

Das Gesundheitswesen der Philippinen: Unternehmergeist, Personalexport und medizinische Versorgungsmisere

Gundula Süllwold

Einleitung

Wie in allen Ländern der Dritten Welt ist in den Philippinen Armut als wichtigste Krankheitsursache zu bestimmen; sie ist Ausdruck einer sozialen Ungerechtigkeit, die in der langen Kolonialzeit entstand und sich während der 20jährigen Marcos-Diktatur zuspitzte. Nach den als "People's Power"-Revolution gefeierten Ereignissen vom Februar 1986 hatte Präsidentin Aquino zwar für das Jahr 1988 einer Budgeterhöhung für das Gesundheitswesen zugestimmt. Dennoch werden zahllose lebensrettende Maßnahmen für die Armen unerreichbar bleiben, weil die Bedürftigkeit zu groß und zu viel nicht finanzierbar ist. Zur alltäglichen Realität zählen z.B. folgende Fakten:

- Laut National Census (1985) liegen 60% der Haushalte unter der Armutsgrenze. Für nur 15% der Bevölkerung stehen 60% aller Gesundheitseinrichtungen zur Verfügung, während die arme Mehrheit sich mit den restlichen 40% begnügen muß (vgl. NAVARETTE-CLEMENTE 1987:81).
- Die Sozial- und Krankenversicherung ist nur für Privilegierte zugänglich; die Kosten für die medizinische Versorgung sind größtenteils vom Patienten selbst zu bezahlen.
- Im Landesdurchschnitt kommt ein/e Arzt/Ärztin auf 6413 Einwohner, eine Krankenschwester auf 5263 Einwohner und ein Krankenhausbett auf 643 Einwohner (vgl. STATISTICAL YEARBOOK 1987:369). Zum Vergleich: In der BRD kommt ein Arzt auf 364 Einwohner, ein Bett auf 90 Einwohner.
- Die Löhne für das medizinische Personal sind besonders in staatlichen Krankenhäusern äußerst niedrig: Eine Krankenschwester verdient z.B. durchschnittlich 60 US-\$ im Monat. Die Beschäftigten sind darüber hinaus vielfach überarbeitet, und notwendige Ausrüstungsgegenstände fehlen.
- Es befinden sich über 9000 verschiedene Medikamente auf dem Markt, von denen in Europa oder den USA viele verboten oder streng rezeptpflichtig sind. Die pharmazeutische Industrie wird zu 75% von ausländischen, multinationalen Konzernen kontrolliert. Medikamentenrohstoffe werden zu 95% importiert, das fertige Produkt oft nur noch verpackt. Die Medikamentenpreise sind die höchsten in Südostasien.

Zustandsbeschreibungen dieser Art gibt es überall zu lesen. Sie sind jedoch noch lange keine zureichende Analyse gesundheitspolitischer Problemlagen und haben nur einen geringen Wert für die Aufdeckung der Zusammenhänge in einem so komplizierten und verbindungsreichen System wie dem Gesundheitswesen. Zudem sind diese Aussagen nicht auf die Philippinen beschränkt, sondern z.T. in etwas geänderter Form für alle Entwicklungsländer verallgemeinerbar. Armut und medizinische Unterversorgung kennzeichnen unter anderen Tatbeständen unterentwickelte Länder.

In diesem Bericht geht es um das philippinische System der Gesundheitsversorgung,¹ das sich durch bestimmte strukturelle Merkmale gegenüber dem vergleichbarer Länder auszeichnet. Leistungen und Fehlleistungen der medizinischen Versorgung sind nicht nur auf allgemeine Tatbestände wie Armut und mangelnde Ausstattung mit Ressourcen zurückzuführen, sondern auch auf die Funktionsweise des Systems selbst.

Daß sich die Philippinen von allen Ländern der Region am wenigsten weit von ihrer ehemaligen Kolonialmacht entfernt haben, ist offensichtlich. Die Konsumgewohnheiten und die gesamte Lebensweise vieler Filipinos ist so sehr vom amerikanischen Vorbild geprägt, daß sie die Bezeichnung "little brown americans" keineswegs als abwertend empfinden. Die Kehrseite - ökonomische, politische und militärische Abhängigkeit - ist Thema vieler Publikationen und kontroverser öffentlicher Debatten.

Weniger im Blickpunkt des Interesses steht das institutionelle Erbe des US-Kolonialismus: Politisches System, Verwaltung, Justiz, Bildungswesen und eben auch das System medizinischer Versorgung sind fast getreue Kopien des amerikanischen Vorbilds. Die Beibehaltung dieser Institutionen nach der Unabhängigkeit wird allgemein eher positiv beurteilt; trotz aller Einschränkungen erscheinen die Philippinen als demokratischer Rechtsstaat (Ausnahme: die Marcos-Ära). Tatsächlich gibt es seit 1986 wieder freie Wahlen, und das Anrecht jedes Bürgers auf gerichtliches Gehör ist zumindest formal gewährleistet. Fast jedes Kind erhält eine schulische Grundbildung, und in der qualitativen Spitze, also den teuersten Privatschulen und Universitäten, hat das Bildungswesen durchaus das vielbeschworene "internationale Niveau".

Mit dem amerikanischen Vorbild wurden auch restriktive Auffassungen von den Aufgaben des Staates und der Politik übernommen: Lösungen für alle denkbaren sozialen Probleme werden am ehesten von privater Initiative erwartet, Haupttriebkraft ist das Streben nach individuellem Profit. Die Übertragung dieses Prinzips auf ein Dritte-Welt-Land wie die Philippinen hat auf allen Gebieten spezifische Diskrepanzen zur Folge.² Die Diskrepanzen im philippinischen System der Gesundheitsversorgung sollen im folgenden diskutiert werden.

Auch hier lassen sich zunächst einige Vorteile für die Leistungsfähigkeit benennen. So ist das Niveau der Ausbildung für die medizinischen Berufe allgemein hoch. Für philippinische Ärzte und Krankenschwestern ist es leichter, den strengen amerikanischen Zulassungsbestimmungen für eine Auslandstätigkeit zu genügen, als z.B. für deutsche.³ Besonders in Manila gibt es einige Allgemein- und Spezialkliniken, die allerhöchsten internationalen Maßstäben genügen. Aber auch in der Provinz ist, wie sich in meiner Feldforschung bestätigte, ein umfassendes Angebot an medizinischen Leistungen vorhanden (vgl. SÜLLWOLD 1989).

Daß dennoch von einer Unterversorgung der Bevölkerung gesprochen werden kann, steht wiederum im engen Zusammenhang mit der größtenteils privatwirtschaftlichen Organisation des medizinischen Sektors. Etwa zwei Drittel aller Betten in philippinischen Krankenhäusern sind in privater Hand, ebenso die überwiegende Anzahl von Arzt- und Zahnarztpraxen. Die oftmals sehr kleinen Hospitäler - z.T. mit einer Kapazität von weniger als zehn Betten - finanzieren sich durch die Patienten, d.h. durch die Beiträge, die jeder Patient für Aufenthalt, diagnostische Maßnahmen, Behandlung, Pflege und Medikamente bei seiner

Entlassung zu entrichten hat. Auch die ambulante Behandlung findet in der Regel gegen Barzahlung statt. Privatkrankenhäuser und -praxen erhalten keine staatlichen Zuschüsse; wie alle anderen Privatunternehmen stellen sie so Investitionen dar, die mit Gewinnerwartung getätigt wurden.

Das Krankenversicherungssystem "Medicare" bietet den Patienten, sofern sie Mitglied sind, zwar finanzielle Unterstützung, ersetzt aber keineswegs die vollen Behandlungskosten. Die Inanspruchnahme medizinischer Leistungen ist also eine finanzielle Frage für jeden Patienten, eine Überlegung des "Es-sich-leisten-könnens". Dies führt notwendig zu einer Selektion der Patienten. Für zahlungsunfähige Kranke ist das System nicht zugänglich, sie sind somit weitgehend von gesundheitserhaltenden Maßnahmen ausgeschlossen. Die damit verbundenen sozialen Kosten mögen in einem reichen Land wie den USA legitimierbar sein; in der philippinischen Gesellschaft, in der eine deutliche Mehrheit der Bevölkerung an oder unter der Armutsgrenze lebt, sind sie schlicht untragbar.

1. Das Gesundheitswesen der Philippinen - Ein institutionelles Erbe amerikanischer Modernisierungspolitik

Die heutige Form des philippinischen Gesundheitswesens ist ein Produkt amerikanischer Modernisierungspolitik, die zu Beginn des 20. Jahrhunderts mit der Um- bzw. Neugestaltung bestehender Strukturen der medizinischen Versorgung und Ausbildung einsetzte. Wie die Bestandsaufnahme der amerikanischen Kolonialregierung 1902 deutlich macht, beschrift man dabei keineswegs eine tabula rasa: "The health conditions are on the whole surprisingly good in the Philippines" (DE LA CRUZ 1984:45).

In der Tat war der Entwicklungsstand des philippinischen Gesundheitswesens zum Ende der spanischen Herrschaft beachtlich: Es existierten staatliche Institutionen für Impfkampagnen, Hygienemaßnahmen und öffentliche Gesundheitsfürsorge, die dem "Superior Board of Health and Charity" unterstanden. Eine medizinische Ausbildung nach europäischem Vorbild wurde durch die 1611 gegründete Sto. Tomas-Universität ermöglicht. Mit Hilfe französischer Lehrbücher und spanischer Unterrichtsinhalte, die philippinische Ärzte nach abgeschlossenem Studium aus Mexiko oder Europa mitbrachten, begann gegen Ende des 19. Jahrhunderts "the Golden Era of modern medicine in the Philippines" (DE LA CRUZ 1984:45).

Die Partizipation an diesem goldenen Zeitalter - von seiner Gestaltung ganz zu schweigen - war allerdings nur einer elitären Minderheit der philippinischen Bevölkerung vorbehalten, die mit der spanischen Herrschaft kollaborierte. In den achtziger Jahren des 19. Jahrhunderts war es einigen jungen Männern guter Herkunft möglich, in Europa zu studieren und als hispanisierte "Ilustrados" zurückzukehren. Reiche "Mestizos"⁴ dominierten die Intelligentsia zu Beginn des 20. Jahrhunderts, denn nur sie hatten Zugang zu hoher schulischer Bildung. "Not freedom for the indios, but equality with their overlords" (JOSE 1988:4) war ihre Devise. Aktive Gestalter und Nutznießer des medizinischen Versorgungs- und Ausbildungssystems der damaligen Zeit waren somit die Angehörigen einer kleinen wohlhabenden Oberschicht; die Mehrheit der Bevölkerung war aus diesem System weitgehend ausgeschlossen und auf das Angebot der wenigen Wohltätigkeitsprojekte der medizinischen Elite angewiesen.

Die von den Amerikanern vorgefundenen und ausbaufähigen Elemente der medizinischen Versorgung und Ausbildung, die in ihrer Anlage schon "modern" waren, wurden einer weiteren Modernisierung mit dem Ziel einer vollständigen Kontrolle über das philippinische Gesundheitswesen unterzogen. Zum einen fand eine institutionelle Reorganisation auf staatlicher Ebene mit der Umbenennung des "Superior Board of Health and Charity" in "Bureau of Health" als obersten Organs statt; daneben wurde der quantitative und qualitative Ausbau des medizinischen Versorgungsangebots von Manila als Zentrum aus schrittweise vorangetrieben. Die medizinische Ausbildung wurde nach dem Vorbild des amerikanischen College-Systems vollständig reformiert (vgl. DE LA CRUZ 1984:47ff). Die institutionelle Umgestaltung des Gesundheitswesens geschah auf der Grundlage einer völligen inhaltlichen Neugestaltung bisheriger medizinischer Praxis. Dieser Umgestaltungsprozeß ließ sich relativ problemlos handhaben. Die "Philippine Islands Medical Association" (PIMA) - 1939 umbenannt zur "Philippine Medical Association" (PMA) - wurde dabei als strategisches Instrument eingesetzt, um den Versorgungs- und Ausbildungsbereich zu amerikanisieren. Dies geschah anfangs durch die direkte Dominanz amerikanischer Ärzte innerhalb der Vereinigung. Später wurden "Ilustrados" zu "Pensionados", die von der amerikanischen Kolonialregierung in die USA geschickt wurden, um nach abgeschlossenem Studium im Verwaltungs- und Ausbildungsbereich der Philippinen eingesetzt zu werden (vgl. JOSE 1988:5).

Mit steigender Zahl graduerter Hochschulabgänger - zwischen 1924 und 1934 konnte eine über achtzigprozentige Zuwachsrate verzeichnet werden - wurde die "Philippine Medical Association" zu einem bedeutenden Machtfaktor, insbesondere als sich mit zunehmender Mitgliedschaft privater Ärzte ein Wandel von einer staatlichen Orientierung zum Privatsektor vollzog. Schon Mitte der dreißiger Jahre zog sich daraufhin die philippinische Kolonialregierung aus dem weiteren Ausbau des medizinischen Versorgungs- und Bildungsangebots zurück und überließ das Feld ärztlichen Privatunternehmen: "The House of Delegates approved the recommendation that, in places where adequate private facilities were available, government hospitals should not admit and take care of private patients except in emergencies" (DE LA CRUZ 1984:86). Stagnierende staatliche Investitionen im Gesundheitsbereich insgesamt führten zu einer weiteren Stärkung der Machtposition medizinischer Privatunternehmer, da sie begannen, den Versorgungs- und Ausbildungsbereich quantitativ zu dominieren und inhaltlich zu bestimmen.

1956 war der Prozeß der Privatisierung weitgehend abgeschlossen, und die PMA stand unter der Führung privater Ärzte und ihrer Interessen. Die konträren Positionen staatlicher und privater Ärzte spitzten sich zu, als letztere begannen, massiv in die Domäne der Staatsbediensteten einzugreifen. Das entstehende Gerangel um private Patienten, die dem behandelnden Arzt einen höheren Verdienst ermöglichten, führte zu einem Konflikt, der von der Regierung zugunsten des Privatsektors entschieden wurde. Ab 1960 war es Regierungsangestellten verboten, einer zusätzlichen Nebenbeschäftigung nachzugehen, wodurch der private medizinische Versorgungsbereich zunehmend eine Monopolstellung erhielt (vgl. DE LA CRUZ 1984:95).

Regional konzentrierte sich die medizinische Versorgung und Ausbildung in Manila. Die Anziehungskraft der Metropole für medizinisches Personal resultierte zum einen daraus, daß das Ausbildungsangebot quantitativ und qualitativ

weit über Landesniveau lag; zum anderen waren die Verdienstmöglichkeiten bei der Eröffnung einer Klinik in Manila eindeutig höher als in der Provinz. Zudem war Manila auch der Ort politischer und wirtschaftlicher Entscheidungen, an denen die PMA natürlich partizipieren wollte.

Um Sozialisierungstendenzen staatlicher Gesundheitspolitik vorzubeugen, die in den fünfziger und insbesondere wieder ab den siebziger Jahren mit der finanziellen Unterstützung internationaler Organisationen (WHO, UNICEF etc.) einsetzten, und um von Dezentralisierungsmaßnahmen medizinischer Versorgung zu profitieren, ging der medizinische Privatsektor zu einer Politik der Besänftigung und der Zugeständnisse über. "The success of any fight against socialization of medicine will depend not on discrediting and denouncing socialized medicine but on persuasive demonstration that the problem of medical security can be solved by voluntary methods" (DE LA CRUZ 1984:97). "Charity"-Projekte in Form unbezahlter, freiwilliger Mehrarbeit privater Ärzte wurden von der PMA im Zuge ihres "Adopt A Barangay"-Programms⁵ ins Leben gerufen (vgl. DE LA CRUZ 1984:71). Weiterhin befürwortete und unterstützte die PMA die Verabschiedung des "Philippine Medical Act" mit der Intention, die erreichte Machtposition des ärztlichen Privatunternehmertums zu sichern und zu stabilisieren. Mit der Implementation dieses Gesetzes ab 1972 wurde erstmals ein Krankenversicherungssystem ("Medicare") eingeführt, in dessen Genuß allerdings nur Arbeitnehmer des öffentlichen Dienstes und der Privatwirtschaft kamen. Angesichts der erheblichen finanziellen Selektion im Zugang zu diesem System kann eine Sozialisierung und Demokratisierung des Gesundheitswesens politisch kaum intendiert gewesen sein. Ein Zugeständnis wurde mit der Verabschiedung einer Gebührenordnung für ärztliche Honorare gemacht, die den bis dahin willkürlich festgelegten und oftmals sehr hohen Behandlungspreisen ein Ende bereiten sollte.

Das institutionelle Erbe des US-Kolonialismus bildet somit die Grundlage für die heutige Form des philippinischen Gesundheitswesens. Die privatwirtschaftliche Organisation nach amerikanischem Muster führt zu einer Eigendynamik: Aller Ehrgeiz wird daran gesetzt, einen internationalen Standard mit hohem technischen Niveau und entsprechendem Spezialisierungsgrad zu erreichen, wobei die PMA weiter als treibende Kraft fungiert und u.a. Studienaufenthalte in den USA finanziell unterstützt.

Die Implementation dieses westlichen medizinischen Standards in den Philippinen stößt jedoch nicht nur auf finanzielle Probleme: Qualifizierte Herzspezialisten oder Ärzte, die in der Lage sind, Nieren zu verpflanzen, haben wenig Aussicht, diese Fähigkeiten in einem Land einzusetzen, in dem die Mehrheit der Bevölkerung an Tuberkulose oder Durchfallerkrankungen leidet und zudem durch mehrfache finanzielle Selektionen von der Partizipation am medizinischen Versorgungsangebot ausgeschlossen ist. Dieser grundlegende Widerspruch rechtfertigt die Bezeichnung der philippinischen Gesundheitsversorgung als desolates System, das jede oberflächliche Reform zum Scheitern verurteilt.

2. Die Gesundheitsversorgung in der Provinz - Eine Fallstudie

Die konkrete Wirklichkeit medizinischer Versorgung soll am Beispiel der Provinzhauptstadt Lucena und ihrer Nachbarstädte dargestellt werden.⁶ Obwohl das medizinische Versorgungsangebot in Luzon/Südtagalog quantitativ und qualita-

tiv über dem Landesniveau liegt (vgl. PHILIPPINE YEARBOOK 1987:289), lassen sich die hier zu beobachtenden Strukturprobleme durchaus verallgemeinern.

Der erste Eindruck, daß es um die Gesundheitsversorgung der etwa 140.000 Einwohner Lucenas gut bestellt ist, erwies sich als falsch: Es existiert zwar ein reichhaltiges Angebot an Hospitälern und Arztpraxen aller Disziplinen, bei näherem Hinsehen zeigt sich jedoch, daß es sich dabei zum größten Teil um Privatunternehmen handelt, in die mit Gewinnerwartung investiert wurde. Acht private Krankenhäuser und weitere Privatkliniken mit weniger als zehn Betten stehen einem Regierungskrankenhaus ("Quezon Memorial Hospital") gegenüber. Von den 166 in Lucena praktizierenden Ärzten sind nur zwei "public doctors", die ihr Gehalt von der Regierung beziehen; die restlichen 164 Ärzte finanzieren sich durch die Zahlungen der Patienten. Zwischen diesen Ärzten und den Privathospitälern, in denen sie oft Belegbetten haben, besteht ein enges Beziehungsgeflecht: Das ausgeprägte Familien-, Verwandtschafts- und "Compadre"-System, verbunden mit einer Portion *Utang na loob*⁷, sorgt dafür, daß jeder Patient dem "richtigen" Facharzt oder Krankenhaus zugeteilt wird. Auch die Zahnmedizin ist fest in privater Hand: Von den 18 Zahnärzten sind 17 "private dentists".

Die folgende tabellarische Gegenüberstellung statistischer Angaben eines "national hospital" (Quezon Memorial Hospital) und eines "private hospital" (Tayabas Community Hospital) zeigt exemplarisch einige Auswirkungen der Struktur philippinischer Gesundheitsversorgung (ein Vergleich beider Krankenhäuser ist wegen ihrer annähernd gleichen Bettenkapazität legitim):

	QMH Lucena (Reg.-Krh.)	TCH Tayabas (Priv.-Krh.)
Bettenkapazität	200	135
Bassinets	25	12
Aufnahmen insgesamt (ohne Neugeborene)	13.130	14.028
davon Medicare	1.231	12.804
Non-Medicare	2.443	1.219
Charity	9.456	5
Neugeborene	3.185	218
Todesfälle	645	70
davon < 48 Std.	472 (70%)	45 (64%)
> 48 Std.	193	25
Durchschn. Belegung	215	133
Durchschn. Verweildauer (Tage)	4,8	3,4

Das QMH als einziges Regierungskrankenhaus im weiten Umkreis hat zwar mehr Betten als das private TCH, die Zahl der Aufnahmen ist aber annähernd gleich. Dabei ist zu bedenken, daß es noch eine ganze Reihe weiterer Privatkliniken ähnlicher Größenordnung gibt. Das öffentliche Krankenhaus hat also, bezogen auf die Gesamtbevölkerung, nur einen geringen Anteil an der stationären

Versorgungsleistung. Zieht man als weitere Vergleichszahl die durchschnittliche Belegung hinzu, so wird deutlich, daß die Aufnahmekapazität des QMH sehr begrenzt ist. Oft ist es unumgänglich, auch schwerkranke Patienten auf Fluren unterzubringen oder sogar nach Hause zu schicken.

Ein Unterschied großer Tragweite ergibt sich, wenn der Versicherungsstatus der Patienten verglichen wird. Weniger als ein Zehntel der Patienten des Regierungskrankenhauses sind regulär "Medicare"-versichert, dagegen fast 90% im Privathospital. Umgekehrt leistet sich das TCH ganze fünf "Charity"-Patienten, eine Zahl, die selbst als Alibi zu gering erscheint. Das QMH hingegen muß mit etwa 70% zahlungsunfähigen Patienten zurechtkommen, die sich einen Aufenthalt in einem Privatkrankenhaus nicht leisten können.

Aufschlußreich ist auch der Vergleich der Sterberaten, die, bezogen auf die Aufnahmen, im Regierungskrankenhaus zehnmal so hoch liegen als im Privathospital. Hier zeigt sich erschreckend deutlich die Unzulänglichkeit der öffentlichen Gesundheitsversorgung: Wer nicht zahlen kann, wird schlecht und vor allem zu spät behandelt. Auch die 600 Peso für eine Entbindung im TCH können nur wenige entrichten, so daß sich die Geburtenziffern ebenfalls deutlich unterscheiden.

Die kostenlose ambulante Behandlung, die das QMH einmal im Monat anbietet, ist als verzweifelter Versuch zu werten, die Diskrepanz zwischen der hohen Zahl mittelloser Kranker und dem zu geringen Bettenangebot notdürftig auszugleichen. Diese Sprechstunde wird von einigen Ärzten und Schwestern abgehalten, die bemüht sind, die Riesenzahl von Patienten, von denen ein Teil auf diesen Tag warten muß, zu bewältigen. Daß es für einige von ihnen zu spät ist, ist nicht verwunderlich; Krankheiten halten sich nicht an Termine.

Ergänzt wird die Arbeit des Regierungskrankenhauses durch die sogenannten "Rural Health Units", die nicht nur im ländlichen Raum angesiedelt sind. Das von der Regierung konzipierte Modell sieht pro "Municipality" eine Rural Health Unit vor, die täglich mit einem Arzt und einer Krankenschwester oder Hebamme besetzt sein soll. Sie ist zugleich Koordinationsstelle für die Versorgung der Bevölkerung in den ländlichen *Barangays*, in denen abhängig von ihrer Anzahl - "Rural Health Stations" zu errichten sind. Die Wirklichkeit sieht allerdings anders aus: "The rural health units, barangay health stations and day care centers have acquired some notoriety for their lack of equipment and staffers" (TAN 1987b:10). In einem 1983 vom Sozialministerium veröffentlichten Bericht wird bemängelt, daß über ein Fünftel dieser Einrichtungen inaktiv sind.

Die deutliche Diskrepanz zwischen dem breiten privaten medizinischen Versorgungsangebot und einem erschreckend geringen öffentlichen Angebot hat Auswirkungen auf die Zugänglichkeit des Gesundheitssystem für die Bevölkerung. Im wesentlichen können drei Kategorien potentieller Patienten gebildet werden:

- Einer kleinen reichen Oberschicht ist ein problemloser Zugang zum ganzen Spektrum medizinischer Versorgung möglich; finanzielle Unterstützung bietet zudem das Krankenversicherungssystem "Medicare". In Einzelfällen kann sogar von einer Überversorgung gesprochen werden, denn mit der Höhe des Einkommens sinkt die Abhängigkeit vom lokalen medizinischen Sektor. Überweisungen in die Spezialkliniken Manilas stellen kein finanzielles Problem dar, wenn die Kapazitäten vor Ort nicht ausreichen.

- Durch mehrere finanzielle Selektionen entstehen die zweite und die dritte Gruppe, die von den wenigen öffentlichen Einrichtungen völlig abhängig ist. "Medicare"-Patienten sind privilegiert: Bedingung für eine Mitgliedschaft aber ist der Status als Arbeitnehmer, den die Mehrheit der Bevölkerung bei anhaltend hohen Arbeitslosen- und Unterbeschäftigtenraten nicht aufweist. Sie kann somit auch einer pünktlichen Bezahlung der monatlichen Beiträge nicht nachkommen. Dieser ersten Selektion folgt eine zweite, denn trotz Krankenversicherung müssen bei einem stationären Aufenthalt ca. ein Drittel der anfallenden Kosten vom Patienten getragen werden.

Durch die finanziellen Selektionen fallen zahlungsunfähige Patienten in die Kategorie "Charity" und somit aus dem Angebot medizinischer Versorgung fast völlig heraus.⁸ Eine weitere Einschränkung der "freien" Arztwahl ergibt sich aus der äußerst niedrigen Zahl öffentlicher Gesundheitseinrichtungen.

Dem medizinischen Privatsektor hingegen bietet das "Medicare"-Programm durchweg Vorteile. Einen möglichst hohen Anteil an "Medicare"-Patienten zu erzielen, ist aus Finanzierungsgründen Ziel jedes medizinischen Unternehmers. "Medicare" zahlt pünktlich den vollen Betrag, ein Umstand, der für einige "Non-Medicare"-Patienten nicht zutrifft. Zudem übernimmt das Krankenversicherungssystem die Funktion einer Qualitätskontrolle: Die "Philippine Medical Care Commission" entscheidet nach Erfüllung bestimmter Auflagen (technische Ausstattung, Bettenkapazität etc.), ob eine Privatklinik im "Medicare"-Programm zugelassen wird und in welche Preiskategorie sie fällt.

In die klaffende Lücke zwischen vorzüglicher medizinischer Versorgung eines kleinen Teils der Bevölkerung und völliger Unterversorgung der armen Mehrheit dringt eine Unmenge von Vereinen ("civic organisations") mit ihren "Health Projects" ein. In regelmäßigen Abständen bieten diese Clubs (z.B. Rotary Club, Lions Club, Catholic Women League, Knights of Columbus und Jaycees) freie medizinische Behandlung und Medikamentenvergabe an. Die Kosten dieser Barangay-Veranstaltungen werden durch Spenden gedeckt, durchgeführt werden sie von Mitgliedern, die Ärzte oder Zahnärzte sind. Als regelmäßige, punktuell applizierte "Tropfen auf den heißen Stein" der medizinischen Versorgungsnotlage zielen diese Wohltätigkeitsveranstaltungen darauf ab, die Position der medizinischen Elite zu sichern und zu legitimieren, denn die inhaltliche Gestaltung dieser Projekte zeigt eine strikte Trennung zwischen Anbieter und Empfänger. Letztere haben auf das kostenlose Angebot keinen Anspruch, sie sind vielmehr zur Dankbarkeit verpflichtet. Ein Anspruch auf medizinische Versorgung unabhängig von der Bezahlbarkeit wird nicht einmal thematisiert.

Für die Bedürfnisse der mit Pesos zahlenden Mittelschicht sind Abstriche zu machen; ein Kompromiß zwischen den Anforderungen der westlichen Schulmedizin und den begrenzt verfügbaren finanziellen Mitteln ist notwendig. Aus Kostengründen muß auf vieles verzichtet werden, was nach westlichen Vorstellungen einfach dazugehört. In philippinischen Krankenhäusern ist Improvisation zwingend notwendig, um mit den einfachsten Mitteln den größtmöglichen Erfolg zu erzielen und trotzdem aus medizinischer Sicht korrekt arbeiten zu können. So wird die preiswertere Rückenmarksanästhesie der Vollnarkose vorgezogen, OP-Handschuhe und Einmalspritzen werden mehrfach sterilisiert und Medikamente portionsweise, gemäß der erfolversprechenden Dosis, abgegeben.

Im Ergebnis kann festgehalten werden, daß das Gesundheitswesen nicht auf eine vollständige und flächendeckende Versorgung der gesamten Bevölkerung ausgelegt ist. Die arme Mehrheit ist aus finanziellen Gründen von dem regulären medizinischen Leistungsangebot weitgehend ausgeschlossen und wird auf der untersten Stufe zu Almosenempfängern degradiert, die von Wohltätigkeitsveranstaltungen medizinischer Privatunternehmer abhängig sind. Medizinische Ressourcen in Form von Personal, Medikamenten und Ausstattung sind zwar vorhanden, aber einseitig zugunsten des Privatsektors verteilt und zudem auf städtische Zentren konzentriert. Die ungleiche Zugänglichkeit für die Bevölkerung macht die Gesundheitsmisere in den Philippinen daher zu einem sozialpolitischen und nicht zu einem medizinisch-technischen Problem.

3. Philippinische Krankenschwestern - Ein Exportschlager mit Tradition und seine Folgen

Vor dem Hintergrund der langen Tradition und des großen Umfangs der internationalen Arbeitsmigration aus den Philippinen - die erste Auswanderungswelle begann 1906 zu den Zuckerplantagen Hawaiis - nimmt die Auswanderung der Krankenschwestern eine Sonderstellung ein. Das philippinische Krankenpflegepersonal ist die einzige Berufsgruppe qualifizierter Fachkräfte, die gemessen an ihrer Gesamtpopulation zu fast zwei Dritteln im Ausland beschäftigt ist (vgl. TAN 1987b:11).⁹ Dieser Tatbestand ist Ausdruck und Folge einer Verknüpfung kolonialer und postkolonialer Faktoren: "While the pattern of especially heavy emigration of Filipinos to the United States is, in large part, a legacy of the colonial era, this historic attraction is reinforced and strengthened by postcolonial factors which increasingly favor the highly skilled" (LOW RUTH 1970:50).

Das institutionelle Erbe amerikanischer Modernisierungspolitik, die privatwirtschaftliche Organisation des medizinischen Versorgungs- und Ausbildungssystems, insbesondere aber die getreu nach amerikanischem Vorbild kopierte Krankenpflegeausbildung, sind als wesentliche Push-Faktoren identifizierbar. Das akademische Milieu, westernisierte Curricula, profitorientierte und dementsprechend teure Schulen und in der Folge ein kuratives, auf Hospitalisation ausgerichtetes Gesundheitswesen, das einen internationalen technisch-medizinischen Standard zu erreichen sucht, produzieren paramedizinische Kandidaten *para ho makapag-abroad* (übersetzt: für das Ausland) (HAIN 1988:173). Die kommerzialisierte Krankenpflegeausbildung entspricht dem Niveau der Industrieländer und wird somit zu einer handelbaren Ware, die passend zu deren anhaltendem Bedarf eingesetzt werden kann.

Philippinischen Frauen bietet der Krankenpflegeberuf die einzige Möglichkeit, als qualifizierte Fachkraft im Ausland zu arbeiten, und er wird somit von Beginn an mit diesem Ziel angestrebt. "Education, especially in the health field is a passport to better life and/or to greener pastures in other countries like the U.S.A." (SANCHEZ 1987:150). Der "three step migration" philippinischer Krankenschwestern liegt ein strategisches Handlungskonzept zugrunde, mit dem ein Ausgleich zwischen hohem Ausbildungsaufwand und erreichtem Qualifikationsstand einerseits und philippinischen Arbeitsbedingungen und relativ geringem Einkommen andererseits angestrebt wird.

Der nach wie vor hohe Bedarf an Krankenpflegepersonal auf dem internationalen Arbeitsmarkt sichert philippinischen Krankenschwestern eine weiterhin

festen Position im und Teilhabe am Migrationsstrom insgesamt; sie haben mit diesem Beruf eine Nische besetzt, die männlichen Emigranten vorenthalten ist. Die Möglichkeit, ihren in der Heimat erlernten Beruf im Gastland zu verwerten, führt zur höchsten erreichbaren "upward mobility". Diese besteht aber fast ausschließlich in einer finanziellen Verbesserung; nach Berufsstatus und sozialen Indikatoren gemessen, ergibt sich für die meisten Emigrantinnen - besonders in Mitteleuropa - eine Abwärtsmobilität. Die überwiegende Mehrheit des in Deutschland, den Niederlanden und in Großbritannien arbeitenden philippinischen Pflegepersonals ist auf arbeitsintensiven Stationen der inneren Medizin bzw. in Altersheimen eingesetzt. Diese Tätigkeiten stehen in der Regel im völligen Gegensatz zu dem in den Philippinen erreichten Berufsstatus und dem damit verbundenen Aufgabenfeld.

Interviews, die ich mit philippinischem Pflegepersonal im Städtischen Krankenhaus Bielefeld-Mitte machte, bestätigen diese Aussage. Gerade zu Beginn ihres Arbeitsverhältnisses gab es große Probleme mit der Umstellung: Die in Deutschland starke Orientierung auf grundpflegerische Aspekte (Waschen, Füttern, Betten etc.) des Tätigkeitsbereichs einer Krankenschwester führt dazu, daß den Filipinas oftmals der Teil der Aufgaben übriggelassen wird, der am anstrengendsten ist und den Geist am wenigsten fordert. Die Nichtanerkennung philippinischer Krankenpflege- bzw. Zusatzexamina, wahlweise sprachlich oder inhaltlich-formal begründet, aber offensichtlich aus Kostengründen durchgeführt, bilden die rechtliche Grundlage der beruflichen Abwärtsmobilität.¹⁰

Demgegenüber machen die kulturelle, sprachliche und der Ausbildung geschuldete Affinität zu den USA dieses Land zum bevorzugten Einreiseland für philippinische Krankenschwestern. "The patterns of movement demonstrate the overriding importance of four factors - a common language, close past or current political relationships, a receptive attitude in the advanced country, and economic opportunity" (KIDD 1970:506). Die zusätzliche räumliche Konzentration in bestimmten Teilen des Landes macht es zudem nachfolgenden ausreisewilligen Krankenschwestern leichter: Eine Emigration in die Ungewißheit und in die völlig unbekannte Fremde findet nicht statt. "The Filipino migrant would much rather look for work where he has friends and relatives to reduce the financial and psychological costs of migration during the adjustment period" (PEREZ 1985:360).

Da über die Hälfte der philippinischen Krankenschwestern, die ihre kostenintensive Ausbildung in den Philippinen absolvierte, im Ausland arbeitet, kann von einem "Brain Drain"-Effekt gesprochen werden. Für die Philippinen und die massive Auswanderung ihres Pflegepersonals treffen die in der Diskussion über dies Konzept genannten negativen Begleiterscheinungen jedoch auf den ersten Blick kaum zu. Alle am Migrationsprozeß beteiligten Akteure - Staat, Institutionen im Gesundheitswesen, das Personal selbst und seine Familien - profitieren vom Auswanderungsstrom der Krankenschwestern:

- Positive Auswirkungen auf den Staatshaushalt ergeben sich in doppelter Hinsicht: Die privatwirtschaftliche Organisation der Krankenpflegeausbildung entbindet den Staat von der Bereitstellung eines öffentlichen Angebots von Krankenpflegeschulen, wodurch enorme finanzielle Einsparungen erreicht. Darüber hinaus lassen sich direkte Einnahmen erzielen: Zu Beginn des Migra-

tionsprozesses geht die philippinische Regierung mit hohen Gebühren für Zusatzexamina und mit staatlich verordneten Devisenrückflüssen im Zuge ihrer "Manpower Export"-Programme in die Offensive und schöpft einen Gewinn ab, der für sie im Vorfeld kaum nennenswerte Investitionen erforderte. - In die mit der Ausbildung betrauten Privatschulen wurde mit Gewinnerwartung investiert. Erträge in der gegenwärtigen Größenordnung können aber nur erzielt werden, wenn die Hoffnung auf einen lukrativen Arbeitsplatz im Ausland die hohen Gebühren rechtfertigt. Alle Akteure des medizinischen Systems profitieren schließlich durch einen Erhalt des Status Quo.

- Der Familienverband hat bereits im Vorfeld einen wesentlichen Beitrag geleistet: Es wurde in eine qualifizierte Fachausbildung investiert, deren international hoher Marktwert bekannt ist und die der ganzen Familie finanzielle Vorteile bietet, sobald die Tochter ihren erlernten Beruf als Sprungbrett ins Ausland benutzt. "Compadre"-System und *Utang na loob*-Konzept münden in einer Familienstrategie, die die potentielle Krankenschwester unter Handlungsdruck setzt; der hieraus resultierende reziproke Kreislauf führt dazu, daß die Migration das beinahe einzige Mittel ist, mit dem sie das Konto ihrer Verpflichtungen ausgleichen kann.

Nach Abschluß der Ausbildung und anschließender Emigration unterstützen die im Ausland tätigen Krankenschwestern zwar ihre Familien, die von der Regierung erhofften Investitionen auf lokaler Ebene entsprechen allerdings nicht den Erwartungen; das in die Heimat geschickte Geld wird für Konsumgüter des täglichen Bedarfs und für die Ausbildung jüngere Geschwister ausgegeben (vgl. ILSM 1984:68). Die sich hieraus entwickelnde Eigendynamik führt in einen Kreislauf: Investitionen in eine Berufsausbildung mit intendierter Emigration münden über Devisenrückflüsse in weitere Bildungsinvestitionen und somit letztlich in verstärkter Emigration.

Das für die Ausbildung ausgegebene Geld steht allerdings für andere Investitionen in produktiven Bereichen nicht mehr zur Verfügung. Investitionen und Arbeitskräfte werden so zu einem Beruf gelenkt, für den in dieser Form im eigenen Land viel weniger Bedarf besteht. Der volkswirtschaftliche Schaden ist daher ebenso indirekt wie abstrakt; keine Gruppe wird direkt geschädigt. Eine Entscheidung für den Krankenpflegeberuf ist jedoch immer auch eine Entscheidung gegen einen anderen professionellen Beruf. Somit gehen der philippinischen Volkswirtschaft fähige junge Frauen verloren, die einen wichtigen Beitrag zur Entwicklung des Landes leisten könnten.

Demgegenüber sind die Empfängerländer auf der ganzen Linie Nutznießer der Auswanderung philippinischer Krankenschwestern. Staatshaushalt und Volkswirtschaft machen gleichermaßen einen Reingewinn: Die unproduktive und kostenintensive Ausbildungsphase wird in der Herkunftsgesellschaft absolviert, und die immigrierten Filipinas stehen dem Gastland sofort als qualifizierte, Steuern zahlende Arbeitskräfte zur Verfügung. Die vor allem in Mitteleuropa praktizierte Aberkennung philippinischer Krankenpflegeexamina und die damit verbundene Eingruppierung in eine niedrigere Lohnstufe als Krankenpflegehelferin bringt zusätzliche Kosteneinsparungen bei gleichzeitiger Nutzung des qualifizierten Fachwissens dieses Pflegepersonals.

Der "Brain Drain"-Effekt wirkt also lediglich indirekt: Hält man alle anderen Faktoren wie Ausbildungskosten, Arbeitsbedingungen und Verdienstmöglichkei-

ten in den Philippinen konstant, so läßt sich die hohe Zahl der Krankenschwestern, die jährlich ihr Examen ablegen, ausschließlich durch die Variable Migration erklären. Die Migration ist so nicht ein Hemmschuh, sondern vielmehr ein integraler Bestandteil eines desolaten medizinischen Systems geworden; sie ist nicht nur das Schmieröl zum reibungslosen Funktionsablauf, sondern ein Rad des Getriebes, ohne das das Ausbildungs- und darüber hinausgehend das Versorgungssystem zusammenbrechen würde. Stände der "tension release"-Mechanismus Migration auf Dauer nicht mehr zur Verfügung, verlöre der Beruf Krankenpflege seine Attraktivität, die nur wegen der Emigrationsmöglichkeit so hoch ist.

Der gesamtgesellschaftlichen Irrationalität der Überproduktion teuren Fachpersonals stehen folglich auf individueller Ebene äußerst rationale Entscheidungen gegenüber: "Brain Drain is as much a function of the need to recover the tremendous investments for medical and nursing education as it is for the need for professional fulfillment, and this fulfillment is not possible given the nature of their training which is oriented to the treatment of diseases of the elite in a hospital setting" (TAN 1988:68).

4. Ansätze zur Reorganisation des Gesundheitswesens: "Non-Government Organizations", eine Alternative?

Privates Profitstreben als grundlegende Triebfeder zur Bereitstellung medizinischer Ausbildungs- und Versorgungsleistungen führt zu erheblichen Diskrepanzen und in der Folge zur Vernachlässigung der medizinischen Versorgung der armen Mehrheit der Bevölkerung. Die bisherigen Bemühungen der Regierung Aquino gehen an den Ursachen der Misere weit vorbei. Das Allheilmittel einer Antikorruptionskampagne sollte auch im Gesundheitsbereich der Verschwendung Einhalt gebieten; tatsächlich gibt es frappierende Beispiele für den Mißbrauch öffentlicher Gelder.¹¹ Hier wie auf anderen Gebieten sind solche Kampagnen jedoch ebenso kostenaufwendig wie wenig effektiv. Die zur Kontrolle notwendige ausgebaute Bürokratie ist voll und ganz mit der Aufnahme des Ist-Zustandes beschäftigt; neue Institutionen, Abteilungen und Ausschüsse beschäftigen sich in der Regel mit sich selbst, so daß sich hier "Parkinson's Law" bestätigt: "Bureaucracies have thus a tendency to grow in terms of personnel irrespective of the task they have to perform" (EVERS 1987:667).¹² Zu den vorläufigen "Long-Term Measures" gehört die Initiierung von ad hoc Komitees, die sich mit der statistischen Erfassung bestehender Ressourcen beschäftigen (vgl. Report of the Senate Committee on Health 1989:36).

Diese Innenorientierung wirkt lähmend auf zielgerichtete strategische Handlungen nach außen, zum Problembereich Gesundheitswesen hin, der dringend einer Neuorganisation bedarf. Daß jene auf sozialpolitischer Ebene stattzufinden hat, scheint den beteiligten Institutionen klar zu sein, aber die hemmenden Momente sind stark. Die medizinische Elite bildet einen nicht zu unterschätzenden Machtfaktor; eine Reform des medizinischen Versorgungssystems, die die Interessen dieser Gruppe angreift, hätte zumindest eine verstärkte Abwanderung von Ärzten ins Ausland zur Folge: "... it seems that we have what we may call 'doctorships'. The physicians call all the shots" (TAN 1988:26). Zudem müßten im medizinisch-pharmazeutischen Sektor erhebliche wirtschaftliche Einbußen in Kauf genommen werden.

Näher am Problem als die staatliche Politik scheinen die Vorschläge einiger "Non-Government Organizations" (NGOs) zu liegen, die sich bereits seit den siebziger Jahren mit der Gesundheitssituation und dem System der Versorgung beschäftigen. Hervorzuheben ist BUKAS (übersetzt: Vereinigung für die Gesundheit des Volkes), ein Zusammenschluß verschiedener Aktionsgruppen und Workshops, deren Alternativprogramm die Ursachen der Krise m.E. treffend analysiert und mögliche Richtungen für Verbesserungen aufzeigt. Der blinde Glaube an westliche Entwicklungsmodelle und die "Hi-Tech"-Orientierung, die in den Medical Centers von Manila ihren deutlichen Ausdruck finden, wird kritisiert. Die medizinische Ausbildung nach amerikanischem Muster gehe an den Bedürfnissen des Landes vorbei und fördere nur den "Brain Drain" durch Massenabwanderung von Ärzten und Krankenschwestern ins Ausland.

Aus dieser Analyse werden eine Reihe von Forderungen an die staatliche Gesundheitspolitik abgeleitet. Noch im Zuge der Euphorie der Februarrevolution 1986 verfaßte als Reaktion auf den Aufruf Präsidentin Aquinos, alle Bereiche des Staates sollten sich in Kooperation an der schwierigen Aufgabe des nationalen Wiederaufbaus beteiligen, ein Komitee aus NGOs, Workshops und im Gesundheitswesen arbeitender Personen ein "Manifesto for People's Health" (abgedruckt in CO/TAN 1987: 161-172). In Anlehnung an die Deklaration von Alma Ata¹³ wird darin "Gesundheit" zum Grundrecht erklärt, dessen Verwirklichung die Aufgabe des Staates sei, dem somit die sozialpolitische Verantwortung zufalle. Moralische Appelle an den medizinischen Privatsektor und die in ihm Arbeitenden münden in der Forderung, die sozialpolitischen Dimensionen der Krankheitsentstehung insbesondere bei den ärmeren Bevölkerungsschichten zu erkennen und nach ethischen Richtlinien für die Gesundheit aller, unabhängig von ihrem Geldbeutel, einzutreten.

Die vorgeschlagene Alternative und die Ansätze zur Reform des philippinischen Gesundheitswesens lassen sich im wesentlichen auf die Formel "Primary Health Care" bringen. Übereinstimmend fordern alle Nicht-Regierungs-Gesundheits-Organisationen einen Demokratisierungsprozeß mit dem Ziel der Partizipation des bislang unterversorgten Teils der Bevölkerung an medizinischer Versorgung. *Restoring Health Care to the Hands of the People* ist denn auch der Titel eines unter dieser Prämisse herausgegebenen Buches des "Health Action Information Network" (HAIN).

Um eine Basisgesundheitsversorgung aller Teile der Bevölkerung, insbesondere aber derjenigen, die aus finanziellen Gründen keinen Zugang zum medizinischen Versorgungsangebot hatten, zu gewährleisten, soll die medizinische Ausbildung reorganisiert und den Bedürfnissen des Landes angepaßt werden. Eine Abkehr von der kurativen Hospitalisation hin zur präventiven Versorgung ist ebenso intendiert wie die Förderung der Verantwortung der Bevölkerung, diesen Prozeß aktiv mitzugestalten. Gesundheitsminister Bengzon beschrieb 1986 dieses Konzept treffend als "from open mouth and open hands to 'kapit-bisig'" - von der passiven Rolle eines medizinische Leistungen empfangenen Patienten zur Eigenverantwortlichkeit (vgl. GALVEZ-TAN 1987:111ff).

Konkret wird die Zusammenarbeit von Staat und NGOs bei Ausbau und Verbesserung der Basisgesundheitsdienste gefordert. Voraussetzung hierzu ist die umfassende Reform der medizinischen Ausbildung sowie die Orientierung an den Bedürfnissen des Landes und besonders der ärmeren Bevölkerungsschich-

ten, also der Abbau der Auslandsorientierung. "Medical education is still very much western-oriented. Most of the diseases being taught are American diseases rather than Filipino diseases" (SOLIDARITY 1988:17). Ein Schwerpunkt liegt bei der Schulung von *Barangay*-Gesundheitsarbeitern und der Erweiterung ihrer Kompetenz, was zur Demonopolisierung medizinischer Kenntnisse beitragen soll.

Eine zusätzliche Bedingung für eine solche Demokratisierung der Gesundheitsversorgung ist die erweiterte aktive Mitwirkung der Bevölkerung selbst, und auch Kritiker geben zu, daß hier einiges im Argen liegt. Oft genug beschränken sich die Ansprüche auf freie Behandlung, kostenlose Medikamente u.ä.; die vielzitierte koloniale Mentalität fördert eher die Entgegennahme von Almosen als Eigenverantwortung. Jene jedoch immer wieder als Erklärung zu bemühen, ist nach José manchmal "... like beating a dead horse because a country gets fooled if the people in that country allow themselves to be fooled" (JOSE 1988:19). Abhilfe sollen hier Aufklärungs- und Gesundheitserziehungskampagnen auf allen Ebenen schaffen; Schulen, Massenmedien, Gemeindevertreter etc. sollen einbezogen werden. Ein verbesserter Informationsstand in Bezug auf Vorsorge, Medikamentenwirkungen und -nebenwirkungen, Hygiene und Familienplanung ist das Ziel.

Abgerundet wird das dargestellte Programm, das in leicht variiert Form in allen einschlägigen Publikationen auftaucht, durch Vorschläge zur Einbeziehung bestehender Institutionen. So soll die "Medicare"-Versicherung für alle Filipinos geöffnet und die PMA in einen zu errichtenden "Public Health Service" integriert werden. Selbst den bestehenden "Hi-Tech"-Kliniken in Manila käme als Forschungs- und Ausbildungsinstitutionen weiterhin eine Funktion zu.

Die privatwirtschaftliche Organisation des medizinischen Ausbildungs- und Versorgungsbereichs, letztendlich der ursächliche Faktor für die defizitäre medizinische Versorgungsleistung insgesamt, gerät seltener in die Kritik der Reformer. Die Notwendigkeit "to educate and mobilize all sectors of the Philippine society to build an alternative health care system" (TAN 1987a:XII) wird zwar postuliert, aber vorerst wird die medizinische Elite mit ethisch-moralischen Begründungen dazu aufgefordert, an der Umstrukturierung zugunsten der ärmeren Bevölkerungsschichten teilzunehmen.

Daß dieser Appell ohne gesetzliche Grundlage wenig fruchtet, wird auf allen Ebenen deutlich: Eine im Zuge meiner Lehrforschung durchgeführte Erhebung der Diagnosen für einen privaten Krankenhausaufenthalt im "Tayabas Community Hospital" ergab, daß geringfügige Krankheiten (z.B. Erkältungen) unverhältnismäßig therapiert werden, wenn die vorhandene Bettenkapazität nicht ausgelastet ist. Ursache ist das "Medicare"-System, das Hospitäler dazu ermutigt, unnötige Einweisungen vorzunehmen, um die Rückerstattungskosten von der Krankenversicherung einstreichen zu können (TAN 1988: 27).¹⁴ Ein weiteres Beispiel sind die oft nach wie vor überhöhten Behandlungsgebühren ärztlicher Privatunternehmer: "They can get away with it despite the PMA rules because it is just an internal rule; there is no sanction" (TAN 1988:37).

Wie der 1989 veröffentlichte "Report of the Senate Committee on Health" zeigt, scheint sich an der Situation trotz allen Engagements der NGOs wenig geändert zu haben. Zu groß sind die Interessengegensätze der im Gesundheitswesen arbeitenden Menschen, aber auch der staatlichen Institutionen, für die die

sozialpolitische Aufgabe der medizinischen Versorgung der Bevölkerung nur eine von mehreren konkurrierenden Zielsetzungen ist. Für den philippinischen Staatshaushalt wäre es schwer verkraftbar, wenn ein groß angelegtes Programm für den Export von qualifiziertem Fachpersonal zum Stillstand käme und eingeplante Devisenrückflüsse plötzlich versiegt.

Als Lösungsweg aus der Misere wird eine Reorganisation der Krankenpflegeausbildung angestrebt, die sich nach den Bedürfnissen des Landes richtet (vgl. Report of the Senate Committee on Health 1989:34). Der Konflikt zwischen reformorientierten und konservativen Interessengruppen ist jedoch bislang zugunsten letzterer ausgefallen. Deren Interessen lassen sich auf das Wort "Profit" reduzieren; die finanziellen Gewinne, die alle am Migrationsstrom Beteiligten erzielen - Devisenrückflüsse für den Staatshaushalt, finanzielle Unterstützung der Familien, eine "upward mobility" der Krankenschwestern, lukrative Geschäfte für private Krankenpflegesschulen und schließlich die finanziellen Vorteile für die Empfängerländer - tragen ihren Teil zur Aufrechterhaltung des Status Quo bei. Darüber hinaus ist der sich aus den "Manpower Export"-Programmen entwickelte bürokratische Verwaltungsapparat nicht zu unterschätzen, der ein direktes Interesse an seinem eigenen Fortbestand hat.

Eine vollständige Reform des medizinischen Ausbildungs- und Versorgungssystems ist in naher Zukunft unter den gegenwärtigen wirtschaftlichen, sozialen und politischen Rahmenbedingungen wenig wahrscheinlich - und auch nicht um jeden Preis wünschenswert. Schon aus Kostengründen sind fundamentale Umwälzungen bestehender Strukturen nicht realisierbar, und das philippinische Gesundheitswesen ist für die Teile der Bevölkerung, die es überhaupt erreicht, durchaus leistungsfähig. Insgesamt handelt es sich um eine funktionstüchtige und finanzielle Gewinne abwerfende, in sich geschlossene Einheit.

Diesen Kreislauf einseitig unterbrechen zu wollen, hätte fatale Folgen: Eine Reorganisation der Krankenpflegeausbildung hätte einen drastischen Rückgang der Bewerbungen zur Folge, da damit der Migrationschance der Boden entzogen würde. Zudem wären diese Krankenschwestern als Ärzten zuarbeitendes Personal plötzlich unterqualifiziert und in einem technisch gut ausgestatteten Krankenhausbetrieb wenig brauchbar. Die Diskrepanzen zwischen Überproduktion von Krankenpflegepersonal und medizinischer Unterversorgung der Bevölkerung, hohem Ausbildungsaufwand und späteren Verdienstmöglichkeiten, westlichen Ausbildungsinhalten internationalen Standards und zu behandelnden Krankheiten in den Philippinen, Reorganisationsorientierung und Migrationsorientierung lassen sich nicht ohne weiteres aufheben. Ein gezielter Angriff auf den medizinischen Privatsektor und sein auslandsorientiertes Pflegepersonals hätte im Extremfall den Sturz der Administration zur Folge. Zudem wären Entprivatisierung und Verstaatlichung des Gesundheitswesens schlicht nicht finanzierbar, von der fast zwangsläufigen Zunahme der Korruption und der Abnahme der Leistungsfähigkeit zu schweigen.

Eine zweigleisige Strategie, die die Interessen des bestehenden Systems und die Reformbestrebungen der NGOs gleichermaßen berücksichtigt, ist die wohl einzige praktisch umsetzbare Lösung. Diese Strategie hätte im wesentlichen darauf abzielen, den leistungsfähigen Teil des philippinischen Gesundheitswesens unangetastet zu lassen und defizitäre Versorgungsleistungen mit Hilfe eines Systems der Basisgesundheitsversorgung zu ergänzen. Hierbei ist das Wissen und

die Mithilfe von NGOs und ihre Integration in ein sozialpolitisches Handlungskonzept notwendig. "Rehabilitation and improvement of existing facilities which includes manpower, equipment and services" (TAN 1988:35) impliziert die Möglichkeit, vorhandenen Strukturen auszubauen und effektiver zu nutzen.

Eine Adaption medizinischer Ausbildungsinhalte an philippinische Verhältnisse ist hierbei indiziert. Dies gilt für die Tatsache, daß die Symptome bestimmter Krankheiten in einem tropischen Land anders sind als in den USA, aus denen die überwiegende Mehrheit der Lehrbücher importiert wird; abzubauen ist weiter die Fixierung auf technisches Gerät, das für nicht zahlungskräftige Patienten nicht zur Verfügung steht, deren erfolgreiche Behandlung mit einfachen Mitteln jedoch durchführbar ist. Mit dieser Umorientierung sind aber auch die Patienten selbst angesprochen: In den Augen des typischen Privatpatienten und Konsumenten medizinischer Leistungen gibt in der Regel das Prädikat "Auslandserfahrung" den Ausschlag für die jeweilige Arztwahl. "In the health field, patients usually choose doctors who are trained abroad. Regardless of cost, they would rather choose a foreign-named drug or be examined by instruments made in Germany, Japan or the United States" (SOLIDARITY 1988:17).

Offen bleibt nach wie vor die Frage: "How can a westernized curriculum, profit-oriented, cure-oriented and hospital-based health care system answer the health needs of a population who are killed and crippled by diseases that result from lack of food, no clean source of water and congested living conditions?" (HAIN 1988:173).

Anmerkungen:

- 1) Der vorliegende Bericht ist ein erweiterter und überarbeiteter Teil meines 1988 im Rahmen des Südostasien-Programms des Forschungsschwerpunkts Entwicklungssoziologie der Universität Bielefeld durchgeführten Lehrforschungsprojekts, das sich mit dem Gesundheitswesen der Philippinen und speziell mit der Analyse der medizinischen Versorgung in der Provinzhauptstadt Lucena (Quezon) und ihrer Umgebung beschäftigte.
- 2) Die nur auf Personen ausgerichtete Politikauffassung, verbunden mit kostenaufwendigen Wahlkämpfen, hat zur Folge, daß jeder Kandidat für ein politisches Amt gewaltige Geldmittel aufbringen muß. Starke Parteiapparate, die diese Kosten tragen und gleichzeitig ein gewisses Maß an Kontrolle ausüben könnten, fehlen; politische Macht bleibt so reserviert für Kandidaten, die entweder selbst vermögend sind oder auf finanzstarke Sponsoren (mit entsprechenden Abhängigkeiten) zurückgreifen können. Das Rechtswesen bietet unzähligen Anwälten erhebliche Einkommen und errichtet gleichzeitig hohe Zugangsschwellen für Menschen, die die damit verbundenen Aufwendungen nicht bezahlen können. Auch der Zugang zu höherer Bildung ist im Effekt nur für Abkömmlinge wohlhabender Familien gegeben; von der College-Ebene aufwärts sind die meisten und vor allem die besseren Schulen und Universitäten in privater Hand.
- 3) Die deutsche Krankenpflegeausbildung setzt ganz andere Schwerpunkte als die amerikanische: z.B. Stellenwert der Pflege. Auch hat das philippinische medizinische Personal keine Sprachprobleme zu erwarten, da die gesamte Fachliteratur in englischer Sprache verfaßt ist bzw. direkt aus den USA importiert wird.
- 4) Der Begriff "Mestizo" bezeichnet einen Mischling; damit waren zunächst Abkömmlinge aus spanisch-philippinischen Ehen gemeint, von denen es Mitte des 19. Jahrhunderts etwa 20.000 gab (vgl. STEINBERG 1986:37). Zunehmende Bedeutung gewannen aber die besonders kommerziell erfolgreichen chinesischen Mestizos.
- 5) *Barangays* waren ursprünglich philippinische Dörfer vor der spanischen Kolonisierung. Heute bezeichnet dieser Begriff dörfliche Verwaltungseinheiten von 100 - 500 Familien (vgl. GARNER NOBLE 1986:89).
- 6) Lucena ist die Hauptstadt der Provinz Quezon und liegt etwa 140 km südöstlich von Manila. Tayabas liegt ca. 9 km südlich von Lucena.
- 7) Wie in Spanien führt gemeinsame Patenschaft zu ritueller Verwandtschaft; in den Philippinen hat das "Compadre"-System eine sehr große Bedeutung im sozialen Leben. *Utang na loob*

bezeichnet ein Konzept von Dankesschuld, nach dem für jede Hilfeleistung eine entsprechende Gegenleistung erbracht werden muß.

- 8) Ein Privatkrankenhaus wie das Tayabas Community Hospital leistet sich pro Jahr ganze fünf "Charity"-Patienten, eine Zahl, die selbst als Alibi zu gering erscheint. Ein vergleichbares Regierungskrankenhaus dagegen muß mit etwa 70% zahlungsunfähigen Patienten zurechtkommen.
- 9) Zur Zeit arbeiten ca. 97.000 philippinische Krankenschwestern und Hebammen im Ausland.
- 10) Mit der Aberkennung philippinischer Krankenpflegeexamina ist eine automatische Einstufung in die niedrigere Gehaltsgruppe als Krankenpflegehelferin verbunden. Diese haben eine ähnliche Funktion wie ihre in den Philippinen arbeitenden Kolleginnen. 11) Z.B. hatte das Gesundheitsministerium 1986 ein Drittel seines Budgets für Medikamente schon im Januar, also während des Wahlkampfes, ausgegeben (vgl. TAN 1987b:13).
- 12) C. Northcote Parkinson formuliert zwei grundlegende Eigenschaften einer jeden bürokratischen Organisation: Jeder Beamte ist bestrebt, die Zahl seiner Untergebenen zu erhöhen, und Beamte produzieren (unnötige) Arbeit füreinander (vgl. EVERS 1985:3). 13) In dieser Erklärung versicherten insgesamt 134 Staaten, darunter auch die Philippinen, daß Gesundheit ein Grundrecht und ihre Erhaltung das wichtigste sozialpolitische Ziel ist; "a state of complete physical, mental and social well-being, and not merely the absence of disease or infirmity" (CO/TAN 1987:163).
- 14) Das Bestreben von Krankenhäusern, eine 100%ige Bettenbelegung zu erreichen, ist allerdings kein philippinischer Sonderfall, sondern überall üblich.

Literatur

- Bresnan, J. (ed.) 1986; **Crisis in the Philippines. An Analysis of the Marcos Era and Beyond**, Makati/Manila
- Co, J.; Tan, M. (ed.) 1987; **Restoring Health Care to the Hands of the People**, Quezon City de la Cruz, E.R. 1984; **History of Philippine Medicine and the PMA**, Quezon City/Manila
- Evers, H.-D. 1985; **Bureaucratization of Southeast Asia**, Bielefeld, Working Paper No. 71
- Galvez-Tan, J.Z. 1987; "Primary Health Care: Health in the Hands of the People", in: Co/Tan 1987, S.111-130
- Garner Noble, L. 1986; "Politics in the Marcos Era", in: Bresnan 1986, S.70-113
- HAIN (Health Action Information Network) (ed.) 1988; **Health Alert, Issue 71, Vol.I: Nursing Mis-Education**, Quezon City
- Hauser, P.M.; Suits, D.B.; Ogawa, N. (ed.) 1985; **Urbanization and Migration in Asean Development**, Tokyo
- ILMS (Institute of Labor & Manpower Studies) (ed.) 1984; **Working Abroad. The Socio-Economic Consequences of Contract Labor Migration in the Philippines**, Manila
- José, F.S. 1988; "The Filipino Intelligentsia - Trapped in a Bog of its own Making", in: Solidarity 1988, S.3-7
- Kidd, C.V. 1970; "Migration into Britain and Western Europe: An Overview", in: The Committee on the International Migration of Talent 1970, S.505-520
- Low Ruth, H. 1970; "The Philippines", in: The Committee on the International Migration of Talent 1970, S.47-80
- Navarette-Clemente, T. 1987; "Hospitals Amidst the Present Socio-Economic Crisis", in: Co/Tan 1987, S.71-82
- Perez, A.E. 1985; "Migration in the Philippines: Past and Future", in: Hauser et al 1985, S.345-367
- Philippine Yearbook 1987**, National Statistics Office, Manila
- Report of the Senate Committee on Health (ed.) 1989; **Where the Nurses are**, Manila
- Sanchez, F.S. 1987; "Rationalizing Health Manpower Production and Management", in: Co/Tan 1987, S.143-160
- Solidarity (ed.) 1988; **Public Health and Population: Pressing Issues of our Time**, No.118, Manila
- Statistical Yearbook of Asia and the Pacific 1986/87**, United Nations
- Steinberg, D.J. 1986; "Tradition and Response", in: Bresnan 1986, S.30-54
- Süllwold, G. 1989; "You Get What You Pay For", **Medizinische Versorgung in den Philippinen zwischen Profitorientierung und Heilaufrag**, Bielefeld, Working-Paper No. 125
- Tan, M. 1987a; "Health, Development and Democracy (Introduction)", in: Co/Tan 1987, S.VII-XII
- Tan, M. 1987b; "The State of the Nation's Health", in: Co/Tan 1987, S.1-20
- Tan, M. 1988; "Democratizing Health", in: Solidarity 1988, S.67-72
- The Committee on the International Migration of Talent (ed.) 1970; **The International Migration of High-Level Manpower. Its Impact on the Development Process**, New York u.a.