



**Hochschule für Angewandte
Wissenschaften Hamburg**
Hamburg University of Applied Sciences

Das Gesundheitssystem in Marokko

Thesis zur Erlangung des Grades
Bachelor of Arts in Health Sciences

an der

Hochschule für angewandte Wissenschaften Hamburg

Hamburg, Februar 2011

vorgelegt von

Abdelaziz Dawdi

Betreut von Frau Prof. Dr. Christine Färber und Frau. Dr. Zita Schillmöller

Inhaltsverzeichnis:

1. Einleitung	6
2. Eckdaten über Marokko	9
2.1 Geografische Situation und Historischer Hintergrund	9
2.2 Soziale und Kulturelle Situation	13
2.3 Bildungswesen.....	14
2.4 Wirtschaftliche Lage	15
3. Gesundheitliche Situation in Marokko 17	
3.1 Gesamtmortalität.....	18
3.2 Lebenserwartung.....	19
3.3 Kindersterblichkeit.....	19
3.4 Morbidität	20
3.4.1 Übertragbare Erkrankungen.....	20
3.4.1.1 Tuberkulose.....	21
3.4.1.2 Übertragung von HIV.....	23
3.4.2 Nicht übertragbare Erkrankung.....	24
3.4.2.1 Krebserkrankungen bei Frauen.....	25
3.4.2.2 Chronische Krankheiten.....	27
3.4.2.2.1 Angina Pectoris.....	28
3.4.2.2.2 Arthrose.....	29
3.4.2.2.3 Asthma.....	29
3.4.2.2.4 Diabetes.....	30
3.4.2.3 Psychische Krankheiten.....	30
3.4.2.3.1 Depression.....	31
3.4.2.3.2 Schizophrenie	32
3.5 Zugang zum Trinkwasser.....	32
3.6 Zusammenfassung.....	33
4. Aufbau der Gesundheitlichen Versorgung in Marokko	34
4.1 Öffentlicher Sektor	35
4.2 Privater Sektor.....	35

4.3	Internationale Programme.....	36
4.3.1	Unterstützung der Dezentralisierung..... des Gesundheitssystems im Bereich reproduktiver Gesundheit	37
5.	Finanzierung des Gesundheitssystem.....	39
5.1	Das Budget des Gesundheitsministeriums.....	40
6.	Historischer Entwicklung des marokkanisches Gesundheitssystem.....	41
7.	Die Gesundheitsreform 2005.....	42
8.	Problem des Gesundheitssystem.....	44
9.	Schlussbemerkung und Diskussion.....	48
10.	Literaturverzeichnis.....	50

Abbildung- und Tabellenverzeichnis:

Abbildung 1: Königreich Marokko Landkarte. (vgl. Map-of-Morocco)	10
Tabelle 2: Altersverteilung der marokkanischen und deutschen Bevölkerung	12
Abbildung 3 Aufbau der Gesundheitlichen Versorgung in Marokko	35
Tabelle 3: Fakten zur wirtschaftlichen Lage in Marokko	16

Statistisches Bundesamt 2010, b.

<http://www.destatis.de/jetspeed/portal/cms/Sites/destatis/Internet/DE/Content/Statistiken/Internationales/InternationaleStatistik/Land/Afrika/Marokko.psm1>.

Stand: 05.12.2010

Tabelle 4: Information zur Gesundheitssituation	11
---	----

Statistisches Bundesamt 2010, c.

<http://www.destatis.de/jetspeed/portal/cms/Sites/destatis/Internet/DE/Content/Statistiken/Internationales/InternationaleStatistik/Land/Afrika/Marokko.psm1>.

Stand: 8.12.2010

Tabelle 1: Marokko, Deutschland - Fakten: Territorium und Bevölkerung.....	10
--	----

Enquête sur La Santé 2003, d. Seite 41, eigene Darstellung.

http://srvweb.sante.gov.ma/Publications/Etudes_enquete/Documents/ESRSM2003.pdf. Stand: 11.12.2010

Abbildung 1: Königreich Marokko Landkarte. (vgl. Map-of-Morocco)	10
--	----

Tabelle 2: Altersverteilung der marokkanischen und deutschen Bevölkerung	12
--	----

Abbildung 3 Aufbau der Gesundheitlichen Versorgung in Marokko	35
---	----

24. Epidemiological Fact Sheet on HIV and AIDS

Core data on epidemiology and response, Morocco, Seite 4.

http://www.aids-laenderberichte.de/wp/wp-content/uploads/2010/05/2008_fact-sheet-morocco.pdf. Stand 23.01.2011

Tabelle 1: Marokko, Deutschland - Fakten: Territorium und Bevölkerung..... 10

Enquête sur la Santé 2003, f. Seite 54. eigene Darstellung.

http://srvweb.sante.gov.ma/Publications/Etudes_enquete/Documents/ESRSSM2003.pdf. Stand: 11.12.2010

Tabelle 1: Marokko, Deutschland - Fakten: Territorium und Bevölkerung..... 10

Enquête sur la Santé 2003, g. Seite 56. eigene Darstellung.

http://srvweb.sante.gov.ma/Publications/Etudes_enquete/Documents/ESRSSM2003.pdf. Stand: 11.12.2010

Tabelle 1: Marokko, Deutschland - Fakten: Territorium und Bevölkerung..... 10

Enquête sur la Santé 2003, h. Seite 58. eigene Darstellung

http://srvweb.sante.gov.ma/Publications/Etudes_enquete/Documents/ESRSSM2003.pdf. Stand: 12.12.2010

Tabelle 1: Marokko, Deutschland - Fakten: Territorium und Bevölkerung..... 10

Enquête sur la Santé 2003, i. Seite 35. eigene Darstellung.

http://srvweb.sante.gov.ma/Publications/Etudes_enquete/Documents/ESRSSM2003.pdf. Stand: 13.12.2010

Abbildung 3: Aufbau der Gesundheitlichen Versorgung in Marokko..... 34

1. Einleitung:

Zur Sicherung der Gesundheit einzelner Personen und ganzer Bevölkerungen haben sich in verschiedenen Gesellschaften unterschiedliche Gesundheitssysteme entwickelt (vgl. Baur, Heimer und Wieseler 2000). Diese basieren vor allem auf multifaktoriellen und sozialhistorischen Prozessen (vgl. Mayntz und Rosewitz 1988) und weniger auf einer zeitnahen und problemangemessenen Gestaltung durch die Gesundheitspolitik. Dennoch folgt regelmäßig eine Reform des Gesundheitssystems auf die andere, da beständig Kritik geübt und Veränderungsbedarf festgestellt und gefordert wird. Aktuelle Problembereiche werden in der Finanzierung der Gesundheitssysteme, deren Wirtschaftlichkeit und Qualität sowie deren fehlende Bürger- und Patientenorientierung gesehen (vgl. für Deutschland: Badura, Hart und Schnellschmidt 1999, Dreppe 2000 Rosenbrock und Gerlinger 2004). Aus diesem Hintergrund wird in vielen Ländern, immer wieder die Forderung nach einer radikalen Umgestaltung des Gesundheitssystems laut (vgl. z.B. Zweifel und Breuer).

Dass das marokkanische Gesundheitssystem und dessen wenig zeitnahe und problemadäquate Gestaltung als Manko erscheint, ist kaum verwunderlich, da die sozialen und institutionellen Zusammenhänge in einem Gesundheitssystem und dessen Verflechtung mit anderen gesellschaftlichen Teilsystemen wie z.B. dem Wirtschaftssystem, dem Bildungssystem, dem Rechtssystem in hohem Maße komplex sind. Die soziologische Systemtheorie in ihrer strukturell-funktionalen Variante geht davon aus, dass gesellschaftliche Teilsysteme in ihrer Entwicklung weitgehend autonom und nur begrenzt, wenn überhaupt, von außen steuerbar sind (Luhmann 1983). Diese Sichtweise wird in Bezug auf das Gesundheitssystem durchaus kritisch diskutiert (Albert 1989). Dennoch bleibt festzuhalten, dass es kaum möglich sein dürfte, ein gesellschaftliches Teilsystem wie das Gesundheitssystem, am „Reißbrett“ so zu entwerfen, dass es allen gesundheitlichen Problemlagen entsprechen und angemessen agieren kann, ohne nicht-intendierte Handlungsfolgen zu produzieren. Damit wird nicht grundsätzlich die Steuerbarkeit und Gestaltbarkeit des Gesundheitssystems in Abrede gestellt, sondern die Möglichkeit zielgenauer Steuerungsintervention bzw. Neukonstruktionen hinterfragt.

Bislang existiert jedoch (noch) keine einheitliche Bestimmung dessen, was unter einem Gesundheitssystem verstanden wird. Badura und Strodtholz (2003) unterscheiden zwei Definitionsansätze: einen eher institutionenbezogenen und einen eher funktionsbezogenen Ansatz.

Bei dem *institutionenbezogenen Ansatz*, werden in der Regel der stationäre Versorgungssektor, der ambulante Versorgungssektor, der Arzneimittelsektor, der zahnmedizinische Sektor und der öffentliche Gesundheitsdienst genannt.

Der *funktionsbezogenen Ansatz* orientiert sich hingegen an einem breiteren Spektrum von Systemelementen, diese sind u.a.: „Policies“ (Leitbilder, Grundsätze der Gesundheitspolitik), verschiedene Funktionsbereiche (Gesundheitsförderung, Prävention, Kuration, Rehabilitation, Pflege), einzelne Operationen (z.B. Diagnose, Therapie, Pflege, Planung, Verwaltung) Ressourcen (Finanzen, Sachmittel, Personal u.a.), Institutionen und

Trägerschaften (Gebietskörperschaften, Krankenkassen, Forschungsinstitute u.a.). Das System wird dabei als offen für gesellschaftliche Wirkfaktoren und Rahmenbedingungen konzipiert, wie etwa sozioökonomische und demographische Einflüsse oder die Veränderung des Krankheitspanoramas etc.

Ein zentrales Anliegen der vorliegenden Bachelorarbeit ist es, eine allgemeinverständliche Einführung in das marokkanische Gesundheitssystem zu bieten. Zugleich soll die Einführung natürlich sachlich richtig sein und nicht durch zu starke Vereinfachung in die Irre führen. Das setzt einer vereinfachenden Darstellung gelegentlich Grenzen, da die Nichterwähnung von Ausnahmen, Besonderheiten, oder Einschränkungen einer Rechtsvorschrift leicht zu einem falschen Bild führen kann. Da der Gegenstand, „Gesundheitssystem“ mittlerweile außerordentlich komplex ist, kann und darf die Sprache das eine oder andere Mal nicht in dem Maße vereinfacht werden, wie dies für eine Einführung wünschenswert wäre, die sich vor allem an Nichteingeweihte und Nichtexperten richtet. Es bleibt in diesen Fällen nur die Bitte um Verständnis, dass im Zweifelsfall der sachlichen Richtigkeit Vorrang eingeräumt werden muss.

Zum Schluss der Arbeit werden bezüglich der Struktur des marokkanischen Gesundheitssystems, Schlussfolgerungen gezogen und Handlungsempfehlungen gegeben.

2. Eckdaten über Marokko

Eckdaten über Marokko sind wichtig, um einen generellen Überblick über Geographie, Bevölkerungsentwicklung, Geschichte, Wirtschaft und Sozialstruktur des Landes zu bekommen, welche den Rahmen für das Gesundheitswesen bilden.

2.1 Geografische Situation

Größe und Lage: Im Vergleich mit anderen afrikanischen Staaten ist Marokko flächenmäßig mit nur 446.000 qkm zwar kein großes Land, jedoch ist es das viertgrößte arabische Land nach den Staaten Ägypten, Sudan und Algerien. Zusätzlich besitzt es ca. 266.000 qkm im völkerrechtlich umstrittenen Westsahara-Gebiet.



Abbildung 1: Königreich Marokko Landkarte. (vgl. Map-of-Morocco)

Al-Mamlaka al-maghribiya (Königreich Marokko) liegt im Nordwesten Afrikas zwischen dem 28. und 36. Breitengrad und dem 1. und 13. Längengrad und ist durch die Straße von Gibraltar vom europäischen Kontinent getrennt. Als westlichstes der fünf Maghrebländer grenzt es im Norden an das Mittelmeer, im Westen an den Atlantischen Ozean, im Osten an Algerien und im Süden an Mauretanien.

Hauptstadt : Rabat mit ca. 700.000 Einwohnern.

Land (Kontinent)	Bevölkerung	Gesamtfläche (km ²)	Bevölkerung je (km ²)
Marokko (Afrika)	33.241.300	446.550	74
Deutschland (Europa)	82.002.400	357.021	230

Tabelle 1: Marokko, Deutschland - Fakten: Territorium und Bevölkerung
(vgl. Auswärtiges Amt 2010, a)

Bevölkerung und Alter: 28,4 % der Einwohner sind jünger als 15 Jahre (2009), 64,3 % der Bevölkerung sind im Alter zwischen 15 und 64 Jahren, die Gruppe der über 65jährigen beträgt lediglich 5,4 %.

Das Bevölkerungswachstum liegt bei ca. 1,4% p.a. und das Durchschnittsalter bei 23 Jahren.

Die demographischen Daten von 2005 im Vergleich zu Deutschland sind in folgender Tabelle aufgelistet:

Land (Kontinent)	Bevölkerung 0-14 Jahre	Bevölkerung 15-64 Jahre	Bevölkerung über 65 Jahre	Bevölkerungswachstum
Marokko (Afrika)	10.504.250	21.074.984	1.662.065	515.240
Deutschland (Europa)	11.621.544	54.728.407	16.072.348	-16.484
Land (Kontinent)	Bevölkerungsanteil 0-14 Jahre (%)	Bevölkerungsanteil 15-64 Jahre (%)	Bevölkerungsanteil über 65 Jahre (%)	Bevölkerungswachstum (%)
Marokko (Afrika)	31,60	63,40	5,00	1.479
Deutschland (Europa)	14,10	66,40	19,50	0.053

Tabelle 2: Altersverteilung der marokkanischen und deutschen Bevölkerung

(vgl. Statistisches Bundesamt 2010, a)

Eine Besonderheit der demographischen Situation in Marokko im Vergleich zu Deutschland, ist das hohe Bevölkerungswachstum. Trotz eines gewissen Rückgangs in den letzten Jahren, von 1.7 % im Jahr 2000 auf 1.4 % in 2009, bleibt das natürliche Bevölkerungswachstum in Marokko weiterhin eines der höchsten in den Maghrebländern (vgl. Indexmundi 2010)

Im Jahr 2005 hatte Deutschland rund 82.438.300 Einwohner, das war fast das Dreifache der Einwohnerzahl Marokkos. Eine weitere Besonderheit ist der hohe Anteil der Bevölkerungsgruppe zwischen 15 und 64 Jahren. Mehr als die Hälfte der marokkanischen Bevölkerung befindet sie sich in dieser Altersgruppe. Im Vergleich zu Deutschland hat Marokko somit immer mehr Kinder und Jugendliche, aber weniger Einwohner die das 65. Lebensjahr überschreiten.

Geschichte und Politik: Marokko wird seit dem zweiten Jahrtausend v. Chr. von den Berbern bewohnt. Im Jahr 46 n.Chr. wurde das Gebiet des heutigen Marokko von Rom als Teil der Provinz Mauretaniens annektiert. Im 5. Jahrhundert überrannten die Vandalen (vgl. mittelalter-genealogie) diesen Teil des schrumpfenden römischen Reiches. Die Araber eroberten um 685 auch marokkanisches Gebiet und brachten den Islam in die Region. Zusammen mit den Arabern starteten die Berber im Jahr 711 eine Invasion in Spanien. Später revoltierten die Berber aber gegen die Araber, da diese den Berbern nur einen untergeordneten Status zuwiesen. Im Jahr 1086 übernahmen Berber die Kontrolle über weite Gebiete des maurischen Spaniens bis sie im 13. Jahrhundert im Zuge der christlichen Reconquista vertrieben wurden.

1660 kam Marokko unter die Kontrolle der Alawiden-Dynastie. Die Alawiden behaupten, vom Propheten Mohammed abstammen und beherrschen Marokko bis heute. Sie befreiten die meisten von Portugal und Spanien besetzten Küstenstädte, nur Ceuta, Sidi Ifni und Melilla blieben in spanischem Besitz.

Im 17. und 18. Jahrhundert gehörte Marokko zu den Rückzugsgebieten von Piraten, die den Mittelmeerhandel bedrohten. Europas Mächte zeigten ab etwa 1840 Interesse, Marokko zu kolonisieren, es kam zu häufigen Auseinandersetzungen mit Frankreich und Spanien. Im Jahr 1904 trafen Frankreich und Spanien eine geheime Absprache, die Marokko in französische und spanische Einflusszonen teilte. Frankreich übernahm die Kontrolle über den größten Teil von Marokko, Spanien bekam den kleineren südwestlichen Teil, der als Spanisch-Sahara bekannt wurde.

Im März 1912 wurde Marokko französisches Protektorat. Die Franzosen bauten die Infrastruktur des Landes weiter aus und erklärten Rabat zur Hauptstadt. Im Laufe des Zweiten Weltkriegs nahm der Nationalismus in Marokko zu und im Jahr 1943 verlangte die nationalistische Partei mehr Rechte für die marokkanische Bevölkerung und die Unabhängigkeit von Frankreich (vgl. Transafrika), Sultan Mohammed V. unterstützte die

zahlreichen Unabhängigkeitsbewegungen und wurde daraufhin von Frankreich abgesetzt. 1955 kehrte er aus dem Exil nach Marokko zurück und ernannte sich, nach dem Erlangen der vollständigen Unabhängigkeit des Landes, 1956 zum König. Als er 1961 starb, wurde sein Sohn Hassan II. König von Marokko. Im Jahr 1975 zogen sich die Spanier aus der Kolonie der Westsahara zurück, nachdem König Hassan II. 350.000 unbewaffnete Marokkaner auf einen Friedensmarsch in das Gebiet geschickt hatte, um es für Marokko einzufordern. 1976 entließ Spanien seine Provinz Spanisch-Sahara in die Unabhängigkeit. Mauretanien und Marokko teilten das Land kurzerhand unter sich auf. 1999 starb König Hassan II. Seitdem führt sein Sohn Mohammed VI. das Königreich an.

2.2 Soziale und Kulturelle Situation

Marokko ist nach der Verfassung von 1972 (mit Änderungen von 1992 und 1996) eine konstitutionelle Monarchie mit sehr starker Stellung des Königs, der das politische und in weiten Bereichen auch das wirtschaftliche System beherrscht.

Marokko versteht sich als Ort des Dialogs und Austauschs und legt zunehmend Wert auf seine "*identité plurielle*", welche durch ein reiches kulturelles Erbe aus arabischen, berberischen, afrikanischen und andalusischen Einflüssen geprägt ist. Die sprachliche Vielfalt wird ebenfalls gefördert, denn neben Arabisch wird eine Vielzahl von Berberdialekten gesprochen. Die Berbersprache Amazigh ist sogar neben Arabisch zur offiziellen Unterrichtssprache aufgewertet worden und wird seit 2003 an mittlerweile mehr als 1.900 Grundschulen unterrichtet (vgl. Auswärtiges Amt 2010, b). Französisch wird im gesamten Land als Handels- und Bildungssprache benutzt.

Rund 20 % der Marokkaner sind arabisch stämmig. Die Berber, die etwa 80 % der Bevölkerung ausmachen, sind heute zumeist sesshafte Bauern. Es leben rund 60.000 Ausländer im Land, darunter vor allem Franzosen, Spanier, Italiener, Tunesier und Algerier. Im Gegenzug leben über eine Million

Marokkaner in Frankreich und sind somit wichtige Vertreter des Islam in Frankreich.

Staatsreligion ist der Islam. Rund 99,8 % der Bevölkerung sind Muslime, davon 90 % Sunniten. 69.000 Einwohner bekennen sich zum Christentum (meist Katholiken; siehe Christentum in Marokko) und 8.000 zum Judentum.

2.3 Bildungswesen

Das Bildungswesen zählt zu den Prioritäten der aktuellen Regierung und von König Mohammed VI. Eine 1999 initiierte Kampagne zur Reform der Schulausbildung hatte sich eine 100-Prozentige Einschulungsrate bis 2002 zum Ziel gesetzt. Davon ist man trotz aller Bemühungen leider noch weit entfernt, die Einschulungsquote ist zwar beträchtlich gestiegen und liegt landesweit für 6-Jährige bei 92 Prozent, jedoch besucht in der Gruppe der 15-Jährigen nur noch die Hälfte eine Schule (vgl. Auswärtiges Amt 2010, c). 38,45 Prozent des Bevölkerungsanteils der über 15-Jährigen gelten offiziell als Analphabeten. Dies bedeutet, dass 9 Millionen Menschen weder lesen noch schreiben können. Die Analphabetenquote ist auf dem Land deutlich höher als in den Städten, besonders betroffen sind Frauen und Mädchen. Mädchen auf dem Land genießen trotz der 1963 eingeführten Schulpflicht keine adäquate Schulausbildung. Der Anteil der Kinder im Alter von 10-14 Jahren, die nicht eingeschult sind, beträgt 13,3 Prozent, was mehr als 500.000 Kindern entspricht. Offizielle Zielvorgabe ist es, bis 2015 den Analphabetismus in Marokko auszumerzen, was sicherlich zu ehrgeizig ist. Momentan glaubt kaum ein Experte, dass die Analphabetenquote bis zum Jahre 2010 auf unter 20 Prozent gedrückt werden konnte. Ein vom Erziehungsministerium im Jahre 2008 initiiertes Notfallplan soll neue Impulse geben und die Schulausbildung in den kommenden Jahren spürbar verbessern. Es bleibt abzuwarten, ob die hochgesteckten Ziele erreicht werden können. Immerhin wurde das für diese Pläne vorgesehene Budget für das Jahr 2009 um 23,6 Prozent erhöht.

Wie die Schulen leiden auch die Universitäten seit Jahren unter Überfüllung und schwacher Mittelausstattung. Gleichzeitig ist der marokkanische Arbeitsmarkt nicht in der Lage, Schul- und Studienabgänger in ausreichendem

Maße aufzunehmen. Akademikerarbeitslosigkeit ist zu einem nationalen Phänomen geworden. Der Migrationsdruck ist hoch. 2003 ist eine weit reichende Universitätsreform in Kraft getreten. Sie zielt darauf, Studieninhalte neu auszurichten und mehr den Bedürfnissen des Arbeitsmarktes anzupassen, Studienzeiten zu verkürzen, international gültige Standards zu erreichen und international anerkannte Abschlüsse anzubieten. Die Umsetzung der Reform ist inzwischen erfolgt (vgl. Auswärtiges Amt 2010, d).

2.4 Wirtschaftliche Lage

Marokko ist ein Entwicklungsland mit allgemein mittlerer ökonomischer Entwicklung (vgl. Worldbank 2010). Aber im Vergleich mit anderen afrikanischen Staaten ist die wirtschaftliche Lage in Marokko sehr weit fortgeschritten, weil das Land über eine marktwirtschaftlich orientierte Ordnung verfügt, die den Schutz des Eigentums, der Gewerbe- und Niederlassungsfreiheit und des Wettbewerbs vorsieht.

BIP zu jeweiligen Preisen	Mrd. US\$	91	2009
BIP zu jeweiligen Preisen, je Einwohner	US\$	2 795,17	2009
Reale Veränderung des BIP	% zum Vorjahr	5,01	2009
Inflation (Veränderung des VPI)	% zum Vorjahr	1,00	2009
Bruttowertschöpfung: Sektor Landwirtschaft	% des BIP	19,87	2009
Bruttowertschöpfung: Produzierendes Gewerbe	% des BIP	27,30	2009
Bruttowertschöpfung: Dienstleistungssektor	% des BIP	52,83	2009

Tabelle 3: Fakten zur wirtschaftlichen Lage in Marokko
(vgl. Statistisches Bundesamt 2010, b)

Die Dienstleistungen machten in Marokko im Jahr 2008 52,83 % am BIP aus, dies ist damit der wichtigste Wirtschaftssektor. Obwohl 43,6 % der erwerbstätigen Bevölkerung in der Landwirtschaft beschäftigt sind, macht diesen Sektor nur 19,87 % am BIP aus.

Das Wirtschaftswachstum beträgt 6,8 % für 2009 gegenüber 6,1% 2008.

Laut einer Studie des *Haut Commissariat au Plan* (HCP Oberste Kommission für Statistik) wird das marokkanische Wirtschaftswachstum immer weniger durch die Landwirtschaft bestimmt, sondern mehr von den Schwankungen des Dienstleistungssektors und vom produzierenden Gewerbe abhängig.

Wirtschaftspolitisches Ziel der Regierung ist die Bekämpfung der Armut durch ein dauerhaft hohes Wirtschaftswachstum, und die Schaffung neuer Arbeitsplätze. Dies ist der Regierung teilweise gelungen.

Im Vergleich zum zweiten Quartal 2008 sind die Beschäftigtenzahlen in Marokko im Jahr 2009 gestiegen. 232.000 mehr Marokkaner haben in diesem Frühjahr 2009 eine Arbeitsstelle als im Vorjahr, trotz globaler Wirtschaftskrise. Die Arbeitslosenquote ist somit innerhalb des Jahres 2008/2009 von 9,1 % auf 8,0 % gesunken (vgl. Infobörse Marokko 2010)

Diese Entwicklung lässt sich vor allem durch den starken Einfluss des Primärsektors (Land- und Forstwirtschaft, Fischfang) erklären, auch im Baugewerbe und in der Dienstleistung sind neue Jobs entstanden. In den meisten anderen Sektoren sieht es hingegen nicht so gut aus. Stellenverluste sind besonders im Textilgewerbe (24.000 Stellen) und im Bereich „Transport, Lagerung und Kommunikation“ (25.000) zu verzeichnen. Das *Haut Commissariat au Plan*, stellte fest, dass der Rückgang der Arbeitslosenzahlen hauptsächlich den 15- bis 24-jährigen auf dem Land sowie den 25- bis 34-jährigen Stadtbewohnern zugutegekommen sei.

Ein wichtiges Anliegen der marokkanischen Regierung ist zudem die fortschreitende Integration der Wirtschaft in den Welthandel. Marokko ist Mitglied der WTO (*World Trade Organisation*), verstärkte 2008 sein Engagement im Rahmen der OECD (*Organisation for Economic Co-operation and Development*) und hat Freihandelsabkommen mit der Europäischen Union, den Vereinigten Staaten und der Türkei abgeschlossen. Marokko hat

im Oktober 2008 im Verhältnis zur EU einen "*Statut Avancé*" (fortgeschrittenen Status) erhalten. Damit wird eine Politik anerkannt, die sich weit über den wirtschaftspolitischen Rahmen hinaus konsequent der Europäischen Union zuwendet. Vereinbart wurde die schrittweise Übernahme des *Acquis Communautaire*. Diese enge Verknüpfung mit Europa sichert mittelfristig die wirtschaftliche und gesellschaftliche Entwicklung Marokkos ab.

3. Gesundheitliche Situation in Marokko

Die medizinische Versorgung im Land ist mit Europa nicht zu vergleichen und ist oftmals technisch sowie apparativ problematisch - nur in großen Städten wie z.B. Casablanca oder Rabat ist sie einigermaßen zufriedenstellend. Das Gesundheitswesen ist aber im Vergleich zu anderen afrikanischen Staaten gut entwickelt. Die Ausgaben für den Gesundheitssektor in Marokko liegen nach Angaben der Weltgesundheitsorganisation (WHO) insgesamt bei 5% des Bruttoinlandproduktes (BIP), das entspricht etwa 2,5 Mrd. US\$ jährlich oder 84 US\$ pro Kopf der Bevölkerung.

Tabelle 4:Information zur Gesundheitssituation
(Zum Vergleich Angaben für Deutschland in Klammern)
(vgl. statistisches Bundesamt 2010, c.)

Merkmal	Einheit	Wert	Jahr
Lebenserwartung von Männern bei Geburt (76,7)	Jahre	69,1	2008
Lebenserwartung von Frauen bei Geburt (82,7)	Jahre	73,6	2008
Sterberate (9,7)	Todesfälle / 1.000 Einw.	5,8	2009
Kindersterblichkeit (3,99)	Todesfälle / 1.000 Lebendgeborenen	36,88	2009
Wasserversorgung der Bevölkerung (100)	In %	90	2009
Krankenhausbetten (8,3) im Jahr 2006	Je 1 000 Einw.	1,1	2007
Ärztedichte: Praktizierende Ärzte (3,5)	je 1 000 Einw.	0,6	2007
Gesundheitsausgaben (10,4)	In % des BIP	5	2006

3.1 Gesamtmortalität

Nach den sozio-ökonomischen Entwicklungen und dem Fortschritt der Gesundheit in den letzten Jahrzehnten, ist die Sterblichkeit im Land rapide gesunken. Die Sterberate wurde im Jahr 1960 auf 19 pro Tausend geschätzt und ging auf 7,4 pro Tausend zurück (1986-88), damit verzeichnete sie einen Rückgang von mehr als 61 Prozent im Lauf eines Vierteljahrhunderts. Zwischenzeitlich gab es jedoch einen langsamen Rückgang zwischen 1962 und 1975 (0,7% jährlich), gefolgt von einem schnelleren Rückgang nach 1975 mit einer jährlichen Durchschnittsrate von 7,5 Prozent. Heutzutage beträgt die Sterberate nur noch 5,8 Todesfälle je 1.000 Einwohner, dies ist auf die

Verbesserung der Lebensbedingungen im Vergleich zu den letzten zehn bis zwanzig Jahren zurückzuführen.(vgl. Enquête sur la Maroc 2003, a)

3.2 Lebenserwartung

Die Lebenserwartung bei der Geburt liegt mittlerweile bei 70. Lebensjahren, im Gegensatz zum Jahr 1962, wo die die Lebenserwartung nicht einmal das 50. Lebensjahr überschritt.

Wie in Deutschland leben Frauen in Marokko länger als Männer, dies ist durch verschiedene Faktoren begünstigt und erklärt z.B. durch den biologischen Aspekt und vermutlich u.a. dadurch, dass der Tabakkonsum bei Männern wesentlich höher ist als bei Frauen.

Ein Unterschied zwischen den städtischen und den ländlichen Gebieten in Marokko ist, dass auf dem Land lebende Frauen eine kürzere Lebenserwartung als Männer in städtischen Gebieten haben. Dies ist ein Phänomen, welches auf die Müttersterblichkeit zurückzuführen ist, die in den ländlichen Gebieten immer noch sehr hoch ist und somit zu einem erheblichen Nachteil für das Leben der Frauen auf dem Land wird. (vgl. Enquête sur la Santé 2003, b)

Nach Angaben des Gesundheitsministeriums beträgt die Lebenserwartung bei Männern aus dem städtischen Gebiet 69 Jahre zu 65 Jahre bei Männern aus den ländlichen Gebieten. Frauen aus dem städtischen Gebiet haben eine Lebenserwartung von 74 Jahren zu nur 64 Jahren zu Frauen aus den ländlichen Gebieten.

3.3 Kindersterblichkeit

Die Senkung der Mortalitätsrate und steigende Lebenserwartung bei der Geburt sind die wichtigsten Faktoren, die auf die drastische Reduzierung der Kindersterblichkeit, für Kinder unter fünf Jahren, in Marokko zurück zu führen sind. Es spielen dabei auch noch andere Aspekte eine wichtige Rolle, z.B. die

Verbesserung der sozio-ökonomischen und kulturellen Verhältnisse (Lebensqualität, Bildung der Eltern, Urbanisierung) sowie die Änderung des individuellen Gesundheitsverhaltens. Die marokkanische Bevölkerung hat angefangen zu lernen, Gesundheitsrisiken durch geeigneten Lebensstil zu vermeiden z.B. sich gesünder zu ernähren, sich Impfen zu lassen etc. Zudem zählt die Behandlung von Durchfallerkrankungen und von Infektionen der Atemwege, ebenfalls zu den positiven Faktoren, die bei der Bekämpfung der Kindersterblichkeit, Erfolge bringen.

Die Säuglingssterblichkeit lag im Jahr 1962 bei 149 pro Tausend und ist auf 40 pro Tausend im Jahr 2003-04 gesunken, damit verzeichnet sie einen Rückgang von mehr als 70 Prozent. Im selben Zeitraum lag auch die Kindersterblichkeit bei einer hohen Rate, die bei 213 pro Tausend betrug und ist auf 47 pro Tausend gesunken, was mit einem Rückgang von 75 Prozent zu benennen ist. (vgl. *Enquête sur la Santé 2003*, c)

3.4 Morbidität

Die bisherigen Untersuchungen in Marokko spiegeln viel mehr die Mortalität als die Morbidität im Zusammenhang mit übertragbaren und nichtübertragbaren Krankheiten wieder.

Obwohl das Land mehr epidemiologische Untersuchungen durchführt, stellen übertragbare Krankheiten wie z.B. Durchfallerkrankungen, Infektionen der Atemwege, Tuberkulose usw. immer noch ein großes Problem für die öffentliche Gesundheit in Marokko dar, als die nicht übertragbaren.

Die Umfrage *Enquête sur la Santé 2003* untersuchte die Morbidität im Zusammenhang mit übertragbaren Krankheiten wie Tuberkulose, HIV und nichtübertragbaren Krankheiten, ebenfalls häufige Krankheiten von Kindern, die früher verantwortlich für eine hohe Mortalität und Morbidität waren, sowie einige psychische Erkrankungen, ebenso chronische Krankheiten (*Angina pectoris* (Brustenge), Arthrose, Asthma und Diabetes) und Krebs, insbesondere der Brust und Gebärmutter etc. .

3.4.1 Übertragbare Erkrankungen

Es geht vor allem um Tuberkulose, die Übertragung von HIV und häufige Krankheiten von Kindern (Durchfall, akute Infektionen der Atemwege und Fieber).

3.4.1.1 Tuberkulose

Das Zusammenspiel dieser spezifischen Krankheit mit den allgemeinen Lebensbedingungen ist gut bekannt, diese Erkrankung ist somit ein guter Indikator für soziale und wirtschaftliche Entwicklung und gilt trotz der Bemühungen zur Bekämpfung der Tuberkulose, seitens des Gesundheitsministeriums, als reales Problem der öffentlichen Gesundheit in Marokko.

Tabelle. 5: Tuberkulose: Prozentsatz der Befragten aufgeteilt in: Personen, die Symptome der Tuberkulose haben (X) und Personen, die Testscreenings gemacht haben (Y)

(vgl. Enquête sur La Santé 2003, d.)

	Gesamtanzahl	Tuberkulose	
		(X)	(Y)
Geschlecht:			
Weiblich	2.258	18,4	5,6
Männlich	2.214	15,7	12,8
Wohnort:			
Stadt	2.572	16,6	12,5
Land	1.900	17,6	4,2
Alter:			
18-29	1.687	13,8	3,9
30-44	1.493	16,7	6,8
45-59	811	17,8	17,1
60-69	284	31,2	17,3
70-79	160	21,7	5
80+	37	33,6	0,5
Gesamtsumme:	4.472	17,1	8,9

Die oben aufgeführte Tabelle zeigt, dass die Erhebung rund 4.472 Personen erfasste, darunter 2.258 Frauen und 2.214 Männer.

Nach Angaben der Studie hatten 17.1 % von den gesamt befragten Personen zwölf Monate vor der Befragung Tuberkulose Symptome gehabt (Husten, der länger als drei Wochen dauert oder blutigen Auswurf), von den waren Frauen 18,4% und von den Männern, 15,7 % betroffen. Der Unterschied zwischen der städtischen und der ländlichen Bevölkerung ist nicht signifikant.

Unter den Personen, die die oben genannten Symptome zeigten, haben sich nur 8,9 % auf Tuberkulose testen lassen, davon 12,8 % Männer und nur 5,6 % Frauen. Die Mehrheit die getestet wurde, stammte aus städtischen Gebieten mit (12,5 %) zu (4,2 %) die aus den ländlichen Gebieten kamen.

Die Studie zeigt auch, dass die meisten, die vom Screening profitierten, aus reichen Verhältnissen kommen.

Die Mehrheit der Altersgruppe, die vom Screening profitiert, ist diejenige, die zwischen 60-69 Jahren ist mit 17,3 %, sowie die zwischen 45-59 Jahren mit 17,1 %.

3.4.1.2. Übertragung von HIV

Im Vergleich zu Tuberkulose ist die HIV Übertragung weniger problematisch für die öffentliche Gesundheit in Marokko, ganz im Gegensatz zu anderen afrikanischen Ländern. Trotzdem hat das Land bereits nach dem Auftreten der ersten HIV/AIDS Fälle eine nationale Strategie zur HIV / AIDS-Bekämpfung entwickelt, Schwerpunkte liegen auf der HIV-Prävention (Einführung von sexueller Aufklärung in den Schulen, kostenlose Verteilung von Kondomen in staatlichen Arztpraxen etc.) und HIV-Tests für Hochrisikogruppen.

Nach Angabe des Gesundheitsministeriums wurden im Jahr 2005, 19.000 Fälle von HIV / AIDS gemeldet, das macht 0,1 % der erwachsenen Bevölkerung aus. 76 % der Fälle wurden durch Heterosexualität infiziert.

Die Daten in dem folgenden Diagramm, zeigen die Schätzungen der HIV Prävalenz, bei der erwachsenen Bevölkerung im Jahr 1990-2007.

Die Daten wurden von UNAIDS zusammengestellt, sie zeigen nicht unbedingt die offiziellen Schätzungen der nationalen Regierung.

Estimated adult HIV (15-49) prevalence %, 1990-2007

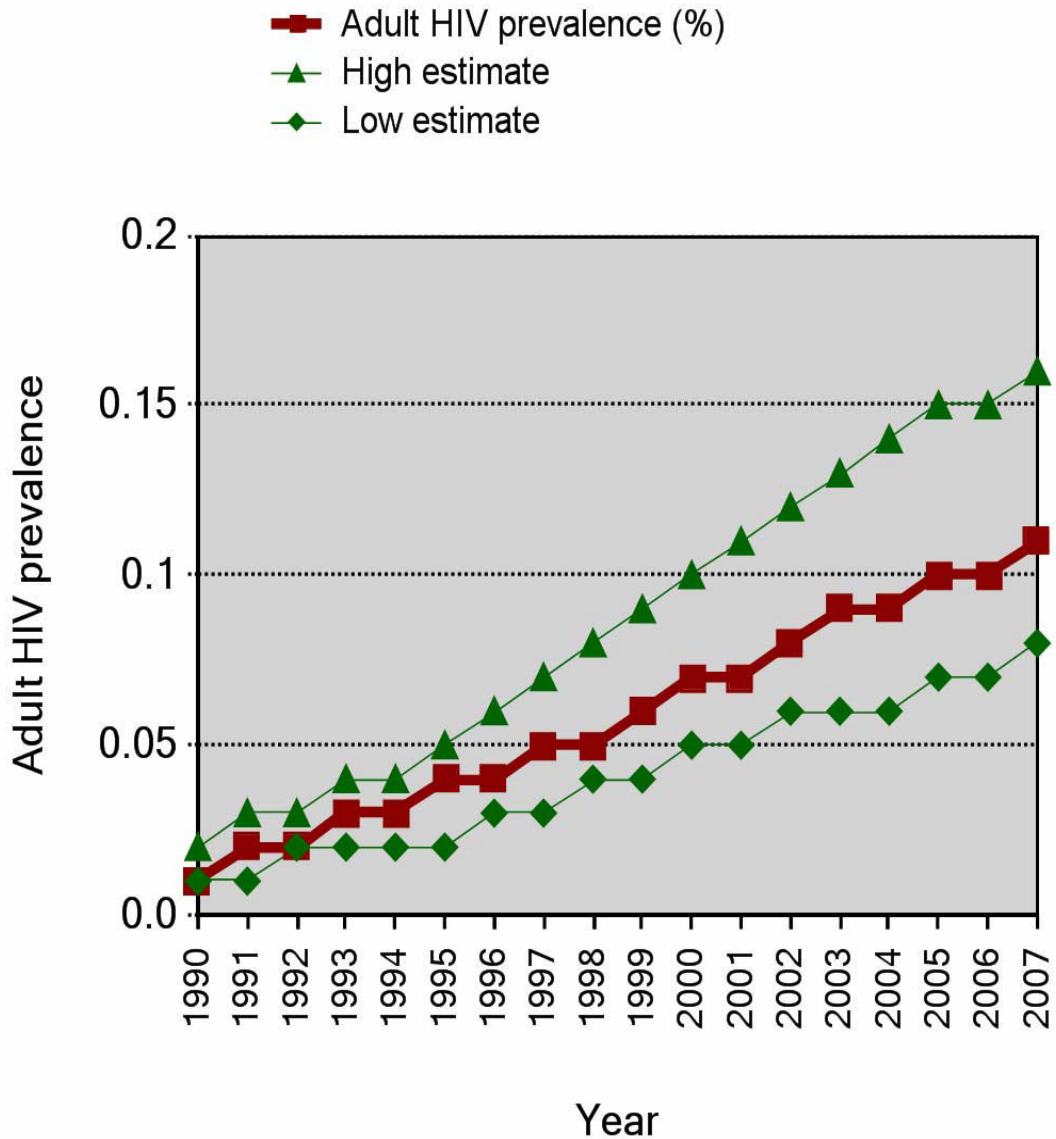


Abbildung. 2. die Schätzungen der HIV Prävalenz, bei der erwachsenen Bevölkerung im Jahr 1990-2007. (vgl. Epidemiological Fact Sheet on HIV and AIDS)

3.4.2 Nicht übertragbare Erkrankungen

Die Inzidenz nicht übertragbare Erkrankungen erhöht sich deutlich in Marokko, dazu zählen die chronischen Erkrankungen wie

Angina pectoris (Brustenge), Arthrose, Asthma und Diabetes, Krebs insbesondere Brust- und Gebärmutterhalskrebs, auch psychische Krankheiten wie Depressionen und Schizophrenie und Verletzungen durch Straßenverkehrsunfälle nehmen zu.

3.4.2.1 Krebserkrankungen bei Frauen:

Brustkrebs und Gebärmutterhalskrebs werden in Marokko als häufigste Krebserkrankungen betrachtet. In der Tat sind diese Krebsarten für eine hohe Mortalität und Morbidität verantwortlich und deshalb ein wichtiges Anliegen in der öffentlichen Gesundheit.

Früherkennung dieser Erkrankungen durch Screening ermöglicht eine effektive Behandlung. Die Todesfälle durch diese Krankheit sind bis zu 80 % in den Ländern gesunken, wo organisierte Screenings durchgeführt werden.

(vgl. Enquête sur la Santé 2003, e)

Tabelle. 6: Anteil der marokkanische Frauen im Alter von 18 und älter, die einen Pap-Test zur Früherkennung von Gebärmutterhalskrebs erhalten haben (X), sowie die, im Alter von 40 Jahren und älter, die eine Mammographie oder eine Brustuntersuchung zur Krebsvorsorge erhalten haben (Y)
(vgl. Enquête sur la Santé 2003, f.)

	Anzahl der Frauen	Prozentsatz der Frauen 18+	Pap-Test	Prozentsatz der Frauen 40+	Mammographie Brustuntersuchung
Wohnort:					
Staat	1.284	96,9	4,6	35,8	2,7
Land	974	93,3	1,9	37,3	1,4
Alter:					
18-29	829	36,7	1,8		
30-39	493	21,9	3,8		
40-49	412	18,2	7,1	18,2	2,4
50-59	252	11,2	4,3	11,2	2,6
60-69	163	7,2	0,3	7,2	0,5
70+	109	4,8	0	4,8	0,0
Gesamtanzahl:	2.258	95,2	3,5	36,6	2,1

Unter den 2.258 befragten Frauen aus verschiedenen sozio-ökonomischen Klassen, kamen 1284 aus den städtischen Gebiete und 974 aus den ländlichen. 95,2% waren 18 Jahre und älter, mit 96,6 % in städtischen und 93,3% in ländlichen Gebieten. Die meisten befragten Frauen waren jünger als 50 Jahre alt.

Paradoxerweise erhielten nur 3,5 % einen Pap-Test mit 4,6 % in den städtischen und nur 1,9 % in den ländlichen Gebieten.

Unter den befragten, waren 36 % der Frauen 40 Jahre alt und älter mit 35, 8 % im städtischen Raum und 37,3 % im ländlichen. Leider erhielt nur 2,1 % dieser Frauen eine Mammographie bzw. Brustuntersuchung mit 2,7 % für die städtischen und 1,4 % für ländliche Gebiete. Die Studie bestätigt, dass, alle Frauen die am Screening teilnahmen, einen hohen sozio-ökonomischen Status haben. Die Altersgruppe, die am häufigsten an Screening teilnahm, war zwischen 40 und 49 Jahren.

Obwohl Krebs zu den Häufigsten Erkrankungen bei den marokkanischen Frauen zählt, gibt es leider bislang keine Daten zum Thema Mortalität. Empirische Untersuchungen zum Thema halte ich meiner Meinung nach für sinnvoll, um gesundheitliche Probleme der Bürger praktisch und vielleicht auch politisch bewältigen zu können.

3.4.2.2 Chronische Krankheiten:

Angina pectoris, Arthrose, Asthma, und Diabetes.

Die Studie *Enquête sur la Santé* untersuchte auch bestimmte Krankheiten, wie *Angina pectoris*, Arthrose, Asthma und Diabetes, die im Allgemeinen bei Personen in einem gewissen Alter auftreten.

Tabelle. 7: Anteil der Personen, bei denen Angina pectoris, Arthrose, Asthma und Diabetes diagnostiziert wurden (X), sowie die eine Behandlung und / oder Untersuchung bekommen haben (Y)

(vgl. Enquête sur la Santé 2003, g)

	Anzahl	Angina pectoris		Arthrose		Asthma		Diabetes	
		(X)	(Y)	(X)	(Y)	(X)	(Y)	(X)	(Y)
Geschlecht									
Weiblich	2.258	6,8	25,5	19,4	17,9	3,8	28,2	5,5	73,9
Männlich	2.214	3,3	23,5	15	9,7	2,9	42,1	2,2	77,2
Wohnort									
Stadt	2.572	5	27,8	15,6	17,8	3,1	42	4,5	75,6
Land	1.900	5,2	21,2	19,3	10,7	3,7	25,4	3,1	73,3
Alter									
18-29	1.687	3,8	6,1	7,8	5,7	2,1	28,3	1,2	23,9
30-44	1.493	3,6	21	15,3	7,2	3,4	40,4	2	49,7
45-59	811	7,2	24,3	29	17,6	4,4	33,7	8,6	87
60-69	284	11,7	48,2	35,6	23,4	6,2	29,4	11,4	89,5
70-79	160	7,6	58,5	38,7	26,9	5,3	29,5	10,6	95,6
80+	37	12,6	81,5	31,8	43,9	7,3	48,8	10,5	100
Gesamtanzahl	4.472	5,1	24,9	17,2	14,4	3,4	34,2	3,9	74,8

3.4.2.2.1 Angina pectoris

Die Tabelle 9. zeigt, dass von den 4.472 befragten Personen, nur bei 5,1 % der Patienten zwölf Monate vor der Befragung, Angina pectoris diagnostiziert wurde, mit 6,8% der Frauen und 3,3 % der Männer. Der Unterschied zwischen städtischen und ländlichen Einwohnern ist nicht signifikant.

Die Altersgruppen, die, am meisten von der Erkrankung betroffen, waren zwischen 60 und 69 Jahren sowie 80 Jahre und älter. Etwa ein Viertel (24,9%) der Erkrankten, haben zwei Wochen vor der Befragung eine Behandlung und / oder eine Untersuchung gegen die Krankheit bekommen.

Im Gegensatz zu den Landeinwohnern, haben die Stadteinwohner mehr Behandlungen und / oder Untersuchungen bekommen mit 27,8 % gegenüber 21,2 % in ländlichen Gebieten, dies waren Personen, die zu der Altersgruppen 60 und älter gehören.

Nach Angaben der Studie handelt es sich dabei wieder um Personen, die einen mittleren bis hohen sozio-ökonomischen Status haben.

3.4.2.2.2 Arthrose:

Unter den 4.472 befragten Personen haben 17,2 % zwölf Monate vor der Befragung Gelenkprobleme gehabt, diese Krankheit ist mehr bei Frauen mit 19,4% vertreten als bei Männern mit 15,0 % und betrifft vor allem Menschen aus ländlichen Gebieten mit 19,3 % im Vergleich zu 15,6 % in städtischen Gebieten.

Unter den Personen, die an Arthrose erkrankt sind, haben 14,4 % zwei Wochen vor der Befragung spezifische Behandlung und / oder Untersuchungen erhalten, mit 17,8 % in städtischen und nur 10,7 % in ländlichen Gebieten, da der Zugang zu Behandlungen bei dieser Art von Erkrankungen meist für die städtischen Einwohner viel einfacher ist, als für die ländlichen. Nach Angaben der Studie, haben wieder meistens wohl situierte Personen eine spezifische Behandlung erhalten und es sind die älteren Altersgruppen, die mehr Unterstützung bekommen.

3.4.2.2.3 Asthma:

Unter den 4.472 befragten Personen waren 3,4 % 12 Monate vor der Befragung an Asthma erkrankt. 34,2 % der Erkrankten haben zwei Wochen vor der Befragung eine spezifische Behandlung und / oder Untersuchung bekommen. Dies waren meistens Wohlhabende, obwohl mehr Personen aus niedrigen sozio-ökonomischen Verhältnissen daran erkrankt waren. Diese Krankheit betrifft alle Altersgruppen mit einer hohen Rate bei 30-44 Jahre und 80 Jahre und älter, ist also keine Alterserscheinung.

3.4.2.2.4 Diabetes:

Bei den 4.472 befragten Personen wurde bei 3,9 % zwölf Monate vor der Befragung Diabetes diagnostiziert. Diese Erkrankung ist mehr bei Frauen (5,5 %) als bei Männern (2,2 %) vertreten, die städtische Bevölkerung ist mit 4,5 % von der Krankheit betroffen gegenüber 3,1 % den ländlichen Einwohnern. 74,8 % der Erkrankten haben zwei Wochen vor der Befragung eine Behandlung und / oder Untersuchung erhalten. Je älter oder vermögender die Befragten waren, umso größer war der Behandlungs- und / oder Unterstützungsanteil, den sie bekommen haben.

3.4.2.3 Psychische Krankheiten: Schizophrenie und Depressionen

Im Rahmen der Vorsorge zur psychischen Gesundheit hat Marokko empirische Untersuchungen durchgeführt, beschränkt auf die häufigsten psychischen Erkrankungen im Land. Dabei geht es um Schizophrenie und Depression.

Folgende Tabelle zeigt den Prozentsatz der befragten Personen, die unter den oben genannten Krankheiten leiden (X), sowie diejenigen, die eine Behandlung bekommen haben (Y):

Tabelle. 8: Prozentsatz der befragten Personen, die unter den oben genannten Krankheiten leiden (X), sowie diejenigen, die eine Behandlung bekommen haben (Y): (vgl. Enquête sur la Santé 2003, h)					
		Depression		Schizophrenie	
	Anzahl	(X)	(Y)	(X)	(Y)
Geschlecht					
Weiblich	2.258	3,8	21,5	0,5	3
Männlich	2.214	2,1	45,0	0,9	47,3
Wohnort					
Stadt	2.572	3,6	36,3	0,8	43,5
Land	1.900	2,2	15,2	0,4	2,1
Alter					
18-29	1.687	2,1	24	0,4	0,0
30-44	1.493	3,3	46,9	1,1	57,1
45-59	811	3,4	9,2	0,5	0,5
60-69	284	5,4	20,8	0,1	0,0
70-79	160	3,1	26,2	1,5	0,0
80+	37	3,6	100	0,0	0,0
Gesamtanzahl	4.472	3	29,8	0,7	31,9

3.4.2.3.1 Depression:

Unter den 4.472 befragten Personen haben 3,0 % zwölf Monate vor der Befragung Symptome einer Depression gezeigt mit 3,8 % bei Frauen und 2,1 % bei Männern.

Bewohner von städtischen Gebieten sind mehr von der Krankheit betroffen, als die ländlichen (3,6 % gegen 2,2%). Die Studie bestätigt, dass je reicher die Personen sind, umso mehr steigt das Risiko bei ihnen an Depression zu erkranken

Diese Krankheit betrifft alle Altersgruppen mit einem hohen Anteil an 60-69 Jährigen. 29,8% der Personen, die unter Depression leiden haben zwei Wochen vor der Befragung eine spezifische Behandlung bekommen. Nach Angaben der Studie sind das wieder Personen, die einen besseren sozio-ökonomischen Status haben.

3.4.2.3.2 Schizophrenie:

Bei den 4.472 befragten Personen wurde bei 0,7%, zwölf Monate vor der Befragung Schizophrenie diagnostiziert. Die Altersgruppen, die am meisten betroffen sind, waren 30-44 Jahre und 70-79 Jahre. Auch hier waren nach Angaben der Studie, die von der Krankheit Betroffenen, Wohlsituierte und die mittelständischen Personen.

Unter den Erkrankten haben 31,9 % zwei Wochen vor der Umfrage eine Behandlung bekommen. Zum großen Teil waren es Männer aus der Mittelschicht mit (47,3 % gegen 3,4 % bei Frauen) und aus den städtischen Gebieten (43,5 gegenüber 2,1 % für ländliche Gebiete).

Betroffen von der Krankheit war am meisten die Altersgruppe zwischen 30 und 44 Jahren.

1.5 Zugang zum Trinkwasser:

Wasser ist ein wichtiger Faktor für die Gesundheit, nicht ausreichende Trinkwasserversorgung kann zu erheblichen Gesundheitsrisiken führen.

Die folgende Tabelle zeigt die Verteilung der Trinkwasserversorgung in Marokko, unterteilt nach der Quelle des Trinkwassers und dem Wohnort (Staat / Land):

Tabelle. 9: Verteilung der Trinkwasserversorgung in (%) nach Wohnort und Wasserquelle

(vgl. Enquête sur la Santé 2003, i)

Wohnort	Ein Wasserhahn in der Wohnung	Andere verbesserte Quellen: (z.B. Wasserhydranten, Wasserlieferung durch LKWs...)	Nicht verbesserte Quellen: (z.B. Brunnen)	Anzahl der Haushalte
Staat	82.0	12.7	5.3	2820
Land	8.5	37.2	54.2	1893

Der Zugang zum Trinkwasser stellt für die ländliche Bevölkerung ein Problem dar, da nur 8,5 % der befragten Haushalte über einen Wasserhahn in der Wohnung verfügen- dies laut der Studie von *Enquête sur la Santé 2003*. 91,1 % müssen sich durch andere Quellen mit Trinkwasser versorgen, die entweder sauberes Trinkwasser (37.2 %) garantieren oder den Reinheitsanforderungen nicht unbedingt entsprechen. Auch in der Stadt ist die hundertprozentige Trinkwasserversorgung der Bevölkerung nicht gewährleistet. 82.0 % der befragten Haushalte versorgen sich direkt über einen Wasserhahn in der Wohnung mit Trinkwasser. Damit sind die Gesundheitsrisiken, die auf mangelnde Trinkwasserversorgung zurückzuführen sind, auf dem Land erheblich größer als in der Stadt.

3.7 Zusammenfassung

Die mittlere Lebenserwartung der Geburt, ist eine zentrale internationale Vergleichsziffer zur Erfassung der sozioökonomischen und gesundheitlichen Lebensverhältnisse in einer Gesellschaft. Die Erhöhung der mittleren Lebenserwartung ist eines der wichtigsten Kennzeichen moderner Gesellschaften (vgl. Bernhard Borgetto, Karl Kälbe), somit ist die Lebenserwartung von 73 Jahren in Marokko ein wichtiges Merkmal, die den guten Entwicklungsstand des Landes, im Vergleich zu anderen afrikanischen Staaten darstellt.

Das heutige Krankheitspanorama in Marokko ist durch einen epidemiologischen Wandel geprägt. Die Häufigkeit und die Bedrohlichkeit von Infektionskrankheiten nehmen insgesamt ab, während die Häufigkeiten von Alterserkrankungen, chronisch-degenerativen Erkrankungen sowie psychischen- und Verhaltensstörungen ständig steigt. Das Morbiditätsspektrum bekommt durch seine ungleiche Verteilungen eine zusätzliche soziale Dimension: soziale Benachteiligungen im Hinblick auf Bildung, Arbeit, Einkommen, soziale Lage, Wohnort (Stadt / Land) und Lebensstil führen zu gesundheitlichen Benachteiligungen, vermittelt über das entsprechende, sozial geprägte, Gesundheits- und Krankheitsverhalten sowie sozio-kulturelle Lebensverhältnisse.

Das so skizzierte gesundheitliche Problempanorama und seine sozialen Determinanten bilden den Hintergrund für die aktuellen Herausforderungen an die Gestaltung des marokkanischen Gesundheitssystems.

4. Aufbau der Gesundheitlichen Versorgung

Das Gesundheitswesen in Marokko ist wie eine Pyramide aufgebaut und entspricht insoweit dem streng zentralistisch ausgerichteten und Hierarchie-Stufen gegliederten Verwaltungssystem. Zu unterscheiden sind der öffentliche Sektor, der private Sektor und die internationalen Programme.

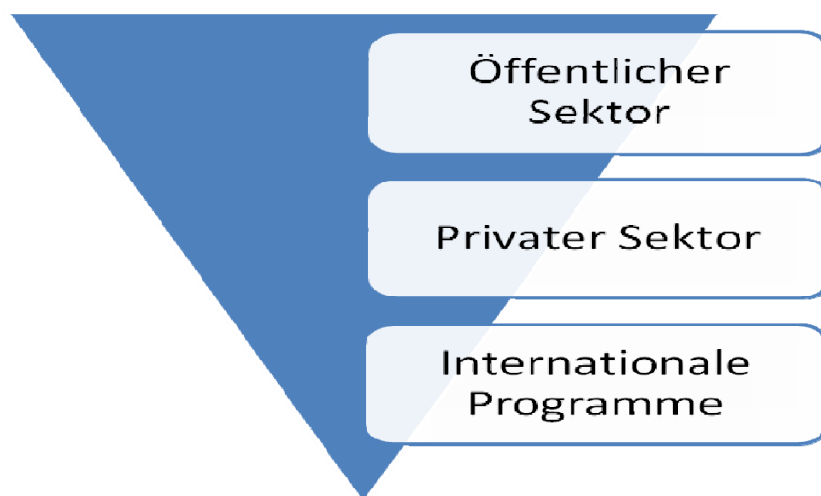


Abbildung 3 Aufbau der Gesundheitlichen Versorgung in Marokko

4.1 Öffentlicher Sektor

Nach Angaben des Gesundheitsministeriums existieren in Marokko 33.275 Krankenhausbetten, davon 79% in 124 staatlichen Krankenhäusern. Der Rest wird von privaten Trägern, Versicherungen oder dem Militär unterhalten. Bei den Krankenhäusern im öffentlichen Sektor sind drei Kategorien zu unterscheiden. Die Krankenhäuser auf dem Land, die Regionalkrankenhäuser und die der Armee unterstehen direkt den zuständigen Ministerien, d.h. Gesundheits- bzw. Verteidigungsministerium nehmen die Beschaffung zentral über öffentliche Ausschreibungen vor. Im Land gibt es 131 nationalen Krankenhäuser, und 4 Universitätskliniken in den Städten Rabat, Casablanca, Marrakech und Fès, alle diese Häuser verfügen entweder über volle administrative und finanzielle Autonomie oder werden als Service d'Etat Géré de Manière Autonome (SEGMA) mit Autonomie bei den funktionellen Ausgaben, nicht aber bei den Investitionsausgaben, geführt. Zum öffentlichen Sektor werden außerdem die 13 Polykliniken der staatlichen Sozialversicherung (CNSS) gezählt.

4.2 Privatsektor

Im Privatsektor sind etwa 200 Kliniken angesiedelt, konzentriert auf die städtischen Ballungsräume, insbesondere Casablanca und Rabat. Es handelt sich in der Mehrzahl um kleine Kliniken, die über nicht mehr als 30 Betten verfügen und häufig mit älterer, oft gebraucht beschafften Technik arbeiten. Einige größere Privatkrankenhäuser haben bis zu 100 Betten und verfügen über eine technische Ausrüstung auf internationalem Niveau - meist spezialisiert auf zwei oder drei Fachbereiche, wie Herzmedizin, Chirurgie, Orthopädie, Neurologie oder Pädiatrie. Das Gesundheitsministerium übt die Aufsicht über die privaten Krankenhäuser aus und setzt Mindestanforderungen für deren technische Ausstattung. (Vgl. Bundesagentur für Außenwirtschaft, Marokko reformiert den Gesundheitssektor, a)

4.3 Internationale Programme:

Ein weitere wichtiger Schwerpunkt im Gesundheitssystem sind zahlreiche überwiegend von westlichen Gebern finanzierte präventive und gesundheitsförderliche Programme:

- Programme de Surveillance de la Grossesse et de l'Accouchement (Schwangerschaftsvorsorge)
- Programme de la Planification Familiale (Familienplanungsprogramm)
- Programme d'Immunitation (Programme zur Immunverstärkung)
- Programme de Lutte contre les Maladies Diarrhéiques (Programme zur Bekämpfung der Durchfallerkrankungen)
- Programme d'Appui à la Réforme de la couverture médicale au Maroc (Programm zur Unterstützung der Reform der Gesundheitsversorgung in Marokko).

Viele dieser Programme werden von NROs (Nichtregierungsorganisationen) wie Z.B UNICEF, GTZ...ins Leben gerufen, später aber vom Gesundheitsministerium übernommen, meistens in Zusammenarbeit mit den NROs. (Vgl. Sante en Chiffre 2007, a). Durchgeführt werden diese Programme von Mitarbeitern des Gesundheitswesens und Sozialzentren, deren Aufgaben im Wesentlichen vergleichbar mit denen von Sozialämtern und Gesundheitsämtern in Deutschland sind.

Im Auftrag des Bundesministeriums für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (BMZ), unterstützte die Deutsche Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit (GTZ) GmbH, in der Zeit von Oktober 2001 bis September 2009 die letzten wichtigen Gesundheitsreform in Marokko durch ein Programm für Budgethilfe das „Programme Unterstützung der Dezentralisierung des Gesundheitssystems im Bereich reproduktiver Gesundheit“.

4.3.1 Projekt Unterstützung der Dezentralisierung des Gesundheitssystems im Bereich reproduktiver Gesundheit

Das Programm ist darauf ausgerichtet, die Durchführung der Reform im Gesundheitssektor und insbesondere die wichtige Aufgabe der Dekonzentration des Systems zu fördern und zu unterstützen. Besondere Aufmerksamkeit erhält die Verringerung der Müttersterblichkeit, der Säuglingssterblichkeit und der Kindersterblichkeit. Das Programm steht insbesondere in Zusammenhang mit der neuen Vision/Strategie des Landes in Bezug auf eine nachhaltige soziale Entwicklung

In diesem Abschnitt wird das Projekt, welches für das Gesundheitsministerium als politische Träger sehr erfolgreich war detaillierter beschrieben.

Ausgangssituation des Projekts:

Staatliche Gesundheitsdienste sind für große Teile der ländlichen Bevölkerung aufgrund geographischer Gegebenheiten nur schwer zu erreichen. Jugendliche erhalten im konservativen ländlichen Umfeld keine Unterstützung bei Fragen der sexuellen Gesundheit und Vorsorge. Viele Defizite des Gesundheitswesens sind Symptome einer noch starken Hierarchie und von starkem Zentralismus. Management- und soziale Kompetenz, Übernahme von Verantwortung und Eigeninitiative des staatlichen Gesundheitspersonals sind nur schwach ausgeprägt. Die marokkanische Regierung stellt sich der wachsenden Bedrohung durch HIV/AIDS mit einer umfassenden multisektoralen Strategie, deren Umsetzung wegen sozialer, kultureller und religiöser Rahmenbedingungen oft an Grenzen stößt.

Das Vorhaben zielt darauf hin, dass das Gesundheitssystem besser den Bedürfnissen und Nutzungsmöglichkeiten der Bevölkerung entspricht. Dies wird längerfristig zu einer Reduzierung der Sterblichkeits- und Krankheitsindikatoren führen und zu einer Verbesserung im Bereich der reproduktiven Gesundheit beitragen.

Maßnahmen zu gesundheitsfördernden Verhaltensweisen, insbesondere bei Jugendlichen, beugen dem zukünftig zu erwartenden Einfluss von HIV/AIDS.

Die Entwicklung dezentraler Strukturen stärkt die Zivilgesellschaft als aktiv handelnd und mitgestaltend.

Vorgehensweise

Durch den deutschen Beitrag wird das Gesundheitsministerium über koordinierte Beratung und Förderung auf zentraler, regionaler, Provinz- und lokaler Ebene unterstützt.

Dazu gehören die stärkere Dezentralisierung der Gesundheitsdienste, die verbesserte Qualität der Dienste und des Managements, die Verbesserung der fachlich-technischen sowie sozialen und kommunikativen Kompetenz des Personals, die stärkere Sensibilisierung und Einbeziehung von Männern in die Gesundheitsvorsorge, die angewandte Begleitforschung und abgestimmte Konzepte für angemessene Informations- und Aufklärungsangebote, insbesondere für junge unverheiratete Menschen.

Gefördert wird die intersektorale Kooperation, insbesondere mit dem Erziehungsministerium und dem Staatssekretariat für Jugend, die Bildung von staatlichen und nicht-staatlichen Netzwerken sowie die Partizipation der Bevölkerung als Baustein in der Gestaltung eines wirksamen dezentralen Gesundheitssystems. Jugendliche stellen eine bevorzugte Zielgruppe dar.

Mit Projekten anderer Geber und Organisationen wird eng zusammengearbeitet:

- bei der Entwicklung und Umsetzung einer kohärenten und ministerienübergreifenden Strategie (UNFPA) im Bereich Jugendgesundheit und HIV/AIDS-Prävention
- in den verschiedenen Gremien (Themengruppe AIDS, Country Coordinating Mechanism – CCM des „Global Fund“)
- mit der WHO im Bereich Gesundheitssystemforschung.

Erfolgsindikatoren des Projekts

Durch den gemeindebasierten Ansatz haben Frauen in der Region, in der das Projekt gestartet wurde, besseren Zugang zu Verhütungsmitteln und zu Informationen über Familienplanung. Frauen und Männer sind über gesundheitliche Probleme im Zusammenhang mit Sexualität, Schwangerschaft und besser informiert und nehmen die Angebote der Gesundheitseinrichtungen stärker wahr. Weitere zehn Provinzen haben gemeindebasierte Konzepte an ihre lokalen Gegebenheiten angepasst. Der Ansatz wurde außerdem in ein Handbuch des Gesundheitsministeriums übernommen. Er kann so auch in anderen Regionen angewandt werden, zum Beispiel im Rahmen der marokkanischen nationalen Initiative für menschliche Entwicklung (*Initiative Nationale pour le Développement Humain – INDH*). (vgl. Die Deutsche Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit (GTZ) GmbH)

5. Finanzierung des Gesundheitssystems

Das Gesundheitssystem benötigt finanzielle Ressourcen, um seine Funktionen erfüllen zu können. In diesem Abschnitt wird ein Überblick über die Finanzierung des Gesundheitssystems in Marokko gegeben. Dabei stehen die Finanzierungsprobleme des Gesundheitsministeriums im Mittelpunkt der Darstellung.

Alle medizinischen Behandlungen kosten in Marokko Geld. Die entstehenden Kosten müssen von der Bevölkerung getragen werden. Jede Gesundheitseinrichtung verfügt über eine Pharmazie mit den wichtigsten Medikamenten, die von der Bevölkerung gekauft werden können. Behandlungen erfolgen erst nach Bezahlung. Wer kein Geld bei sich hat, muss zur Behandlung eine Notwendigkeitsbescheinigung vorlegen, damit er von den Behandlungskosten teilweise entlassen wird.

Die Staatlichen Krankenhäuser bieten in Notfällen für eine geringe Gebühr oder auch kostenlos ärztliche Behandlung an.

Seit 2005 existiert eine Versicherungspflicht, um die Finanzierung der Gesundheitsfürsorge auf eine solide Basis sicher zu stellen. Das eingenommene Geld von der Gesetzlichen Krankenversicherung wird vom Gesundheitsministerium verwaltet. Das Investitionsprogramm der Regierung richtet sich auf die Modernisierung der bestehenden Krankenhäuser, die Wiedereröffnung von Kliniken, die während der letzten Jahre stillgelegt wurden und die Einrichtung von Notfallzentralen, Aufbau eines Instituts zur Ausbildung von Rettungssanitätern. Darüber hinaus will sie regionale bzw. nationale Zentralkliniken einrichten, die sich auf Krankheiten spezialisieren für deren Behandlung der Einsatz kostspieliger Technik erforderlich ist - so unter anderem für Onkologie, Verbrennungen, Schmerzbehandlung und Augenleiden. Die Ausstattung der Universitätskliniken von Fés und Marrakech, sowie die Einrichtung einer neuen Universitätsklinik im Nordosten des Landes stehen ebenfalls auf dem Programm. (vgl. Bundesagentur für Außenwirtschaft, b)

Es gibt auch ein Sozialversicherungssystem (*CNSS Caisse Nationale de la sécurité Sociale*) für alle Angestellten im Privaten wie im öffentlichen Sektor. Diese Versicherung sollte eigentlich alle Gesundheitsausgaben der Mitarbeiter erstatten, aber in der Realität lässt dieses System sehr zu wünschen übrig. Die Versicherung ist zwar Pflicht, wird aber umgegangen, wo immer dies möglich ist.

5.1 Das Budget des Gesundheitsministeriums

Trotz der Bemühungen der Behörden um eine Aufstockung des Budgets von über 20 % im Jahr 2009, wird das Gesundheitssystem von der Bevölkerung aufgrund mangelnder Ressourcen und der hohen Kosten für Behandlungen, sowie nicht Aufrechterhaltung der Kostenbefreiung für die ärmsten sozialen Schichten, immer mehr kritisiert.

Die Ausgaben für den Gesundheitssektor in Marokko insgesamt liegen nach Angaben der Weltgesundheitsorganisation (WHO) bei 5% des Bruttoinlandproduktes (BIP), das entspricht etwa 2,5 Mrd. US\$ jährlich oder 84 US\$ pro Kopf der

Bevölkerung. Die Angaben beziehen sich auf das Jahr 2004, die Werte für 2006 dürften aber nur geringfügig darüber liegen. Nach der gleichen Quelle entfallen auf den öffentlichen Sektor 33% dieser Ausgaben, 67% werden von privaten Haushalten aufgebracht, davon wiederum sind lediglich 24% über eine private Krankenversicherung abgedeckt.

Der Etat des Gesundheitsministeriums weist für 2006 Gesamtausgaben in Höhe von 6,1 Mrd. Dirham aus (ca. 0,71 Mrd. US\$; 1 US\$ = 8,59 DH), das entspricht 4,4% des Gesamtbudgets der Zentralregierung. Die staatlichen Ausgaben sind während der letzten drei Jahre zwar leicht reduziert worden, aber die Einsparungen betreffen ausschließlich die laufenden Kosten für Personal, die noch immer nahezu 75% der Gesamtausgaben ausmachen. Die Politik zielt auf eine Umschichtung zugunsten der Investitionsausgaben, die 2006 bei 1,2 Mrd. DH gelegen haben (vgl. Santé en Chiffre 2003).

Mit diesen Mitteln können Ausgaben nur teilweise gedeckt werden. Ein erheblicher Teil des laufenden Gesundheitsbudgets muss daher immer noch über die öffentliche Entwicklungshilfe finanziert werden (vgl. Marokko Nationales Richtprogramm 2007 – 2010). Die marokkanische Regierung bemüht sich, dass ihr Eigenanteil an der Finanzierung an laufenden Kosten im Gesundheitssektor weiter erhöht, damit die Abhängigkeit von externer Hilfe reduziert wird. (vgl. Direction de la Planification et des Ressources financières). Ob dies möglich ist, hängt natürlich entscheidend von der weiteren wirtschaftlichen Entwicklung des Landes ab.

6. Historische Entwicklung des marokkanischen Gesundheitssystems

Seit der Unabhängigkeit Marokkos im Jahr 1956, hat das Land angefangen ein Gesundheitssystem aufzubauen, das den Bedürfnissen der Bevölkerung und den internationalen Anforderungen entspricht.

Die Entwicklung des marokkanischen Gesundheitssystems kann man in Vier Perioden nachverfolgen (vgl. Ministère de la Santé)

1959-1980: erfolgte die Einrichtung des Gesundheitssystems, gekennzeichnet vor allem durch die Organisation der ersten nationalen Gesundheitskonferenz im Jahr 1959. Die Konferenz fand unter dem Vorsitz von Mohammed V statt und führte zur Geburt des marokkanischen Gesundheitssystems.

Daraufhin folgten zwei Erklärungen, die die Orientierung der Gesundheitspolitik in Marokko illustrierten.

Die Erste von Jahr 1960 erkennt, dass der Staat für die Gesundheit der Nation verantwortlich ist und die Zweite in demselben Jahr, bezeichnet den Minister für öffentliche Gesundheit als Verantwortlichen, für die Konzeption und Umsetzung dieses Systems, welches die Schaffung der ersten Universitätskliniken und einer professionellen Berufsausbildung, sowie die ersten Strategien zur Gesundheitsvorsorge beinhaltet.

1981-1994: Seit Marokko die Erklärung von Alma-Ata (*International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata, USSR, 12 September 1978*) unterzeichnet hat, worden die Struktur des Gesundheitswesens gestärkt und Gesundheitsprogramme entwickelt. In den späten 80ern, hat der Staat zum Ersten Mal eine Studie über die Finanzierung der Gesundheitsversorgung durchgeführt.

1995-2005: Die marokkanische Regierung führte seit 1995 eine groß angelegte Reform des Gesundheitssektors in drei Schwerpunktbereichen durch: Dezentralisierung/Dekonzentration der Gesundheitsdienste durch die Einrichtung von Gesundheitsregionen, Modernisierung der Krankenhäuser im Rahmen der Krankenhausreform und die Reform der Finanzierung der medizinischen Grundversorgung durch die gesetzliche Krankenversicherung (*Assurance Maladie Obligatoire –AMO*), sowie das medizinische Versorgungssystem für sozial benachteiligte Gruppen, (*Régime d'Assistance Médicale- RAMED*), welche im Jahr 2002 beschlossen ist

Seit Ende 2005 wird die Versicherungspflicht schrittweise eingeführt, um die Finanzierung der Gesundheitsfürsorge auf eine solide Basis zu stellen, diese wichtige Reform wird in folgende Kapitel genauerer dargestellt.

7. Die Gesundheitsreform 2005

Bereits im Jahr 2002 hat die marokkanische Regierung eine grundlegende Reform des rückständigen Gesundheitswesens beschlossen. Am 21. November 2002 wurde das Gesetz Nr.65-00 über die medizinische Grundversorgung (CMB) im Amtsblatt veröffentlicht. Mit diesem Gesetz wurde im Jahr 2005 eine medizinische Grundversorgung eingeführt, die eine gesetzliche Krankenversicherung (AMO) auf der Grundlage von Beitragsleistungen und des Risikoschutzes auf Gegenseitigkeit umfasst, sowie ein medizinisches Versorgungssystem (RAMED) auf der Grundlage der nationalen Solidarität mit den Bedürftigen (vgl. Ministère de la Santé).

Die Reform des Systems der Finanzierung der Gesundheitskosten und der Krankenversicherung, einschließlich der Schaffung eines Finanzierungssystems auf der Grundlage der Ausweitung der gesetzlichen Krankenversicherung (AMO) wurde 2005 schrittweise eingeführt. Heutzutage sind 60 % der Bevölkerung gesetzlich versichert, darunter die Beschäftigten im öffentlichen und privaten Sektor, Freiberufler und Rentner. Die Versicherten profitieren von bis zu 90 % der Kostenerstattung und bis zu 100 %, wenn sich der Versicherte in einem staatlichen Krankenhaus behandeln lässt. Dies garantiert einen besseren Zugang zur Gesundheitsversorgung und eine Verbesserung der Gesundheit der Bevölkerung (vgl. L'Agence nationale de l'assurance Maladie ANAM, a).

Die Einrichtung eines Versorgungssystems mit Kostenübernahme für die Bedürftigen (RAMED) ist im Gang. Diese Reform der Finanzierungsmodalitäten und der Bereitstellung von Gesundheitsdiensten zielt auf eine allgemeine medizinische Versorgung ab, die aus den Beitragsleistungen der gesetzlichen Krankenversicherung und dem medizinischen Versorgungssystem finanziert wird. Bis 2015, so das Ziel der Regierung, soll die Gesundheitsversorgung flächendeckend auf international konkurrenzfähiges Niveau gebracht werden.

Die Europäische Kommission begleitet seit 2001 die Durchführung dieser wichtigen Reform durch ein Programm für Budgethilfe, das „Programm zur Unterstützung der Reform der Gesundheitsversorgung in Marokko“ (*Programme d'Appui à la Réforme*

de la couverture médicale au Maroc), mit einer Mittelausstattung in Höhe von 50 Mio. EUR, dessen Ziel es ist, die Ausarbeitung und Einführung des rechtlichen und ordnungspolitischen Rahmens der Gesundheitsversorgung, sowie die Durchführung der für die Abstimmung des Systems zur Bereitstellung der Gesundheitsdienste mit den neuen Finanzierungsmodalitäten unabdingbaren technischen Vorarbeiten zu unterstützen.

8. Probleme des Gesundheitssystems:

Trotz der im Gesundheitssektor erzielten Fortschritte weist Marokko immer noch besorgniserregende Schlüsselindikatoren auf, insbesondere was die Mortalität und Morbidität der am meisten gefährdeten Gruppen betrifft. Nach Angaben der WHO liegt die Kindersterblichkeit bei 36,88/1000 Geburten und die Müttersterblichkeit bei 227/100 000 Geburten. Die Regierung muss mehr investieren, um die Gesundheitssysteme besonders für die ärmsten Familien zu stärken. Zudem ist es wichtig, die Ausbildung von Hebammen, Ärzten und medizinischem Personal auszuweiten und Anreize zu schaffen, dass diese auch in ländlichen Regionen arbeiten. Gestärkt werden soll auch die Rolle der Mädchen und Frauen allgemein, der Zugang zu Bildung, Familienplanung und Sexualaufklärung sowie Verbesserung der Gesundheitsversorgung und Ernährung.

Die Ausgaben für den Gesundheitssektor in Marokko liegen insgesamt nach Angaben der Weltgesundheitsorganisation 2006 (WHO) bei 5,1% des Bruttoinlandproduktes (BIP), das entspricht etwa 2,5 Mrd. US\$ jährlich oder 84 US\$ pro Kopf der Bevölkerung. Dennoch werden 2/3 der gesamten Gesundheitskosten von den Haushalten selbst finanziert, und 3/4 dieser Ausgaben erfolgen in bar und ohne jede Erstattungsmöglichkeit. Diese Situation stellt ein Armutrisiko dar und schließt einen Teil der Bevölkerung sogar aus der medizinischen Grundversorgung aus.

Marokko muss in einem Kontext des wirtschaftlichen und demographischen Übergangs zugleich mit einem epidemiologischen Übergang zurechtkommen. Das

Gesundheitssystem ist mit zwei Hauptkrankheitsursachen konfrontiert: Zum einen mit den übertragbaren – und insbesondere armutsbedingten – Krankheiten und zum anderen mit den nicht übertragbaren Krankheiten, wie sie eher für Wohlstandsgesellschaften charakteristisch sind.

Die medizinische Grundversorgung bleibt vielen Menschen in Marokko trotz der 1995 angelaufenen Reform des Gesundheitswesens weiterhin vorenthalten, besonders auf dem Land ist die Versorgung hingegen oft unterdurchschnittlich.

In Marokko gibt es nach Angaben des Gesundheitsministeriums 42 allgemeine Krankenhäuser und elf Spezialkliniken, das bedeutet, im Durchschnitt ist ein Allgemeinkrankenhaus für 760.000 und eine Spezialklinik für drei Millionen Einwohner zuständig. Mit einer so rückständigen Infrastruktur der medizinischen Versorgung kann sich das Land nicht mehr zufrieden geben, schließlich erhält das Gesundheitswesen allein von der gesetzlichen Krankenversicherung jährlich mehr als 500 Millionen Euro (vgl. L'Agence Nationale de l'Assurance Maladie ANAM, b)

Medizinisches Personal wurden in die Gesundheitsreform von 2005 nicht mit eingebunden. Seit Jahren machen die medizinischen Gewerkschaften vergeblich auf die schlechten Bedingungen aufmerksam, die den Mitarbeitern des Gesundheitssystems zugemutet werden. (vgl. Weltblick-ips.news). Für ein leistungsfähiges Gesundheitssystem, müssen die medizinische Personal besser am Reformprozess beteiligen. Das Gesundheitsministerium sollte sich ernsthaft um eine bessere Bezahlung des medizinischen Personals bemühen und ihm eine ständige Fortbildung ermöglichen.

Die im Jahr 2005 eingeführte gesetzliche Krankenkasse hatte in Januar 2007, sechs Millionen Mitglieder, von denen 50 Prozent in der Privatwirtschaft beschäftigt sind. 700.000 Versicherte arbeiten im öffentlichen Dienst. Die Versicherung deckt 40 schwere Krankheitsfälle ab, darunter HIV/Aids, Krebserkrankungen und Diabetes. (vgl. L'Agence Nationale de l'Assurance Maladie ANAM, c)

Weitere 8,5 Millionen Menschen sollen im Krankheitsfall bei RAMED (*Régime d'Aide Médicale aux Economiquement Démunis*), einem von der Regierung und den kommunalen Selbstverwaltungen finanzierten weiteren Teil des

Gesundheitssystem, Hilfe finden. Das Gesetz zur Einführung dieser Krankenversicherung für mittellose Patienten ohne sonstigen Versicherungsschutz wurde jedoch bislang nicht verabschiedet.

Trotz der Kostenerstattung der medizinischen Behandlung, bleibt eine direkte Bezahlung der anfallenden Kosten im Krankheitsfall für ökonomisch benachteiligte Bevölkerungsgruppen erschwert, obwohl diese einkommensschwächere Bevölkerung besonders verstärkt von Krankheit und Beschwerden betroffen ist, (vgl. Soziale Ungleichheit und Gesundheit , Robert Koch Institut 2004). Somit ist Armut bzw. soziale Ungleichheit ein weiteres Problem für das marokkanische Gesundheitssystem.

Der Zugang zu ärztlicher Grundversorgung ist für die ländliche Bevölkerung Marokkos besonders mangelhaft. 43 Prozent von ihnen leben mehr als sechs Kilometer von einer Gesundheitsstation entfernt. 60 Prozent der Frauen landesweit haben große Probleme beim Zugang zur ärztlichen Versorgung entweder aufgrund der schweren Infrastruktur im Land oder weil ein Arztbesuch für die Ehemännern nicht selbstverständlich ist (vgl. Enquête sur la Santé et la Réactivité du Système de Santé-Maroc 2003, i). Um das Vorhaben des Gesundheitsreform 2005 umzusetzen, müssen in ländlichen Gebieten neue Krankenhäuser gebaut und die staatlichen Gesundheitsdienste grundlegend modernisiert und mit neuer Technik ausgestattet werden. Unabhängig von den verfügbaren Mitteln des Gesundheitswesens, ließen die Leistungen der Krankenhäuser in Marokko sehr zu wünschen übrig. So müssen etwa z.B. einige Augenkliniken ohne Einrichtungen zur Messung des Augendrucks auskommen. Diese fehlende Untersuchung kann für Patienten, die operiert werden, sehr gefährlich werden (vgl. Weltblick-ips.news,a). Betrügerische Machenschaften, besonders Korruption und Missbrauch öffentlicher Mittel sind Faktoren, die dazu beitragen, dass die Verbesserung des marokkanischen Gesundheitssystems verhindert wird. (vgl. Weltblick-ips.news,b).

Analphabetentum und mangelnde Einschulung bzw. Schulabbruch von Kindern und Jugendlichen sind nach wie vor weitere Aspekte, welcher das Gesundheitssystem beeinflusst. Bildungsdefizite verschlechtern die Chancen am Arbeitsmarkt, geringere

soziale und ökonomische Ressourcen sind somit die Folge. Dies wirkt sich auf die Gesundheit der Betroffenen aus (vgl. Manfred J. Müller, Elke A. Trautwein 2005). Daher wirkt sich der niedrige Bildungsstand der Bevölkerung wiederum negativ auf das marokkanische Gesundheitssystem aus.

Die marokkanische Regierung muss in diesem Rahmen, die Bekämpfung des Analphabetentums zu einer nationalen Priorität erheben.

Um den Analphabetismus mehr oder weniger vollständig zu beseitigen, müssen meiner Meinung nach, bestimmte Aspekte beachtet werden z.B.:

- Verbesserung der jetzigen Qualität der Alphabetisierungsprogramme
- Verbesserung der Verwaltung und Evaluierung der schulischen Unterstützungsprogramme
- Verringerung der Ungleichheiten zwischen Jungen und Mädchen im Bereich der Bildung
- Senkung der Schulabbrecherquote
- Ermöglichen eines Zugangs zum zweiten Bildungsweg für Kinder, die zuvor keine Schule besucht oder die Schule abgebrochen haben, mit dem Ziel sie in eine formale Schule bzw. in die Berufsbildung zu integrieren.

Die dargestellten Probleme in diesem Kapitel zeigen, dass das Gesundheitswesen in Marokko bisher im internationalen Vergleich nicht mithalten kann. Nach Angaben des Gesundheitsministeriums soll ein umfangreiches Modernisierungsprogramm dieses Defizit bis 2015 beseitigen.

9. Schlussbemerkung und Diskussion

In Europa besonders in Deutschland basiert die Gesundheitsversorgung auf einem System, das gesetzlich geregelt und in dem die Finanzierung (bis jetzt noch) weitgehend gesichert ist. Jeder Mensch hat Zugang zu gesundheitlichen Einrichtungen und Anspruch auf gesundheitliche Versorgung. Wer hier Sozialhilfeempfänger ist oder durch ein geringeres Einkommen verfügt, bekommt die Zuzahlungen erstattet, somit ist die gesundheitliche Versorgung von sozialschwachen Menschen und Armen auch gewährleistet.

In Marokko muss jeder Bürger im Krankheitsfall ein erhebliches Maß an Eigenleistung erbringen. Die Gesundheitsversorgung ist nicht nur aus ökonomischen Gründen nicht für alle gewährleistet, sondern auch andere Faktoren spielen eine erhebliche Rolle.

Etliche Schlüsselindikatoren im Gesundheitswesen machen deutlich, dass die medizinische Versorgung der marokkanischen Bevölkerung erheblicher Verbesserung bedarf. Nach Angaben der WHO hat das Land im regionalen Vergleich, die zweithöchste Müttersterblichkeitsrate, eine der höchsten Kindersterblichkeitsraten und eine weit unterdurchschnittliche Anzahl von Ärzten und Krankenhausbetten pro Einwohner.

Die vom marokkanischen Gesundheitsministerium begonnene Gesundheitsreform im Jahr 2005 wurde durch verschiedene westliche Geber z.B. die Weltbank, die Europäische Investitionsbank (EIB) etc. finanziell unterstützt. Doch um das Vorhaben der Regierung erfolgreich auf dem Weg zu bringen, bedarf die Reform weiterer Fortführung, dies soll folgende Schwerpunktbereiche betreffen:

- Verbesserung des marokkanischen Gesundheitssystems in quantitativer und qualitativer Hinsicht und eine bessere Zugänglichkeit der Gesundheitsdienste, insbesondere zugunsten der am meisten gefährdeten Bevölkerungsgruppen.
- Schaffung eines Finanzierungsrahmens für die Gesundheitsdienste, der sich in Richtung soziale Eingliederung entwickelt.

- Der Ansatz dieser Fortführungen der Gesundheitsreform soll sich auf das Prinzip des gleichberechtigten Zugangs und einer Absicherung des Krankheitsrisikos stützen, die darauf abzielt, die Ungleichheiten zwischen ländlichen und städtischen Gebieten zu verringern. Die nach und nach zu vollziehende Übernahme der in Frage kommenden Gruppen in die gesetzliche Krankenversicherung einerseits und andererseits die nach genauen Kriterien durchzuführende Ermittlung derjenigen Personen, die Anspruch auf die medizinische Grundversorgung im Rahmen des RAMEDE haben, ermöglicht eine bessere Verteilung der Lasten zwischen Staat, Unternehmen, und privaten Haushalten und schränkt möglichen Missbrauch der kostenlosen Grundversorgung ein.
- Verbesserung der Regierungsführung durch eine Neufestlegung der Zuständigkeiten, insbesondere im Bereich der Ausarbeitung der Gesundheitspolitik, der Finanzierung und der Verwaltung.

Mit diesen Empfehlungen und der gleichen gesundheitspolitischen Energie im Land, wird es gelingen, einen anderen Weg in der Gesundheitsversorgung zu gehen, wenn dies so politisch gewollt wird.

10. Literaturverzeichnis:

Albert, J. (1989): Die Steuerung des Gesundheitswesens in vergleichender Perspektive. In: Journal für Sozialforschung 29, (3), S. 259-284.

Auswärtiges Amt 2010, b.

http://www.auswaertigesamt.de/DE/Aussenpolitik/Laender/Laenderinfos/Marokko/Kultur-UndBildungspolitik_node.html. Stand 04.12.2010.

Auswärtiges Amt 2010, c.

http://www.auswaertigesamt.de/DE/Aussenpolitik/Laender/Laenderinfos/Marokko/Kultur-UndBildungspolitik_node.html. Stand 04.12.2010.

Auswärtiges Amt 2010, d.

[http://www.auswaertigesamt.de/DE/Aussenpolitik/Laender/Laenderinfos/Marokko/Kultur- UndBildungspolitik_node.html](http://www.auswaertigesamt.de/DE/Aussenpolitik/Laender/Laenderinfos/Marokko/Kultur-UndBildungspolitik_node.html) Stand 05.12.2010.

Badura, B., Hart, D., Schellschmidt, H. (1999): Bürgerorientierung des Gesundheitswesens. Selbstbestimmung, Schutz, Beteiligung. Baden-Baden: Nomos Verlagsgesellschaft.

Badura, B., Strodtholz, P. (2003): Soziologische Grundlagen der Gesundheitswissenschaften. In: hurrelmann, K., Laaser, U. (Hrsg.): Handbuch Gesundheitswissenschaften. Weinheim, München: Juventa Verlag, S. 145-174.

Baur, R., Heimer, A., Wieseler, S. (2000): Gesundheitssysteme und Reformansätze im internationalen Vergleich. In: Böcken, J., Butzlaff, M., Esche, A. (HRSG.): Reformen im Gesundheitswesen. Gütersloh: Verlag Bertelsmann Stiftung.

Borgetto, B. Gerhardt, U. (1993): Gesellschaftliches Altern und Operationserfolg nach Koronarer Bypassoperation – Eine verstehende Typenanalyse. In: Meulemann, H., Elting-Campus, A. (Hrsg). 26. Deutscher Soziologentag 1992. Lebensverhältnisse und Soziale Konflikte im neuen Europa, Opladen: Westdeutscher Verlag, S. 224-227

Bundesagentur für Außenwirtschaft, a

Marokko reformiert den Gesundheitssektor. Seite. 2

http://www.maroc-trade.com/INFOS/Medizintechnik_Marokko_bfai.pdf
Stand: 31.12.2010.

Bundesagentur für Außenwirtschaft, b

Marokko reformiert den Gesundheitssektor. Seite. 2

http://www.maroc-trade.com/INFOS/Medizintechnik_Marokko_bfai.pdf

Stand: 31.12.2010.

Die Deutsche Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit (GTZ) GmbH
<http://www.gtz.de/de/weltweit/maghreb-naher-osten/marokko/6484.htm>
Stand: 15.01.2010.

Direction de la Planification et des Ressources financières
<http://www.sante.gov.ma/Annuaire/DPRF.htm>.
Stand: 03.02.2010.

Enquête sur la Santé et la Réactivité du Système de Santé-Maroc 2003, a. Seite. 6
http://srvweb.sante.gov.ma/Publications/Etudes_enquete/Documents/ESRSSM2003.pdf. Stand: 11.12.2010.

Enquête sur la Santé 2003, b. Seite. 7
http://srvweb.sante.gov.ma/Publications/Etudes_enquete/Documents/ESRSSM2003.pdf. Stand: 11.12.2010.

Enquête sur la Santé 2003, c. Seite. 7
http://srvweb.sante.gov.ma/Publications/Etudes_enquete/Documents/ESRSSM2003.pdf. Stand: 11.12.2010.

Enquête sur La Santé 2003, d. Seite. 41, eigene Darstellung.
http://srvweb.sante.gov.ma/Publications/Etudes_enquete/Documents/ESRSSM2003.pdf. Stand: 11.12.2010.

Enquête sur La Santé 2003, i. Seite. 67.
http://srvweb.sante.gov.ma/Publications/Etudes_enquete/Documents/ESRSSM2003.pdf. Stand: 11.12.2010

Indexmundi 2010.
<http://www.indexmundi.com/g/g.aspx?c=mo&v=21&l=de>.
Stand 18.12.2110.

Infobörse Marokko.
http://www.marokko.com/index.php?option=com_content&view=article&id=238:arbeit-sloenquote-sinkt&catid=40:daten-und-fakten&Itemid=139. Stand 06.12.2010.

L'Agence nationale de l'assurance Maladie ANAM, a.
http://www.assurancemaladie.ma/anam_ar.php?id_espace=14&id_srub=6.
Stand: 22.02.2010.

L'Agence nationale de l'assurance Maladie ANAM, b.
http://www.assurancemaladie.ma/anam.php?id_espace=6&id_srub=17
Stand: 22.02.2010.

L'Agence nationale de l'assurance Maladie ANAM, c.
http://www.assurancemaladie.ma/anam.php?id_espace=6&id_srub=13
Stand: 22.02.2010.

Luhmann, N. (1983): Anspruchsinflation im Krankheitssystem. Eine Stellungnahme aus gesellschaftstheoretischer Sicht. In: Herder-Dorneich, P., Schuller, A. (Hrsg.): Die Anspruchsspirale: Schicksal oder Systemdefekt? Stuttgart, Berlin, Köln, Mainz: Verlag W. Kohlhammer, S. 2849.

Manfred J. Müller, Elke A. Trautwein, Gesundheit und Ernährung-Public Health Nutrition, 2005: Eugen Ulmer KG. Seite 143-144

Marokko Nationales Richtprogramm 2007 –2010, Seite. 19.
http://ec.europa.eu/world/enp/pdf/country/enpi_nip_morocco_de.pdf.
Stand: 18.02.2010.

Mayntz, R. (1987): politische Steuerung und gesellschaftliche Steuerungsprobleme- Anmerkungen zu einem theoretischen Paradigma. In: Jahrbuch zur Staats-und Verwaltungswissenschaft 1, S. 89-10.

Santé en Chiffre 2003,
Dépenses de santé, Seite. 106.
<http://www.sante.gov.ma/Departements/dprf/SEIS/Document%20complet.pdf>
Stand: 01.01.10.

Soziale Ungleichheit und Gesundheit , Robert Koch Institut 2004, Seite 56.
http://www.bmas.de/portal/988/property=pdf/armut_soziale_ungleichheit_und_gesundheit.pdf.
Stand: 29.01.2010.

Transafrika, Länderinfo.
<http://www.transafrika.org/pages/laenderinfo-afrika/marokko/geschichte.php>.
Stand 09.10.2010

Vandalen: Germanisches Volk, das zur ostgermanischen Sprachgruppe gezählt wird. Zur Zeit des Tacitus siedelten die Vandalen zunächst im nordöstlichen „Germanien“, breiteten sich später aber weiter aus und wanderten im 5. Jahrhundert infolge der Völkerwanderung größtenteils nach Spanien und schließlich nach Nordafrika aus. Mit

der Zerschlagung des Vandalenreichs im 6. Jahrhundert durch oströmische Truppen verlieren sich ihre Spuren.

http://mittelalter-genealogie.de/_voelkerwanderung/v/vandalen.html.

Stand: 16.12.2010

Weltblick-ips.news. Seite. 3

http://www.weltblick.ipsnews.de/archiv/2007/pdf/wb_nr_34_07.pdf.

Stand: 12.02.2010.

Worldbank 2010.

<http://web.worldbank.org/WBSITE/EXTERNAL/NEWS/0,,contentMDK:20020354~menuPK:64255468~pagePK:34370~piPK:34424~theSitePK:4607,00.html>

Stand 03.12.2010.

Zweifel, P. Breuer, M. (2002). Weiterentwicklung des deutschen Gesundheitssystems. Gutachten im Auftrag des Verbands Forschender Arzneimittler e. V. (VFA). Zürich.

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