/> Zutreffend	<input type="checkbox"/> Teils-teils	<input type="checkbox"/> Unzutreffend	<input type="checkbox"/> Völlig unzutreffend

Herzlichen Dank für Ihre Mitarbeit!

Fragebogen 2: Patienten mit chronischen Lungenerkrankungen**Allgemeine Informationen****1. Bitte nennen Sie uns Ihr Geburtsjahr!****2. Bitte nennen Sie uns Ihr Geschlecht!**
 Weiblich Männlich
3. An welchen chronischen Lungenerkrankungen leiden Sie? COPD Lungenemphysem Zustand nach Lungenoperation Silikose Zustand nach radioaktiver Exposition Lungenfibrose Sonstige**4. Seit wann haben Sie diese Erkrankung?****5. Denken Sie, Sie können mit Hilfe eines Beatmungsgeräts wieder 100 m gehen, die Treppe bis zum ersten Stock steigen, 10 kg heben oder andere körperliche Arbeiten verrichten?**
 Ja Nein
6. Für die Durchführung einer Heimbeatmung sind einige Voraussetzungen unerlässlich wie Strom, sauberes Wasser und der Platz für den Einsatz des Gerätes.**a. Gibt es in Ihrer Wohnung Strom?**
 Ja Nein
b. Haben Sie in Ihrer Wohnung genug Platz für ein Beatmungsgerät?
 Ja Nein
c. Haben Sie Zugang zu sauberem Wasser, welches erforderlich für die Reinigung des Gerätes ist?
 Ja Nein
7. Sind Ihre Angehörige bereit, einen Großteil der Pflege zu übernehmen?
 Ja Nein
Fragen zur Einkommenslage**8. Welche Art des Einkommens haben Sie?**

<input type="checkbox"/> Arbeitslohn	<input type="checkbox"/> Rente	<input type="checkbox"/> Unterstützung durch eine Organisation	<input type="checkbox"/> Unterstützung durch Angehörige/ Partner	<input type="checkbox"/> Sonstige
--------------------------------------	--------------------------------	--	--	-----------------------------------

9. Wie viel Geld steht Ihnen aus all diesen Einkommen im Monat zur Verfügung?

Ca. _____ SL/ Monat

10. Aus welcher Arbeitsart bekommen Sie ihren Lohn?

<input type="checkbox"/> Landwirtschaftliche Arbeit	<input type="checkbox"/> Handwerksarbeit	<input type="checkbox"/> Staatliche Arbeit	<input type="checkbox"/> Sonstige	
11. Ändert sich Ihr Einkommen aufgrund unterschiedlicher Faktoren wie Wetter, Schwankungen der Marktpreise usw.?				
<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein			
12. Mit diesem Einkommen können Sie Ihre Grundbedürfnisse (Wohnung, Essen, Kleidung, Gesundheit) abdecken.				
<input type="checkbox"/> Völlig zutreffend	<input type="checkbox"/> Zutreffend	<input type="checkbox"/> Teils-teils	<input type="checkbox"/> Unzutreffend	<input type="checkbox"/> Völlig unzutreffend
13. Sie benötigen weitere finanzielle Unterstützung, um Ihre Alltagsprobleme überwinden zu können.				
<input type="checkbox"/> Völlig zutreffend	<input type="checkbox"/> Zutreffend	<input type="checkbox"/> Teils-teils	<input type="checkbox"/> Unzutreffend	<input type="checkbox"/> Völlig unzutreffend

Fragen zur Gesundheitsversorgung

14. Müssen Sie aufgrund Ihrer Krankheit zur stationären Behandlung ins Krankenhaus?	
<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
15. Wie lange müssen Sie durchschnittlich im Jahr im Krankenhaus bleiben?	
_____ Monate, oder _____ Tage	
16. Sind Sie krankenversichert?	
<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
17. Beahlt Ihre Krankenkasse die Gesamtkosten der Behandlung in den privaten Krankenhäusern?	
<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
18. Wenn Ihre Krankenkasse nur einen Teil der Behandlungskosten in den privaten Krankenhäusern übernimmt, können Sie mit Ihrem Einkommen den übrigen Teil finanzieren?	
<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
19. Müssen Sie aufgrund Ihrer Krankheit Medikamente einnehmen?	
<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
20. Übernimmt Ihre Krankenkasse die Medikamentenkosten gänzlich?	
<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
21. Übernimmt Ihre Krankenkasse die gesamten Hilfsmittelkosten (Beatmungsgerätkosten wie Sauerstoffkonzentratoren)?	
<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
22. Sind die Behandlungs-, Medikamenten- und Hilfsmittelkosten für Sie schwer tragbar, falls Sie nicht krankenversichert sind?	
<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
23. Können Sie selbst ein Beatmungsgerät kaufen?	
<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
24. Benötigen Sie für den Kauf des Gerätes weitere finanzielle Hilfe?	
<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein

Fragen zur Mikrofinanz

26. Wissen Sie, was Mikrofinanz ist?

Ja Nein

Mikrofinanz ist die Bereitstellung einer breiten Palette von Finanzdienstleistungen, wie etwa Geldanlage, Kreditvergabe, Auszahlungsdienste, Überweisungen sowie Versicherungsdienstleistungen für Haushalte mit niedrigem Einkommen. Damit erhalten sie Zugang zu Finanzdienstleistungen, die ihnen helfen können, ihre sozioökonomische Entwicklung zu verbessern.

27. Haben Sie schon mal einen Kredit von einem Mikrofinanzprogramm in Syrien erhalten?

Ja Nein

28. Wenn ja, hat dieser Mikrokredit Ihnen ermöglicht, ein Einkommen zu generieren?

Ja Nein

29. Wenn nein, sehen Sie eine Möglichkeit eine Arbeit zu finden, wenn Sie einen Kredit aufnehmen, so dass Sie sich davon ein Hilfsmittel kaufen können?

Ja Nein

30. Haben Sie schon einmal versucht, einen Kleinkredit von ACU oder anderen Programmen zu erhalten, nicht um eine Investition durchzuführen, sondern um ein Hilfsmittel zu kaufen oder zur Finanzierung Ihrer Gesundheitsausgaben?

Ja Nein

31. Wurde Ihre Nachfrage nach einem Kredit erfüllt?

Ja Nein

32. In der Regel vergeben die Mikrofinanzprogramme in Syrien keine Mikrokredite für die Finanzierung der Gesundheitsausgaben. Denken Sie, dass die folgenden Gründe dafür verantwortlich sind?

a. Sie haben keinen Zugang zur Mikrofinanz, weil Sie nicht erwerbsfähig sind und den aufgenommenen Kredit nicht zurückzahlen können.

Völlig zutreffend Zutreffend Teils-teils Unzutreffend Völlig unzutreffend

b. Sie haben keinen Zugang zur Mikrofinanz, weil die Mikrofinanzprogramme nur auf die Bekämpfung der Armut durch Schaffung von Arbeitsplätzen ausgerichtet sind.

Völlig zutreffend Zutreffend Teils-teils Unzutreffend Völlig unzutreffend

c. Um einen Kredit zu erhalten, muss eine rentable Investition getätigt werden um ihn zurückzahlen zu können.

Völlig zutreffend Zutreffend Teils-teils Unzutreffend Völlig unzutreffend

33. Stimmen Sie den folgenden Aussagen zu?

a. Ein Mikrokredit könnte Ihnen helfen, einen Arbeitsplatz für Sie zu schaffen, so dass ihre Einkommenssituation verbessert wird.

Völlig zutreffend Zutreffend Teils – teils Unzutreffend Völlig unzutreffend

b. Durch einen Kleinkredit könnten Sie das für Sie benötigte Beatmungsgerät kaufen, falls Sie das Mittel nicht besitzen und ihr Einkommen dafür nicht ausreicht.

Völlig zutreffend Zutreffend Teils – teils Unzutreffend Völlig unzutreffend

34. Das soziale Kapital spielt eine relevante Rolle bei der Finanzierung im Gesundheitswesen in Syrien. Sind Ihre Angehörigen/ Familie bereit Ihren Kredit zurückzuzahlen, falls Sie nicht in der Lage sind zu arbeiten und den aufgenommenen Kredit zurückzuzahlen.

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Völlig zutreffend	Zutreffend	Teils – teils	Unzutreffend	Völlig unzutreffend

Herzlichen Dank für Ihre Mitarbeit!

1 الأستبيان 1: يشمل الأشخاص المعاقين جسدياً

معلومات عامة

1. كم عمرك؟
2. الجنس ذكر أنثى
3. كيف تعيش في الوقت الحاضر أعيش مع والدي مع زوجي/زوجتي لدى أولادي مع أصدقائي في شقتي الخاصة في دار للرعاية في دار للعجزة و المسنين
4. أذكر من فضلك نوع الإعاقة الجسدية لديك إعاقة جسدية ولكنني أحتاج الكرسي المتحرك فقط لبعض الوقت إعاقة جسدية ولأستطيع التحرك إلا بواسطة كرسي متحرك لا أحتاج لكرسي متحرك
5. أذكر من فضلك سبب الإعاقة لديك خلقي مرض أصبت به حادث تعرضت له تقدم في السن أسباب أخرى ان وجدت
6. هل تملك الكرسي المتحرك التي تحتاجها للتعامل مع إعاقتك؟ نعم لا
7. ما المساعدة التي تحصل عليها وما حجمها؟ أحصل على مساعدة عن طريق منظمة أو جمعية خيرية أحصل على رعاية في المنزل من قبل أخصائيين مساعدة من الأهل و الأصدقاء ذكر أشكال أخرى للمساعدة إن وجدت
8. ما وضع الإعاقة لديك ؟ تزداد سوء مع الزمن بقيت على حالها يتم السيطرة عليها شيئاً فشيئاً
9. ما الدرجة العلمية التي حصلت عليها حتى الآن؟ تعليم ابتدائي إلزامي تعليم ثانوي تعليم مهني/ معهد متوسط إجازة جامعية/ دراسات عليا

أسئلة حول الدخل

10. ما هو نوع الدخل الذي تحصل عليه؟ عمل مأجور راتب تقاعد مساعدة عن طريق منظمة أو جمعية خيرية عن طريق العائلة و الأقرباء ذكر أنواع أخرى إن وجدت
11. ما مقدار دخلك الشهري؟ تقريباً _____ ل.س/ شهرياً
12. ما نوع العمل الذي يأتي عن طريقه دخلك؟ زراعي مهني وظيفة حكومية أعمال أخرى إن وجدت
13. هل يتغير دخلك تبعاً لعوامل متعددة مثل تقلبات الطقس أو تقلبات الأسعار في السوق؟ نعم لا
14. إن دخلك الشهري يكفيك لتسديد حاجاتك الأساسية (أجار المنزل , شراء ملابس و طعام, طبابة...الخ) موافق جداً موافق موافق إلى حد ما غير موافق غير موافق على الإطلاق

15. تلزمك مساعدة مالية إضافية كي تتمكن من تغطية نفقاتك الأساسية
 موافق جداً موافق موافق إلى حد ما غير موافق غير موافق على الإطلاق

أسئلة حول الحالة الصحية

16. هل يتوجب عليك الإقامة دائماً في المستشفى بسبب الإعاقة التي تعاني منها؟
 نعم لا

17. هل تذهب إلى المستشفى فقط في حالات نادرة (مثل تعرضك إلى كسر أو إصابتك بالتهاب رئوي... الخ) بالرغم من الإعاقة التي لديك؟
 نعم لا

18. هل لديك تأمين صحي؟
 نعم لا

19. هل يغطي التأمين الصحي كامل نفقات العلاج في المشافي الخاصة؟
 نعم لا

20. إذا كان التأمين الصحي يتحمل فقط جزء من تكاليف العلاج في المشافي الخاصة فهل يكفي ذلك لتحمل الجزء الآخر من النفقات في حال اضطرارك لدخول مشفى خاص؟
 نعم لا

21. هل يتوجب عليك بسبب إعاقتك/ مرضك أن تتناول الأدوية؟
 نعم لا

22. في حال تناولك الأدوية هل يتحمل التأمين الصحي كامل تكاليف الأدوية؟
 نعم لا

23. في حال حاجتك إلى استخدام وسيلة طبية معينة مثل كرسي متحرك هل يتحمل التأمين الصحي كامل التكاليف؟
 نعم لا

24. إذا كنت غير مؤمن صحياً هل تستطيع تحمل تكاليف العلاج والأدوية والمستلزمات الطبية دون ان تحصل على مساعدة مالية إضافية؟
 نعم لا

25. هل تستفيد من أحد منظمات الرعاية الإجتماعية الخاصة بالمعوقين؟
 نعم لا

26. في حال نعم. هل تقدم لك اتمنظمة الرعاية الصحية المجانية؟
 نعم لا

27. هل يتوجب عليك البقاء في المنزل وعدم القدرة على الإدماج في مجتمعك بسبب إعاقتك و ذلك لعدم قدرتك على شراء كرسي متحرك؟
 نعم لا

28. لم تتمكن من شراء الكرسي المتحرك الضروري لك لأن ثمنه غال مقارنة مع دخلك؟
 نعم لا

29. من أجل الحصول على الكرسي المتحرك الضروري لك تحتاج إلى دعم مالي اضافي.
 موافق جداً موافق موافق إلى حد ما غير موافق غير موافق على الإطلاق

أسئلة حول التمويل الصغير

30. هل تعرف ما هو التمويل الصغير؟ التمويل الصغير هو: توفير مجموعة واسعة من الخدمات المالية كالإستثمار، الإقراض، خدمات الدفع، وخدمات التامين للأسر المعيشية ذات الدخل المنخفض وهذا يتيح لهم الحصول على الخدمات المالية التي يمكن أن تساعدهم في تحقيق تميئهم الإقتصادية والإقتصادية
31. هل حصلت في أحد المرات على قرض من أحد البرامج المهمة بالتمويل الصغير في سوريا؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا
32. في حال نعم. هل ساعدك هذا القرض الصغير على تحسين وضعك المادي؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا
33. في حال عدم حصولك على القرض. هل تجد إمكانية إيجاد عمل في حال حصولك على قرض صغير من خلاله يمكنك شراء الوسيلة المساعدة التي تحتاجها ومن ثم استرداد القرض الممنوح لك؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا
34. هل حاولت أحد المرات أن تحصل على قرض من الهيئة العامة لمكافحة البطالة أو من برامج أخرى تهتم بالتمويل الصغير ليس من أجل استثماره في مشروع وإنما من أجل شراء وسيلة طبية معينة لك أو من أجل تغطية نفقاتك الصحية؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا
35. هل تمت الإستجابة لرغبتك وحصلت على القرض؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا
36. في حال عدم الاستجابة لرغبتك. هل تعتقد أن السبب يكمن في أ. أنت غير قادر على العمل وبالتالي لايمكنك استرداد القرض <input type="checkbox"/> موافق جداً <input type="checkbox"/> موافق <input type="checkbox"/> موافق إلى حد ما <input type="checkbox"/> غير موافق <input type="checkbox"/> غير موافق على الإطلاق ب. لأن برامج التمويل الصغير في سوريا تهتم فقط بمكافحة الفقر عن طريق إيجاد فرص عمل <input type="checkbox"/> موافق جداً <input type="checkbox"/> موافق <input type="checkbox"/> موافق إلى حد ما <input type="checkbox"/> غير موافق <input type="checkbox"/> غير موافق على الإطلاق ج. من أجل الحصول على قرض يجب استثماره في مشروع مدر للدخل من أجل ضمان استرداد القرض <input type="checkbox"/> موافق جداً <input type="checkbox"/> موافق <input type="checkbox"/> موافق إلى حد ما <input type="checkbox"/> غير موافق <input type="checkbox"/> غير موافق على الإطلاق
37. أجب عن الأسئلة التالية أ. قرض صغير يمكن أن يساعدك على الإندماج في مجتمعك والتعامل مع إعاقتك عن طريق تمكينك من إيجاد فرصة عمل لك. <input type="checkbox"/> موافق جداً <input type="checkbox"/> موافق <input type="checkbox"/> موافق إلى حد ما <input type="checkbox"/> غير موافق <input type="checkbox"/> غير موافق على الإطلاق ب. عن طريق هذا القرض الصغير يمكنك شراء الكرسي المتحرك الذي تحتاج إليه إذا كنت لا تملك هذا الكرسي ودخلك لا يكفي لشراؤه <input type="checkbox"/> موافق جداً <input type="checkbox"/> موافق <input type="checkbox"/> موافق إلى حد ما <input type="checkbox"/> غير موافق <input type="checkbox"/> غير موافق على الإطلاق
38. تلعب الأسرة دوراً هاماً في تغطية النفقات الصحية في سوريا. إن أسرتك وأقربائك مستعدون لرد قيمة القرض إذاكنت غير قادر على العمل. <input type="checkbox"/> موافق جداً <input type="checkbox"/> موافق <input type="checkbox"/> موافق إلى حد ما <input type="checkbox"/> غير موافق <input type="checkbox"/> غير موافق على الإطلاق

شكراً لتعاونكم

الإستبيان 2: ويشمل المرضى المصابين بأمراض رئئة حادة ومزمنة

معلومات عامة

1. كم عمرك؟
2. الجنس ذكر أنثى
3. ما نوع المرض الرئوي الذي تعاني منه انسداد الشعب الهوائية المزمن (COPD) وزمة رئئة حالة ما بعد إجراء عملية جراحية في الرئة تعرض الرئة لنشاط اشعاعي تليف رئوي سحار فحمي سيليكاتي ذكر حالات أخرى أن وجدت
4. منذ متى تعاني من هذا المرض؟
5. هل تعتقد أنك بمساعدة جهاز تنفس اصطناعي تستطيع ثابته المشي 100 م. تستطيع أن تصعد الدرج حتى الطابق الأول. تستطيع أن ترفع 10 كغ أو أن تمارس أعمال جسدية أخرى؟ نعم لا
6. من أجل استخدام جهاز تنفس اصطناعي في المنزل هناك مجموعة من الشروط لابد من توفرها مثل توافر الكهرباء والماء النظيف والمكان المناسب لوضع الجهاز أ. هل يوجد في منزلك كهرباء؟ نعم لا
ب. هل يتوفر في منزلك كهرباء في منزلك المكان الكافي لوضع الجهاز فيه؟ نعم لا
ج. هل يتوفر لديك الماء النظيف الضروري من أجل تنظيف الجهاز؟ نعم لا
7. هل عائلتك وأقربائك مستعدون للعناية بك في المنزل؟ نعم لا

أسئلة حول الدخل

8. ما هو نوع الدخل الذي تحصل عليه؟ عمل مأجور راتب تقاعد مساعدة عن طريق منظمة أو جمعية خيرية عن طريق العائلة والأقرباء ذكر أنواع أخرى إن وجدت
9. ما مقدار دخلك الشهري؟
تقريباً _____ ل.س/ شهرياً
10. ما نوع العمل الذي يأتي عن طريقه دخلك؟ زراعي مهني وظيفة حكومية أعمال أخرى إن وجدت
11. هل يتغير دخلك تبعاً لعوامل متعددة مثل تقلبات الطقس أو تقلبات الأسعار في السوق؟ نعم لا
12. إن دخلك الشهري يكفيك لتسديد حاجاتك الأساسية (أجار المنزل, شراء ملابس و طعام و طبابة...الخ) موافق جداً موافق موافق إلى حد ما غير موافق غير موافق على الإطلاق
13. تلزمك مساعدة مالية إضافية كي تتمكن من تغطية نفقاتك الأساسية موافق جداً موافق موافق إلى حد ما غير موافق غير موافق على الإطلاق

أسئلة حول الحالة الصحية

14. هل يتوجب عليك الإقامة دائماً في المستشفى بسبب المرض الذي تعاني منه؟
 نعم لا
15. كم يتوجب عليك وسطياً البقاء في المشفى أثناء العام؟
 أو شهر _____ يوم
16. هل لديك تأمين صحي؟
 نعم لا
17. هل يغطي التأمين الصحي كامل نفقات العلاج في المشافي الخاصة؟
 نعم لا
18. إذا كان التأمين الصحي يتحمل فقط جزء من تكاليف العلاج في المشافي الخاصة فهل يكفي ذلك لتحمل الجزء الآخر من النفقات في حال اضطرارك لدخول مشفى خاص؟
 نعم لا
19. هل يتوجب عليك بسبب مرضك أن تتناول الأدوية؟
 نعم لا
20. في حال تناولك الأدوية هل يتحمل التأمين الصحي كامل تكاليف الأدوية؟
 نعم لا
21. في حال حاجتك إلى استخدام وسيلة طبية معينة مثل جهاز تنفس هل يتحمل التأمين الصحي كامل التكاليف؟
 نعم لا
22. إذا كنت غير مؤمن صحياً هل تستطيع تحمل تكاليف العلاج والأدوية والمستلزمات الطبية دون أن تحصل على مساعدة مالية إضافية؟
 نعم لا
23. هل تستطيع بمفردك شراء جهاز تنفس إصطناعي؟
 نعم لا
24. هل تحتاج إلى مساعدة مالية إضافية من أجل شراء هذا الجهاز؟
 نعم لا

أسئلة حول التمويل الصغير

25. هل تعرف ما هو التمويل الصغير؟
 التمويل الصغير هو: توفير مجموعة واسعة من الخدمات المالية كالإستثمار، الإقراض، خدمات الدفع، وخدمات التأمين للأسر المعيشية ذات الدخل المنخفض وهذا يتيح لهم الحصول على الخدمات المالية التي يمكن أن تساعدهم في تحقيق تنميتهم الإقتصادية والإجتماعية
26. هل حصلت في أحد المرات على قرض من أحد البرامج المهتمة بالتمويل الصغير في سوريا؟
 نعم لا
27. في حال نعم. هل ساعدك هذا القرض الصغير على تحسين وضعك المادي؟
 نعم لا
28. في حال عدم حصولك على القرض. هل تجد إمكانية إيجاد عمل في حال حصولك على قرض صغير من خلاله يمكنك شراء الوسيلة المساعدة التي تحتاجها ومن ثم استرداد القرض الممنوح لك؟
 نعم لا

29. هل حاولت أحد المرات أن تحصل على قرض من الهيئة العامة لمكافحة البطالة أو من برامج أخرى تهتم بالتمويل الصغير ليس من أجل استثماره في مشروع وإنما من أجل شراء وسيلة طبية معينة لك أو من أجل تغطية نفقاتك الصحية ؟
 نعم لا

30. هل تمت الإستجابة لرغبتك وحصلت على القرض؟

نعم لا

31. في حال عدم الإستجابة لرغبتك. هل تعتقد أن السبب يكمن في
 أ. أنت غير قادر على العمل وبالتالي لايمكنك إعادة القرض

موافق جداً موافق موافق إلى حد ما غير موافق غير موافق على الإطلاق

ب. لأن برامج التمويل الصغير في سوريا تهتم فقط بمكافحة الفقر عن طريق إيجاد فرص عمل

موافق جداً موافق موافق إلى حد ما غير موافق غير موافق على الإطلاق

ج. من أجل الحصول على قرض يجب استثماره في مشروع مدر للدخل من أجل ضمان استرجاع القرض الممنوح

موافق جداً موافق موافق إلى حد ما غير موافق غير موافق على الإطلاق

32. أجب عن الأسئلة التالية:

أ. قرض صغير يمكن أن يساعدك على إيجاد فرصة عمل لك من خلالها يمكنك تحسين وضعك المادي.

موافق جداً موافق موافق إلى حد ما غير موافق غير موافق على الإطلاق

ب. عن طريق هذا القرض الصغير يمكنك شراء جهاز تنفس اصطناعي أنت بحاجة إليه إ ذا كنت لا تملك هذا الجهاز ودخلك لا يكفي لشراؤه

موافق جداً موافق موافق إلى حد ما غير موافق غير موافق على الإطلاق

33. تلعب الأسرة دوراً هاماً في تغطية النفقات الصحية في سوريا . إن أسرتك وأقربائك مستعدون لرد قيمة القرض إ ذا كنت غير قادر على العمل.

موافق جداً موافق موافق إلى حد ما غير موافق غير موافق على الإطلاق

شكراً لتعاونكم

Ehrenwörtliche Erklärung

Hiermit erkläre ich ehrenwörtlich, dass ich die eingerichtete Dissertation:
„Mikrofinanz als Instrument zur Finanzierung medizinischer Hilfsmittel in Syrien“
selbständig und ohne Hilfe verfasst und keine anderen als die angegebenen Hilfsmittel
verwendet habe.

Insbesondere versichere ich, dass ich alle wörtlichen und sinngemäßen Zitate als solche
kenntlich gemacht habe

Die Arbeit wurde bisher weder im Inland noch im Ausland in gleicher oder ähnlicher
Form einer anderen Prüfungsbehörde vorgelegt und ist auch noch nicht veröffentlicht.

Greifswald, den 9. September 2009

Lebenslauf

Persönliches

Geburtsdatum: 25.03.1976
Geburtsort: Latakia in Syrien
Familienstand: Ledig

Bildungsgang

1982 -1991 Grund- und Mittelschule sowie Gymnasium in Syrien, Stadt Lattakia
1995-1999 Studium der Wirtschaftswissenschaft an der der Tischrin Universität mit dem Prädikat „sehr gut“.
2000-2001 Diplom der Wirtschaftswissenschaft (Unternehmungsführung) mit dem Prädikat „sehr gut“.

Berufstätigkeit

04/2001 wissenschaftliche Assistentin an der Wirtschaftswissenschaftsfakultät Universität Tischrin, Lattakia, Syrien.

Studium in Deutschland

10/ 2003 – 8/ 2004 Sprachkurse in Kassel.
10/2004 DSH Prüfung (Deutsche Sprache für Hochschulzugang) an der Universität Kassel.
2004-2006 Diplom II im Fachbereich Wirtschaftswissenschaften an der Universität Kassel. Diplomarbeit II Thema: „Mikrokredite als Instrumente der ländlichen Entwicklung: Das Modell der Grameen Bank und seine Übertragung auf Lateinamerika“.
Seit 10/ 2006 Doktorandin an der Universität Greifswald, Rechts- und Staatswissenschaftliche Fakultät, Lehrstuhl für Allgemeine Betriebswirtschaftslehre und Gesundheitsmanagement.