



universität  
wien

# DIPLOMARBEIT

## NGO statt Staat

Die medizinische Versorgung im Hochland von Mindanao

Verfasserin

**Dr.med. Lilian Rechinger**

angestrebter akademischer Grad

**Magistra der Philosophie**

Wien, März 2010

Studienkennzahl lt. Studienblatt:

A 307

Studienrichtung lt. Studienblatt:

Kultur- und Sozialanthropologie

Betreuer:

a.o.Univ.Prof.Dr. Manfred Kremser



*...and a rock feels no pain  
and an island never cries...*

Paul Simon 1965





## **Vorwort und Dank**

Das Thema dieser Arbeit vereinigt die beiden Interessensgebiete, die mein Leben bisher geprägt haben: Reisen und Medizin.

In einer Familie von Botanikern aufgewachsen, war mir die naturwissenschaftliche Arbeit im Feld von klein auf vertraut. Meine Eltern unternahmen immer wieder ausgedehnte Forschungsreisen und ich hatte das Glück, sie als Heranwachsende auf einer mehrmonatigen Expedition nach Afghanistan begleiten zu dürfen. Seither hat mich die Lust am Reisen und die Neugier auf andere Lebenswelten nicht mehr losgelassen. Allerdings galt mein Hauptinteresse dabei immer den Menschen. Mein Berufswunsch war von jeher die ärztliche Tätigkeit gewesen, die ich dann auch mit großer Freude betrieben habe. Der Wunsch, mehr über andere Medizinsysteme zu erfahren hat schließlich dazu geführt, dass ich, bis vor kurzem noch neben meiner Arbeit in der Praxis, mit dem Studium der Kultur- und Sozialanthropologie begonnen habe.

Auf der Suche nach einer Möglichkeit, beide Schwerpunkte zu vereinen, stieß ich auf ein deutsches Hilfswerk das mehrwöchige ärztliche Einsätze organisiert, unter anderem auch in das entlegene Hochland von Mindanao (Philippinen). So entstand die vorliegende Arbeit.

Herr a.o. Univ. Prof. Dr. Manfred Kremser hat dieses Vorhaben von Anfang an mit sehr viel persönlicher Anteilnahme unterstützt und begleitet, ihm gilt mein ganz besonderer Dank.

Allen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern des Instituts sowie auch vielen Studierenden danke ich für interessante Gespräche und dem vorurteilsfreien Umgang mit einer älteren Studentin.



# Inhaltsverzeichnis

<b>Einleitung</b>	<b>9</b>
<b>1 Medizinische Versorgung in den Philippinen</b>	<b>11</b>
<b>1.1 Historischer Überblick</b>	<b>11</b>
1.1.1 Vorsepanische Zeit	
1.1.2 Spanische Zeit 1521-1898	
1.1.2.1 Missionare im Dienste der Wissenschaft	
1.1.2.2 Georg Joseph Kamel	
1.1.2.3 José Rizal, Gründervater, Nationalheld und Arzt	
1.1.3 Herrschaft der USA 1898-1942	
1.1.4 Japanische Besatzung 1942-1946	
1.1.5 Unabhängigkeit der Philippinen 4. Juli 1946	
<b>1.2 Situation der medizinischen Versorgung heute</b>	<b>17</b>
1.2.1 Lebenserwartung und Ernährungssituation	
1.2.2 Frauen und reproduktive Gesundheit	
1.2.3 Gesundheitssystem	
1.2.4 Beitrag des Staates zur Gesundheitsversorgung	
<b>1.3 Internationale Entwicklungszusammenarbeit und NGOs</b>	<b>20</b>
1.3.1 Zivilgesellschaft in den Philippinen	
1.3.2 Rolle der NGOs in der Gesundheitsversorgung	
1.3.3 Beispiele für in den Philippinen tätige europäische humanitäre NGOs mit medizinischem Schwerpunkt	
1.3.3.1 <i>MSF Ärzte ohne Grenzen</i>	
1.3.3.2 <i>Ärzte für die Dritte Welt</i>	
1.3.3.2.1 Entstehung und Ziele	
1.3.3.2.2 Arbeitsweise	
1.3.3.2.3 Ethische Richtlinien	
1.3.3.2.4 <i>Ärzte für die Dritte Welt</i> in Mindanao	
<b>2 Mindanao – Geographie und Politik</b>	<b>28</b>
<b>2.1 Geographie und Politik</b>	<b>28</b>
<b>2.2 Die großen indigenen Gruppierungen: Lumad und Moros</b>	<b>29</b>
2.2.1 Ursprünge	
2.2.2 Einflüsse Spaniens und der USA	
2.2.3 Landbesitz	
2.2.4 Rolle der multinationalen Konzerne	
2.2.5 Auswirkungen auf die indigenen Gruppen	

<b>3 Bericht über Einsatz als Ärztin der Organisation „Ärzte für die Dritte Welt“ in der basismedizinischen Versorgung in Mindanao vom 25. April bis 4. Juni 2009</b>	<b>33</b>
<b>3.1 Vorbereitungsphase</b>	<b>33</b>
3.1.1 Fachliche Vorbereitung	
3.1.2 Persönliche Vorbereitung	
<b>3.2 Der medizinische Einsatz</b>	<b>36</b>
3.2.1 Projektbeschreibung	
3.2.2 Tätigkeitsbereiche	
3.2.2.1 Arbeit in der Ambulanz des Armenhospitals	
3.2.2.2 Patientenstruktur	
3.2.2.3 Krankheitsbilder an einem durchschnittlichen Ambulanztag	
3.2.2.4 Weiterführende Behandlungen	
3.2.2.5 Ambulanztätigkeit Fallbeispiele	
3.2.3 Unterwegs mit der <i>Rolling Clinic</i>	
3.2.3.1 Organisation der <i>Rolling Clinic</i>	
3.2.3.2 Einsatzgebiete	
<b>3.3 Traditionelle Heilpraktiken</b>	<b>47</b>
3.3.1 Animistische Gebräuche	
3.3.2 Traditionen rund um die Geburt	
3.3.3 Natürliche Heilmittel	
<b>4 Analyse der Erkrankungen im sozialen Kontext</b>	<b>52</b>
4.1 Auswertung der festgestellten Erkrankungen nach Diagnosegruppen	<b>52</b>
4.2 <i>Rolling Clinic</i> Talakag 11. Mai 2009 -20. Mai 2009 Beschreibung der Lokalitäten	<b>53</b>
4.3 Spezifische Erkrankungen und ihre Bedeutung im sozioökonomischen Kontext	<b>60</b>
4.4 Arm und krank - durch Primärprävention und strukturelle Veränderungen vermeidbare Erkrankungen	<b>67</b>
4.4.1 Sanitäre Probleme und dadurch ausgelöste Erkrankungen	
4.4.2 Durch ausreichende Ernährung vermeidbare Erkrankungen	
4.5 Gesundheitsberatung und interkulturelle Kommunikation	<b>71</b>

<b>5</b>	<b>Schlussfolgerungen</b>	72
5.1	Medikalisierung sozialer Probleme	72
5.2	Vorteile und Nachteile der <i>German Doctors</i>	72
5.3	Persönliche Überlegungen – Rückblick und Ausblick	73
5.4	Rolle des Staates und der NGOs in der Zukunft	74
<b>6</b>	<b>Literaturverzeichnis und Online-Quellen</b>	76
	<b>Zusammenfassung</b>	85



# Einleitung

## **Ziel der Arbeit und zentrale Fragestellung**

Die basismedizinische Versorgung im Hochland von Mindanao wird seit über zwanzig Jahren fast vollständig von einer deutschen Nichtregierungs-Organisation durchgeführt und weiterentwickelt. In dieser Arbeit soll untersucht werden, warum in einem Teil eines Landes, das nicht zu den unterentwickelten Staaten im engeren Sinn gehört, auf die langjährige, kontinuierliche und kostenintensive Arbeit einer ausländischen Nichtregierungsorganisation zur Bewältigung einer der fundamentalen Aufgaben eines Staates nicht verzichtet werden kann.

## **Bezug zur Kultur- und Sozialanthropologie**

Der Zusammenhang zwischen Armut und Krankheit wird am Beispiel der Tätigkeit der Ärzte für die Dritte Welt in der Provinz Bukidnon in Mindanao aufgezeigt. Es wird versucht zu erklären, welche sozioökonomische Faktoren, kulturelle Einflüsse und medizinanthropologische Zusammenhänge dazugeführt haben, dass die Bewohner der Region auf dieses humanitäre Angebot angewiesen sind.

## **Angewendete Methoden**

Die eigene Tätigkeit als Ärztin während eines sechswöchigen Einsatzes bildet den Ausgangspunkt für eine „teilnehmende Beobachtung“ aus einer empathischen Sichtweise, ergänzt durch informelle Gespräche mit den philippinischen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern und Kolleginnen und Kollegen aus Deutschland, persönlichen Aufzeichnungen und eigenem fotografischem Material. Die historischen, sozioökonomischen und kulturellen Faktoren wurden durch Literatur-Recherche und Analyse der erhobenen Daten in Bezug auf Erkrankungen, Ernährung und Lebensbedingungen beleuchtet.





# 1 Medizinische Versorgung in den Philippinen

## 1.1 Historischer Überblick

### 1.1.1 Vorspanische Zeit

Schriftliche Zeugnisse über die Lebensweise und insbesondere medizinische Kenntnisse der Bewohner der Philippinen gibt es erst seit Ankunft der Spanier 1521.

Über die Zeit davor können nur an Hand von gefundenen Gegenständen Rückschlüsse gezogen werden. Grabfunde aus vorspanischer Zeit enthalten auch durch Goldstifte und Goldplättchen verzierte menschliche Zähne. Ab 1000 n.Ch. sind Handels- und Kulturkontakte mit Java und Sumatra nachgewiesen (Kohnen 1992: 11).

Im kleinen anthropologischen Museum der Xavier University in Cagayan de Oro in Mindanao finden sich Artefakte die bei Ausgrabungen in den Höhlen von Huluga (südlich von Cagayan de Oro) gefunden wurden. Man geht von einer ununterbrochenen Besiedlung seit der Jungsteinzeit oder sogar länger aus, wobei neben Steinwerkzeugen auch solche aus Metall entdeckt wurden. Es fanden sich auch Reste von Porzellan aus der Sung und Ming Dynastie, so dass frühzeitige und kontinuierliche Handelsverbindungen und kulturelle Kontakte mit China als gesichert gelten (Demetrio 1992: 4).

Indische und damit hinduistisch-buddhistische Einflüsse sind seit dem 9. Jhdt. durch die Imperien Sri-Vijaya (800-1377) auf Sumatra und Majapahit (1293-1478) anzunehmen.

Der islamisch-arabische Einfluss begann 1380, als der arabische Gelehrte Makhdum Karim im Sulu-Archipel im Süden von Mindanao die erste Moschee gründete. Die Ausbreitung des Islam wurde ab 1475 durch Sharif Mohammed Kabungsuwan verstärkt. Dieser Moslemführer heiratete eine einflussreiche einheimische Prinzessin und bekehrte viele Stämme zum Islam. Er wurde der erste Sultan von Mindanao (Peters 2005: 19).

Antonio Pigafetta (1480-1530), ein Mathematiker und Kosmograph, begleitete Ferdinand Magellan bei seiner ersten Weltumsegelung und berichtete auch über die im Abendland noch unbekanntem Philippinen. Er beschrieb rituelle Heilungspraktiken und Tieropfer (Kohnen 1992: 11). Ein Geschichtsschreiber der Expedition beschrieb eine Priesterin, die im Trancezustand eine Prognose einer Krankheit voraussagte. Eine günstige Voraussage wurde mit Trinkgelagen gefeiert, bei einer infausten Prognose wurde der Charakter des Kranken von den Priestern gelobt. Sie meinten, dass die Ahnen den Kranken erwählt hatten, einer der ihren zu werden (Kohnen 1986: 12-13).

## **1.1.2 Spanische Zeit (1521- 1898)**

### **1.1.2.1 Missionare im Dienste der Wissenschaft**

Nach der Zeit der gewaltsamen Eroberung, der Conquista, in der ganze Inseln und Küstengebiete militärisch erobert wurden und Monopole auf Seewege gesichert wurden, änderten die spanischen Machthaber ihre Strategie, um den Widerstand der autochthonen Bevölkerung zu brechen, welcher der Ausbeutung der Naturschätze entgegenstand. Die spanische Krone wandte sich an die katholische Kirche die ihre Missionare in die neuen Gebiete entsandte, sowohl um den christlichen Glauben zu verbreiten als auch um willige Arbeitskräfte zu sichern (Gicklhorn 1954: 12).

Der Bischof von Cagayan schrieb 1605 seinem Herrscher, König Philipp III.: „Ein Geistlicher ist hundert Soldaten wert“. Die Befriedung der Philippinen und die Entstehung der Nation wurden wesentlich durch die Missionare bewerkstelligt, welche die Eroberer überall hin begleiteten. Die spanische Krone gewährte ihnen freie Überfahrt, ein Stipendium von hundert Pesos und ein Reis-Deputat jährlich. Die Regierung in Madrid hatte vom Papst die Oberhoheit über die kirchlichen Institutionen zugesprochen bekommen. Es wurden die Einflussgebiete der verschiedenen Orden regional aufgeteilt, um Rivalitäten zu vermeiden (Tate 1971: 342-345).

Diese Kolonisation erfolgte anfangs nur durch spanische und auch portugiesische Geistliche, dann kamen Italiener, Niederländer und auch Franzosen. Als letzte Nation wurden deutsche Missionare zugelassen.

Nach 1664 kamen vor allem Angehörige des Ordens der Jesuiten, Geistliche als auch Laienbrüder in die Kolonien. Sie wurden wegen ihrer gründlichen Ausbildung, ihrem Arbeitseifer und ihrer Vielseitigkeit in handwerklichem und künstlerischem Können geschätzt (Gicklhorn 1954: 11-13).

Die vordringlichste Aufgabe der Mönche war es, den katholischen Glauben zu verbreiten und die Bewohner zu bekehren. Die Ausübung des christlichen Glaubens mischte sich mit den traditionellen Religionen und ergab eine sehr eigenständige philippinische Spielart des Katholizismus. Am Ende der spanischen Herrschaft gab es sechs Millionen römisch-katholische Filipinos und die Philippinen wurden zur einzigen christlichen Nation Asiens.

Um ihre Aufgabe zu erfüllen, mussten die Mönche die Städte verlassen und in die Dörfer gehen. Die Regierungsbeauftragten und Händler lebten fast alle in und rund um Manila. Die Missionare und einzelne Verwaltungsbeamte mussten sich zu Außenposten auf den verschiedenen Inseln durchschlagen. Die Bekehrung zum christlichen Glauben führte auch zu einer grundlegenden Veränderung der Lebensweise der Filipinos. Das Ziel der Kirche war es, die vereinzelt lebenden umherziehenden Filipinos in Dörfern

zu konzentrieren um sie ganz unter ihren Einfluss zu stellen, ihnen die Gebote der christlichen Religion beizubringen, sie in Schulen zu unterrichten und sie neue Fertigkeiten zu lehren. Diese Vorgangsweise hatte weit reichende Konsequenzen. Die meisten Städte in den Philippinen gehen auf solche Gründungen zurück. Es wurden Brücken, Kanalsysteme und andere öffentliche Einrichtungen gebaut. Das Unterrichtssystem lag ganz in der Hand der Missionare und reichte bis zur Universität (Tate 1971: 345).

Die spanischen Mönche stellten die ersten Ärzte und Apotheker und betreuten nicht nur ihre Mitbrüder, sondern auch die einheimische Bevölkerung. Sie wurden von der Regierung wenig unterstützt. Sie verfassten die ersten Behandlungsanleitungen für die zahlreichen tropischen Krankheiten mit denen sie sich konfrontiert sahen.

Das erste Krankenhaus auf den Philippinen wurde 1565 in Cebu vom Conquistador und ersten Gouverneur der Philippinen, Miguel Lopez de Legazpi gegründet, es war aber eher ein Feldlazarett und Auffangstation für während der langen Seereise von Europa erkrankte Besatzungssoldaten. Franziskanermönche richteten 1577 in Manila ein Ambulatorium ein, aus dem später zwei noch heute existierende Krankenhäuser hervorgingen. Ab 1596 wurden dort auch Einheimische behandelt.

Ab 1614 wurden Christen, die wegen ihres Glaubens aus Japan vertrieben wurden, auf den Philippinen von Generalgouverneur Juan de Silva aufgenommen. 1632 landete ein Schiff mit 150 Leprakranken die aus Japan fortgewiesen wurden auf den Philippinen. Sie wurden aus Barmherzigkeit von den Franziskanermönchen aufgenommen und im St. Lazarus- Hospital untergebracht (Kohnen 1992: 12).

#### **1.1.2.2 Georg Joseph Kamel, Apotheker, Botaniker, Arzt und Naturforscher auf den Philippinen, ein Beispiel für die Rolle der Kirche in der medizinischen Versorgung**

Jede größere Ordensprovinz im spanischen Kolonialreich hatte einen Arzt oder Apotheker aufzuweisen, der sich um die Gesundheit der Kolonisten und fallweise auch der Bevölkerung annahm. Diese waren oft Laienbrüder und sie arbeiteten unter schwierigen Bedingungen, oft als Einzelgänger in abgelegenen Gebieten, und erwarben ein umfangreiches Wissen über die Bevölkerung und die Natur ihres Tätigkeitsfeldes (Gicklhorn 1954: 14).

Georg Joseph Kamel, 1661 in Brünn geboren, entstammte einer deutschen Familie. Er besuchte in Brünn das Gymnasium, erhielt anschließend eine pharmazeutische Ausbildung, wobei über Lehre oder Studium keine genauen Angaben bekannt sind. In der damaligen Zeit war es außer als Handwerker oder Kaufmann, nur als Soldat oder Geistlicher möglich in eine führende Position zu gelangen. Dieser Umstand mag dazu beigetragen haben dass Kamel 1682 in Brünn in das Noviziat der Jesuiten eintrat. 1685

war er im Jesuitenkolleg Neuhaus als Gehilfe des „Infirmarius“ tätig. Zwei Jahre später wird er in Krummau (Böhmen) im Jesuitenkolleg als Apotheker und Krankenwärter geführt. Die Jesuitenapotheke an diesem Ort dürfte schon 1603 bestanden haben und in Dokumenten aus dieser Epoche finden sich wiederholt Hinweise auf die karitative Ausrichtung dieser Einrichtung (Gicklhorn 1954: 28-37).

Schon im zweiten Jahr seiner Tätigkeit in Krummau verließ Kamel Europa um in die philippinischen Missionen zu reisen. Die medizinische Betreuung der Missionare in Übersee machte es für die Orden notwendig, Apotheker anzuwerben. In Manila bestand damals eine Art Wettbewerb in kultureller und wissenschaftlicher Hinsicht zwischen den einzelnen Orden. Die Route rund um Afrika war den Portugiesen vorbehalten, daher führte sein Weg ihn über Genua, Cadix oder Sevilla nach Mexico und von dort nach Manila und dauerte drei Monate. Im Kolleg von Manila errichtete Kamel eine Apotheke nach dem Vorbild seiner heimischen Arbeitsstätte. Er hatte ausgiebigen Kontakt mit philippinischen Pflanzenkundigen und wandte neben seinen eigenen Heilmitteln auch deren Heildrogen an. Er verfasste zwei Bücher über einheimische Heilpflanzen, in denen er auch die Pflanzen mit Wurzeln, Blättern und Blüten in Zeichnungen festhielt und auch ihre Bezeichnung in verschiedenen Sprachen dokumentierte. Er unternahm Sammelexkursionen, legte einen botanischen Garten in Manila an und verfasste umfangreiche Beschreibungen von Pflanzen und Tieren. Er führte auch immer die einheimischen Bezeichnungen an, was seine Arbeit auch ethnologisch interessant macht (Gicklhorn 1954: 88ff).

Zu dieser Zeit erzählten philippinische Händler in Madras von einem Jesuiten, der in Luzon Pflanzen sammelte. Der Arzt der englischen East India Company, Dr. Samuel Brown, wurde hellhörig und stellte eine Verbindung her zwischen Kamel in Manila und John Ray und James Petiver, zwei berühmten britischen Botanikern in London. Kamel schickte Briefe, Zeichnungen, Herbarbelege, Tierpräparate und Drogen an die beiden Naturwissenschaftler. John Ray und James Petiver regten Kamel in ihren Brief zu noch ausgiebigerer Sammeltätigkeit an. Die gesamte Sammlung wurde später von Sir Sloane aufgekauft und bildet einen historischen Beginn der Sammlungen des British Museum in London. Kamels Hauptwerk ist eine Liste der philippinischen Heilpflanzen: „*Herbarum aliarumque stirpium in insula Luzone Philippinarum primaria nascentium, a Rev. Do Patre Georgio Josepho Camello, S.J. observatarum & descriptarum Syllabus: ad Joannem Raium transmissus*“ das als Anhang im dritten Band der *Historia Plantarum* von John Ray 1704 erschienen ist. Seine Sammlungen beeindruckten auch Carl von Linné, der die Gattung *Camelia* (Teegewächse) nach Kamel benannte (Peper 1997). Kamel selbst wurde Opfer einer tropischen Darmerkrankung und starb in Manila 1706. Bis in das 19. Jahrhundert wurde die medizinische Betreuung nach europäischen Standards nur durch Mönche aufrechterhalten.

Die erste medizinische Fakultät wurde erst 1871 an der seit 1611 bestehenden Universität Santo Tomás eröffnet. Viele Filipinos zogen es aber vor, ihr Studium in Spanien oder in einem anderen europäischen Land zu absolvieren (Kohnen 1992: 13).

### **1.1.2.3 José Rizal, Gründervater, Nationalheld und Arzt**

Auch der Arzt José Rizal (1861-1896) absolvierte sein Medizinstudium in Deutschland. Er stammte aus einem begüterten philippinischen Elternhaus, erhielt eine umfassende Ausbildung und gehörte dadurch zu den «Illustrados», den «Erleuchteten», kosmopolitisch gebildet, vertraut mit den Idealen der europäischen Aufklärung und der französischen Revolution. Die streng hierarchische und katholische Kolonialordnung wurde von den „Peninsulares“, die in Spanien geboren wurden, angeführt, danach rangierten die „Filipinos“, Spanier die auf den Philippinen zur Welt gekommen waren und alle, die sich heute Filipinas und Filipinos nennen, wurden als „Indios“ bezeichnet. Rizal war mehr Reformist als Revolutionär (Werning 2007: 32-33).

Er setzte seine in Manila begonnenen Studien in Madrid, Paris, Heidelberg, London und Paris fort. Er hatte intensive Kontakte mit europäischen Gelehrten und philippinischen Künstlern und Patrioten. Sie teilten den Traum von einem unabhängigen philippinischen Staat.

1887 wurde sein Buch *Noli me tangere* in Berlin veröffentlicht. Dieses sozialpolitische Werk schilderte die philippinische Realität und die Unterdrückungspolitik der spanischen Kolonialherren. Seine Schriften zirkulierten heimlich und fanden große Verbreitung.

1892 kehrte Rizal in die Heimat zurück und gründete mit Gleichgesinnten die Reformbewegung *Liga Filipina*. Vier Tage später wurde er verhaftet und für vier Jahre auf die Insel Mindanao verbannt. Er arbeitete dort als Lehrer und Arzt, lernte indigene Sprachen und betrieb verschiedene Studien.

Beim Ausbruch der philippinischen Revolution 1896 wurde Rizal von einem Militärgericht in Manila wegen Anstiftung zur Rebellion zum Tode verurteilt und am 30. Dezember hingerichtet (Peters 2005: 21).

Unter spanischer Regierung wurden zwar Gesundheitsämter und andere Institutionen etabliert, diese waren aber nicht sehr effektiv. Laut Kohnen berichtete Tate über skandalöse medizinische Zustände bei der Ankunft der Amerikaner 1898. In Manila gab es die Pest, 50.000 Menschen starben jährlich an Cholera, 40.000 an Tuberkulose, 25.000 an Malaria. Leprakranke wurden ausgeschlossen, Geisteskranke unter den Häusern angekettet (Kohnen 1992: 14).

### **1.1.3 1898-1942 Herrschaft der USA**

Noch in 1898, dem Jahr der Machtübernahme, richteten die Amerikaner einen Gesundheitsausschuss auf Regierungsebene ein. Es wurden nicht nur medizinische Maßnahmen ergriffen, sondern auch Gesundheitsaufklärung betrieben. Traditionelle Medizinvorstellungen sollten durch Hygienekurse und wissenschaftlich fundierte Aufklärung über Krankheitsursachen ersetzt werden.

1910 wurde durch private Initiative die „*Philippine Anti-Tuberculosis-Society*“ gegründet, die durch den Staat unterstützt wurde. Es wurde ein Krankenhaus zur Behandlung der akuten Tuberkulose in Luzon gegründet. In Aufklärungskampagnen wurde auf die Ansteckungswege der Tuberkulose hingewiesen. Patienten mit chronischer Tuberkulose wurden in Manila behandelt.

1910 wurde in Manila das *Philippine General Hospital* eröffnet, seine Ambulanzen standen allen offen. Nach diesem Vorbild wurden später im ganzen Land Krankenhäuser gebaut. 1935 gab es 157 Hospitäler und über 1000 Ambulanzen und Kinderkliniken im ganzen Land. Es wurden Impfaktionen und Inokulationen gegen Infektionskrankheiten durchgeführt.

Ab 1907 war die Sterberate schon um ein Drittel gesunken und sank weiterhin, vor allem die Mortalität der Cholera und der Pocken ging deutlich zurück.

Tate beschreibt, dass Wasser- und Abwassersysteme in den großen Städten schon in den dreißiger Jahren des 20. Jahrhunderts gebaut wurden, wogegen die Dorfbewohner weiterhin auf kontaminiertes Oberflächen- und Brunnenwasser angewiesen waren.

Die philippinische Bevölkerung hatte unter der mehr als ein halbes Jahrhundert währenden amerikanischen Kolonialherrschaft sehr gelitten. Das Militär hatte umfangreiche Vernichtungsaktionen gegen Aufständische durchgeführt. Nach und nach trat ein umfassendes System sozialer, politischer und kultureller „Befriedung“ an die Stelle der offenen Militäraktionen gegen Rebellen. Der „gute Wille“ der Kolonialmacht wurde durch eine Reihe von Infrastrukturmaßnahmen gezeigt, es wurden Schulen, Krankenhäuser und Wasserleitungen gebaut und Agrarland erschlossen (Werning 2007: 45-46).

### **1.1.4 Japanische Besatzung 1942-1946**

In dieser Zeit kam es zu keinen Fortschritten auf dem Gebiet der medizinischen Versorgung. Auch die Erklärung der Unabhängigkeit der Philippinen am 4. Juli 1946 änderte die Situation nicht wesentlich.

### **1.1.5 Unabhängigkeit der Philippinen 4. Juli 1946**

Es wurden kleinere Gesundheitsbezirke geschaffen (*District Health Units*) und



Gesundheitsbezirke auf Gemeindeebene (*Municipal Sanitary Divisions*). In den ländlichen Gebieten war die hygienische und gesundheitliche Lage der Bevölkerung nach wie vor sehr schlecht. 1954 wurde ein Gesetz verabschiedet (*Rural Health Act*), das die Verbesserung der medizinischen Versorgung vor allem in den Dörfern durch dezentrale Gesundheitsstationen „*Rural Health Units*“ RHU ermöglichen sollte.

Die Gesundheitsstationen wurden in mittelgroßen Gemeinden errichtet und sollten 15.000 bis 20.000 Einwohner versorgen. Die Hauptaufgabe bestand in Präventivmedizin, Kontrolle der Infektionskrankheiten, Gesundheitsfürsorge für Mutter und Kind, hygienischer Kontrolle, Gesundheitserziehung und auch medizinischer Versorgung. Die personelle Ausstattung bestand aus einem Arzt, einer Gemeindecrankenschwester, zwei Hebammen und einem Hygieneinspektor. Innerhalb einer Provinz waren, je nach Bevölkerungsgröße, 15 bis 35 Gesundheitsstationen geplant gewesen. Jede Provinz sollte einen Gesundheitsbeauftragten (*Provincial Health Officer*) bekommen, der den Gesundheitsstationen vorstehen sollte.

In mehreren Vier-Jahres-Plänen (1957, 1963, 1971) wurde versucht, dieses System zu etablieren und die Besetzung der Stellen zu sichern. Es entstanden über die ganzen Philippinen verstreute *Rural Health Units*, zum Teil auch mit ausländischer Hilfe, aber es mangelt damals wie heute an ausgebildeten Kräften die gewillt sind, diese Aufgaben zu übernehmen (Kohnen 1992: 14).

## **1.2 Situation der medizinischen Versorgung heute**

### **1.2.1 Lebenserwartung und Ernährungssituation**

Die Lebenserwartung ist in den Philippinen von 1970 bis 2003 von durchschnittlich 58 auf 68 Jahre gestiegen. Dieser Anstieg ist geringer als der in vergleichbaren Ländern. Die häufigsten Todesursachen sind nach wie vor an sich gut heilbare Infektionskrankheiten wie bakterielle Lungenentzündung und Tuberkulose. Auch die Kindersterblichkeit ist gesunken, aber auch weniger als in anderen Ländern mit ähnlicher Bevölkerungsstruktur. Laut WHO liegt in den Philippinen für Männer das Risiko eines früheren Todes als Folge von Gesundheitsproblemen bei 12,4 %, im Vergleich dazu beträgt der Prozentsatz in Deutschland 7,8 %. Von den Kindern im Vorschulalter sind 37 % untergewichtig. Beinahe ein Fünftel der Bevölkerung, vor allem Mütter, verzichtet auf eine Mahlzeit täglich zugunsten der anderen Familienmitglieder. Andererseits nehmen Herz-Kreislaufkrankungen zu, wohl eine Folge der geänderten Ernährungsgewohnheiten in den Städten, wo die traditionelle auf Reis und Gemüse basierende, zuhause zubereitete Kost mehr und mehr durch Junkfood ersetzt wird. Im Jahre 2000 hatten 24 Millionen Bewohner der Philippinen keinen Zugang zu sauberem Trinkwasser und keine hygienischen Toiletten.

Die staatliche Krankenkasse *Philhealth* spricht von „kleinen Inseln ausgezeichneter

Gesundheit“, und bezieht sich dabei wahrscheinlich auf bessere Wohnviertel in den großen Städten die mit Wasserleitungen und Kanalisation ausgestattet sind, wobei die Kindersterblichkeit unter den Armen drei Mal höher ist als unter den Wohlhabenden (Reese 2007: 124).

### **1.2.2 Frauen und reproduktive Gesundheit**

Schwangerschaftsabbrüche sind offiziell verboten, dennoch kommt auf fünf Schwangerschaften eine Abtreibung. Ein 2004 erlassener *Reproductive Health Act* sollte die Gesundheitsvorsorge für Mutter und Kind verbessern.

Geplant waren:

- für alle zugängliche und leistbare Methoden zur Familienplanung
- Maßnahmen zur Verhinderung der Verbreitung sexuell übertragbarer Krankheiten
- Sexualaufklärung
- Förderung der männlichen Verantwortung bei der Familienplanung
- Verminderung der Gewalt in der Familie.

Die Umsetzung wurde durch Kampagnen der katholischen Kirche und durch Abtreibungsgegner verhindert (Reese 2007: 125). *Die German Doctors* bieten in Cagayan de Oro in einem eigenen Frauenzentrum, genannt *Mothers House*, verschiedene Verhütungsmethoden an. Es werden Informationsgespräche geführt und die Frauen können zwischen Ovulationshemmern wie „Pille“ oder „Dreimonatsspritze“ wählen, außerdem können Frauen, die ihre Familienplanung abgeschlossen haben, eine Eileiterunterbindung vornehmen lassen. Einmal monatlich, am *Ligation Day*, werden die Eingriffe von einer Gynäkologin oder einem Gynäkologen in Lokalanästhesie durchgeführt. Die Behandlung, ebenso wie die Medikamente, ist für Bedürftige kostenlos. Laut Aussage des Fahrers N. gibt es Dörfer in denen der Bürgermeister die Fahrt nach Cagayan de Oro bezahlt und der Familie der Frau einen Sack Reis gibt, weil kleinere Familien weniger Kosten für die Gemeinde verursachen.

### **1.2.3 Gesundheitssystem**

Große staatliche oder universitäre Krankenhäuser gibt es in Manila und den Zentralprovinzen von Luzon, in Cebu und in Davao. Zwei Drittel der Krankenhäuser haben private Träger. Die Regierungskrankenhäuser sind schlecht ausgestattet, haben wenig qualifiziertes Personal und nur eine unzureichende Versorgung mit Medikamenten. In den Städten gibt es auch zahlreiche niedergelassene Spezialisten mit Privatpraxen. Im ländlichen Raum und kleineren Städten wird die Versorgung durch *Health Centers* wahrgenommen, welche aber in vielen Fällen sehr rudimentär ausgestattet sind und oft nur mit einer (mangelhaft ausgebildeten) Hebamme besetzt sind. Ein solches *Health Center* ist im Schnitt für 30.000 Menschen zuständig. Die Zahl der im Land arbeitenden Ärztinnen und Ärzte und des qualifizierten



Pflegepersonals nimmt stetig ab, die meisten gut ausgebildeten Fachkräfte streben eine Stelle in den USA oder in Europa an. Von denen, die in den Philippinen bleiben, arbeitet nur ein kleiner Prozentsatz auf dem Lande, bei den Medizinerinnen und Apothekerinnen sind es gerade 10% (Reese 2007: 126) Die moderne Ausbildung ist stark Technik-orientiert und entspricht nicht den Anforderungen der Basisversorgung. Als Illustration des Problems der Abwanderung der gut ausgebildeten Arbeitskräfte hier der Text des Kalenderblatts für Mai 2009 auf einem aufwändig gemachten Wandkalender von *Philhealth* (der staatlichen Krankenkasse) an der Wand des Ambulanzzimmers in Cagayan de Oro. Das dazugehörige Bild zeigt eine hoch technisierte Intensivstation, Ärzte und Pflegepersonal, gruppiert um einen lächelnden Patienten: *„At the helm of the health care service delivery mechanism are our partnerphysicians, midwives and dentists who lend the healing touch to our hospitalized members nationwide. Despite the deluge of their fellow practioners to the greener pastures overseas [Hervorheb.durch Verf.], these dedicated men and women devote their time, energy and ressources to live out their hippocratic oath of service to mankind. To assure our members that they are getting only the highest form of medical assistance these providers also abide by accreditation standards that define their treatment protocols.“*

Die Realität der medizinischen Versorgung bestand in diesem Moment aus einem unzulänglich beleuchteten, spartanisch mit einem Tisch, drei Sesseln und einer alten Liege eingerichteten Raum, in dem eine unentgeltlich arbeitende Ärztin von weit her mit einem Stethoskop und einer Taschenlampe versucht, den vielen wartenden Kranken eine rudimentäre medizinische Versorgung zu bieten.

#### **1.2.4 Beitrag des Staates zur Gesundheitsversorgung**

Für den Gesundheitssektor werden 2,9 % des BIP ausgegeben, das ist um 1,6 % weniger als die Mindestanforderung der WHO. Von diesem Betrag kommt 39 % von der öffentlichen Hand, der Rest wird privat aufgebracht. Die staatliche Krankenversicherung *Philhealth* erstattet nur Grundleistungen und auch diese nur zum Teil. Bei Krankenhausaufenthalt wird ein Drittel der Kosten bis zu insgesamt 45 Tagen Spitalsaufenthalt übernommen. *Philhealth* ist völlig vom Staat organisiert und kontrolliert. Laut der offiziellen Homepage sind 76 % der philippinischen Bevölkerung versichert, vorwiegend Arbeitnehmer und Arbeitnehmerinnen mit festen Arbeitsverhältnissen und ihre direkten Angehörigen. Rund ein Drittel gehören zu den, wie es offiziell heißt „weniger Privilegierten“ und 18 % sind „Selbstzahler“, das bedeutet Tagelöhner, Rikschafahrer, kleine Bauern (Philhealth 2009).

Allerdings werden in den letzten Jahren vermehrt Anstrengungen von staatlicher Seite unternommen, die Zahl der Versicherten zu erhöhen. Für 2001 werden 37,4 Millionen Versicherte angegeben, 2009 sollen es schon über 80 Millionen sein (Philhealth 2009). Die Beiträge für die Ärmsten sollten jeweils für ein Jahr dezentral von den *Barangay*

–*captains* (entsprechen Bürgermeistern) bezahlt werden, die dafür Geld aus dem Staatsbudget erhalten, dieses Vorgehen führt oft zu Patronage und Korruption. Der internationale Währungsfonds und die Weltbank haben seit 1980 dem philippinischen Staat eine Reihe von Strukturanpassungen auferlegt um die große Auslandsverschuldung zu reduzieren. Dies brachte einige Änderungen für die Gesundheitsprogramme. Durch die *Health Sector Reform Agenda* „HSRA“ wurden Krankenhäuser verstaatlicht mit der Auflage, die Spesen durch Nutzergebühren zu verringern. Medizinisches Material, Verbände und Medikamente müssen vom Patienten bezahlt oder beigebracht werden, ebenso Labor- und Röntgenuntersuchungen. Die Anzahl der Bedürftigen, die zu einem Sozialtarif oder gratis behandelt werden, ist begrenzt. Öffentliche Programme wie zum Beispiel die Tuberkulose-Vorsorge wurden drastisch gekürzt. Die Gesundheitsversorgung wurde seit 1993 allgemein dezentralisiert und dadurch in den armen ländlichen Gebieten noch schlechter. Der Großteil der Bevölkerung kann sich keine Gesundheitsdienste leisten, im Krankheitsfall muss die Familie Geld leihen oder eine NGO finden die die Kosten übernimmt. Viele versuchen sich mit Eigendiagnostik zu kurieren, suchen traditionelle Heiler auf oder, wenn eine Möglichkeit zu einem Zugang besteht, holen sich Informationen auf den vielen Gesundheitsseiten im Internet. Auch die Nachbarschafts-apotheken machen gute Umsätze mit Sets zum Selbsttesten für verschiedene Erkrankungen (Reese 2007: 123-133).

### **1.3 Internationale Entwicklungszusammenarbeit und NGOs**

#### **1.3.1 Zivilgesellschaft in den Philippinen**

NGOs spielen eine große Rolle in der Entwicklungszusammenarbeit. Viele humanitäre Organisationen werden durch Geberstaaten finanziert mit der Begründung, dass sie besser in der Lage seien, gesellschaftliche Zielgruppen direkt zu erreichen (Nohlen 2002: 611). Nach der klassischen Definition hat eine NGO eine Aufgabe mit klaren Zielen, die Mitarbeiter haben fest umrissene Funktionen und das Budget ist für vorgegebene Aufgaben konzipiert. In der Realität zeigt sich, dass jede NGO durch ihre Mitglieder geformt wird, und durch die vor Ort bestehenden Netzwerke und die Reaktion jedes einzelnen auf wechselnde Gegebenheiten ständig verändert wird. Die Akteure werden durch Emotionen bewegt wie Opferbereitschaft, Eitelkeit, Egoismus oder Mitleid. Die Position einer NGO wird weiters durch Kräfte bestimmt, die durch Entwicklungspolitik, Kriegszustände, Bürokratie und Fundraising bestimmt werden.

Literatur über NGOs ist meistens komparativ angelegt. Dorothea Hilhorst hat in ihrer Studie „*The Real World of NGOs*“ als Mitarbeiterin einer NGO für lokale Entwicklung und Förderung von Frauen in den Philippinen über mehrere Jahre die laufenden Prozesse und Veränderungen der Organisation von innen untersucht. Die Autorin

kommt zu dem Schluss, dass es keine eindeutigen Antworten gibt auf die Fragen was eine NGO „will“ und was sie „tut“.

Eine NGO hat unterschiedliche Gesichter, je nachdem ob sie von ihren Geldgebern, ihren Mitarbeitern, ihren Klienten oder den lokalen Verwaltungsstrukturen gesehen wird. NGOs machen Politik, auch wenn viele ihre apolitische Haltung betonen. Wenn NGOs als Prozesse begriffen werden und nicht als starre Strukturen, wird klar, dass sie multiple Aspekte der Wirklichkeit darstellen. Hilhorst geht von einer Akteur-orientierten Sicht auf die tägliche Arbeit aus. Soziale Akteure haben die Möglichkeit ihre eigenen Erfahrungen und Erlebnisse zu reflektieren, sie setzen ihr Wissen und die gegebenen Möglichkeiten ein um auf strukturbedingte Sachzwänge und Entwicklungen zu reagieren.

Es werden „wirkliche“ von „unwirklichen“ NGOs unterschieden, wobei „unwirklich“ bedeutet, dass unter dem Deckmantel der Entwicklungszusammenarbeit primär politische oder ökonomische Ziele verfolgt werden (Hilhorst 2003: 5-6). So gibt es verschiedene Akronyme wie *GRINGO* für *government run organization*, *BONGO* bezeichnet *business organized NGO*, *COME N'GOs* sind nur kurzzeitig oder nie real existierende Organisationen (Hilhorst 2003: 6).

Das Attribut „NGO“ bedeutet im Allgemeinen, dass Gutes für die Entwicklung anderer getan wird. In der Entwicklungspolitik Deutschlands sind Nichtregierungsorganisationen zusammengefasst als „Kirchen, politische Stiftungen und andere private Träger von Entwicklungshilfe“ (Nohlen 2002: 611).

Lange Zeit waren die Methoden, die Aufmerksamkeit der möglichen Spender auf die beworbenen Projekte zu lenken durch plakative Bilder von Elend und Verwahrlosung geprägt. Die Menschen, denen Hilfe zuteil werden soll, wurden hilflos und passiv dargestellt. Diese Sichtweise wurde als *Pornography of Poverty* gebrandmarkt weil sie zwar die Gebefreudigkeit der Spender erhöhen aber gleichzeitig ein Bild von totaler Hoffnungslosigkeit und oft auch Würdelosigkeit vermitteln. Mittlerweile versuchen viele Organisationen in ihren Kampagnen mit mehr Hintergrundinformation und positiven Aspekten auszustatten (Plewes und Stuart 2007: 23-24).

Die Philippinen sind durch eine große Zahl an Nichtregierungsorganisationen gekennzeichnet, laut Hilhorst die weltweit größte Zahl (Hilhorst 2003: 12). Rainer Werning und Niklas Reese geben 30.000 NGOs und 35.000 Kooperativen an, die bei der *Securities and Exchange Commission* registriert sind. Dazu kommen noch ungefähr 249.000 Organisationen, die gesellschaftliche Arbeit leisten und nicht zur Regierung gehören. Die meisten dieser kleinen Gruppen sind unter dem Dach der größten NGO der Philippinen angesiedelt, der katholischen Kirche.

Der philippinische Staat bietet seinen Bewohnern kein tragfähiges soziales Netz. Außer den traditionellen verwandtschaftlichen und feudalen Beziehungen haben auch früh private Institutionen sozioökonomische Dienste erbracht, wobei vor allem Bildungs- und Gesundheitsprojekte von den Trägern der Missionsarbeit abgedeckt wurden. Auch die Mittel- und Oberschicht finanziert philanthropische Projekte, gleichzeitig wird aber durch sehr schlechte Bezahlung den einfachen Dienstnehmern jede Form der eigenen sozialen Absicherung unmöglich gemacht (Werning u. Reese 2007: 238).

Die philippinische Verfassung kennt die Rechte von Minderheiten an und bekennt sich zur Armutsbekämpfung. Dennoch ist die Armut vor allem in ländlichen Gebieten nach wie vor groß und bleibt die politische Entwicklung hinter den gesteckten Zielen weit zurück. NGOs machen dafür den staatlichen Zentralismus verantwortlich.

Politische Entscheidungen werden in der Hauptstadt getroffen, die Lokalregierungen erhalten nur einen kleinen Anteil am Staatsbudget. Mindanao trägt sehr viel mehr zum Wirtschaftsaufkommen des Landes bei als es an Dienstleistungen erhält.

Trotz Zentralismus haben die Kommunalverwaltungen die Möglichkeit, bei lokalen Entwicklungsmaßnahmen an den Entscheidungen mitzuwirken. Die Zivilgesellschaft übt aber immer wieder Kritik daran, dass Entwicklungsprojekte sich nicht allein an den Bedürfnissen der Armen orientieren und andere Prioritäten setzen. Die Forderung gesellschaftlicher Gruppen nach mehr Mitsprache bei der Budgetplanung ist sogar gesetzlich verankert. Im *Local Government Code* von 1991 wird festgelegt, dass die Entwicklungsräte der Barangays (unterste politische Verwaltungseinheit, meist auf Dorfebene) zu mindestens einem Viertel von Repräsentanten von NGOs gebildet werden sollen (Dirksmeier 2006: 14-15).

Es gibt auch kleinräumige Projekte die, im Idealfall, zu einem politisch wirksamen *Empowerment* der Akteure durch kleingewerbliche Wertebildung führen. Viele Qualifizierungsprogramme bleiben aber rein technisch orientiert, so dass das semi-feudale System nicht in Frage gestellt wird. Dies wird vor allem in den Bereichen deutlich, wo NGOs im Auftrag staatlicher Stellen Projekte durchführen. Sie springen dann für den schwachen Sozialstaat ein. Diese Hilfen sind aber dann auf den Kreis der durch das Programm der NGO begünstigten Empfänger beschränkt und führen zu weiterer Ungleichheit der Versorgung. Weil NGOs ihren Geldgebern Rechenschaft ablegen müssen, entscheiden diese über die Verteilung der Mittel (Werning u. Reese 2006: 239). Auch Entwicklungshilfe unterliegt Mechanismen der Marktwirtschaft. Die Zusammenarbeit von den NGOs im Norden, die als Vermittler zwischen privaten und staatlichen Geldgebern im Norden fungieren und den NGOs vor Ort im geopolitischen Süden, welche die Verteilung und Projektabwicklung durchführen, ist ein Hauptpfeiler der Arbeit. Vertreter vieler NGOs in den Philippinen wissen genau, wie sie westliche Verhandlungspartner mit gut gemachten Broschüren überzeugen können. Viele

kleinere Projekte versuchen ohne Verwaltungsapparat und hauptamtliche Mitarbeiter auszukommen, aber gerade dann sind die Projektleiter sehr wichtig. Es besteht die Gefahr, dass fähige und zupackende Projektleiter mit der Zeit zu Verwaltern und Managern werden und den Kontakt zur Realität der Basis verlieren (Range 2006: 19).

### **1.3.2 Rolle der NGOs in der Gesundheitsversorgung**

Ein großer Bereich der primären Gesundheitsversorgung wird durch Projekte nationaler und internationaler NGOs abgedeckt. Ein den chinesischen *Barfußärzten* vergleichbarer Ansatz besteht seit den 1970er Jahren in den gemeindebasierten Gesundheitsprogrammen des CBHP (*Community- Based Health Programs*) die von den *Rural Missionaries in the Philippines* aufgebaut wurden.

Die Beteiligung der Menschen vor Ort war ein wichtiger Faktor der Programme, soziales Ungleichgewicht wurde als Ursache für Gesundheitsstörungen einbezogen. Es wurden lokale *Healthworker* ausgebildet und Vereine gegründet, in denen Grundlagen der medizinischen Versorgung, Ernährung und Bildung verbreitet wurden. Es wurden auch traditionelle Heilmethoden eingesetzt und die Behandlung häufig auftretender Krankheiten gelehrt. Diese anfänglich als Selbsthilfemaßnahmen bei einer staatlich völlig unzureichenden medizinischen Versorgung eingeführten Strukturen werden nun von einer neo-liberalen Sozialpolitik als basisnahes Gesundheitssystem propagiert. Der Staat delegiert diesen Bereich an den privaten Sektor und zieht sich weiter aus der Verantwortung zurück (Reese 2007: 130-131).

### **1.3.3 Beispiele für in den Philippinen tätige europäische humanitäre NGOs mit medizinischem Schwerpunkt**

Sowohl *Médecins sans frontières* (MSF) als auch *Ärzte für die Dritte Welt* haben medizinische Projekte in Mindanao etabliert. An Hand dieses Engagements lassen sich die unterschiedlichen Schwerpunkte der Organisationen aufzeigen.

#### **1.3.3.1 Médecins sans Frontières – Ärzte ohne Grenzen**

##### **Entstehung und Ziele**

MSF ist eine international sehr bekannte Organisation, 1971 von einigen französischen Ärzten gegründet, unter dem Eindruck des Krieges in Biafra. Neben der Entsendung von medizinischem Personal und Technikern für den Aufbau einer sanitären und hygienischen Infrastruktur lag ein Fokus auch auf „*témoignage*“, in der Bedeutung von „Zeugnis ablegen“. Die Mitarbeiter sollten aktiv die Geschehnisse dokumentieren und öffentlich machen. Eine explizit neutrale Haltung, wie sie z.B. das ICRC (internationales Rotes Kreuz) von seinen Teams erwartet, war nicht immer vorrangig im Sinne der Gründer von MSF. Obwohl sie unparteiisch agieren und ihre Unabhängigkeit von politischen Einflüssen betonen ist der freie Zugang



zur Not leidenden Zivilbevölkerung immer öfter ein Problem für die Hilfsteams von MSF. Oft ist Hilfe nur in Vertriebenenlagern möglich. Mitarbeiter sind immer wieder Angriffen ausgesetzt, es mussten auch Projekte vorübergehend oder gänzlich aus Sicherheitserwägungen eingestellt werden, obwohl gerade MSF oft die ersten in einem Krisengebiet sind oder die letzte Hilfsorganisation ist, die bei Verschlechterung der Sicherheitslage ein Gebiet verlässt. Die Mitarbeiter erleben immer wieder misstrauische Reaktionen von allen Konfliktparteien. MSF verurteilt die Vermischung politischer und humanitärer Ziele (Dörflinger 2007: 3-5). MSF hat mittlerweile Sektionen in 19 Ländern, das Budget beträgt 400 Millionen US Dollar jährlich, die zu ca. 80% aus Spendengeldern stammen und zu 20% von der Wirtschaft erbracht werden. Hilfsprogramme bestehen in 70 verschiedenen Ländern, jährlich werden um die 3000 Mitarbeiter entsandt. Die Hauptaufgabe ist rasche Hilfe mit oft großem logistischem und materiellem Aufwand in Gebieten, die von Naturkatastrophen oder Kriegsgeschehnissen heimgesucht wurden. Daneben gibt es auch Aufklärungskampagnen gegen Aids, Malaria und andere Krankheiten, Impfaktionen, Aktivitäten um dringend notwendige Medikamente auch für arme Länder bezahlbar zu machen, Aktionen zum Thema Flucht und Vertreibung, Ernährungsprogramme vor allem in Afrika und vieles mehr (MSF 2008: 2, 86).

### **MSF in Mindanao**

In Mindanao wird zurzeit ein Projekt vorbereitet, das die Versorgung der großen Flüchtlingsströme die durch den Konflikt zwischen den Muslimen im Süden und im Westen der Insel mit der Regierung entstanden sind, gewährleisten soll. Seit November 2008 ist ein Team von MSF vor Ort und hat bis Ende Dezember 3000 medizinische Behandlungen mit mobilen Kliniken durchgeführt. Lokale Krankenhäuser werden mit Material und Personal unterstützt. Die Bevölkerungsdichte hat sich durch den Zustrom von Flüchtlingen in manchen Regionen sehr erhöht. Geplant sind mobile Kliniken und der Aufbau der Wasserversorgung und Verbesserungen am Abwassersystem (MSF Philippinen 2009). Nach einem Bericht der EU-Kommission zur Gewährung von finanzieller Unterstützung für dringende humanitäre Hilfe gab es Ende November 2008 mehr als 300.000 Menschen, die ihren Wohnort verlassen mussten und zum Teil in Evakuierungslagern leben. Die Situation ist unübersichtlich, es wird angenommen dass eine Lösung des Konflikts noch länger auf sich warten lassen wird. Hilfe soll durch UNO-Organisationen und NGOs für die Dauer von sechs Monaten möglich gemacht werden. Ein Betrag von 2,5 Millionen Euro wird zur Verfügung gestellt. Die Aufzählung der Hauptprobleme hat viel gemeinsam mit der allgemeinen Lage der armen Schichten der Bevölkerung Mindanaos: insuffiziente Behausungen, schlechte hygienische Standards von Sanitäreinrichtungen, unreines Trinkwasser, unzureichende Ernährung. Die Flüchtlinge sind allerdings in allen Belangen von Hilfe abhängig.

Die Verteilung von Lebensmitteln, Verbesserung der Wasserversorgung und der Bau von regenfesten Wohnmöglichkeiten haben Priorität. Die medizinische Versorgung wird in Ansätzen von lokalen Strukturen durchgeführt, sie ist allerdings unzureichend (Commission of the European Communities 2008: 2-7). Das Projekt sollte im Dezember 2008 beginnen und vorläufig auf sechs Monate befristet sein. Durch die Zuspitzung der politischen Spannungen, ausgelöst durch die Geiselnahme und Ermordung von über 40 Menschen in Maguindanao, sah sich MSF genötigt, das Engagement in der Krisenregion vorläufig einzustellen. Die mobilen Kliniken die zur Versorgung der Flüchtlinge eingerichtet wurden können durch die unsichere Lage nicht auf dem Landweg mit Nachschub versorgt werden (MSF international 25.11.09).

### **1.3.3.2 Ärzte für die Dritte Welt**

#### **1.3.3.2.1 Entstehung und Ziele**

Der Jesuitenpater Dr. Bernhard Ehlen gründete diese Hilfsorganisation 1983, angeregt durch die von einem seiner Mitnovizen gegründete Aktion Cap Anamur, die mit dem gleichnamigen Schiff Bootsflüchtlinge vor der afrikanischen Küste und Vietnam rettete und in der Folge in vielen Ländern humanitäre Hilfe für Flüchtlinge möglich machte. In dieser Organisation waren auch Ärzte in mehrmonatigen Einsätzen eingebunden. Ehlen wollte jedoch von Beginn an einen etwas anderen Weg in der Verbesserung der medizinischen Betreuung der Bewohner in den ärgsten Slums großer Städte gehen. Er wollte Ärzte aus Deutschland in bestehende örtliche Basisstrukturen der Gesundheitsversorgung integrieren. Den ersten Aktivitäten auf den Philippinen folgten zusätzliche Projekte in Südamerika, Indien, Bangladesh und Kenia. Der Begriff „Dritte Welt“ wird in den meisten Schriften der Organisation unter Anführungszeichen gesetzt und auch in der Schrift zum 25-jährigen Jubiläum wird er als problematisch angesprochen. Es hat sowohl in der Führung der Organisation als auch unter den Ärzten Diskussionen über eine mögliche Umbenennung gegeben. Viele ehemalige Dritte-Welt-Gruppen und auch Dritte-Welt-Läden haben sich in „Eine-Welt“ umbenannt. Die Vorschläge „Ärzte für die Eine Welt“ oder „Ärzte für die armen Länder“ wurden verworfen.

Nun wurde der ursprüngliche Namen beibehalten, mit dem Hinweis dass Alfred Sauvy 1952 den Begriff *tiers-monde* nicht abwertend gemeint hatte, sondern als Bezeichnung für junge, postkolonialistische, unterentwickelte Staaten, die ermutigt werden sollten ihren eigenen Weg zu finden (Kral 2008: 21). Das Bedeutungsspektrum nähert sich dem von Dieter Nohlen im Artikel „Dritte Welt“ des gleichnamigen Lexikons an, in dem diejenigen schlecht entwickelten Länder, die einen eigenen blockfreien Weg suchen, darunter verstanden werden (Nohlen 2002: 194-195). In den Philippinen treten die Mitarbeiter der Ärzte für die Dritte Welt als *German Doctors* auf und haben ein

entsprechendes Logo auf allen ihren Einrichtungen und Fahrzeugen. Die Finanzierung erfolgt durch Spenden und Bundesmittel der deutschen Entwicklungszusammenarbeit. 1983 war das Budget 10.000 DM, 2007 betrug das Gesamtvolumen 9,6 Millionen €.

#### **1.3.3.2 Arbeitsweise**

Die Verbesserung der medizinischen Versorgung marginalisierter Bevölkerungsgruppen der „Dritten Welt“ in Zusammenarbeit mit einheimischen Mitarbeitern und im Einklang mit eventuell vorhandenen Präventivprogrammen ist das Ziel der in den Einsatzländern als *German Doctors* bekannten Organisation. Durch den Aufbau einer langfristigen Präsenz medizinischer und humanitärer Unterstützung in Gebieten die von staatlichen Instanzen nicht oder nicht ausreichend betreut werden, soll zumindest ein Zeichen von Solidarität und Hoffnung gesetzt werden. Es gibt in vielen Projekten eine enge Zusammenarbeit mit kirchlichen Basis- Gesundheitszentren, laut Eigendefinition ist die Haltung aber überkonfessionell und nicht kirchlich gebunden. Die teilnehmenden Ärzte arbeiten unentgeltlich und bezahlen die Hälfte der Reisekosten selbst. In den Einsatzgebieten wohnen sie in der Nähe ihrer Arbeitsorte in sehr einfachen, angemieteten Unterkünften. Ehrenamtlich arbeitende Ärzte aus Mitteleuropa, vorwiegend Deutschland, reisen während ihres Jahresurlaubs oder nach ihrer Pensionierung für Kurzeiteseinsätze mit einer Dauer von sechs Wochen, in manchen Projekten auch länger, in die verschiedenen Einsatzorte. Sie arbeiten in Ambulanzen direkt in den Slums der Großstädte, in Armenkrankenhäusern oder in einer „*Rolling Clinic*“, eine mobile Ambulanz, die entlegene Gebiete turnusmäßig aufsucht. Abgesehen von dem Angebot direkter medizinischer Versorgung mit einfachen Mitteln, wird versucht, die Impfquote gegen die häufigsten Kinderkrankheiten zu verbessern und Patienten mit Verdacht auf schwere Erkrankungen wie Tbc, Malaria, HIV an staatliche Behandlungsstellen zu vermitteln. Es werden Schulungen über Gesundheitsthemen für örtliche *Healthworker* und wartende Patienten abgehalten. Mangel- und Unterernährung wird, soweit möglich, durch Mutter-Kind-Aufpäppelstationen, Schulung, Nahrungspakete und gezielte Verteilung von Vitamin-Präparaten und anderen Nahrungsergänzungen wie Zink und Eisen gelindert. Andere Aktivitäten, vor allem in Zusammenarbeit mit Partnern der deutschen Entwicklungshilfe umfassen Kleinkredite für Bauern, die mit Naturalien (z.B. Jungtieren) zurückbezahlt werden können, Verbesserung der Trinkwassersituation, Bildungsprogramme vor allem für Frauen und andere Bereiche.

#### **1.3.3.3 Ethische Richtlinien**

In den Richtlinien für eine Teilnahme an einem solchen Projekt wird klar festgelegt dass das Ziel nicht der Export westlicher Gedanken und Lebensweisen ist, sondern die Achtung der Würde und Einmaligkeit des einzelnen Menschen. Auch die Bereitschaft, mit den einheimischen *Healthworker* zusammenzuarbeiten und die lokale traditionelle



Medizin nicht um jeden Preis durch europäische Handlungsweisen zu ersetzen wird eingefordert.

Es wird betont, dass die Teilnehmer als Gäste in einem fremden Land agieren und die Hauptaufgabe Hilfe zur Selbsthilfe sein sollte. Es wird erwartet, dass religiöse und traditionelle Gebräuche, auch bezüglich medizinischer Behandlungen, Geburtenkontrolle und andere Aspekte respektiert werden. *German Doctors* als NGO entgehen dem Dilemma, von den Hilfesuchenden als vom Staat entsandte Träger der Macht empfunden zu werden, wie von Lock und Nichter dargestellt (Nichter u. Lock 2002: 9).

#### **1.3.3.2.4 Ärzte für die Dritte Welt in Mindanao**

Die Arbeit der *German Doctors* auf den Müllbergen in Manila zeigte, dass viele Menschen die versuchen durch das Sortieren von Müll unter schwierigsten Bedingungen ihr Auskommen zu finden, ursprünglich aus Mindanao kamen. Sie waren in die Städte gekommen um Arbeit und ein besseres Leben zu finden.

Als Konsequenz wurde schon 1985 im Norden Mindanaos mit Einsätzen der *Rolling Clinic* begonnen. Die Tätigkeit hat sich im Laufe der Jahre ausgeweitet. In Zusammenarbeit mit dem Medical College der Xavier University in Cagayan de Oro wurde 1989 ein kleines Armen-Hospital mit einer großen Ambulanz in dieser Hafenstadt etabliert. Seit 1985 versorgen *Rolling Clinics* auf mehreren Routen im Landesinneren die schwer erreichbaren Dörfer im Hochland von Bukidnon. Seitdem sind auch noch zwei kleine Krankenhäuser im Landesinneren entstanden, die von der Organisation erhalten werden und von den Einsatzärzten besetzt werden. Seit dem Jahr 1985 sind allein in Mindanao 1354 ärztliche Einsätze von mindestens sechswöchiger Dauer durchgeführt worden.

## 2 Mindanao

### 2.1 Geographie und Politik

Die Republik der Philippinen ist erst durch die Kolonialherrschaft zu einem Staatsgebilde geworden. In der Zeit vor der Kolonialisierung lebten die meisten Bewohner in tribalen Gruppen. Das Land besteht aus mehr als 7000 Inseln, davon sind nur etwas mehr als 2000 bewohnt. Nur etwa 500 Inseln haben eine Fläche von mehr als einem Quadratkilometer. Auch die großen Inseln sind durch zerklüftete Bergketten und, bis zu seiner fast völligen Abholzung, unzugänglichen Regenwald gekennzeichnet. Die sozialen Kontakte erfolgten hauptsächlich auf dem Wasserweg. Es gibt nur wenige große Ebenen im Inneren mancher Inseln, die die Entwicklung komplexerer politischer Strukturen begünstigen hätten können. Diese natürlichen Gegebenheiten führten zur Bildung kleiner, autarker Gesellschaften. Auch die aus dem Norden einwandernden Malaien splitterten sich in kleine Siedlungseinheiten auf.

Zur Zeit der Ankunft der Portugiesen und Spanier auf den Philippinen war die am weitesten entwickelte politische Einheit der *Barangay*. Das Wort bezeichnete ursprünglich das traditionelle Boot der malaischen Siedler. Ein *Barangay* bestand aus einer Gruppe von dreißig bis hundert Familien, die durch verwandtschaftliche Beziehungen verbunden waren. Ihr Oberhaupt war der *Dato*. Bei Angriffen von Außen schlossen sich gelegentlich mehrere *Datos* auf egalitärer Ebene zusammen (Tate 1971: 333-337).

Diese soziale Organisation erklärt die bis heute bestehende Fülle an Sprachen und Dialekten. Mindanao als die südlichste der großen Inseln der Philippinen hat auch in der historischen Entwicklung eine Sonderposition. Vor der spanischen und amerikanischen Kolonialisierung war die politische Struktur Mindanaos durch Sultanate geprägt. Die Islamisierung hatte am Ende des 13. Jahrhunderts durch arabische und indische Händler eingesetzt. Durch den frühen muslimischen Einfluss hatte sich das Gebiet völlig anders als die anderen Inseln entwickelt. Die Sultanate waren zentralistisch organisiert und das Zusammenleben durch die Gesetze des Korans geregelt. Durch rege Handelstätigkeit bestanden Kontakte zu anderen Inseln des Archipels, zum Festland Südostasiens und zu China. Die Sultanate waren eigentlich staatliche Gebilde, die Muslime und Nicht-Muslime regierten. Das älteste ist das Sultanat Zulu, das auf das Jahr 1450 zurückgeht (Turner 1992: 9-11).

Bis zum Beginn des 20. Jahrhunderts war Mindanao hauptsächlich von nicht christianisierten indigenen Gruppen bewohnt. Heute sind 72 % der 18 Millionen Bewohner Mindanaos Christen, sie leben vor allem im Norden und Osten der Insel. Die Muslime machen etwa acht Prozent der Bevölkerung aus. In Luzon und den Visayas war in der Mitte des 20. Jahrhunderts das Ackerland knapp geworden und

die Regierung begann mit Umsiedlungsprogrammen. Die christlichen Siedler aus den weiter nördlich gelegenen Teilen der Philippinen kontrollierten bald fast die ganze Insel und besetzen auch heute noch alle wichtigen Posten (Grabowski 2007: 206-208). Seit dem 2. Weltkrieg wurde die innere Migration von den weiter nördlich gelegenen Inseln nach Mindanao staatlich gefördert. In den Jahren 1948 bis 1960 wurde 50 % der Bevölkerungszunahme durch Zuzug verursacht. Den neuen Siedlern wurde landwirtschaftlich nutzbares Land versprochen. Die ursprüngliche Bevölkerungsdichte war bis zu diesen Umsiedlungen niedrig gewesen. Die Zuwanderer rodeten Felder und bauten die ihnen aus den Visayas vertrauten Früchte wie Mais, Kokospalmen und Reis an.

## 2.2 Die großen indigenen Gruppierungen: Lumad und Moros

### 2.2.1 Ursprünge

„Lumad“ bedeutet „indigen“ in Cebuano, der Sprache der zentralen philippinischen Inseln und wurde 1986 bei einem Kongress in Cotabato als Überbegriff für 78 nicht-muslimische ethnolinguistische Gruppen angenommen. Bei diesem Anlass formierte sich *Lumad Mindanaw* als offizieller Repräsentant und Sprecher dieser indigenen Gemeinschaften. Das deklarierte Ziel dieser Vereinigung war *„working for the recognition and defense of the Lumad people’s rights to ancestral homeland, for survival and for self-determination“*

„Moro“ ist die kollektive Bezeichnung für zwölf islamisierte ethnolinguistische Gruppen. Das spanische Wort für „Mohr“ hatte ursprünglich eine abfällige Bedeutung bis zu seiner Annahme durch die *Moro National Liberation Front* (MNLF). Diese hatte sich im November 1972 als Reaktion auf die Erklärung des Kriegsrechts durch Präsident Marcos gebildet. Später spalteten sich zwei Untergruppen ab, die *Moro Islamic Liberation Front* (MILF) und die MNLF, eine reformistische Gruppe.

Die religiösen Gebräuche und das durch den Koran bestimmte Sozialsystem waren völlig verschieden von animistisch geprägten Traditionen der anderen Gemeinschaften. Der Kontakt mit Händlern aus anderen Ländern bewirkte zusätzlich eine ganz andere Entwicklung der islamischen Gruppen. Bis heute ist der Islam grundlegender Bestandteil des kulturellen Selbstverständnisses der Moro und vereint auch die verschiedenen ethno-linguistischen Gruppen in ihrer Forderung nach einem *Bangsa Moro*, einer Moro-Nation.

Das deutliche Ungleichgewicht zu Ungunsten der anderen indigenen Gruppen ist eine Folge der Kolonialisierung die bis heute ihre Auswirkungen zeigt. Die Besiedlung Mindanaos durch die Lumads, Moros und später christianisierte Gruppen hat gemeinsame Charakteristika. Im Allgemeinen waren sie die ersten, die sich in einer Region niederließen. Wenn, wie im Fall der Moro in der von Subanun bewohnten

Halbinsel Zamboango, das Gebiet schon besiedelt war, wurde mit den ursprünglichen Bewohnern ein Konsens erreicht. Das Land war im Besitz einzelner Clans mit einer langen Tradition gemeinschaftlicher Nutzung. Es gibt keine Anhaltspunkte für territoriale Auseinandersetzungen in diesen Gebieten in der vor-kolonialen Ära (Rodil 1993: 9-11).

### **2.2.2 Einflüsse Spaniens und der USA**

Am Ende der Herrschaft der Spanier 1898 konnte man die Bevölkerungsgruppen der Philippinen in zwei große Kategorien unterteilen: diejenigen, die kolonialisiert und christianisiert waren und die anderen, die sich gegen ihre Unterwerfung erfolgreich zur Wehr gesetzt hatten beziehungsweise die ihr ausgewichen waren.

Die früh christianisierten Gruppen entwickelten durch die Religion eine gemeinsame Identität und lehnten sich gegen die spanische Kolonialherrschaft auf. Durch sie kam es zur Bildung einer philippinischen Nation und zur Gründung der Republik 1898.

Unter denen, die sich gegen die Spanier gestellt hatten, waren die Moro und die Sulu im Süden sowie die Igorot im Nordosten. Die Gruppen, die sich heute Lumad nennen, bewohnten das schwer zugängliche Zentrum der Insel und waren dem Kontakt und dem Einfluss der Eroberer weitgehend entgangen. Sie bilden die „kulturellen Minderheiten“ des 20. Jahrhunderts und machen nur mehr einen kleinen Anteil an der Gesamtbevölkerung aus.

Es ist vorstellbar, dass schon in dieser frühen Phase der Entstehung des philippinischen Staates einer der Gründe für die bis heute andauernde Marginalisierung der Lumad durch staatliche Strukturen zu sehen ist.

### **2.2.3 Landbesitz**

Für die Lumad ist der Anspruch auf das Land ihrer Ahnen von größter Bedeutung für ihren kollektiven Identitätsbegriff. In einer Volkszählung in 1980 waren sie nur in 9 von 423 Gemeinden in der Mehrheit. In 1900 stellten sie in 17 Provinzen des heutigen Mindanao die Mehrheit.

Im Prinzip haben alle Lumad-Gruppen eine ähnliche Konzeption von Landbesitz. Ein Gebiet, das von einer Gemeinschaft beansprucht wird ist gemeinsamer Besitz. Jedes Mitglied der Gemeinschaft kann nicht bearbeitetes Land innerhalb dieses Territoriums bearbeiten. Der Anspruch gründet sich auf eine zeitlich ununterbrochene Besitznahme, die auf eine lange Ahnenreihe zurückgeht. Das Recht zu fischen, zu jagen und Ackerbau zu betreiben haben die Mitglieder des Clans und Freunde des Oberhaupts. Die Flächen werden durch Flüsse, Berge oder andere natürliche Grenzen markiert. Das Verletzen der Grenzen, Jagen und Ernten in fremden Territorien wurde mit dem Tod oder Kompensationsleistungen geahndet. Für die Bagobo in Davao ist bekannt, dass sie

innerhalb ihres Gebiets ihre Wohnorte immer wieder wechselten. Wenn ein Unglück die Gruppe traf, verließen sie den Ort, den sie von bösen Geistern bewohnt glaubten. Am Beginn des 20. Jahrhunderts gab es nur eine geringe Zahl von Filipinos die aus den nördlicheren Teilen des Landes nach Mindanao gezogen waren. Die meisten wurden von den Spaniern zur Umsiedlung gezwungen. Sie übernahmen die Herrschaft über ein riesiges Gebiet. In 1987 sagte der Generalsekretär von *Lumad Mindanao* anlässlich des 9. jährlichen Kongresses der „Anthropological Society of the Philippines“ in Cagayan de Oro:

(.....)

*Neither do we claim as our ancestral territory such provinces as Lanao del Sur, Lanao del Norte, Basilan, Sulu, Tawi-Tawi and the greater part of Magindanao. But the rest of mainland Mindanao is ours by ancestral right.*

Dem Sprecher war klar, dass dieser Anspruch nicht durchsetzbar ist, schon allein wegen der großen Überzahl der Einwohner Mindanaos, die nicht den indigenen Gruppen zugehören.

Die spanischen Eroberer handelten nach dem Prinzip: das Land gehört der Krone. Das führte dazu, dass noch 1894 Landbesitz von Philipinos bei der Kolonialregierung registriert werden musste. Bei der Machtübernahme durch die USA wurde durch eine Reihe von Gesetzen dieses Unrecht fortgesetzt (Rodil 1992: 234 ff).

1902 wurde ein Gesetz erlassen, *Land Registration Act NO 496*, mit dem das Torrens-Prinzip des Grundeigentums festgelegt wurde. Es regelt die Registrierung und Weitergabe von Grundbesitz. Dieses Gesetz war aber mit dem Konzept des kollektiven Territoriums der Lumad unvereinbar und machte aus Land eine Ware, die nur an einen eingetragenen Eigentümer gebunden war und frei veräußerbar war. Auch die Registrierungs-Prozedur war für die damals nicht alphabetisierten Lumad nicht zu bewältigen.

Dazu kamen später noch Verordnungen, die Nicht-Christen nur kleinere Grundflächen unbeanspruchten Landes zustanden als Christen.

Erst die Verfassung der Philippinen von 1973 erwähnte erstmals die besonderen Gebräuche und Traditionen der indigenen Gruppen. Dennoch entstand daraus kein Rechtsanspruch. Die Moros hatten ein zentralisiertes sozio-ökonomisches System entwickelt und konnten Landaneignungen durch Außenstehende besser abwehren. Die kleinen, oft weit von einander lebenden Lumad-Gruppen, die oft außerdem untereinander verfeindet waren, hatten wenig Chancen sich zu behaupten (Rodil 1992: 242).

Die ungleiche Verteilung des Bodens zwischen allmächtigen Großgrundbesitzern und Kleinbauern und Landlosen führte nach dem Sturz der Marcos-Diktatur zu Bestrebungen, eine Neuordnung zu etablieren. Das Ziel des seit 1988 laufenden

*Comprehensive Agrarian reform Program* „*CARP*“ war die Neuverteilung von über zehn Millionen Hektar nutzbare Fläche an 3,9 Millionen landlose Bauernfamilien und Landarbeiter.

Zahllose Ausnahmeregelungen ermöglichten den Großgrundbesitzern, ihre riesigen Latifundien fast unverändert zu behalten. So wurden große Flächen in Industrieland umgewidmet, die Besitzobergrenze von 7 Hektar durch Aufteilung umgangen und massiver Einfluss auf lokale Behörden ausgeübt. Auf diese Weise wurde die Umverteilung des Großteils der umstrittenen privaten Böden verhindert.

1998 wurde die Verlängerung von *CARP* auf weitere zehn Jahre beschlossen. Das Budget für die Entschädigungen wurde 2002 gekürzt (Paasch 2002: 1-2).

In einem Artikel über den anhaltenden Kampf um Land, führt die Autorin Mary Ann Manahan, Aktivistin des *Carp Reform Movement*, aus, wie durch anhaltende Proteste der Betroffenen noch einmal Bewegung in die ins Stocken geratene Landreform kam.

Laut dem *Department of Agrarian Reform* 2008 wurden durch *CARP* sechs Millionen Hektar Land an drei Millionen Bauern verteilt, davon sind eine Million vormalige Pächter. Es verbleiben immer noch über eine Million Hektar, die aber im Privatbesitz der Familien der Juristen sind, welche die *CARP* – Gesetze ausarbeiten.

Die politischen Diskussionen gerieten immer mehr zu einem Klassenkampf zwischen den Großgrundbesitzern und den Landlosen. Es kam zur Mobilisierung vieler verschiedener Gruppen, darunter Bauern, NGOs, die katholische Kirche, Studenten, Frauengruppen und andere Interessensgemeinschaften. Der Druck dieser Bewegung führte dazu, dass im Juni 2009 der Kongress *CARPER* verabschiedete, *Comprehensive Agrarian Reform Program extension with reforms*. Diese Verlängerung ist auf weitere fünf Jahre ausgelegt und mit mehr Finanzmitteln ausgestattet. Trotz vieler Vorbehalte hofft die Autorin, dass die Stimmen der kleinen Bauern bei den bevorstehenden Wahlen 2010 mehr Gewicht haben werden (Manahan 2009: 1-4).

#### **2.2.4 Rolle der multinationalen Konzerne**

Die Situation in Mindanao mit vielen nicht organisierten Kleinbauern, die keine einklagbaren Titel für das von ihnen kultivierte Land vorweisen konnten, reichlich fruchtbaren Böden und einem günstigen Klima mit wenigen Taifunen begünstigte die Entstehung von großen export-orientierten Plantagen.

Die Fläche der großen Plantagen wuchs in den 1970er Jahren von 2,8 auf 4,7 Millionen Hektar. Das entsprach 55% der Zunahme im ganzen Land in dieser Zeitspanne.

Die Firmen Dôle in der Provinz Cotabato und Del Monte in Bukidnon betreiben die größten Ananas- und Bananenplantagen. Bereits 1980 wurde der Anteil der multinationalen Konzerne am Ackerboden Mindanaos schon auf über 50% geschätzt (Collier 1992: 203-207).



### **2.2.5 Auswirkungen auf die indigenen Gruppen**

Viele indigene Stammesangehörige und Bauerngemeinschaften sind im Norden und Süden vertrieben worden. Del Monte hat ganze Dörfer abgesiedelt um Ananasfelder anzulegen. Manobos wurden vom Land ihrer Ahnen durch Rinderfarmen verdrängt. Die Rinderzüchter verkauften das Land später an die Bukidnon Sugar Corporation (Tadem 1992: 27).

Ein weiterer Aspekt ist der Transfer von Werten aus den ländlichen Gebieten in die Ballungsräume. Die Güter werden in den Städten verarbeitet oder verschifft, dort haben die Firmen ihren Sitz und auch dort werden Steuern und Abgaben bezahlt. Diese Gelder fließen an den lokalen Behörden vorbei und tragen nicht zur Entwicklung der Region bei (Tadem 1992: 29-30).

## **3 Bericht über Einsatz als Ärztin der Organisation „Ärzte für die Dritte Welt“ in der basismedizinischen Versorgung in Mindanao vom 25.4.2009 bis 4.6.2009**

### **3.1 Vorbereitungsphase**

#### **3.1.1 Fachliche Vorbereitung**

Nach der Zusage der Organisation für einen Einsatz folgte eine Zeit der Unsicherheit, Zeitpunkt und Ort wurden erst einige Wochen später bekannt gegeben.

Außer Vorfreude auf ein Abenteuer mischt sich auch viel Skepsis in die eigenen Überlegungen. Wie werde ich mit der völlig neuen Arbeitssituation zurechtkommen? Werde ich Erkrankungen richtig diagnostizieren und behandeln können, die ich nur aus einem Lehrbuch kenne? Wie wird es sein, lange Arbeitstage im tropischen Klima durchzuhalten? Reichen meine Englischkenntnisse aus um mich mit den Mitarbeiterinnen und Übersetzerinnen zu verständigen, um Karteikarten zu lesen und korrekt weiterzuführen?

Bei einem Informationswochenende in Frankfurt und einer Jubiläumsveranstaltung in Salzburg hatte ich Gelegenheit mit Kolleginnen zu sprechen, die schon an einem der Philippinen-Projekte teilgenommen hatten. Meine eigene Unsicherheit ob ich der Aufgabe wohl gewachsen sein würde, konnte dadurch nicht zerstreut werden, aber einige konkrete Angaben über die Anforderungen konnte ich mit nach Hause nehmen. Ich versuchte mich fachlich vorzubereiten in dem ich meine Kenntnisse in Tropenmedizin auffrischte, aber es gab keine Möglichkeit, wirkliche Patientinnen mit Tropenerkrankungen zu sehen, und die Lehrbücher gehen meistens von einer klinischen Situation aus in welcher Mikroskopie, Laboruntersuchungen und der Zugang zu bildgebenden Verfahren wie Röntgen oder Ultraschall Standard sind. Sehr hilfreich war eine Bildersammlung, die ein deutscher Dermatologe in mehreren Einsätzen angelegt hat und mit diagnostischen und therapeutischen Kommentaren versehen hat.

### ***Blue Book***

Zugleich mit der Zusage bekam ich einen Handlungsleitfaden der für alle Projekte der *Ärzte für die Dritte Welt* maßgeblich ist, das sogenannte *Blue Book*. Es enthält eine Aufzählung der am häufigsten vorkommenden Erkrankungen und der therapeutischen Möglichkeiten im Rahmen der Projektarbeit. Es beginnt mit einem einführenden Kapitel über die Arbeitsstrukturen, die Aufgabenteilung zwischen Ärzten und Hilfsteam, die Abhaltung von Informationsvorträgen über medizinische Themen, die Menge an Medikamenten die verschrieben werden können, Arbeitszeiten die möglichst acht Stunden täglich nicht überschreiten sollen und andere praktische Anleitungen, die sich in den vielen Jahren anscheinend bewährt haben.

Es werden die häufigsten Krankheitsbilder die den Ärzten in den Projekten begegnen aufgezählt und mit den einfachen diagnostischen Möglichkeiten dargestellt. Die Medikamente die die Organisation zur Verfügung stellt, Richtlinien bezüglich eventuell unumgänglicher weiterführender Diagnostik und explizite Handlungsleitfäden werden angeführt. Schon bei der Lektüre des *Blue Book* wird klar, dass medizinische Grundversorgung einer humanitären Vereinigung sich grundlegend von der Arbeit in einer allgemeinmedizinischen Kassenpraxis unterscheidet.

Ein weiterer Schwerpunkt der Tätigkeit sollte die Betreuung und Beurteilung der Entwicklung von Kindern sein.

Die europäischen Lehrbücher der Kinderheilkunde bieten wenig Information über die spezifischen Auswirkungen von Tropenkrankheiten, Parasiten, Mangel- und Fehlernährung bei Kindern. Es ist nicht einfach herauszufinden, wie die Ernährung der Menschen in Mindanao zusammengesetzt ist und welche Mangelsyndrome eventuell zu erwarten wären.

Der Gedanke, an abgelegenen Orten ohne Möglichkeit einer Rückfrage schwerwiegende Entscheidungen treffen zu müssen oder auch ohne therapeutische Möglichkeiten bei einer bedrohlichen Krankheit dazustehen, hat mich in dieser Vorbereitungszeit viel beschäftigt.

### ***Where there is no doctor- A village health care handbook***

Ein Standardwerk für Basismedizin, ursprünglich für Bergbauern in Mexiko konzipiert. Der Autor David Werner, ursprünglich Biologe und Pädagoge, hatte bei dem Aufbau eines von Dorfbewohnern selbst organisierten medizinischen Netzwerks geholfen. Die erste englische Ausgabe erschien 1977. Seither wurde es in mehr als fünfzig Sprachen übersetzt und wird von Gesundheitshelfern in über hundert Ländern benutzt. Es ist ausdrücklich zur Vervielfältigung und Verwendung in der Gesundheitserziehung gedacht.



In der Einleitung werden die grundlegenden Prinzipien des Autors aufgezählt, die einen sehr pragmatischen und für Helfer aus entwickelten Ländern sicher nicht immer leicht nachvollziehbaren Ansatz ausdrücken:

1. *Health care is not only everyone's right, but everyone's responsibility.*
2. *Informed self-care should be the main goal of any health program or activity.*
3. *Ordinary people provided with clear, simple information can prevent and treat most common health problems in their own homes – earlier, cheaper, and often better than doctors.*
4. *Medical knowledge should not be the guarded secret of a select few, but should be freely shared by everyone.*
5. *People with little formal education can be trusted as much as those with a lot. And they are just as smart.*
6. *Basic health care should not be delivered, but encouraged.*

(Werner 2004: Introduction)

Dass eine gesundheitliche Grundversorgung ohne medizinisch ausgebildetes Personal möglich ist, ist für eine bisher immer in Europa tätig gewesene Ärztin eine ungewohnte Vorstellung. Die ärztliche Tätigkeit ist in der westlichen Medizin immer von der Angst vor möglichen schwerwiegenden Verläufen oder übersehenen Diagnosen begleitet. Viele der durchgeführten Untersuchungen dienen der Absicherung und Abwehr von eventuellen Regressforderungen und nicht der unmittelbaren Behandlung. In einem Umfeld, in dem es nur selten einfache Zugänge zu einer Behandlung nach schulmedizinischen Standards gibt, ist es natürlich besonders wichtig Wege zur Selbsthilfe und Wissen um die häufigsten Gesundheitsstörungen zu verbreiten und als wirksame Maßnahme zu propagieren.

Das Handbuch richtet sich ausdrücklich an alle, die sich auf der Ebene des Dorfes oder der Gemeinschaft für das Wohlbefinden interessieren oder verantwortlich fühlen. Das können Menschen mit einer Ausbildung zum *Healthworker* ebenso sein wie der traditionelle Heiler oder die Heilerin, Lehrer die im Unterricht Hygiene-Maßnahmen durch die Kinder in die Familien bringen, Bauern die den Ertrag ihrer Felder verbessern wollen, Frauen die anderen bei Schwangerschaft und Geburt beistehen, es werden aber auch die Händler angesprochen die in ihren Läden Medikamente verkaufen. Mit skizzenhaften Darstellungen werden Standardsituationen dargestellt und einfach erläutert. Das Zusammenspiel zwischen traditioneller Heilkunst und moderner „westlicher“ Medizin wird als positive Entwicklung dargestellt.

Es war für mich sehr interessant, Krankheitssymptome nach völlig anderen als den gewohnten schulmedizinischen Kriterien kategorisiert zu sehen und die Rolle des Arztes nicht als primären Ansprechpartner sondern als fernen und nur selten unverzichtbaren Teil des Medizinsystems.

Weiters habe ich meine eigenen Unterlagen über Kinderheilkunde und Infektionskrankheiten nochmals in Hinblick auf zu erwartende Problemstellungen durchgelesen, aber meine Unsicherheit wurde in speziellen Bereichen eigentlich nur größer.

Einen kleinen Einblick in das, was mich erwartet, bietet die Broschüre „Mabuhaj - Unterwegs auf Mindanao“ einer engagierten deutschen Journalistin, die eine Ärztin der *German Doctors* auf einer *Rolling Clinic* begleitet hat und sehr einfühlsam den Ablauf und die Probleme beschreibt und auch in ihren Photographien die Menschen nicht ihrer Würde beraubt (Goldberg 2006).

### **3.1.2 Persönliche Vorbereitung**

Einige Wochen vor meiner Abreise bekam ich meine Reiseunterlagen per Email und speziell für die Mindanao-Projekte zusammengestellte Arbeitsunterlagen. Sie enthielten Informationen über die Anreise, Visumformalitäten, Kontaktadressen und speziell für die Region zusammengestellte Krankheitsschilderungen und Therapieschemata.

Es wird besonders darauf hingewiesen, dass die Mitarbeit in dem Projekt in den Philippinen keine offizielle Tätigkeit darstellt und es dafür auch keine Arbeitsbewilligung gibt, daher sollte man ein Touristenvisum beantragen. Sehr aufschlussreich waren Kopien der Einsatzberichte von Ärzten, die im Laufe des letzten Jahres einen Mindanao-Arbeitsaufenthalt absolviert hatten. Eine Mappe voller solcher Berichte bekam ich vor meiner Abreise zugeschickt. Darin fanden sich Hinweise bezüglich der Anreise, praktische Vorschläge über die Zusammenstellung der Reiseapotheke, empfehlenswerte Kleidung, eine kurze Schilderung des jeweiligen Einsatzgebietes und seiner Besonderheiten, eine Beschreibung des Teams und eine abschließende persönliche Evaluierung, ob die Tätigkeit den Vorstellungen entsprochen hatte und ein neuerlicher Einsatz in Erwägung gezogen wird.

## **3.2 Der medizinischer Einsatz in Mindanao**

### **3.2.1 Projektbeschreibung**

Das Projekt begann 1985 als Idee von Pater Bernhard Ehlen anfangs in Zusammenarbeit mit einer existierenden Sozialstation der Canossa- Schwestern in Cagayan de Oro als Ambulanz und wurde bald mit der *Rolling Clinic* ergänzt. 1987 wurde mit einer großen Impfkampagne für die ländliche Bevölkerung begonnen. N., ein philippinischer Mitarbeiter seit dem Beginn des Projekts, hat mir in einem Gespräch den Ablauf einer solchen Impfkation beschrieben:

*„Wir fuhren mit einer Kühltasche voller Impfstoff in die Dörfer und gingen von Haus zu Haus. Viele Menschen hatten Angst und versteckten sich. Da haben wir die Methode geändert:*

*wir nahmen einen Lautsprecher mit und stellten unser Auto auf den Dorfplatz und spielten laute Musik. Damals gab es noch nirgends in den Dörfern elektrischen Strom und die Leute strömten neugierig herbei. So konnten wir erklären wozu wir gekommen waren und viele nahmen das Angebot an.“*

(persönliches Gespräch am 31.5.2009)

Im selben Jahr wurde in Zusammenarbeit mit der medizinischen Fakultät der Xavier University (einer katholischen Privatuniversität) in Cagayan de Oro eine medizinische Basisstation eröffnet. Diese wurde im April 1989 zum *Community Health Care Center* (CHCC Cagayan de Oro) vergrößert.

Das CHCC ist ein Armenhospital mit 50 Betten, das von der Organisation „Ärzte für die Dritte Welt“ geleitet und finanziert wird. Es gibt eine pädiatrische, eine interne und eine chirurgische Abteilung, aber keine Möglichkeit akute chirurgische Operationen durchzuführen. Geplante Eingriffe werden von philippinischen Konsiliarärzten vorgenommen.

Im Laufe der Jahre wurde die medizinische Tätigkeit der *German Doctors* weiter ausgebaut. Heute werden, neben Projekten in Manila, Cebu und Mindoro, die vorwiegend in den riesigen Slums und bei den Menschen, die auf Müllhalden zu überleben versuchen, medizinische Basisbetreuung anbieten, allein in Mindanao drei Armenhospitäler und vier *Rolling Clinic*-Teams organisiert und finanziert.

### **3.2.2 Tätigkeitsbereiche**

#### **3.2.2.1 Arbeit in der Ambulanz des Armenhospitals**

In den Ambulanzen werden täglich weit über vierhundert Patienten und Patienten betreut. Die Arbeit wird zwischen einem deutschen „Langzeitarzt“, ein Arzt oder Ärztin die sich für mindestens ein halbes Jahr verpflichtet haben und auch, im Gegensatz zu den Kollegen die sich für sechs Wochen Aufenthalt entschieden haben, eine bescheidene Aufwandsentschädigung erhalten, und zwei philippinischen angestellten Medizinerinnen und einem „Kurzzeitarzt“ oder „Kurzzeitärztin“ aufgeteilt. Schon früh am Morgen versammeln sich die Wartenden im Freien, beinahe immer in Begleitung einiger Familienmitglieder. Die Wartezeit kann mehrere Stunden betragen, dennoch ist die Atmosphäre meistens ruhig und gelassen, trotz der großen Hitze. Der Umgang der Krankenhausangestellten mit den vielen Wartenden ist immer respektvoll und freundlich. Es ist niemals ein herablassender oder zynischer Ton bemerkbar, im Gegenteil wird oft auf schwierige persönliche Umstände hingewiesen wie die weite Anreise oder die Tatsache, dass kein Geld für die Fahrt zu einem Spezialisten vorhanden ist.

Ackerknecht meint in seinem Artikel „On the Collecting of Data Concerning Primitive Medicine“, dass es eine große Bandbreite von möglichen Verhaltensweisen im Umgang mit kranken Menschen gibt, und dass dieser Umgang auch Einsicht in andere soziale Bereiche einer Gemeinschaft erlaubt. In seinem Fragenkanon für die Feldarbeit beleuchtet er viele wesentliche Aspekte der sozialen und psychologischen Stellung der Kranken, die sich ohne weiteres auch auf die Situation der Patienten eines westlichen Medizinsystems beziehen.

Einige Beispiele:

- (1.) Is the sick man neglected or well treated?
- (4.) Who bears the economic burden resulting from his illness?
- (5.) Is this burden accepted or resented?
- (8.) What are the differences of age and sex in that respect?
- (16) Does he feel isolated?
- (25) Does the sick man believe in the treatment applied or does he ask for the trial of several treatments?
- (26.) Does he believe in the healer rather than in the treatment?
- (34.) How far does the theory of disease influence the therapeutic measures?
- (.....)
- (Ackerknecht 1945: 428-432)

Diese Fragen nehmen viel von dem vorweg, was später in der westlichen Medizin über die Beziehung zwischen Arzt und Patient und psychosoziale Aspekte des Krankseins geschrieben wurde.

Die Behandlung und medikamentöse Therapie ist für Bedürftige kostenlos. Die Bedürftigkeit wird bei der Anmeldung mit einem Fragebogen namens *Social Case Study* erhoben. Die Fragen beziehen sich auf die persönlichen Verhältnisse der Kranken und ihrer Angehörigen, es wird genau erhoben ob die Behausung im Besitz der Familie ist, gemietet oder illegal errichtet wurde. Bei geplanten operativen Eingriffen oder voraussichtlich kostspieligen Behandlungen werden von philippinischen Mitarbeitern Hausbesuche gemacht, um die Angaben zu überprüfen. Um die Wohnstätten in den Armensiedlungen zu finden, die weder Straßennamen noch Hausnummern haben, wird eine Skizze gezeichnet und an die Ambulanzkarte angeheftet.

Bei der Anmeldung werden Kinder und Erwachsene gewogen und auch die Körpertemperatur gemessen und die Werte in die Ambulanzkarte eingetragen. Die Arbeitssprache für den medizinischen Bereich ist Englisch, auch die Dokumentationen müssen in englischer Sprache abgefasst werden.

Die Eintragungen sollten nach einem Schema mit Akronym „SOAP“ vorgenommen werden: „S“ für *Symptoms*, Beschreibung der Beschwerden durch den Patienten

„O“ für *Observations*, „A“ für *Assessment*, „P“ für *Plan*

Auf diese Weise soll für nachfolgende Ärztinnen nachvollziehbar bleiben, was an Diagnostik und Therapie schon durchgeführt wurde. In der Praxis ist es aber sehr schwierig, diese oft kursorischen handschriftlichen Eintragungen zu entziffern. Die Ambulanzzimmer sind kleine dunkle Räume, sehr spartanisch ausgestattet mit spärlichem Neonlicht, aber mit einem kleinen Waschbecken mit Fließwasser und einer laut ratternden Klimaanlage.

Als Übersetzerin stand mir M., eine sehr kompetente und hilfsbereite junge Frau zur Seite. Trotz des anscheinend nie versiegenden Zustroms an Patienten verlor sie nie die Geduld und übersetzte auch meine für sie wahrscheinlich manchmal ungewöhnliche Fragen an die Patientinnen. Sie wurde durch *Ärzte für die Dritte Welt* ausgebildet. Mit ihrer Hilfe war es möglich, gelegentlich weibliche Patientinnen genauer nach Familiengröße und eventuell zusätzlicher Belastung durch Berufstätigkeit wie Straßenverkäuferin oder Wäscherin zu befragen. Sie unterstützte das durch die Organisation angebotene Familienplanungsprogramm aktiv, indem sie die Patientinnen über die verschiedenen Methoden informierte und an die entsprechende Stelle weiterleitete.

Das Patientengespräch ist mit dem Ablauf in meiner österreichischen Praxis nicht zu vergleichen. Es wird zuerst nach dem Grund des Besuchs gefragt, nach einigen ergänzenden Fragen nach der Dauer und Intensität der Beschwerden erfolgt dann eine körperliche Untersuchung. Auch in der relativen Privatsphäre des Ambulanzzimmers ist es schwer, die Patienten zum Ablegen ihrer Kleidung zu bewegen. Auch Frauen die ohne Scheu ihr Kind in der Öffentlichkeit stillen und dabei die Brust entblößen, haben große Hemmungen sich Herz und Lungen mit dem Stethoskop, auch von mir als Frau, untersuchen zu lassen. Noch schwieriger ist es, den Bauchraum abzutasten. Auch Männer sind sehr scheu bei der direkten Untersuchung. Fragen werden auch von bereits halbwüchsigen Kindern auch bei ganz individueller Ansprache nie selbst beantwortet, es antwortet immer die Begleitperson.

In der Krankenhausambulanz ist es möglich, Blut- und einfache Röntgenuntersuchungen durchführen zu lassen. Für ein Röntgen muss aber auch von Bedürftigen ein minimaler Beitrag bezahlt werden. Selbst die 30 Pesos (entsprechen einigen Euro-Cents) sind oft nicht vorhanden, da gilt es zu improvisieren, da es offiziell nicht gestattet ist, Patienten direkt etwas zukommen zu lassen....

Die Ergebnisse sind meistens am späten Nachmittag oder am nächsten Vormittag ausgewertet. Für die Patienten bedeutet das noch einmal eine lange Wartezeit, manchmal, wenn sie von außerhalb kommen, eine Übernachtung in der *watchers area*. Dies ist ein überdachter Bereich unweit des Krankenhauses, in dem die *watcher*, die

Begleitpersonen für stationär aufgenommene Kranke, übernachten können. Falls keine Untersuchungsergebnisse abgewartet werden müssen, wird ein Rezept ausgestellt. Die Verschreibungsmöglichkeiten sind vom Lagerstand der Ambulanzapotheke abhängig. Die *German Doctors* versuchen die Kosten für Medikamente möglichst niedrig zu halten und beziehen viele Präparate von Generika-Firmen oder deutschen Hilfsorganisationen. Es vergehen oft Monate zwischen Bestellung und Lieferung, die Container liegen oft wochenlang im Hafen bevor sie durch die Behörden abgefertigt werden.

Medikamente werden nur für eine festgelegte Zeitspanne ausgegeben und genau abgezählt. Für chronische Erkrankungen wie Bluthochdruck oder Diabetes mellitus wird der Bedarf für vier Wochen ausgefolgt. Die Patienten werden, wieder nach einiger Wartezeit, beim Apothekenschalter aufgerufen und es wird ihnen die Handhabung erklärt. Als Unterstützung, speziell für Menschen mit geringen Lesefähigkeiten werden die Dosierungen mit Piktogrammen dargestellt.

### **3.2.2.2 Patientenstruktur**

Die Mehrzahl der Hilfesuchenden waren Kinder, von Neugeborenen bis zu zwölf Jahren, die nächste Gruppe waren Frauen ab vierzig, dann jüngere Frauen. Viel weniger kamen Männer im erwerbsfähigen Alter, sie suchten die Ambulanz nur auf, wenn sie zu krank waren um zu arbeiten. Alte Männer waren die kleinste Patientengruppe. Die meisten wohnen in Cagayan de Oro oder in der unmittelbaren Umgebung. Manche haben aber auch schon eine mehrstündige Anreise hinter sich, bevor sie die Ambulanz erreichen. Es werden auch immer wieder Patienten von der *Rolling Clinic* eingewiesen oder sogar gleich mit dem Einsatzauto mitgebracht.

### **3.2.2.3 Krankheitsbilder an einem durchschnittlichen Ambulanztag (4.Mai 2009)**

Die Gesamtpatientenzahl betrug ca.90.

Davon hatten die meisten Infekte der Atemwege und Hautinfektionen,

Pneumonie (Lungenentzündung, durch Röntgen bestätigt) 4 Patienten

Lungen-Tuberkulose (neu entdeckt) 1 Patient

Akute Hepatitis 2 Patienten

Wurmbefall bei Erwachsenen 2 Patienten

Rheumatische Herzerkrankung (Weiterbehandlung) 2 Patienten

Epilepsie (Weiterbehandlung) 1 Patient

Zusätzlich Patienten mit Hypertonie, Diabetes mellitus, Beschwerden des Bewegungsapparats

### **3.2.2.4 Weiterführende Behandlungen**

Wenn die diagnostischen Maßnahmen die im CHCC möglich sind oder die medikamentösen Möglichkeiten nicht ausreichen, wird versucht die Patienten



zu überweisen. Dieses Vorgehen ist in der Praxis äußerst kompliziert. Es gibt niedergelassene Fachärzte verschiedener Fachrichtung in Cagayan de Oro, die von den *German Doctors* zugewiesene Patienten unentgeltlich behandeln, aber die von ihnen verordneten Medikamente können die Patienten meistens nicht bezahlen. Wenn eine Operation vorgeschlagen wird, die im CHCC durchführbar wäre, muss erst durch einen Hausbesuch eines Mitarbeiters festgestellt werden ob die Voraussetzungen (d.h. völlige Mittellosigkeit) für eine Kostenübernahme gegeben sind. Manche Überweisungen scheitern schon am Fahrgeld für den Autobus. Geburtshilfliche und gynäkologische Probleme können nicht im CHCC behandelt werden. Die Patientinnen müssen dann den *charity ward* (Armenstation) des staatlichen *Provincial Hospital* aufsuchen. Nach Auskunft der „Langzeitinternistin“ Dr.S. sind dort die Krankenstationen völlig überfüllt, mehrere Patienten und Begleitpersonen teilen sich eine Pritsche. Dort werden Notfälle aufgenommen, mittellose Patienten müssen einen Beitrag zahlen den sie theoretisch wieder refundiert bekommen, das erfordert jedoch einen großen bürokratischen Aufwand, zu dem sie meistens nicht in der Lage sind. Es kommt vor, dass Patienten nicht entlassen werden weil sie noch nicht bezahlen konnten. Andererseits ziehen manchmal auch Schwerkranke ein Siechtum zuhause einem Krankenhausaufenthalt vor. Teure Untersuchungen wie Magnetresonanztomographien oder Computertomographien werden bis zu einem gewissen Höchstbetrag pro Patient von der philippinischen Lottogesellschaft bezahlt, das ist zwar auch mit aufwändigen bürokratischen Vorgängen verbunden, hat aber mehrmals während meiner Tätigkeit gut funktioniert.

In Deutschland gibt es einen Hilfsfonds, der lebensnotwendige Herzoperationen für mittellose philippinische Patienten finanziert. Die Operationen werden in einer Spezialklinik in Manila durchgeführt, die notwendigen Vorbereitungen und die Organisation der Anreise werden von den Mitarbeitern der *German Doctors* durchgeführt.

Bei Bedarf mehrmals jährlich kommt ein komplettes Operationsteam mit spezialisierten Chirurgen, Anästhesisten und Schwestern und Pflegern, speziellem Instrumentarium und allen nötigen Hilfsmitteln, um unentgeltlich plastische Operation bei Bedürftigen durchzuführen. Die Organisation *Interplast* ist eine internationale NGO, die in medizinisch unterversorgten Gebieten seit vielen Jahren solche Einsätze durchführt. Die Teams arbeiten unentgeltlich, zumeist in ihrem Jahresurlaub. Die geeigneten Patienten, in der Mehrzahl Unfallopfer oder Kinder mit angeborenen Fehlbildungen wie Lippen-Kiefer-Gaumenspalten werden durch die *German Doctors* in den Spitalsambulanzen oder während der *Rolling Clinic* auf diese Behandlungsmöglichkeit angesprochen und die notwendigen bürokratischen Vorbereitungen getroffen.



### 3.2.2.5 Beispiele aus der Ambulanztätigkeit

Ein fünfzehnjähriges Mädchen kommt mit hohem Fieber in Begleitung ihrer Mutter. Sie ist sehr verschüchtert, macht selbst keinerlei Angaben, hat bei der Untersuchung Anzeichen für Unterbauchschmerzen. Die Mutter sagt nur, das Mädchen sei allein bei Verwandten in Manila gewesen. Es ist nicht möglich, die nahe liegenden Fragen nach einer Schwangerschaft, einer sexuell übertragbaren Erkrankung oder einem Schwangerschaftsabbruch zu stellen. Ich verständige mich mit meiner Übersetzerin M. mehr mit Blicken und Gesten darauf, das Mädchen für den nächsten Tag zu Laboruntersuchungen zu bestellen und kreuze auf dem Laborzettel auch „Schwangerschaftstest“ an. Mit einem Rezept für ein Antibiotikum verlassen beide die Ambulanz und kamen am nächsten Tag nicht wieder.

Ein junger Mann hat eine harmlose Pilzerkrankung der Haut an Rumpf und Armen, die sich in kleinen hellen Flecken manifestiert. Die Diagnose ist einfach: *Pityriasis versicolor*, auch die Therapie ist unkompliziert, eine Salbe bringt die Hauterscheinungen innerhalb einiger Wochen zum Verschwinden. Der Patient ist sichtlich sehr unzufrieden und unglücklich über diese an sich günstige Nachricht. Nach vorsichtigem Befragen wird mir klar: er will die Flecken sofort weg haben, weil er mit einer sichtbaren Hauterkrankung keine Arbeit bekommt.

Ein Fischer erklärt, dass ihm beim Tauchen ein kleiner Fisch in das linke Ohr gekommen sei. Er ist sich ganz sicher, dass der Fisch noch im Ohr sei, manchmal höre er schlecht, manchmal spüre er auch den Fisch. Ich deute seine Beschwerden als Tubenkatarrh, eine Entzündung des Verbindungsgangs zwischen Mittelohr und Rachen, wie sie bei Tauchern oft auftritt. Der Schleim im Mittelohr reizt das Trommelfell und verursacht so Ohrgeräusche und eine Verringerung der Schallleitung. Die Therapie besteht aus Nasentropfen, um die entzündeten Schleimhäute zum Abschwellen zu bringen. Wie kann ich ihm ohne anatomische Schautafel meine Ansicht seines Problems erklären? Ich bleibe in seinem Bild und erkläre, dass der reichliche Gebrauch von Nasentropfen aus physiologischer Kochsalzlösung dem Fisch wieder helfen werde herauszuschwimmen.

Eine junge Frau kommt mit einem nur mäßig kranken, fast normalgewichtigen Kind. Sie selbst ist weit auffälliger, sie sagt sie sei gesund und brauche nichts, wiegt aber nur 32 kg. Auf näheres Befragen stellt sich heraus, dass sie sechs Kinder hat und das Wenige das sie an Nahrungsmitteln hat, ihren Kindern überlässt.

Die zwei Wochen in der Ambulanz waren eine gute und notwendige Vorbereitung für die nun folgende Arbeit in entlegenen Dörfern. Ich konnte Patientinnen mit Erkrankungen kennen lernen, die ich bis dahin nur in Lehrbüchern gesehen hatte.

### 3.2.3 Unterwegs mit der *Rolling Clinic*

#### 3.2.3.1 Organisation der *Rolling Clinic*

Die einzelnen Touren dauern immer zehn Tage und beginnen Montag am Morgen. Nach einer kurzen Besprechung mit dem Einsatzleiter für die Philippinen der *German Doctors* und der Übernahme der Reisekasse wird die Notfallausrüstung überprüft. Das Geländeauto wurde schon am Vortag vom Fahrer mit Medikamentenkisten und anderen Ausrüstungsgegenständen beladen. Es kommen noch die Taschen mit den persönlichen Dingen des Teams dazu und dann geht es los zum ersten Arbeitsplatz. Das Team besteht aus einer Helferin, meistens eine ausgebildete *midwife*, wobei das Curriculum nicht dem einer europäischen Hebamme entspricht. Sie organisiert die Anmeldung der Patienten, teilt die lokalen freiwilligen *healthworker* zum Blutdruckmessen und Wiegen der Patienten ein und verwaltet die Medikamente.



Das Einsatzfahrzeug der Rolling Clinic in Bantol © 2009 Rechinger

#### 3.2.3.2 Einsatzgebiet in Mindanao

Die *Rolling Clinics* versorgen große Teile der Provinz Bukidnon, sowie angrenzende Teile von Misamis Oriental im Osten, North Cotabato im Westen und Davao City im Süden. Zurzeit werden über 230 Dörfer regelmäßig besucht. Die Mitarbeiter schätzen, dass z.B. in der Provinz Talakag gut die Hälfte der nicht in der Provinzhauptstadt lebenden Bewohner nur durch die *German Doctors* versorgt werden. Die Abstände

zwischen den Besuchen betragen zwischen vier Wochen und drei Monaten. Die Routen sind historisch gewachsen, meistens hat ein lokaler Ortsvorsteher um Aufnahme seines Dorfes in den Tourplan angesucht, oder es bestand schon eine Zusammenarbeit mit kirchlichen Organisationen oder mit Repräsentanten von *Municipal Health Units*. So z.B. in der Region Magsaysay, wo ein Pater um Betreuung bestimmter, abgelegener Dörfer gebeten hatte, die keinerlei Zugang zu medizinischer Versorgung hatten und deren Bewohner mehrheitlich zur indigenen Higaunon-Gruppe gehört. Manchmal werden Dörfer, die lange Zeit regelmäßig angefahren wurden, wieder aus dem Plan herausgenommen. Meistens sind dafür Interessen lokaler Politiker verantwortlich. Die Routenplanung und Organisation der Touren wird durch lokale *Area Coordinators* durchgeführt. Diese leben in den besuchten Gebieten und sind mit den lokalen Organisationen und Gegebenheiten vertraut. Sie teilen die Tagesetappen ein, hängen rechtzeitig Plakate aus, auf denen das Ankunftsdatum des Teams ersichtlich ist und mobilisieren Hilfskräfte in den Dörfern.

Weiters organisieren sie Übernachtungsmöglichkeiten für das Team. Meistens wird in einem Privathaus geschlafen dessen Besitzer in einem freundschaftlichen Verhältnis zum *Area Coordinator* stehen, manchmal ist es auch das Haus der lokalen Hebamme. Während meiner Einsätze verbrachten wir einige Nächte in einem Konferenzraum des Verwaltungsgebäudes von Talakag. Bei der nächsten Tour wohnten wir auf dem Dachboden eines Lagerhauses, das einer einflussreichen *Capitana* in Suawan, in der Provinz Davao gehört. Es war offensichtlich, dass sie die Beherbergung der bei der Bevölkerung sehr angesehenen *German Doctors* zur Vergrößerung ihres Prestiges bei ihrer Wählerschaft instrumentalisierte.

Die Zusammenarbeit mit vorhandenen staatlichen medizinischen Strukturen stellte sich regional sehr unterschiedlich dar. Bei der ersten Tour besuchten wir die Distriktsärztin in Talakag in ihrem Büro. Sie war sehr aufgeschlossen und herzlich. Ihr Arbeitsgebiet ist so ausgedehnt, dass sie nur sporadisch im Zuge mehrtägiger Reisen alle größeren Orte besuchen kann um Impfkampagnen durchzuführen und andere gesundheitspolitische Aufgaben zu erfüllen. Sie begrüßte die Tätigkeit der *German Doctors* ausdrücklich und stellte auch, soweit vorhanden, Impfstoffe zur Verfügung.

Die Provinzhauptstadt Talakag, nur ca. 70 km südwestlich von Cagayan de Oro gelegen, macht den Eindruck einer prosperierenden Kleinstadt, mit unzähligen Geschäften und sehr viel Schwerverkehr. Der Grund hierfür wird gleich nach dem Verlassen der Stadt in südliche Richtung ersichtlich: so weit das Auge reicht breiten sich intensiv genutzte Bananenplantagen eines international tätigen Konzerns aus. Die Felder sind bewacht, die Packhallen eingezäunt und riesige Tieflader bringen die Früchte zur Küste. Der Fahrer N. berichtet, dass bis 1970 noch viel Tropenholz geschlägert wurde. Völlig verboten ist das Fällen erst seit 2003. Ein katholischer Geistlicher aus dem Konvent



in Talakag, Pater Leonardo, mobilisierte die Bevölkerung gegen die Abholzung. Mit Straßensperren versuchten sie den Abtransport durch Schwerfahrzeuge zu verhindern. In diesem Abschnitt der Strecke gibt es kaum Ansiedlungen, erst wenn die fruchtbare Hochebene in steile Hügel übergeht finden sich kleine Dörfer am Wegesrand. Sie bestehen aus einfachen Bambushütten, auf Pfählen zum Schutz vor Bodennässe und Ratten. In fast jeder kleinen Ansiedlung gibt es eine Versammlungshalle einer christlichen Gemeinschaft, wobei sehr viele verschiedene Kongregationen vertreten sind. In den größeren Orten sind Elementarschulen vorhanden, viele scheinen in recht gutem Bauzustand. N. erzählt, dass die ursprünglich in und um Talakag ansässigen Higaunon erst durch die Spanier und später durch die Ausbreitung der großen Plantagen immer mehr in die schwer zugänglichen höheren Gebiete abgedrängt wurden. Das Wohlstandsgefälle wird sichtbar mit steigender Meereshöhe. Je höher und steiler das Gelände wird, desto ärmlicher werden die Behausungen. Trotz des vorherrschenden üppigen Grüns der Landschaft sind es nur sehr kleine Felder die nach Brandrodung mit Handarbeit oder einem Carabao-Rind bearbeitet werden. Die Bodenerosion ist deutlich sichtbar, an einigen schlecht erreichbaren Steilhängen sind noch rudimentäre Reste des früheren Regenwalds zu erkennen.



Hütte einer Patientenfamilie, im Hintergrund Folgen der Abholzung des Regenwalds Namnam  
© 2009 Rechinger

## Der erste Tag

Nach anstrengender Fahrt über schlammige Pisten wird der erste Einsatzort erreicht, genannt „KM 26“, eine Ansammlung von Hütten auf einer kleinen Anhöhe. Die Einwohnerzahl wird mit ungefähr 200 angegeben, die Zahl der Haushalte mit 50. Es gibt eine gefasste Quelle als Wasserstelle, alle Häuser haben kleine, gepflegte Gärten. Die Lebensgrundlage bilden Mais- und Cassava-Anbau, es gibt auch wenige Rinder und Schweine.

Von allen Seiten kommen Menschen und schauen bei den Vorbereitungen zu. Der Fahrer nimmt die Ambulanzkarten der Wartenden entgegen, trägt Gewicht und Blutdruck ein und schreibt die Hauptbeschwerden in Stichworten auf Englisch auf. Die dritte im Team, die Hebamme M. baut die Apotheke auf, kontrolliert Impfdokumente und verabreicht nach Maßgabe der vorhandenen Impfsereen Auffrischungsimpfungen. Freiwillige *healthworker* füllen kleine Mengen Paracetamol-Sirup und Lagundi-Hustensaft in kleine Plastikbeutel. Paracetamol ist ein fiebersenkendes und schmerzstillendes Medikament, das viel verwendet wird weil es schon kleinen Kindern gegeben werden kann und auch relativ wenig kostet. Lagundi-Sirup ist pflanzliches traditionelles Heilmittel gegen Reizhusten. Es wird im Rahmen eines Unterstützungsprojekts für Frauen der *German Doctors* von betreuten Frauen in Cagayan de Oro hergestellt. Andere Helferinnen zählen die für eine einwöchige Behandlung notwendige Anzahl an Antibiotika-Kapseln ab. Vor dem Beginn der eigentlichen Ambulanz hält M. noch einen sehr lebendigen Vortrag über die Möglichkeiten der Familienplanung und die Notwendigkeit, Kinder regelmäßig mit Medikamenten gegen Würmer zu behandeln.

Dann beginnt die ärztliche Ambulanz, der Fahrer übersetzt, sein Englisch ist aber nicht sehr gut und auf fast alle meine Fragen nach der Dauer von Beschwerden oder dem Zeitpunkt ihres Auftretens lautet seine Antwort „not yet“.

Die meisten Patienten sind Kinder, oft mehrere einer Familie. Säuglinge werden meistens von ihren Müttern gebracht, größere Kinder kommen oft mit einer weiblichen Verwandten wie Tante oder Großmutter oder älteren Geschwistern. Die häufigsten Erkrankungen sind Atemwegsinfekte, vom grippalen Infekt bis zur Pneumonie.

Die Dokumentation der Behandlungen besteht aus einem Eintrag in die Ambulanzkarte und einer kursorischen statistischen Erfassung der festgestellten Diagnosen. Für jedes Medikament, das ausgegeben wird, muss ein Rezept geschrieben werden, das als Nachweis für die Erfassung des Pharmazeutikaverbrauchs aufbewahrt wird.

## **Weiterer Verlauf**

Am folgenden Tag nach schwieriger Fahrt über vom Regen völlig ausgewaschene Wege nach Talid-Talid sollte die Ambulanz in einer Schule gehalten werden, aber da der Schlüssel nicht auffindbar war, wurde mit ein paar Kisten im Freien improvisiert. Auffallend viele Patienten mit Erkrankungen, die mit schlechten hygienischen Bedingungen assoziiert sind: Ekzeme, Skabies (durch Krätzmilben hervorgerufene parasitäre Hauterkrankung), Kopflausbefall, infizierte Wunden nach Verletzungen. Als Wasserstelle war im Dorf ein Brunnen angegeben, die Einwohnerzahl beträgt über 1500, die Anzahl der Haushalte wurde mit ca. 130 geschätzt. Diese Angaben waren in fast allen Dörfern sehr ungenau, nur wenn der Ortsvorsteher oder die Ortsvorsteherin die Auskünfte gab, waren die Zahlen plausibel.

Die Bevölkerung gehört zu einem großen Teil zur indigenen Gruppe der Higaunon. Sie haben eine eigene Sprache, wählen ein Oberhaupt aus der Gruppe, den *Dato*, das sie nach außen repräsentiert. Die Körpersprache ist sehr viel zurückhaltender, der Gesichtsausdruck viel ernster als jener der Patienten in Cagayan de Oro. Der Fahrer N. berichtet, dass die Kinderpflege Aufgabe der Frauen ist, auch die Feldarbeit war Frauensache, die Männer haben die Frauen zu beschützen. Viele der älteren Männer tragen immer einen langen Stab mit sich, sie gehen einige Schritte vor der Frau, die meistens die Lasten trägt. N. erklärt, der Stab sei ein Symbol für den Speer, den die Männer immer als Waffe bei sich trugen um ihre Familie vor Tieren und Angreifern zu schützen, daher gingen sie auch immer ein Stück voraus.

Trotz der Bemühungen der *German Doctors*, die Familienplanung zu propagieren, sind die Familien sehr groß. Frauen mit 13 Kindern waren keine Seltenheit. Die Familienplanung wird von den Männern abgelehnt, sie sehen Kinderreichtum als Bestätigung ihrer Stärke und befürchten, dass sie bei Verhütungsmaßnahmen ganz auf Geschlechtsverkehr verzichten müssen.

## **3.3 Traditionelle Heilpraktiken**

### **3.3.1 Animistische Gebräuche**

Nach Auskunft von N. sind bei den Higaunon animistische Praktiken bis heute gebräuchlich, es gibt auch Heiler und Heilerinnen in den Dörfern, diese geben sich aber gegenüber den Mitarbeitern von *German Doctors* nicht zu erkennen. Viele Kinder tragen Amulette an Schnüren um den Hals als Schutz gegen böse Geister.

In Cosina, einem ganz im Süden vom Bezirk Talakag gelegenen Ort, zeigt mir N. einen in einem Garten hinter Häusern gelegenen rituellen Opferplatz für Heilrituale. Ein Gestell aus Bambus mit roten und weißen Bändern steht unter einem Baum. Daneben steht eine Stange mit einer oben angebrachten Platte, diese sei für die Hühnerfedern.



Das Ritual wird von N. so beschrieben: „Der Patient muss ein Huhn mit weißen Federn bringen. Das Huhn wird geschlachtet, ein Teil des Blutes wird aufgehoben, ein Teil kommt auf den Kopf des Patienten. Heiler und Patient gehen zu einem bestimmten Baum, dort werden Formeln gesprochen. Das Huhn wird nur in Wasser ohne Salz gekocht. Heiler und Patient essen einen Teil, der Großteil wird für die Geister gelassen, weil die Geister an der Erkrankung des Patienten Schuld sind.“



Opferplatz eines lokalen Heilers Cosina © 2009 Rechingen

Kohnen beschreibt in seinem Kapitel über Heiler und ihre Methoden bei den Igorot, dass die Heiler keine eigene Klasse bilden. Sie sind Bauern wie die anderen Dorfbewohner, haben aber genaue Kenntnisse über die traditionellen Gebete und den Ablauf der Riten.

*Die Heiler sind herausragende Persönlichkeiten, die als Medien oder Schamanen den Kontakt zu Gottheiten, Geistern und Ahnen herstellen, deren Willen interpretieren oder verschiedene Zeichen deuten. Ihre besondere Stellung ergibt sich nicht durch ihr Amt, sondern ist immer wieder aufs Neue unter Beweis zu stellen. (...)*

(Kohnen 1986: 66).

Weiters schreibt Kohnen, dass schwerwiegende Erkrankungen durch einen Opferspezialisten behandelt werden. Sie nehmen im Gebet Kontakt mit Geistern und Göttern auf, laden sie ein, versprechen Opfer und erwarten von ihnen, dafür Krankheiten zurückzunehmen (Kohnen 1986: 68).



Es ist vorstellbar, dass die Opferrituale bei den Higaunon ähnliche Bedeutung haben wie sie von Kohnen für die Igorot beschrieben wurden. In dem Artikel „The Medicine Men of Agusan in Mindanao, Philippines“ beschreibt der Autor Praktiken von Heilern in der Provinz Agusan, die östlich an Bukidnon angrenzt. Neben anderen Spezialisten gegen bösen Zauber, Hebammen oder Kräuterkundigen gibt es die *Mananambal*, die als *general folk practioner* sowohl pflanzliche Heilmittel herstellt und abgibt, als auch durch Massagen Verletzungen heilt und die Funktion einer Hebamme übernimmt, aber auch Zauberriten werden beschrieben. Zugleich bestehen Verbindungen zur christlichen Religion, der heilige Antonius und Christus werden angerufen, um die Zeremonien zu einem guten Ende zu führen (Gaabucayan 1971: 52-54).

Frake, in dem ursprünglich im *American Anthropologist* veröffentlichten Artikel „The Diagnosis of Disease among the Subanun of Mindanao“, beschreibt die Funktion der Heiler als religiöse Spezialisten, deren Aufgabe es ist, die verbale Kommunikation mit den höheren Mächten zu ermöglichen. Die zur Heilung notwendige Information kommt von den Göttern, der Heiler ist nur das Sprachrohr (Frake1961: 41). Die Rolle der traditionellen Medizin als integrierenden Bestandteil einer Kultur und als Bindeglied zwischen Praxis und religiösen Gebräuchen wird schon früh von Rivers beschrieben, führt Wellin in seiner historischen Betrachtung „Theoretical Orientations in Medical Anthropology“ aus (Wellin 1998: 13).



Mädchen mit Amulett gegen böse Geister San Pedro © 2009 Rechinger

### 3.3.2 Traditionen rund um die Geburt

In den abgelegenen Dörfern werden Kinder zuhause zur Welt gebracht. Beim Einsetzen der Wehen wird die *Helot* geholt. Sie ist keine ausgebildete Hebamme, aber eine Frau mit praktischer Erfahrung der Vorgänge rund um die Geburt. Meistens assistiert auch noch die Mutter der Gebärenden. Die Gebärposition ist liegend. Das Wort *Helot* bezeichnet sowohl einen Heiler der eine Art chiropraktischer Massage anwendet als auch eine in Geburts- und Wochenbettdingen erfahrene Frau. Beide setzen eine Art Tiefenmassage als kostengünstiges alternatives Heilmittel ein (wikipilpinas: Helot). In dem Gespräch mit M., der *midwife* im Team, schildert sie, dass früher bis zu 90 % der Neugeborenen kurz nach der Geburt an Nabelinfektionen starben, da die Nabelschnur mit Bambus durchtrennt wurde. Heute bekommen die *Helot* sterile Nabelklemmen von den staatlichen Stellen. Wenn eine halbe Stunde nach der Geburt die Nachgeburt nicht da ist, wird versucht die Mutter in ein Krankenhaus zu bringen.



Traditionelle Tätowierung einer jungen Frau im Südosten von Bukidnon. Das Muster symbolisiert einen „starken Bauch“ und viele Kinder © 2009 H.Unland

Neugeborene werden nicht gewaschen, die Fruchtschmiere (*vernix caseosa*) wird als Schutz für das Kind betrachtet, sie stellt aber einen idealen Nährboden für Infektionen dar. Die Plazenta wird begraben „in einem Loch, das so beschaffen ist, dass sie nicht von Hunden ausgegraben werden kann“. Drei Tage nach der Geburt darf die Mutter nicht gewaschen werden, und dann erst mit einem pflanzlichen Sud. Auch die Haare dürfen



nicht gekämt werden. Zur Förderung der Milchproduktion bekommt sie eine Suppe aus Huhn und gekochter Papaya. Auch in den meisten modernen Krankenhäusern wird die Plazenta mitgegeben, damit sie zuhause eingegraben werden kann.

### **3.3.3 Natürliche Heilmittel**

Abgesehen von den im Projekt eingesetzten gängigen Medikamenten wie Antibiotika, Antihypertensiva, dermatologischen Präparaten und anderen, gibt es die Empfehlung, lokal gebräuchliche pflanzliche Heilmittel zu verordnen.

Einige der Empfehlungen sind auch in der mitteleuropäischen Heilkunde gebräuchlich, wie Kamillentee (*Anthemis nobilis*) unter der Bezeichnung *Mansanilya*, empfohlen bei Infekten der Atemwege. Auch ein Sirup aus Origano (*Origanum vulgare*) wird, ebenso wie der *Lagundi*-Saft aus den Blättern des Mönchspfeffers (*Vitex negundo*) bei Husten angewendet. Bei Magenbeschwerden wird ein Saft aus rohen Karotten und Kohl vorgeschlagen, diese Empfehlung ist aus schulmedizinischer Sicht eher ungewöhnlich. Bei Rheuma werden in dem Sud der Rinde des Mangobaums getränkte Kompressen auf die schmerzenden Gelenke aufgelegt, auch das Trinken von Pfefferminztee soll bei Gelenkschmerzen helfen. Zahnschmerzen werden mit lokal appliziertem Knoblauch oder Avocado-Samen behandelt. Blasenentzündungen sollen durch einen Tee aus grünen Papaya-Früchten und Papaya-Blättern oder durch einen Tee aus den haarigen Bestandteilen der Fruchthülle von Mais gebessert werden. Nicht alle diese Rezeptvorschläge sind in ihrer gewünschten Wirkung nachvollziehbar. Dass bei Asthma das Rauchen von Stechapfel-Blättern (*Datura*) Linderung bringt, ist durch die enthaltenen Alkaloide erklärbar, eine exakte Dosierung um unwillkommene Nebenwirkungen zu vermeiden ist aber sicher schwierig.

## 4 Analyse der Erkrankungen im sozialen Kontext

### 4.1 Auswertung der festgestellten Erkrankungen nach Diagnosegruppen *Rolling Clinic Talakag*

Die Summe der angegebenen Diagnosen ist größer als die Patientenzahl, da oft mehrere Beschwerden von ein und demselben Patienten angegeben wurden und die entsprechenden Behandlungen erfolgten. Alle Angaben beruhen auf persönlichen Aufzeichnungen.

#### Diagnosegruppen nach Lokalitäten (Rolling Clinic Talakag 11. - 20. Mai 2009)

Lokalität	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Atemwegsinfekte	19	36	42	10	29	29	12	38	49	13
Gastrointestinale Erkr.		7	14	6	4	9	11	20	13	7
Parasitäre Erkr.	10	14	21		6	8	9	19	21	12
Urologie/Gynäkologie	1	4	9	4	2	5	5	6	5	4
Neurol. & psychiatr. Erkr.	2	6	3	1	2	2	2	1	2	3
Muskel/Gelenke		7	9	5	4	2	5	11	9	3
Herz/Kreislaufferkr.	1	6	1	3	12	6	5	12	8	
Mangelernährung		1	9	1	3	2	1	4		1
Chirurgie	1	2	5		1	7	1	2	4	5
Augen, HNO	3	6	4	2	7	2	16	1	4	2
Hämatolog. Erkr.		1	4		1	5	6	6	6	1
Dermatologie	5	18	14	17	5	27	19	18	27	7
Endokrinologie			4				2	3		1
Tumore, malign										1
Tumore, unklar						2			1	1

## 4.2 Rolling Clinic Talakag 11. Mai 2009 - 20. Mai 2009 – Beschreibung der Lokalitäten nach eigenen Datenerhebungen

### 1. Sitio: KM 26 , Barangay Kitalaan, 11. Mai 2009

*Fahrt von Cagayan de Oro in die Bezirkshauptstadt Talakag. Bei Health Center angehalten, ein neues Haus mit Büros und Ordinationsräumen. Es werden Impfstoffe für die Grundimmunisierung an unser Team ausgegeben. Frau Dr. A.D., District Health Officer, empfängt uns freundlich, drückt ihre Dankbarkeit für die Arbeit der German Doctors aus, da sie selbst den riesigen Sprengel nicht zufriedenstellend besuchen und betreuen kann. Sie hält eine regelmäßige allgemeinmedizinische Praxis in dem Health Center und ungefähr 6 Mal monatlich eine Außenklinik in anderen Dörfern. Dann stellen wir uns dem Chief Mayor von Talakag vor, in einem Nebenraum seines Büros werden wir ab Ende der Woche übernachten. Bis vor kurzem wohnte das Team in einem alten Konvent, da aber die Wasserversorgung nicht mehr funktioniert musste eine neue Lösung gefunden werden. Fahrt durch wenig besiedelte Ebene in südliche Richtung, durch endlose Del Monte-Bananenplantagen, vereinzelte große Packhallen, ganz eingezäunt und bewacht, viele riesige Lastwagen.*

Anzahl Haushalte	50
Einwohnerzahl	200
Haupterwerbsquelle	Kleinbauern (Mais, Cassava, Schweine, Rinder)
Erreichbarkeit	Schotterstrasse, schwierig bei Regen
Wasserversorgung	Quelle, gefasst
Elektrischer Strom	nein
Health Center im Dorf	nein
Distanz zu Municipal Healthcenter	6km
Kosten für Jeepney	10pso
Kosten für Motorrad	100 pso
Besuch durch Hebamme	monatlich
Angebot durch Hebamme	Impfungen, Schwangerschaftsuntersuchung
Familienplanung	unklar
Besuch durch Arzt oder Ärztin vom Staat	nie
Besuch durch Zahnarzt	nie
Durchimpfungsrate	mäßig
Akzeptanz von Maßnahmen für Familienplanung	gering
Methoden der Verhütung	keine Nennungen

*Die erste Station ist kein richtiges Dorf, ein paar Holzhütten mit gepflegten kleinen Gärten. Auf einer Anhöhe in einer rundum offenen Kapelle wird die erste Sprechstunde abgehalten. Der Fahrer übernimmt die Anmeldung, Gewicht, Blutdruck und Hauptbeschwerden werden in eine blaue Ambulanzkarte eingetragen die jeder Patient mitbringt. Neue Patienten müssen für eine solche Karte einen geringen Beitrag leisten, bei offensichtlicher Notlage wird er erlassen oder aus der Teamkassa bezahlt.*

Anzahl Patienten	30
Häufigste Diagnosen	Atemwegserkrankungen
Ernährungsstatus	mäßig

## 2. Sitio Talid Talid , Barangay Dominurug , 12. Mai 2009

*Der Ort liegt ca. 30 km südwestlich von KM 26, auf einer nur spärlich bewachsenen Hochebene, die Strasse ist stark ausgewaschen, teilweise roter Lehm.*

*Auf einem großen Platz, etwas außerhalb des Dorfes stehen ein Lagerhaus, eine halbverfallene Schule und ein neueres Schulgebäude. Darin sollte die Clinic stattfinden, der Schlüssel ist aber nicht auffindbar, daher wird im Freien aufgebaut. Die Bewohner sind in der Mehrzahl Higaunon, wirken sehr ernst, manchmal etwas abweisend.*

Anzahl Haushalte	130
Einwohnerzahl	1500
Haupterwerbsquelle	Kleinbauern (Bananen, Mais, Gemüse, wenig Vieh)
Erreichbarkeit	schlecht nach Regenfällen
Wasserversorgung	ein Brunnen
Elektrizität	nein
Health Center im Dorf	ja
Distanz zu Municipal Healthcenter	45km
Kosten für Jeepney	45pso
Kosten für Motorrad	350pso
Besuch durch Hebamme	monatlich
Angebot durch Hebamme	Impfungen, Schwangerschaftsunt., Familienplanung
Besuch durch Arzt oder Ärztin vom Staat	nie
Besuch durch Zahnarzt	nie
Durchimpfungsrate	mäßig
Akzeptanz von Maßnahmen für Familienplanung	wenig
Methoden der Verhütung	keine genannt
Anzahl Patienten	65
Häufigste Diagnosen	Atemwegserkrankungen, Hauterkrankungen
<i>Auffällig viele parasitäre Hauterkrankungen wie Krätzmilbe, Läuse, Superinfektionen</i>	
<i>Sehr schlechter Hygienestandard</i>	
Ernährungszustand	schlecht bis mäßig

### 3. Sitio Tigason, Municipio Talakag, 13. Mai 2009

*Auf einer Hochebene gelegen, sehr feucht, keine Bäume. In einem offenen Zelt sind schon Tische vorbereitet.*

Anzahl Haushalte	mehr als 100
Einwohnerzahl	1200
Haupterwerbsquelle	Anbau von Gemüse, Mais, Ziegen, Rinder, Pferde
Erreichbarkeit	schwierig in Regenzeit
Wasserversorgung	ungefasste Quelle
Elektrizität	in wenigen Häusern private Generatoren
Health Center im Dorf	nein
Distanz zu Municipal Healthcenter	8km
Kosten für Jeepney	20 pso
Kosten für Motorrad	50 pso
Besuch durch Hebamme	monatlich
Angebot durch Hebamme	Impfungen, Schwangerschaftsuntersuchungen
Besuch durch Arzt oder Ärztin vom Staat	nie
Besuch durch Zahnarzt	nie
Durchimpfungsrate	mäßig
Akzeptanz von Maßnahmen für Familienplanung	schlecht
Methoden der Verhütung	Pille, IUD, Kondom
Anzahl Patienten	95
Häufigste Diagnosen	Atemwegsinfekte, Kwashiorkor, Mangelernährung
Durchschnittlicher Ernährungsstatus	schlecht

### 4. Sitio Salucot, Municipio Talakag, 14. Mai 2009

*38 km südlich von Talakag, tiefer gelegen, sehr feucht.*

*Arbeitsplatz in leerem Betonhaus, Sessel und Schreibtisch vorhanden.*

Anzahl Haushalte	200
Einwohnerzahl	1300
Haupterwerbsquelle	Mais, Gemüseanbau, Schweine, Rinder, Pferde
Erreichbarkeit	erschwert bei Regen
Wasserversorgung	ungefasste Quelle
Elektrizität	ja
Health Center im Dorf	im Bau
Distanz zu Municipal Healthcenter	38km
Kosten für Jeepney	50 pso
Kosten für Motorrad	300 pso
Besuch durch Hebamme	monatlich
Angebot durch Hebamme	Impfung, Schwangerschaftsuntersuchung



Besuch durch Arzt oder Ärztin vom Staat	nie
Besuch durch Zahnarzt	nie
Durchimpfungsrate	mäßig
Akzeptanz von Maßnahmen für Familienplanung	gering
Methoden der Verhütung	Pille
Anzahl Patienten	40
Häufigste Diagnosen	Hautinfektionen, Krätzmilbe
Durchschnittlicher Ernährungsstatus	mäßig bis gut

### 5. Sitio Intalwas, Barangay Tikalaan, 15. Mai 2009

*Überwiegend indigenes people, Kinder ausreichend ernährt, ältere Frauen oft extrem untergewichtig*

Anzahl Haushalte	79
Einwohnerzahl	460
Haupterwerbsquelle	Mais, Gemüse, Schweine, Rinder
Erreichbarkeit	gute Strassenbedingungen
Wasserversorgung	gefasste Quelle
Elektrizität	ja
Health Center im Dorf	ja
Distanz zu Municipal Healthcenter	29 km
Kosten für Jeepney	40 pso
Kosten für Motorrad	250 pso
Besuch durch Hebamme	monatlich
Angebot durch Hebamme	Impfungen, Schwangerschaftsuntersuchungen, Familienplanung
Besuch durch Arzt oder Ärztin vom Staat	nie
Besuch durch Zahnarzt	nie
Durchimpfungsrate	mäßig bis gut
Akzeptanz von Maßnahmen für Familienplanung	mäßig
Methoden der Verhütung	Pille, Dreimonatsspritze
Anzahl Patienten	75
Häufigste Diagnosen	Atemwegsinfekte, Hypertonie
Durchschnittlicher Ernährungsstatus	schlecht bis mäßig

### 6. Sitio San Pedro, Municipio Talakag, 16. Mai 2009

*Sichtlich schlechte hygienische Verhältnisse, schmutzige Kleidung, Kinder ungewaschen.*

*Sehr viel Patienten mit Läusen, Krätzmilbe, infizierten Hautläsionen. Arbeitsplatz in einem kleinen Privathaus am Rande eines großen Platzes, Zugang steil und sehr schlammig.*

*Admission findet im Freien statt.*

Anzahl Haushalte	keine Angabe
Einwohnerzahl	2000
Haupterwerbsquelle	Cassava, Mais, Süßkartoffeln, Vieh
Erreichbarkeit	auch bei Regen halbwegs befahrbare Strasse
Wasserversorgung	gefasste Quelle
Elektrizität	ja
Health Center im Dorf	nein
Distanz zu Municipal Healthcenter	27 km
Kosten für Jeepney	50 pso
Kosten für Motorrad	keine Angaben
Besuch durch Hebamme	monatlich
Angebot durch Hebamme	Impfungen, Schwangerschaftsuntersuchungen
Besuch durch Arzt oder Ärztin vom Staat	nie
Besuch durch Zahnarzt	nie
Durchimpfungsrate	keine Angaben
Akzeptanz von Maßnahmen für Familienplanung	schlecht
Methoden der Verhütung	IUD, Pille
Anzahl Patienten	76
Häufigste Diagnosen	Hauterkrankungen, Parasiten
Durchschnittlicher Ernährungsstatus	mäßig bis schlecht

### **7. Sitio Colawingon, Municipio Talakag, 17. Mai 2009**

*Sehr kleine Häuser, sehr kleine Gärten, viele Kinder. Viele Menschen haben keine Schuhe, manche Kinder haben keine Kleider. Dieses Dorf war bis vor einigen Jahren nur zu Fuß erreichbar, unterwegs Brandrodungen und rudimentärer Feldbau zu sehen. Sehr große Familien, oft 12 oder 13 Kinder.*

Anzahl Haushalte	160
Einwohnerzahl	1043
Haupterwerbsquelle	Mais, Gemüse, Kaffee, Falcatabäume*, Vieh
Erreichbarkeit	Strasse sehr schlammig bei Regen, Brücke über Fluss in gutem Zustand
Wasserversorgung	ungefasste Quelle
Elektrizität	ja
Health Center im Dorf	nein
Distanz zu Municipal Healthcenter	24 km
Kosten für Jeepney	40 pso
Kosten für Motorrad	200 pso
Besuch durch Hebamme	monatlich
Angebot durch Hebamme	Schwangerschaftsunters., Impfungen Familienplanung

\* *Paraserianthes falcataria*, schnellwachsendes Holz, in der Industrie verwendet

Besuch durch Arzt oder Ärztin vom Staat	nie
Besuch durch Zahnarzt	nie
Durchimpfungsrate	mäßig
Akzeptanz von Maßnahmen für Familienplanung	mäßig
Methoden der Verhütung	Pille
Anzahl Patienten	55
Häufigste Diagnosen	Atemwegsinfekte, Krätzmilbe
Durchschnittlicher Ernährungsstatus	mäßig

### 8. Sitio Cosina, Municipio Talakag, 18. Mai 2009

*Großes Dorf an der Strasse, freundlicher Empfang durch einen Vertreter des Bürgermeisters.*

*Der Fahrer zeigt mir einen hinter einem Haus gelegenen Opferplatz. Eine der helfenden*

*Frauen wurde durch die German Doctors ausgebildet.*

Anzahl Haushalte	57
Einwohnerzahl	268
Haupterwerbsquelle	Gemüseanbau (Auberginen, Tomaten)
Erreichbarkeit	gute Strasse, einige Schlammlöcher
Wasserversorgung	gefasste Quelle
Elektrizität	ja
Health Center im Dorf	ja
Distanz zu Municipal Healthcenter	22 km
Kosten für Jeepney	30 pso
Kosten für Motorrad	150 pso
Besuch durch Hebamme	ist im Ort
Angebot durch Hebamme	Impfungen, Schwangerschaftsunters., Familienplanung
Besuch durch Arzt oder Ärztin vom Staat	1x jährlich
Besuch durch Zahnarzt	1x jährlich
Durchimpfungsrate	mäßig
Akzeptanz von Maßnahmen für Familienplanung	mäßig
Methoden der Verhütung	IUD, Pille, Dreimonatsspritze, Eileiterunterbindung
Anzahl Patienten	86
Häufigste Diagnosen	Bauchschmerzen, Atemwegsinfekte
Durchschnittlicher Ernährungsstatus	unauffällig

### 9. Sitio Tampulong, Municipio Talakag, 19. Mai 2009

*Anscheinend wohlhabendes Dorf direkt an der Strasse Richtung Talakag. Viele Zuseher, viel Lärm. Die ersten Patienten mit Übergewicht, einige Hypertoniker. Die Haltung der Patienten ist deutlich fordernder als in den bis dahin besuchten Dörfern.*

Anzahl Haushalte	417
Einwohnerzahl	2515
Haupterwerbsquelle	Anbau von Mais, Cassava, Bananen, Vieh
Erreichbarkeit	gute Strasse
Wasserversorgung	Brunnen
Elektrizität	ja
Health Center im Dorf	nein
Distanz zu Municipal Healthcenter	14 km
Kosten für Jeepney	25 pso
Kosten für Motorrad	50 pso
Besuch durch Hebamme	monatlich, Hauptsitz im Nebendorf
Angebot durch Hebamme	Schwangerschaftsunters., Impfungen, Familienpl.
Besuch durch Arzt oder Ärztin vom Staat	nie
Besuch durch Zahnarzt	nie
Durchimpfungsrate	mittelmäßig
Akzeptanz von Maßnahmen für Familienplanung	mäßig
Methoden der Verhütung	Kondom, Pille, IUD, Depotspritze
Anzahl Patienten	79
Häufigste Diagnosen	Oberbauchbeschwerden, Atemwegsinfekte
Durchschnittlicher Ernährungsstatus	gut

### 10. Sitio Saganan, Barangay Talakag, 20. Mai 2009

*Südöstlich von Talakag gelegen, als Malariagebiet bekannt. Hygiene-Situation scheint besser. Bewohner haben Moskitonetze in ihren Häusern.*

*Halbtagesklinik in kleinem Raum der als Health Center dient, anschließend Rückfahrt nach Cagayan de Oro.*

Anzahl Haushalte	318
Einwohnerzahl	1825
Haupterwerbsquelle	Ananas-Anbau, Mais, Rinder
Erreichbarkeit	Strasse schlammig, aber befahrbar
Wasserversorgung	Wasserleitung
Elektrizität	ja
Health Center im Dorf	ja, gut ausgestattet
Distanz zu Municipal Healthcenter	14 km
Kosten für Jeepney	30 pso

Kosten für Motorrad		200 pso
Besuch durch Hebamme		monatlich
Angebot durch Hebamme	Schwangerschaftsunters., Impfungen, Familienpl.	
Besuch durch Arzt oder Ärztin vom Staat		jährlich, bei Epidemien öfter
Besuch durch Zahnarzt		jährlich
Durchimpfungsrate		gut
Akzeptanz von Maßnahmen für Familienplanung		gut
Methoden der Verhütung		alle
Anzahl Patienten		50
Häufigste Diagnosen	Oberbauchbeschwerden, Atemwegsinfekte	
Durchschnittlicher Ernährungsstatus		gut

### 4.3 Spezifische Erkrankungen und ihre Bedeutung im sozioökonomischen Kontext

#### Atemwegserkrankungen

ARI (*Acute Respiratory Tract Infection*) ist die häufigste Diagnose, die vor allem bei Kindern gestellt wird. Damit sind alle Infekte der oberen Atemwege gemeint, vom banalen Schnupfen bis zur bedrohlichen Lungenentzündung.

Infekte der oberen Atemwege sind weltweit die Hauptursache für Todesfälle im Kindesalter. Das höchste Risiko, an *ARI* zu sterben, haben Kinder, ältere Menschen und Menschen mit eingeschränkter Immunkompetenz (WHO 2009).

Ein Problem für die ärztliche Tätigkeit unter den oft schwierigen Bedingungen im Feld ist die Differentialdiagnostik zwischen einer „banalen“ Atemwegsinfektion und einer potentiell bedrohlichen Lungenentzündung, vor allem bei Kindern. An diagnostischen Hilfsmitteln gibt es die Anamnese, oft durch Übersetzungs- oder Verständnisprobleme erschwert, in den meisten Haushalten gibt es kein Fieberthermometer also auch keine Angaben über eventuelle fieberhafte Verläufe.

Die körperliche Untersuchung beschränkt sich auf die Inspektion des Rachens, der Gehörgänge und die Auskultation mit dem Stethoskop. Dieser Untersuchungsgang ist oft erschwert durch einen sehr hohen Geräuschpegel in der Umgebung, verursacht durch viele Wartende und oft auch durch prasselnden Regen auf einem Wellblechdach. Die Diagnose Pneumonie kann bei Kindern oft nur durch die Bestimmung der Atemfrequenz gestellt werden, wenn diese erhöht ist, ist eine Lungenentzündung wahrscheinlich und die Verordnung der entsprechenden Medikamente notwendig und gerechtfertigt.

Tuberkulose ist weltweit verbreitet, die Weltgesundheitsorganisation schätzt, dass ein Drittel der Menschheit infiziert ist (WHO 2009). Bei ungefähr 10% der Infizierten

kommt es im Laufe des Lebens zu einem Ausbruch einer aktiven, ansteckenden Tuberkulose. Das *Mycobacterium tuberculosis, typus humanus*, wird hauptsächlich durch Tröpfcheninfektion von Mensch zu Mensch übertragen. Beengte Wohnverhältnisse, feuchtes Klima, schlechte Ernährung sind soziale Faktoren, welche die Ausbreitung der Erkrankung begünstigen (Kroeger u. Falkenhorst: 2001: 181-183).

In der Liste der weltweit am meisten mit Tuberkulose belasteten Staaten steht der philippinische Staat im Jahr 2009 an neunter Stelle, im westlichen pazifischen Raum auf Platz zwei hinter China (USAID Philippines 2009).

Die Erkrankung hat ein hohes soziales Stigma und es ist oft schwer, einen Patienten zu überzeugen, sich der notwendigen weiteren Untersuchungen und der Behandlung zu unterziehen.

Die aus biomedizinischer Sicht notwendige Untersuchung und bei positivem Befund natürlich auch Behandlung der im selben Haushalt lebenden Angehörigen lässt sich fast nie durchführen. Hier wäre vielleicht ein mehr kulturanthropologischer Zugang erfolgreicher. Nach meinem Eindruck wurde die Infektion mit dem Tuberkulose-Bakterium mehr als ein Zustand denn als eine Erkrankung empfunden. Augé und Herzlich, in der Einleitung zu dem Buch *The Meaning of Illness*:

*Although illness is, in elemental form, an „event“, in that its biological manifestations do not simply affect the body of an individual but are for the most part the object of social interpretation (bringing into play and often calling in question social relationships) it in no way follows that the ethnologist can analyse it in those societies where he works as he would a „medical system“ in industrial societies (Augé u. Herzlich 1995: 5).*

Um in einem der in den meisten größeren Orten vorhandenen TB-Behandlungszentren zur standardisierten ambulanten Langzeit-Therapie aufgenommen zu werden, müssen an drei verschiedenen Tagen drei Sputum-Abstriche ausgewertet werden. Dabei werden die Erreger direkt im Bronchialsekret nachgewiesen. Schon allein diese, *DSSM (Direct Sputum Smear Microscopy)* genannte Untersuchung ist oft eine große Hürde für die Betroffenen. Auch wenn es schon einige dezentrale Untersuchungsstellen in größeren *Healthcenters* gibt, ist schon allein die Fahrt dorthin ein finanzielles Problem. Nach Bestätigung der Diagnose erfolgt die Einbindung in das *DOTS*-Programm (*Directly Observed Therapy Shortcourse*). Dieses von der WHO eingeführte Therapieschema verläuft in zwei Phasen mit jeweils standardisierten Medikamenten-Kombinationen und ist für die Patienten kostenlos.

Probleme entstehen durch frühe Therapieabbrüche, da sich die Kranken nach einigen Wochen subjektiv schon viel besser fühlen, hören sie mit der Behandlung auf und laufen Gefahr, gegen die gängigen Medikamente resistente Keime zu entwickeln.

## **Gastrointestinale Erkrankungen**

Oberbauchbeschwerden werden oft von Erwachsenen als Grund für die Konsultation angegeben. Die Differentialdiagnostik ist ohne weitere Untersuchungen natürlich sehr eingeschränkt. Meistens wird versucht mit den vorhandenen Medikamenten eine wahrscheinliche Gastritis zu behandeln. Oft hatte ich den Eindruck, dass psychosomatische Probleme mit den Schmerzen ausgedrückt werden und bedauerte, dass ein tieferes Eingehen durch ein explorierendes Gespräch nur selten möglich war. Immer wieder musste ich mir klar werden, dass sich oft der blanke Hunger hinter den Beschwerden verbarg.

Durchfallerkrankungen sind die dritthäufigste Todesursache bei Infektionskrankheiten. 80% der Todesfälle betreffen Kinder unter zwei Jahren. Oft kommt es nach der Einführung von Zusatznahrung oder dem Abstillen zum Auftreten von Durchfällen. Die Dehydrierung und Schwächung führt zu weiteren Infektionen, zu Unterernährung und Mangel an Spurenelementen, vor allem zu Zinkmangel (Eddleston 2008: 214). Im Rahmen der Möglichkeiten der *Rolling Clinic* ist das Hauptaugenmerk auf die Schwere der Erkrankung und nicht so sehr auf die Ursachen gerichtet. Die wichtigste Maßnahme ist das Ausgleichen der Austrocknung, möglichst durch orale Gabe von *ORS (oral rehydration solution)*, einer Elektrolyt-Nährstofflösung. Es wäre ein Fortschritt, wenn in jeder Familie Durchfall bei allen Familienmitgliedern a priori mit *ORS* behandelt würde. Die weiterführende Diagnostik ist ohne Labor schwierig, es gibt Algorithmen zur weiteren Differenzierung und eventuellen Indikation für eine antibiotische Therapie.

## **Parasitäre Erkrankungen – Erkrankungen durch Würmer**

Die Belastung mit parasitären Wurmerkrankungen ist gerade in Mindanao besonders hoch. Es gibt Gebiete, wo die Kinder in den Schulen regelmäßig „entwurmte“ werden. Oft ist der dicke Bauch bei sonst sehr schlanken Kindern durch Wurmbefall bedingt. Die Behandlungsrichtlinien empfehlen bei Verdacht auf Wurmbefall auf jeden Fall eine entsprechende Therapie, auch wenn es offensichtlich ist, dass eine Reinfektion nicht verhindert werden kann bringt doch die vorübergehende Befreiung von den Parasiten ein besseres Gedeihen und eine Besserung des Blutbilds.

## **Urologische und gynäkologische Erkrankungen**

In tropischen Regionen treten Erkrankungen des Filterapparats der Niere wesentlich öfter auf als in Mitteleuropa. Diese „Glomerulonephritis“ ist häufig bei Kindern und Adoleszenten und ist die Folge einer unbehandelten Infektion wie z.B. einer Angina, einer Mittelohrentzündung oder einer Kiefereiterung. Die Erkrankung kann zu einem völligen Nierenversagen und dadurch zum Tod führen.

Die Betreuung von schwangeren Frauen ist in den Händen der vom Staat bezahlten



*Midwives*, die im Allgemeinen einmal monatlich die Dörfer besuchen, die Schwangeren untersuchen, die Neugeborenen registrieren und möglichst auch die ersten Impfungen verabreichen. Viele von den *German Doctors* besuchte Dörfer sind aber weit von diesen Stützpunkten, und auch die Besuchsfrequenz der *Midwives* ist in der Praxis sehr viel niedriger. Die *Midwives* wohnen oft sehr weit entfernt und haben riesige Gebiete zu betreuen. Die WHO strebt an, dass jede Schwangere in schlecht entwickelten Gebieten mindestens vier Mal im Verlauf der Schwangerschaft untersucht wird (Reitmaier u. Razum 2001: 286). Die Möglichkeiten während der *Rolling Clinic* sind auf äußere Untersuchung und Verordnung von Eisen- und Vitaminpräparaten beschränkt. Komplikationen unter der Geburt sind oft fatal für Mutter und Kind, da operative Entbindungen nur in wenigen Krankenhäusern durchgeführt werden können und der Transport (meistens auf der Pritsche eines Kleinlastwagens) oft zu lange dauert und sehr teuer ist.

Manche junge Mütter die mit ihren Neugeborenen zur Konsultation kamen waren sichtlich mit dem Stillen und der Pflege ihres Kindes überfordert. Die Erfahrung und der gute Rat von älteren Frauen scheinen nicht überall zur Verfügung zu stehen. Auch in solchen Situationen habe ich es sehr bedauert, keine weitergehenden Informationen erhalten zu können oder die jungen Mütter nicht nach Hause begleiten zu können. Die Verbreitung von HIV und AIDS ist schwer abschätzbar. Es werden auch im Krankenhaus in Cagayan de Oro keine HIV-Tests durchgeführt, da es in den Philippinen nur wenige zertifizierte Labors gibt, die diese Untersuchung durchführen. Dazu kommt, dass HIV sowie auch andere sexuell übertragbaren Erkrankungen, wohl unter dem Einfluss der Kirche, ziemlich totgeschwiegen werden.

### **Neurologisch-psychiatrische Erkrankungen**

Menschen mit psychiatrischen Erkrankungen sind wahrscheinlich überall auf Welt in Bezug auf eine adäquate und würdige Lebensführung und Behandlung benachteiligt. Ihre Situation in einem Lebensraum, der von Mangel auf vielen Gebieten geprägt wird, ist dementsprechend noch beklagenswerter. Im Rahmen der Arbeit mit den *German Doctors* bestand nur die Möglichkeit, Patienten mit psychiatrischen Symptomen die unbedingt einer Behandlung bedurften in ein staatliches Krankenhaus zu überweisen oder hilflose Patienten mit geistiger Behinderung über Vermittlung von kirchlichen Instanzen, einen Platz in einem der wenigen Pflegeheime zu vermitteln. Die Debatten über transkulturelle Psychiatrie haben unter diesen Umständen leider keine Auswirkung auf die Kranken. Die Beziehung zwischen gesellschaftlichen Strukturen und dem Umgang mit psychischer Erkrankung ließ sich während meines Aufenthalts bedauerlicherweise nicht näher untersuchen. Allerdings habe ich vor allem bei Frauen deutliche Hinweise auf depressive Zustandsbilder gesehen, die therapeutischen Möglichkeiten erschöpften sich in patientenzentrierten durch die Sprachbarriere zusätzlich erschwerten Gesprächen.

Der psychische Gesundheitszustand in Entwicklungsländern wird durch den Ressourcenmangel sehr verschärft. Die Annahme, dass psychische Erkrankungen in industrialisierten Ländern häufiger vorkommen, ist überholt (Hoffmann 2003: 221). Viele neurologische Krankheitsbilder, vor allem Teillähmungen, gehen auf früher durchgemachte und nicht oder nicht ausreichend behandelte Infektionskrankheiten zurück. Epilepsie kommt überdurchschnittlich häufig vor, die Ursachen sind meistens nicht abzuklären, es ist aber eine medikamentöse Behandlung möglich. Diese muss jedoch sehr regelmäßig erfolgen und die Medikation sollte auch immer wieder an die Situation und Bedürfnisse der Betroffenen angepasst werden. Schon allein dadurch ist eine zufriedenstellende Therapie sehr erschwert.

### **Muskeln und Gelenke**

Rückenschmerzen, Schmerzen in den großen Gelenken, Nackenbeschwerden und andere Probleme des Bewegungsapparats waren im Vergleich zu einer allgemeinmedizinischen Sprechstunde in Wien eher seltener der Grund für eine Konsultation. Bei den Patienten und Patientinnen mit solchen Symptomen konnte meistens ein direkter Bezug zur Arbeitsbelastung hergestellt werden. Die Feldarbeit mit einfachsten Geräten an steilen Hängen, das Tragen schwerer Lasten, das feuchte Klima oder die Arbeit als Wäscherinnen (in Cagayan de Oro) sind prädisponierend für chronische Leiden.

Erhöhte Spannungszustände insbesondere der Rückenmuskulatur als Ausdruck psychosomatischer oder depressiver Erkrankungen konnten nicht zufriedenstellend besprochen und behandelt werden, die Verständigungsprobleme und die fehlende Möglichkeit einer physiotherapeutischen Therapie sind dafür die Ursache.

### **Herz-Kreislaufferkrankungen**

Der erhöhte arterielle Blutdruck (Hypertonie) ist in den Gebieten, in denen die Ernährungssituation besser ist und es auch übergewichtige Patienten und Patientinnen gab, deutlich öfter feststellbar.

Koronare Herzkrankheit ist seltener als in Europa.

Angeborene Herzfehler und Erkrankungen der Herzklappen infolge rheumatischen Fiebers werfen große Probleme in der Behandlung auf, da eine engmaschige Betreuung mit einer Kombination aus verschiedenen Medikamenten oder eine Operation nicht durchführbar sind. Durch einen eigenen Spenderfonds in Deutschland können aber manche Kinder mit angeborenen Herzfehlern in Manila operiert werden.

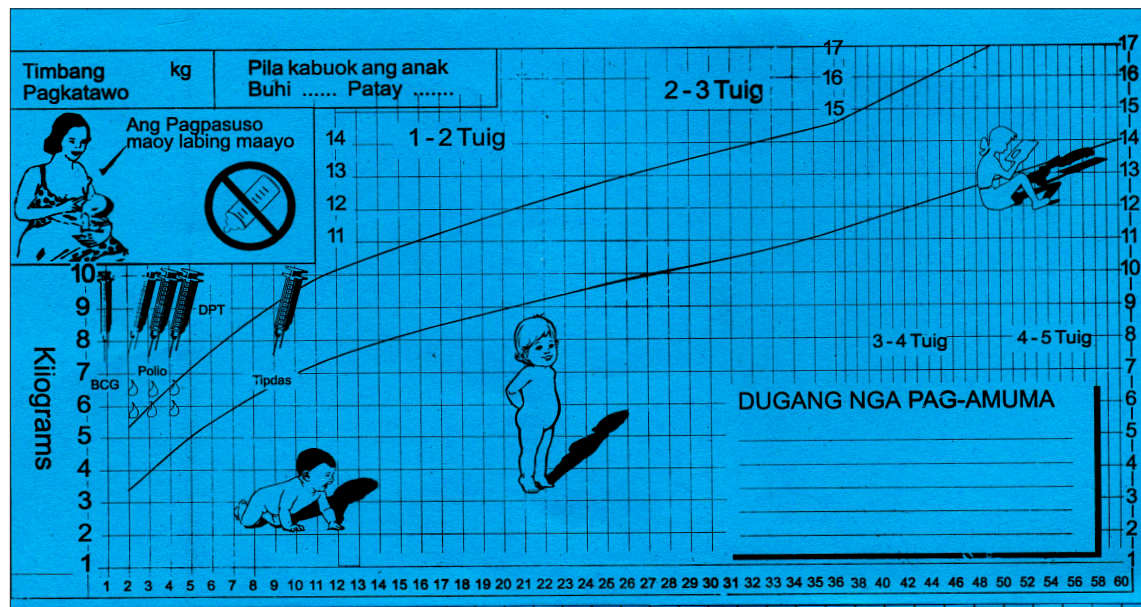
## Mangelernährung

Kinder und schwangere oder stillende Frauen sind durch ein ungenügendes Nahrungsangebot am meisten betroffen. Auch wenn die Quantität der Lebensmittel ausreicht, führt ein Mangel an bestimmten Inhaltsstoffen zu schwerwiegenden Gesundheitsstörungen.

Die Protein-Energie-Mangelernährung (PEM) verursacht ernste Entwicklungsstörungen bei Kindern.

Zu wenig Energieaufnahme über längere Zeit führt zu einem verlangsamten Wachstum und eingeschränkter Gewichtszunahme bei noch normalen Relationen zwischen Größe und Gewicht. Eine schwerere Form ist der *Marasmus*, die Kinder verlieren das Unterhautfettgewebe und haben ein greisenhaftes Aussehen. Meistens ist eine chronische Infektion z.B. Tuberkulose mitbeteiligt.

Die Form mit der höchsten Sterblichkeit ist *Kwashiorkor*. Davon sind meistens Kinder nach dem Abstillen betroffen. Die Diagnose ist nicht immer einfach, da die entstehenden Ödeme oft einen Eindruck von einem besseren Ernährungszustand vortäuschen.



Road to Health Chart:

In dem Diagramm wird das Gewicht des Kindes bei jeder Konsultation eingegeben, auch Impfungen und Erkrankungen.

Die wichtigsten Hilfsmittel bei der Evaluation der Entwicklung von Kindern sind die Wiegekarte *Road to Health Chart* und die einfache Messung des Oberarmumfangs der Kinder, *MUAC* (*mid upper arm circumference*). Der Oberarmumfang eines Kindes bleibt zwischen dem 1. und 5. Geburtstag eines Kindes ziemlich konstant, da das anfänglich vorhandene Fettgewebe sich nach und nach in Muskelmasse umwandelt. Ein *MUAC*

unter 12,5 cm ist ein Hinweis auf schwere Mangelernährung mit schlechter Prognose. Die Messung der Körpergröße ist unter den Bedingungen der *Rolling Clinic* nicht praktisch durchführbar.

Das Wiegen der Kinder bei jedem Arztkontakt erlaubt eine Verlangsamung oder gar einen Rückgang der normalerweise stetig ansteigenden Gewichtskurve eines Kleinkindes möglichst frühzeitig zu erkennen und nach den Ursachen zu suchen (Reitmaier u. Razum 2001: 264-268).

### **Chirurgische Erkrankungen**

Viele Kinder haben keine Schuhe, auch Bagatellverletzungen führen unter den schlechten hygienischen Bedingungen schnell zu ausgedehnten Infektionen. Problematisch für die Verletzten ist, dass sie oft auf die nächste *Rolling Clinic* warten, um sich die Kosten für die Fahrt in ein Krankenhaus zu sparen und oft ausgedehnte, schwere Wundinfektionen zu versorgen waren.

Hundebisse waren auch oft zu versorgen. Das Wissen um die Gefahr einer Tollwutinfektion ist in der Bevölkerung erstaunlich weit verbreitet, allerdings hatte die einzige Institution in Cagayan de Oro die die Immunisierung gegen Rabies (Tollwut) durchführen kann schon seit Wochen keinen Impfstoff mehr vorrätig. Verbrennungen sind auch sehr zahlreich, da auf offenem Feuer gekocht wird.

### **Augen, HNO-Erkrankungen**

Augenerkrankungen sind schwer differenzierbar ohne spezielle Instrumente. Schon allein die Korrektur einer Fehlsichtigkeit durch eine Brille ist in den ländlichen Gebieten nur den Begüterten möglich. Brillen werden daher auch als Statussymbol gesehen, auf den Wahlplakaten hatten fast alle Kandidaten eine Brille, wohingegen die potentiellen Wähler nur selten eine solche besitzen.

Verminderung der Hörfähigkeit, wenn sie nicht nur auf der Verlegung des äußeren Gehörgangs beruht, kann nicht behandelt werden.

Die Zahngesundheit ist ein großes Problem. Viele auch sehr junge Menschen haben nur mehr Zahnreste. Die Zahnbehandlung beschränkt sich auf das Extrahieren. In Gesprächen mit zwei Zahnärzten der *German Doctors* hat sich meine Vermutung bestätigt, dass nicht nur mangelnde Zahnhygiene die Ursache sein kann, sondern auch das zu geringe Angebot an Kalk, Proteinen und Fluor in der Nahrung.

### **Hämatologische Erkrankungen**

Die Verdachtsdiagnose Eisenmangelanämie lässt sich durch die körperliche Untersuchung stellen. Sie betrifft vor allem Frauen und Kinder und wird durch den Befall mit Parasiten noch verstärkt. Aus budgetären Gründen beschränkt sich die Gabe von Eisenpräparaten auf untergewichtige Kinder und schwangere Frauen und stillende Frauen bis drei Monate nach der Geburt.

## **Dermatologische Erkrankungen**

In manchen Dörfern war fast bei jedem Patienten mit Hauterscheinungen ein Befall mit Krätzmilben festzustellen. Abgesehen von sehr starkem Juckreiz kommt es zu Sekundärinfektionen mit eitererregenden Bakterien, so dass oft große Körperpartien von Wunden und Krusten bedeckt sind.

Auch Ekzeme, Insektenstiche, Kratzeffekte bei Lausbefall können zu solchen oft dramatischen Folgeerscheinungen führen.

## **Endokrinologie**

Patienten mit Schilddrüsenerkrankungen sind in den Philippinen häufiger anzutreffen als in Mitteleuropa. Die Jodmangelstruma ist auf das zu geringe Angebot von Jod in der Nahrung zurückzuführen. Der Verzehr von Cassava und anderen strumigenen Gemüsesorten verschlechtert die Jodaufnahme zusätzlich. Auf dem Markt in Cagayan de Oro wurde jodiertes Salz verkauft, aber in den Dörfern war es nicht zu kaufen. Bei den übrigen Funktionsstörungen der Schilddrüse wie Überfunktion oder Entzündungen auf der Basis von Dysregulationen des Autoimmunsystems wird versucht, die Diagnose durch Kontrollen der Schilddrüsenhormone im Blut durchzuführen. Es gibt immer wieder große logistische Probleme zu überwinden, um die Laborbefunde beim nächsten Besuch mit den Patienten zu besprechen und eine eventuell eingeleitete medikamentöse Therapie konsequent weiterzuführen und entsprechende Dosisanpassungen vorzunehmen. Manchmal scheitert man schon an der Handschrift der Kollegen und Kolleginnen auf der Ambulanzkarte.

## **4.4 Arm und krank - durch Primärprävention und strukturelle Veränderungen teilweise vermeidbare Erkrankungen**

Primärprävention bedeutet die Beseitigung beziehungsweise Modifizierung von bestehenden Risikofaktoren (Reitmaier u. Razum 2001: 293). Daraus folgt, dass Maßnahmen der Primärprävention das Entstehen oder zumindest die Häufigkeit des Auftretens der mit den Risikofaktoren korrelierenden Erkrankungen maßgeblich beeinflussen.

Die Ursachen für die meisten der angeführten Krankheiten sind in den ungünstigen Lebensbedingungen einer unterentwickelten Region zu suchen. Das Hochland von Mindanao erfüllt einen Großteil der Kriterien für ein unterentwickeltes Gebiet im engeren Sinn.

Leibenstein definiert *Backward Economies* nach Kriterien, die über rein ökonomische Gesichtspunkte hinausgehen.

Fast alle treffen auf die besuchten Gebiete zu, die folgende Aufzählung enthält nur die mir am Wichtigsten erscheinenden:



- *A very high proportion of the population in agriculture, usually some 70 to 90 per cent. (...)*
- *The output in agriculture is made up mostly of cereals and primary raw materials, with relatively low output of protein foods. (...)*
- *Major proportion of expenditures on food and necessities. (...)*
- *Poor credit facilities and poor marketing facilities.*
- *Poor housing. (...)*
- *The level of agrarian techniques is exceedingly low, and tools and equipment are limited and primitive in nature. (...)*
- *High fertility rates. (...)*
- *High mortality rates and low expectation of life at birth.*
- *Inadequate nutrition and dietary deficiencies.*
- *Rudimentary hygiene, public health, and sanitation. (...)*
- *Inadequate and crude communication and transportation facilities, especially in rural areas. (...)* (Leibenstein 1957: 40–42)

Leibenstein verknüpft die Tatsache, dass das Haupteinkommen aus der Landwirtschaft stammt, mit einem hohen Grad an Verschuldung und fehlendem Geld für Zukäufe, vor allem während Hungersnöten und Epidemien. Zusammen mit schlechter Wohnsituation und Hygienemängeln ergeben sich schlechte Lebenserwartungszahlen in wenig entwickelten Gebieten.

Diese Faktoren sind einerseits eine Folge der tief greifenden Veränderungen der Lebenswelt im besuchten Gebiet, wie im ersten Teil dieser Arbeit dargestellt, andererseits gibt es keinerlei Daten über Erkrankungen, Kindersterblichkeit, Lebenserwartung und Ernährungszustand der Bewohner Mindanaos in früheren Zeiten. Daher kann nur versucht werden aufzuzeigen welche veränderbare Parameter einen positiven Einfluss auf die Gesundheitssituation haben könnten. Diese Überlegungen sind hypothetischer Natur, da keine Daten bezüglich Morbidität und Mortalität vorliegen, die empirische Beobachtung hat jedoch in den besuchten Gebieten eine Korrelation zwischen mangelnder Versorgung mit sauberem Wasser und dem Auftreten der damit verbundenen Krankheiten gezeigt, ebenso wie eine Wechselbeziehung zwischen dem Ernährungszustand und der Erkrankungshäufigkeit.

#### **4.4.1 Sanitäre Probleme und dadurch ausgelöste Erkrankungen**

Wasser, Entsorgung, Umwelthygiene

Trinkwasser und Abwasser gehören zu Aufgabe des *Primary Health Care* Sektors, *PHC*. Dieses Konzept wurde 1978 in Alma Ata von WHO (World Health Organization) und anderen in der Entwicklungszusammenarbeit des Gesundheitsbereichs tätigen Organisationen vorgestellt. In mehreren Punkten wird die Wechselwirkung zwischen Gesundheit und Entwicklung einer Region dargestellt. Es wird besonderer Wert auf die



Orientierung an die Lebensgewohnheiten und Bedürfnisse der Bewohner gelegt und auf die Tatsache, dass *PHC* einen integraler Bestandteil des nationalen Gesundheitssystem bildet (Diesfeld 2001: 45-46).

Man kann verschiedene Problemkreise, die durch ein ungenügendes Angebot an sauberem Wasser entstehen, unterscheiden:

– *Water-borne diseases*: das Wasser enthält Krankheitskeime, ist durch Fäkalien oder Schwermetalle verunreinigt oder es ist, auch bei guter Qualität, nicht im ausreichenden Maß zur Verfügung. Hier liegt die Ursache für Durchfall-Epidemien.

– *Water-washed diseases*: Wasser ist nicht in ausreichender Quantität zur Verfügung. Speisen, Körper, Bekleidung können nicht ausreichend gereinigt werden. Dies führt zu endemischen Infektionen, Durchfällen, Haut- und Augeninfektionen.

– *Water-based diseases*: Gewässer dienen als Habitat für Bilharziose, Leberegel und ähnliche Erreger (Heinmüller 2001: 94-95).

In keinem der besuchten Dörfer gibt es eine Wasserleitung die alle Häuser versorgt, auch keine effiziente Entsorgung der Abwässer.

In einem Dorf war eine von privaten Sponsoren gestiftete Zisterne mit einem gemauerten Brunnenbecken vorhanden. Oft lagen die einzigen Wasserstellen außerhalb des Dorfes und das benötigte Wasser muss in Gefäße abgefüllt und getragen werden. Warum es nicht mehr Wasserauffangsysteme gibt bei so häufigem Regen konnte nicht geklärt werden, wäre aber sicher eine interessante Frage. Vielleicht gibt es kulturelle Vorbehalte gegen eine Nutzung des Niederschlags.



Zisterne und Wasserbecken in Tagaibo, private Stiftung © 2009 Rechinger

Ein weiteres Problem ist die Luftverschmutzung in den Hütten. Wegen der häufigen Regenfälle befindet sich die Kochstelle meistens in dem Innenraum. Es wird auf Holzfeuern gekocht. Die Belastung durch Rauch und schädliche Inhaltsstoffe ist hoch und für viele der Atemwegserkrankungen verantwortlich.

Gekochte Speisen können nicht gekühlt werden und sind daher rasch verdorben.

#### **4.4.2 Durch ausreichende Ernährung vermeidbare Erkrankungen**

Der Bericht der *FAO* (Food and Agriculture Organization of the United Nations) zeigt, dass mehr als die Hälfte aller Kinder in den Philippinen keine vollwertige Ernährung bekommen. Dieses Defizit wird von unterernährten Müttern an ihre Kinder weitergegeben.

In Mindanao, und hier wiederum in den von Lumads bewohnten Gebieten, sind die Indikatoren für Mangelernährung und Armut besonders hoch (FAO 2001).

Kinder mit schwerer Unterernährung sind nur durch eine Behandlung im Krankenhaus zu retten, meistens liegt auch noch eine Infektionskrankheit vor.

Viele Kinder leiden unter klinisch weniger deutlich hervortretenden Mangelerscheinungen, auch sie sind in ihrer Entwicklung gefährdet und bedürfen einer Behandlung. Leider ist es aus Geldmangel nicht mehr möglich in den am meisten betroffenen Gebieten „Aufpäppelstationen“ zu unterhalten.

Abgesehen von Eiweiß- und Energieträger-Mangel spielen auch Defizite an Spurenelementen eine große Rolle für die Gesundheit.

Ein Vitamin A Defizit kann über eine Hornhautentzündung zu Erblindung führen. Auch ein geringerer Mangel an Vitamin A in der Nahrung hat eine erhöhte Anfälligkeit für Infektionen zur Folge. In Gebieten, in denen Reis die Hauptnahrung bildet, empfiehlt die *WHO* die Gabe von Vitamin A an Kleinkinder und Mütter nach der Geburt. Diese Empfehlung wird aus organisatorischen Gründen nur wenig konsequent durchgeführt.

Andere essentielle Spurenelemente wie Eisen, Kupfer und Jod sollten in einer Mischkost in ausreichendem Maß vorhanden sein. Die einseitige Ernährung mit (meistens billigem und minderwertigem) Reis und etwas Gemüse und sehr wenig Fleisch ist nicht ausreichend. Selbst produzierte Früchte werden nach Möglichkeit verkauft, es gibt auch keine Lagermöglichkeit für Feldprodukte. Getreide und Milchprodukte werden importiert und sind daher unerschwinglich. Aus diesen Gründen bringen auch verschiedene Ernährungsprogramme der Regierung, die mit Spurenelementen angereicherte Grundnahrungsmittel auf den Markt gebracht hat, keine Erfolge in Gebieten, in denen es schlichtweg zuwenig Geld gibt, um Nahrungsmittel zuzukaufen.

Jodmangel tritt in den Küstenregionen wesentlich seltener auf, da Fisch und Meeresfrüchte günstiger und leichter zu bekommen sind.

Diese fundamentalen Ernährungsprobleme sind den Gesundheitsbehörden bewusst, es gab und gibt eine Reihe von Untersuchungen und Programmen zur Verbesserung der Lage, aber diese scheinen in den abgelegenen Gebieten aus strukturellen Gründen nicht zu greifen.

#### **4.5 Gesundheitsberatung und interkulturelle Kommunikation**

Schon in der Erklärung zu den Aufgaben des *Primary Health Care* wurde festgelegt, dass die Einbindung der Bevölkerung auf allen Ebenen unabdingbar ist.

Ein Teil der Probleme, wie der Bau von Wasserauffangbecken und Abwassersystemen könnte mit der Mithilfe der Bevölkerung mit relativ geringem materiellen Aufwand gelöst werden.

Die Ernährung könnte, trotz der Knappheit der vorhandenen Ressourcen, besser auf die Bedürfnisse abgestimmt werden, in dem z.B. die Kinder mehrmals wöchentlich ein Ei zu essen bekommen oder das Gemüse weniger lang gekocht wird und, nach Möglichkeit, die vorhandenen Früchte auch den Kindern gegeben werden. Es gibt aber auch andere Gründe für die Unterernährung eines Kindes:

- ökonomisch (nicht genug Nahrung zur Verfügung)
- kulturell (Abstillen erfolgt zu früh)
- kognitiv (mangelndes Wissen)
- affektiv (Ablehnung des Kindes durch die Mutter) (Görgen 2001: 140).

Diese Faktoren müssten erkannt und analysiert werden um eine Änderung zu induzieren. Diese Änderung des Verhaltens kann sicher nicht durch ein einmaliges Gespräch oder eine kurze *lecture* am Beginn einer Sprechstunde bewirkt werden. Auch Hinweise wie „eat more proteins“ sind nicht Ziel führend. Mehr Wissen über traditionelle Gebräuche und eventuelle Verbote und Gebote bei der Auswahl und Zubereitung von Speisen würden bei der Vermittlung von Verhaltensmodifikationen sicher helfen.

Lebensstiländerungen zu bewirken ist schon in einer österreichischen Hausarztpraxis mit vielen wiederholten Patientengesprächen sehr schwer, um so schwerer ist es, übergewichtige Hypertoniker oder Diabetes-Patienten von einer notwendigen Diät zu überzeugen in einem Umfeld in dem Übergewicht gleichbedeutend mit Wohlstand ist. Ähnliche Hindernisse sind bei der Information über Methoden der Familienplanung zu beobachten.

## 5 Schlussfolgerungen

### 5.1 Medikalisierung sozialer Probleme

Viele der zu einem schlechten Gesundheitszustand führenden Umstände, wie in den vorhergehenden Abschnitten angeführt, sind nicht durch eine basismedizinische Versorgung, wie sie die *German Doctors* anbieten können, zu beheben.

Die strukturellen Probleme der Landverteilung, des niedrigen Einkommens, der schlechten Wohnsituation, der mangelnden Ausbildungsmöglichkeiten und der damit verbundenen Folgeerscheinungen fallen in den Aufgabenbereich des Staates. Auch umfassende *Primary Health Care* kann nicht durch eine humanitäre Organisation wie die *German Doctors* gewährleistet werden.

Eine Verschiebung dieser strukturellen Aufgaben in den Bereich der medizinischen Versorgung kann zwar auf individueller Ebene dem einzelnen Patienten nützen, führt aber nicht zu einer Besserung für die Gemeinschaft.

Im Sinne einer Verschiebung von medizinethnologischen Ansätzen von der Mikro- zu einer Makroebene hat diese Arbeit versucht, einige Relationen zwischen gesundheitsbezogenem Handeln und dem politischen und ökonomischen Kontext aufzuzeigen (Hadolt 2010: 15).

### 5.2 Vorteile und Nachteile der *German Doctors*

Die langjährige regelmäßige Präsenz der *Rolling Clinic*-Teams hat, trotz wechselnder Ärzte und Ärztinnen, zu einer Kontinuität der basismedizinischen Versorgung geführt. In den betreuten Orten ist, nach Aussagen von Medizinern die schon viele Jahre immer wieder kommen, eine allmähliche Besserung der gesundheitlichen Situation zu beobachten. Die Immunisierung durch Impfungen ist weiter verbreitet, manche chronisch Kranke haben durch eine kontinuierliche Versorgung mit Medikamenten an Lebensqualität gewonnen. Durch die Möglichkeit der Überweisung an die Krankenhäuser und die Einbindung in die Tuberkulose-Therapieprogramme ist vielen Patienten direkt und langfristig geholfen worden.

In manchen Gebieten hat auch das staatliche Gesundheitsprogramm gegriffen und hat sich dadurch die Lage für die Bevölkerung gebessert.

Das Konzept der *Rolling Clinic* erlaubt eine hohe Flexibilität in der Auswahl der besuchten Orte.

Persönliche gewachsene Beziehungen zwischen Mitarbeitern und örtlichen *Healthworker* machen die Lösung vieler konkreter Probleme erst möglich. Der von der Organisation rigoros eingehaltene und vorgelebte hohe ethische



Verhaltenskodex im Umgang mit Patienten erhöht die persönliche Freude an der gelegentlich sehr anstrengenden Arbeit.

Die Ankunft der *Rolling Clinic* in einem Dorf ist jedes Mal ein soziales Ereignis, die Begrüßung der *Healthworker*, die Vorstellung des Teams bei den wartenden Patienten, der Aufbau der „Apotheke“, der Vortrag über Gesundheitsthemen, das gemeinsame Mittagessen mit den *Healthworker* bilden eine Art rituellen Rahmen. Dieser hat auch eine Schutzfunktion gegen Gedanken der Einsamkeit und Hoffnungslosigkeit angesichts des Elends.

Das niedrigschwellige Angebot medizinischer Betreuung erlaubt auch informelle Kontakte außerhalb der offiziellen „Praxis“. Die Möglichkeit manche logistische Probleme kreativ und unbürokratisch zu lösen macht jeden Tag Freude.

Die Nachteile sind natürlich auch ständig präsent. Das zwar weitläufige aber nicht flächendeckende Angebot schließt Bewohner von Dörfern und deren Umgebung deren *Capitanos* nicht interessiert sind, von der Betreuung aus.

Die Besuchsfrequenz ist zu niedrig für eine konsequente Behandlung chronischer Erkrankungen. Nur die gerade zum Besuchszeitpunkt akut Kranken haben eine Chance auf eine schnelle Behandlung.

Diagnostik und Therapie sind nicht auf dem Niveau der heutigen westlichen Schulmedizin, Kompromisse zwischen „nötig“ und „möglich“ müssen ständig eingegangen werden.

Die Organisation ist von Spendengeldern abhängig, die Zukunft ist auf Dauer nicht abgesichert. Die rechtliche Situation der „pro bono“ arbeitenden Ärztinnen und Ärzte ist nicht geklärt, die Zusammenarbeit mit staatlichen und regionalen Gesundheitseinrichtungen ist oft schwierig.

### **5.3 Persönliche Überlegungen – Rückblick und Ausblick**

Die Beschränkungen bei der ärztlichen Arbeit durch die Unzulänglichkeit der medizinischen Behandlungsmöglichkeiten, die Frustration über strukturelle Probleme, das tropische Klima, die zu kurzen Aufenthalte in kultur- und sozialanthropologisch hoch interessanten Gebieten und manchmal auch das Erreichen von Grenzen der eigenen Leistungsfähigkeit haben den Einsatz in Mindanao gelegentlich beschwerlich erscheinen lassen.

Allerdings nimmt die Erinnerung an die weniger positiven Umstände merkwürdigerweise mit zunehmendem zeitlichem Abstand ab. Durch die intensive Beschäftigung mit der Region im Rahmen dieser Arbeit fühle ich mich für einen neuerlichen Turnus in Bukidnon besser vorbereitet. Die Sprachbarriere wird wohl

bestehen bleiben, auch wenn das Erlernen von einigen Phrasen in Cebuano vor einem nächsten Aufenthalt geplant ist.

Rückblickend wird klar, dass eine klassisch anthropologische Datensammlung in dem vorgegebenen Setting natürlich nicht möglich gewesen ist. Es gibt jedoch auch rein ethnologische Ansätze zur Verbesserung der gesundheitlichen Situation in schwach entwickelten Gebieten, wie z.B. die Maßnahmen der *WHO* zur Reduzierung der Pneumonien durch Erhebung der Kategorisierung von Husten in verschiedenen Gebieten (Manderson 1998: 1022). Material in Richtung der emischen Kategorisierung von Erkrankungen und Symptomen zu sammeln könnte auch für die Behandlung neue Ansätze bringen.

Ein weiteres interessantes Forschungsfeld wäre eine Untersuchung der Ernährungs- und Kochgewohnheiten, der Anteile der eigenen Produktion am täglichen Speiseplan, was zugekauft wird, wie die Kinder ernährt werden, wie die Kochstellen aussehen und weitere Aspekte der Nahrung und ihrer Zubereitung.

Der Aufenthalt in Mindanao hat auch viele persönliche Bereiche berührt. Die Möglichkeit in entlegene Gebiete zu reisen und mit den dort lebenden Menschen in sehr persönlichen Kontakt zu treten ist ein eine sehr bereichernde Erfahrung. Die freundliche Betreuung durch das Team hat manche schwierige Situation durch Humor gemildert.

Alle diese Gründe machen verständlich, dass dieser erste Aufenthalt nicht der letzte gewesen sein wird.

#### **5.4 Rolle des Staates und der NGOs in der Zukunft**

Die Sicht auf die gesundheitlichen Probleme in wenig entwickelten Gebieten hat einen grundlegenden Wandel erfahren. Die „westlich“ orientierten Ansätze der Entwicklungshilfe sind einer Entwicklungszusammenarbeit gewichen, welche die Bedürfnisse und Lösungsansätze der Betroffenen von Anfang an mit einbezieht. Dazu muss aber den Betroffenen ein Raum geboten werden, in dem sie ihre Wünsche und Vorstellungen artikulieren können.

Diese Möglichkeit ist den Bewohnern in den hier vorgestellten Gebieten bis jetzt von Seiten der Regierung nicht eingeräumt worden.

Eine Beteiligung der philippinischen Studierenden der Medizin durch Pflichtpraktika in unterversorgten Gebieten oder Armenkrankenhäusern wäre sicher eine Möglichkeit für eine Verbesserung der Situation. Die bessere Ausstattung mit ausgebildeten Mitarbeitern und Mitarbeitern, Impfstoffen und Basismedikamenten könnte aus den *Healthcenters* die oft nur eine leere Hütte mit einem Schild sind, echte dezentrale



Gesundheitszentren machen. Die Implementierung der Landreform könnte vielen Kleinbauern das Überleben durch die Eigenproduktion von Nahrungsmitteln und das Erwirtschaften eines *surplus* für den Verkauf ermöglichen.

Die Agenden des *Primary Health Sectors* in Bezug auf Wasser, Hygiene, Kommunikation, Ausbildung etc. sind Aufgaben des Staates und sollten von ihm auch wahrgenommen werden.

Das Spannungsfeld zwischen der gesundheitspolitischen Praxis, der erlebten Alltagsrealität und den Theorien der Kultur- und Sozialwissenschaften wird in dem Artikel „Ethnologie und International Health im 21. Jahrhundert“ von Brigit Obrist beschrieben und analysiert (Obrist 2003: 309-311). Eine Umsetzung der theoretischen Ziele in die erlebbare Praxis würde einen intensiven Austausch zwischen allen Institutionen und Akteuren bedingen, der bisher nur in sehr lokalen und minimalen Ansätzen erkennbar ist.

Es wird wohl in den nächsten Jahren weiterhin der *German Doctors* und anderer NGOs bedürfen, um zumindest eine einfache basismedizinische Versorgung in den marginalisierten Dörfern des Hochlands von Mindanao zu gewährleisten.

Aus dem Vorwort zu „Unterwegs in Mindanao“, einer Broschüre von Esther Goldberg, einer deutschen Journalistin die eine *Rolling Clinic* begleitet hat:

„Für die anderen sei es ein kleiner Einblick in das ferne nahe Land, das auch noch in Jahren Hilfe benötigen wird“ (Goldberg 2006: 7).

## 6 Literaturverzeichnis und Online-Quellen

### Literaturliste

**Ackerknecht, Erwin H.** (1945): On the Collecting of Data concerning Primitive Medicine, in: *American Anthropologist*, Vol.47, No.3. pp 427-432.

**Augé, Marc u. Herzlich, Claudine** (1995): *The Meaning of Illness*, Anthropology, History and Sociology. Chur [ua]. Harwood Academic Publishers.

**Collier, Kit** (1992): The theoretical problems of insurgency in Mindanao. Why theory? Why Mindanao? in: **Turner, Mark, May, R.J., Turner Lulu Respall** (Hg) (1992): *Mindanao, Land of unfulfilled promise*. Quezon City. New Day Publishers. pp 198-212.

**Diesfeld, H.J. et al** (Hg) (2001): *Gesundheitsversorgung in Entwicklungsländern- Medizinisches Handeln aus bevölkerungsbezogener Perspektive*. Berlin, Heidelberg. Springer Verlag.

**Diesfeld, H.J.** (2001): Das „Primary Health Care“(PHC)-Konzept in: **Diesfeld, H.J. et al** (Hg) (2001): *Gesundheitsversorgung in Entwicklungsländern- Medizinisches Handeln aus bevölkerungsbezogener Perspektive*. Berlin, Heidelberg. Springer Verlag. pp 45-57.

**Dilger, Hansjörg u. Hadolt, Bernhard** (Hg) (2010): *Medizin im Kontext*. Frankfurt. Peter Lang.

**Eddleston, Michael et al** (2008): *Oxford Handbook of Tropical Medicine*. 3.Aufl. Oxford. Oxford University Press.

**Frake, Charles O.** (1961): The Diagnosis of Disease among the Subanun of Mindanao in: van der Geest, Sjaak & Rienks Adri (Hg) (1998): *The Art of Medical Anthropology Readings*. Amsterdam. Het Spinhuis Publishers. pp 41-55.

**Geest v.d., Sjaak u. Rienks, Adri** (Hg) (1998): *The Art of Medical Anthropology Readings*. Amsterdam. Het Spinhuis Publishers.

**Gicklhorn, Josef u. Renée** (1954). *Georg Joseph Kamel S.J. (1661-1706). Apotheker, Arzt und Naturforscher der Philippineninseln*. Eutin. Veröffentlichungen der Internationalen Gesellschaft für Pharmazie.

**Görgen, Regina** (2001). *Gesundheitsberatung* in: **Diesfeld, H.J. et al** (Hg) (2001): *Gesundheitsversorgung in Entwicklungsländern- Medizinisches Handeln aus bevölkerungsbezogener Perspektive*. Berlin, Heidelberg. Springer Verlag.

- Grabowski, Maik und Reese, Niklas** (2007). Mindanao und die Konflikte zwischen Siedlern, Moros und Lumad in: Reese, Niklas und Werning Rainer (Hg) 2007: Handbuch Philippinen. Bad Honnef. Horlemann Verlag. pp 205-215.
- Heinmüller, Rolf** (2001): Wasser, Entsorgung, Umwelthygiene in: Diesfeld, H.J. et al (Hg) (2001): Gesundheitsversorgung in Entwicklungsländern- Medizinisches Handeln aus bevölkerungsbezogener Perspektive. Berlin, Heidelberg. Springer Verlag. pp 93-123.
- Hilhorst, Dorothea** (2003): The Real World of NGOs: Discourses, diversity and development. London, New York. Zed Books Ltd.
- Hoffman, Klaus** (2003): Grundfragen der transkulturellen Psychiatrie in: Lux, Thomas (Hg) (2003): Kulturelle Dimensionen der Medizin. Berlin. Reimer Verlag. pp 211-227.
- Kischlat, Harald** (2008) in: Ärzte für die Dritte Welt. 25 Jahre 1983-2008. Frankfurt am Main. Eigenverlag.
- Kohnen, Norbert** (1986): Igorot. Alltag und traditionelle Wege des Heilens bei philippinischen Bergstämmen. Düsseldorf. Tritsch.
- Kohnen, Norbert** (1992): Traditionelle Medizin auf den Philippinen. Stuttgart. Franz Steiner Verlag.
- Kreißl, Alexandra** (2006): Malnutrition Problems of Children in the Philippines. Diplomarbeit Universität Wien.
- Kroeger, Axel u. Falkenhorst, Gerd** (2001): Tuberkulosekontrolle in: **Diesfeld, H.J. et al (Hg)** (2001): Gesundheitsversorgung in Entwicklungsländern- Medizinisches Handeln aus bevölkerungsbezogener Perspektive. Berlin, Heidelberg. Springer Verlag. pp 181-195.
- Leibenstein, Harvey** (1957): Economic Backwardness and Economic Growth. New York. John Wiley & Sons.
- Manderson, Lenore** (1998): Applying medical Anthropology in the control of infectious diseases in: **Tropical Medicine and International Health**. Vol 3(12) pp 1010-1027
- Nichter, Mark u. Lock, Margaret (Hg)** (2002): New Horizons in Medical Anthropology. Essays in Honor of Charles Leslie. London, New York. Routledge.
- Nohlen, P. Dieter (Hg)** (2002): Lexikon Dritte Welt. Reinbek bei Hamburg. Rowohlt Verlag

- Obrist, Brigit** (2003) in: **Lux, Thomas (Hg)** (2003): Kulturelle Dimensionen der Medizin. Berlin. Reimer Verlag.
- Peters, Jens** (2005): Philippinen Reise-Handbuch. Bremen. Jens Peters Publikationen.
- Plewes, Betty u. Stuart, Rieky** (2007): The Pornography of Poverty: A Cautionary Fundraising Tale in: **Bell, Daniel A. u. Coicaud, Jean-Marc (Hg)** (2007): Ethics in Action. The ethical challenges of international human rights nongovernmental organizations. Cambridge [ua]. Cambridge University Press
- Range, Helga u. Range Steffen** (2006): Klein aber fein? Hilfe zur Selbsthilfe und ihre Wirkungen für soziale Sicherung. In: Focus Asien Nr.29/2006.Essen. Asienhaus.
- Reese, Niklas** (2007): Schönheit! Langes Leben ! Die Gesundheitssituation und Akteure im Gesundheitswesen in: **Reese, Niklas und Werning Rainer (Hg)** 2007: Handbuch Philippinen. Bad Honnef. Horlemann Verlag. pp 123-131.
- Reitmaier, Pitt u. Razum, Oliver** (2001): Gesundheitsfürsorge für Erwachsene und ältere Menschen (Adult Health) in: **Diesfeld, H.J. et al (Hg)** (2001): Gesundheitsversorgung in Entwicklungsländern- Medizinisches Handeln aus bevölkerungsbezogener Perspektive. Berlin, Heidelberg. Springer Verlag. pp 289-300.
- Reitmaier, Pitt u. Razum, Oliver** (2001): Die Überwachung des kindlichen Ernährungszustandes in: Gesundheitsversorgung in Entwicklungsländern- Medizinisches Handeln aus bevölkerungsbezogener Perspektive. Berlin, Heidelberg. Springer Verlag. pp 264-271.
- Rodil, B.R.** (1992): Ancestral domain: a central issue in the Lumad struggle for self-determination in Mindanao in: **Turner, Mark, May, R.J., Turner Lulu Respall (Hg)** (1992): Mindanao, Land of unfulfilled promise. Quezon City. New Day Publishers. pp 233-247.
- Rodil, B.R.** (1993): The Lumad and Moro of Mindanao. Minority Rights Group International Report 93/2. London.
- Tadem, Eduardo C.** (1992): The political economy of Mindanao: an overview in: Turner, Mark, May, R.J., Turner Lulu Respall (Hg) (1992): Mindanao, Land of unfulfilled promise. Quezon City. New Day Publishers. pp 10-30.
- Tate, D.J.M.** (1971): The Making of Modern South-East Asia. Vol I: The European Conquest. Kuala Lumpur, Singapore, New York, London, Melbourne. Oxford University Press.

**Turner, Mark, May, R.J., Turner Lulu Respall (Hg)** (1992): Mindanao, Land of unfulfilled promise. Quezon City. New Day Publishers.

**Wellin, Edward** (1998): Theoretical Orientations in Medical Anthropology. Continuity and Change over the Past Half-century in: **Geest v.d., Sjaak und Rienks, Adri (Hg)** (1998): The Art of Medical Anthropology Readings. Amsterdam. Het Spinhuis Publishers. pp 10-22.

**Werner, David** (2004): Where There Is No Doctor. A village health care handbook. London u. Oxford. Macmillan Education Ltd.

**Werning, Rainer** (2007): Gründerväter Andres Bonifacio und José Rizal in: **Reese, Niklas und Werning, Rainer (Hg)** 2007: Handbuch Philippinen. Bad Honnef. Horlemann Verlag. pp 30-34.

**Werning, Rainer und Reese, Niklas** (2007): Konfrontation und Kooptation, Zivilgesellschaft auf den Philippinen in: **Reese, Niklas und Werning Rainer (Hg)** 2007: Handbuch Philippinen. Bad Honnef. Horlemann Verlag. pp 237-246.

**Werning, Rainer** (2007): Unruhiger Archipel. Von der Pax Americana zur Pax Nipponica und zurück in: **Reese, Niklas und Werning Rainer (Hg)** 2007: Handbuch Philippinen. Bad Honnef. Horlemann Verlag. pp 35-51

## Internet-Quellen

**Commission of the European Communities** (2008) Commission Decision of on the financing of emergency humanitarian Actions from the general budget of the European Communities in Philippines

[http://ec.europa.eu/echo/funding/decisions\\_archives\\_en.htm](http://ec.europa.eu/echo/funding/decisions_archives_en.htm)

Zugriff 14.03.2009

**FAO Philippines.** Nutrition Country Profiles August 2001

<ftp://ftp.fao.org/es/esn/nutrition/ncp/PHIimap.pdf>

Zugriff 30.01.2010

**Gaabucayan, Samuel** (1971): The Medicine Men of Agusan in Mindanao, Philippines in ASIAN ETHNOLOGY Open access Journal ISSN1882-6865 vol 30/1 [39-54]

[www.nanzan-u.ac.jp/SHUBUNKEN/publications](http://www.nanzan-u.ac.jp/SHUBUNKEN/publications)

Zugriff 18.11.08

**Higaunon** [www.philippines.hvu.nl/higaunon1htm](http://www.philippines.hvu.nl/higaunon1htm)

Zugriff 25.11.09

**Hilot** [www.en.wikipilpinas.org/index.php?title=Hilot](http://www.en.wikipilpinas.org/index.php?title=Hilot)

Zugriff 25.11.09

**Manahan, Mary Ann**, CARPER and the Continuing Struggle for Land.

<http://www.focusweb.org/philippines/content/view/307/52/>

Zugriff 12.12.2009

**MSF** (2009): Philippinen: Hilfe für Vertriebene des gewaltsamen Konflikts auf Mindanao

<http://www.aerzte-ohne-grenzen.at/site/global/report.html?id=11961>

Zugriff 18.03.2009

<http://www.aerzte-ohne-grenzen.at/mediathek-und-archiv/details/philippinen-hilfe>

Zugriff 3.09.09

**MSF international:** Activities suspended on Mindanao island, Philippines, after 46 killed

[http://www.msf.org/msfinternational/invoke.cfm?objectid=2ABBF0D...00A-25DCA97860C55E898&component=toolkit.article&method=full\\_html](http://www.msf.org/msfinternational/invoke.cfm?objectid=2ABBF0D...00A-25DCA97860C55E898&component=toolkit.article&method=full_html)

Zugriff 14.12.09

**Paasch, Armin** Zugang zu Land als Menschenrecht. Die marktgeschützte Reformist gescheitert in: E+Z – Entwicklung und Zusammenarbeit (Nr.11, November 2002, S.309-311)

<http://www.inwent.org/E+Z/zeitschr/ez1102-7.htm>

Zugriff 3.09.09



**Peper, Klaus** (1997) Georg Joseph Kamel: Apothecarius, medicus, botanicus in:  
<http:kamelien.de/zitate/kamel.htm>  
Zugriff 17.08.09

**Philhealth** [www.philhealth.gov.ph/media/news/2009](http:www.philhealth.gov.ph/media/news/2009)  
Zugriff 16.11.09  
[www.gov.ph/index.php?option=com\\_content&task=view&id](http:www.gov.ph/index.php?option=com_content&task=view&id)  
Zugriff 23.11.09

**WHO** (2009) Acute Respiratory Infections (Update 2009)  
[www.who.int/vaccine\\_research/diseases/ari/en/print.html](http:www.who.int/vaccine_research/diseases/ari/en/print.html)  
Zugriff 18.01.2010

**USAID Philippines Tuberculosis**  
[www.usaid.gov/our\\_work/global\\_health/d/tuberculosis/countries/asia/philippines\\_](http:www.usaid.gov/our_work/global_health/d/tuberculosis/countries/asia/philippines_profile.html)  
[profile.html](http:www.usaid.gov/our_work/global_health/d/tuberculosis/countries/asia/philippines_profile.html))  
Zugriff 18.01.2010

## **Andere Publikationen**

**Demetrio, Fr.Francisco R. u. Panis, Marcelino J.** (1992): Guidebook Exhibit Room One Xavier University Museum. Cagayan de Oro. Mindanao. Philippinen

**Dirksmeier, Anna** (2006): Entwicklungszusammenarbeit braucht Kooperation und Partizipation.

In: Focus Asien Nr.29/2006. Essen. Asienhaus.

**Dörflinger, Reinhard** (2007) in: MSF (2007) Jahresbericht 2006 Ärzte ohne Grenzen. Wien

**Goldberg, Esther** (2006): Mabuhaj. Unterwegs auf Mindanao. Frankfurt am Main. Ärzte für die Dritte Welt. Eigenverlag.

**Kral, Fritz** (2008): in Ärzte für die Dritte Welt. 25 Jahre 1983-2008. Frankfurt am Main.

**MSF** (2008): Activity Report 2007 MSF International Office. Genf





## **Zusammenfassung**

Die basismedizinische Versorgung im Hochland von Mindanao in den Philippinen wird seit über zwanzig Jahren von einer deutschen Nichtregierungsorganisation durchgeführt. Warum diese an sich in den Aufgabenbereich des Staates fallende Aufgabe von einem Hilfswerk übernommen wurde, wird aus historischer und gegenwärtiger Perspektive untersucht.

Die Rolle der Ngos im medizinischen Bereich wird am Beispiel der „Ärzte für die Dritte Welt“ in Mindanao beleuchtet. Im Laufe eines mehrwöchigen Arbeitsaufenthalts als Ärztin für diese Organisation im Frühjahr 2009 hat die Verfasserin einen interdisziplinären Erfahrungsbericht erstellt. Neben der Beschreibung des Arbeitsfeldes wurden Daten bezüglich der Infrastruktur der besuchten Gebiete erhoben sowie eine Analyse der Erkrankungen im sozioökonomischen Kontext durchgeführt. Die theoretischen Möglichkeiten für eine positive Veränderung der gesundheitlichen und sozialen Situation durch Maßnahmen der Primärprävention und strukturelle Veränderungen durch staatliche Institutionen und damit die Übernahme der Agenden der NGO werden dargestellt.





## **Curriculum vitae**

Name	Lilian Rechinger
Geburtsdatum	12. April 1952
Geburtsort	Stockholm, Schweden
Staatsbürgerschaft	Österreich
Wohnsitz	Wien

### **Beruflicher Werdegang**

2000 – 2010	Studium der Kultur- und Sozialanthropologie an der Universität Wien
1981 – 2008	Führung einer Praxis für Allgemeinmedizin in Wien
10.02.1997	Diplom für psychosomatische Medizin der Wiener Ärztekammer
30.11.1995	Diplom für psychosoziale Medizin der Wiener Ärztekammer
1977 – 1981	Ausbildung zur Ärztin für Allgemeinmedizin an verschiedenen österreichischen Krankenanstalten
12.11.1976	Promotion zur Doktorin der gesamten Heilkunde
1970 – 1976	Studium der Medizin an der Universität Wien
1957 – 1970	Besuch des Lycée Français in Wien Abschluss mit Baccalauréat (französische Matura)

### **Forschungsaufenthalt**

April – Juni 2009	Arbeitsaufenthalt in Mindanao (Philippinen) für die Organisation „Ärzte für die Dritte Welt“
-------------------	--

### **Sprachkenntnisse**

Deutsch	Muttersprache
Französisch	sehr gut
Englisch	sehr gut
Holländisch	sehr gut