

## 7. Fallbeispiel Philippinen<sup>233</sup>

Die Philippinen sind nach Indonesien der größte Inselstaat der Welt. Insgesamt gehören 7.100 Inseln zu der Republik Philippinen. Die nördlichste Ausdehnung ist etwa 240 km von der Südspitze Taiwans entfernt. Im Süden trennen die Philippinen ca. 24 km von Borneo. Im Westen umgibt das Südchinesische Meer und im Osten der Pazifische Ozean den Inselstaat. Von den 7.100 Inseln sind nur 3.144 benannt; insgesamt beträgt die gesamte Landfläche 300.000 km<sup>2</sup>. Die Philippinen sind in drei große Inselgruppen eingeteilt: Die größte Insel *Luzon* im Norden mit 141.395 km<sup>2</sup> Landfläche, in der Mitte die *Visayas* (56.606 km<sup>2</sup>) und im Süden *Mindanao* (101.999 km<sup>2</sup>). Diese drei Inselgruppen sind administrativ unterteilt in Regionen, Provinzen, Städte so wie Dorf- und Stadtbezirke („Barangays“). Zum 31. März 1998 gab es auf den Philippinen 16 Regionen, 78 Provinzen, 1.607 Städte (81 Cities, 1.526 Municipalities) und 41.939 Barangays.<sup>234</sup>

Aufgrund der spanischen Kolonialzeit sind die Philippinen ein überwiegend katholisches Land. Knapp 83 % sind Katholiken, 5,4 % Protestanten, 4,6 % bekennen sich zum Islam (überwiegend auf der Südinsel Mindanao), 2,6 % sind Anhänger der Philippine Catholic Independent Church (Aglipay), 2,3 % Mitglieder in der Iglesia ni Cristo.

1998 lebten 72,9 Millionen Menschen auf den Philippinen. In der Region Südostasien haben nur Vietnam und Indonesien mehr Einwohner. Die Urbanisierung schreitet nach wie vor schnell voran. 1995 lebten 54 % der Bevölkerung in städtischen Gebieten; 1990 waren es 48,6 % im Vergleich zu 1980, als 37,5 % in der Stadt lebten. Das hohe Bevölkerungswachstum wird in dem Länderkonzept des BMZ für die Philippinen<sup>235</sup> wie auch auf philippinischer Seite<sup>236</sup> als ein

---

<sup>233</sup> Länderangaben stammen aus: NSO (1995); ADB (1998); NSCB (1996), (1998).

<sup>234</sup> Als „barangays“ wird die kleinste Verwaltungseinheit bezeichnet. Es kann sich hierbei um einen Stadtbezirk oder um einen Dorfbezirk handeln. Die Städte werden in „cities“ und „municipalities“ unterteilt; neben Einkommen und Landfläche ist die Bevölkerungsgröße ein Kriterium für die Einteilung: Municipalities müssen mindestens eine Einwohnerzahl von 25.000 vorweisen, bei Cities beträgt die Mindesteinwohnerzahl 150.000. Zu den einzelnen Kriterien vgl Buch 3 des „Local Government Code“ in: Nolleto (1996).

<sup>235</sup> BMZ (1997): Länderkonzept zur Entwicklungspolitik - Philippinen. Referat 201. September 1997.

Kernproblem bei der Verbesserung der wirtschaftlichen und sozialen Lebensbedingungen der armen Bevölkerungsgruppen betrachtet.

Zwischen 1985 und 1994 ist die Armutsrate um 8,7 % zurückgegangen. Real gab es in diesem Zeitraum jedoch eine Zunahme von 176.118 Familien, die unterhalb der Armutsgrenze lebten. Insgesamt waren es 1994 35,5 % aller philippinische Haushalte (4,5 Millionen Familien), die unterhalb der offiziellen Armutsgrenze ihre Leben fristeten. Dies entspricht etwa 40 % der Bevölkerung (27 Millionen). Etwa 54 % der Armen leben unterhalb der Nahrungsschwelle, d.h. sie haben im Grunde nicht genügend finanzielle Mittel, um sich ausreichend und gesund zu ernähren. Die Armut ist in ländlichen Gebieten nach wie vor größer als in städtischen Ballungszentren. Von den 4,5 Millionen Familien, die 1994 unterhalb der Armutsgrenze lebten, waren 47 % in ländlichen und 24 % in städtischen Gebieten wohnhaft.

## 7.1 Bevölkerungswachstum auf den Philippinen

In einem halben Jahrhundert, zwischen 1947 und 1998, ist die philippinische Bevölkerung von 18,8 Millionen auf 72,9 Millionen gewachsen.<sup>237</sup> Zwischen 1947 und 1970 betrug die durchschnittlich jährliche Wachstumsrate 3 %. In den 70er Jahren ging die Wachstumsrate leicht auf 2,8 % zurück. Im Jahre 1995 betrug die jährliche Wachstumsrate 2,32 %.<sup>238</sup> Dadurch liegen die Philippinen in Bezug auf Bevölkerungsgröße weltweit auf Platz 15. In der Region Südostasien haben nur Vietnam und Indonesien mehr Einwohner.<sup>239</sup> Die philippinische Bevölkerung vergrößert sich zwischen 1995 und 2000 im Durchschnitt jährlich um 1,5 Millionen Menschen.<sup>240</sup> Die Philippinen gehören damit zu der Gruppe der

---

<sup>236</sup> Republic of the Philippines (1998): The Philippine National Development Plan. Directions for the 21st Century. Manila.

<sup>237</sup> Zahlen für 1947 stammen aus DOH (1997): Philippine Health Statistics 1993. Health Intelligence Service, Department of Health. Manila. S. 6. Zahlen für 1998 stammen aus United Nations Population Division (1998).

<sup>238</sup> DOH (1996): Philippine Family Planning Strategy 1996-2000. Department of Health, November 1996. S. 3.

<sup>239</sup> Unter Südostasien wird die geographische Einteilung entsprechend den UN-Einteilungen benutzt. Vgl. hierzu DGVN (1997). a.a.O.

<sup>240</sup> Angaben zur zukünftigen Bevölkerungsentwicklung stammen aus: United Nations Population Division (1998).

zehn Länder, die weltweit am meisten zum Bevölkerungswachstum beitragen.<sup>241</sup>  
Für den Zeitraum 2000-2005 wird eine Wachstumsrate von 1,73 % vorausgesagt.

Die Gesamtfruchtbarkeitsrate wird 1998 mit 3,7 Kindern pro Frau angegeben.<sup>242</sup>  
Dies bedeutet einen geringfügigen Rückgang im Vergleich zu 4,26 Kinder pro Frau im Jahre 1988.<sup>243</sup> Betrachtet man den Verlauf der Gesamtfruchtbarkeitsraten, so ist festzustellen, daß der Rückgang von 5,97 Kinder pro Frau im Jahre 1970 auf 3,7 Kinder pro Frau im Jahre 1998 immer wieder Schwankungen unterlegen war. Einen Überblick über den Verlauf der Gesamtfruchtbarkeitsraten gibt nachfolgende Tabelle.

**Tabelle 8: Trends in altersspezifischen Fruchtbarkeitsraten, (Rate pro 1000 Frauen) und Gesamtfruchtbarkeitsrate<sup>244</sup>**

Altersgruppe	1973 NDS (1968-72)	1978 RPFS (1973-77)	1983 NDS (1978-82)	1993 NDS (1990-92)	1998 NDHS (1995-97)
15-19	56	50	55	50	46
20-24	228	212	220	190	177
25-29	302	251	258	217	210
30-34	268	240	221	181	156
35-39	212	179	165	120	111
40-44	100	89	78	51	40
45-49	28	27	20	8	7
Gesamt-Fruchtbarkeitsrate	6,0	5,2	5,1	4,1	3,7

NDS = National Demographic Survey

RPFS = Republic of the Philippines Fertility Survey

NDHS = National Demographic and Health Survey

Die Aufteilung nach Altersgruppen macht deutlich, daß ein Rückgang der Fruchtbarkeitsraten bei Frauen jeden Alters eingetreten ist. Insbesondere ist ein stärkerer Rückgang bei Frauen über 35 Jahren festzustellen. Zwischen 1970 und 1975 betrug der Rückgang der Fruchtbarkeitsrate 2,4 % pro Jahr. In der zweiten Hälfte der 70er Jahre konnte hingegen nur ein Rückgang von 0,6 % verzeichnet werden. Den größten Rückgang der Fruchtbarkeitsrate mit 3,2 % pro Jahr konnte

<sup>241</sup> Einen jährlich größeren Beitrag zum Bevölkerungswachstum leisten nur Indien, China, Pakistan, Indonesien, Nigeria, USA, Brasilien, Bangladesch und Mexiko. Vgl. United Nations Population Division (1998).

<sup>242</sup> NSO/MI (1998): Philippines. National Demographic and Health Survey 1998. Preliminary Report. S. 7. Die Angaben beziehen sich auf den Zeitraum zwischen 1995-97.

<sup>243</sup> NSO/MI (1994a): S. 25.

<sup>244</sup> Tabelle ist entnommen aus: NSO/MI (1998): S. 7.

in dem Zeitraum von 1980-1985 gemessen werden. Die zweite Hälfte der achtziger Jahre brachte dann nur wieder magere 1,2 % Rückgang pro Jahr.<sup>245</sup> Im Vergleich zu anderen Ländern ist dies eher ein moderater Rückgang. In Südostasien haben die Philippinen damit die vierthöchste Gesamtfruchtbarkeitsrate (Laos 6,1; Kambodscha 5,8; Myanmar 3,8)<sup>246</sup>

Im Durchschnitt haben Frauen in städtischen Gebieten (3,53) im Vergleich zu Frauen in ländlichen Gebieten (4,82) mindestens ein Kind weniger. Generell belegen die Daten für die Philippinen die These: je entwickelter die Region in Bezug auf Wirtschaft und Technologie, desto geringer die Anzahl der Kinder pro Frau. So verzeichnet die Metropole Manila eine Fruchtbarkeitsrate von 2,76 Kindern pro Frau. Im Gegensatz dazu: Bicol, zu den am wenigsten entwickelten Regionen im Lande gehörend, hat die höchste Rate mit 5,87 Kindern pro Frau.<sup>247</sup> Frauen mit geringer oder gar keiner Schulbildung haben fast doppelt so viele Kinder wie die Frauen mit höherer Schulbildung.<sup>248</sup> Im Jahresdurchschnitt werden ca. 165.000 Kinder von Müttern geboren, die zwischen 15 und 19 Jahre alt sind.<sup>249</sup> Werden Frauen nach ihren Kinderwünschen befragt, so würden sie im Durchschnitt 2,9 Kinder als wünschenswert angeben. Dies bedeutet fast 1 Kind weniger als die 3,7 Kinder pro Frau. Auch in der ärmsten Region des Landes mit der höchsten Kinderanzahl, in Bicol, wünschen sich die Frauen weniger Kinder, nämlich 3,5 Kinder pro Frau.<sup>250</sup>

Seit den 70er Jahren ist eine verstärkte Binnenmigration festzustellen.<sup>251</sup> Die höchste Zuwanderungsrate hat die National Capital Region (NCR) mit der Metropole Manila zu verzeichnen. Als Grund für die Landflucht wird die zunehmende Verschlechterung der ökonomischen Bedingungen in ländlichen

---

<sup>245</sup> NSO/MI (1994a): S. 28.

<sup>246</sup> Population Reference Bureau (1997): 1997 World Population Data Sheet.

<sup>247</sup> NSO/MI (1994a): S. 27.

<sup>248</sup> ebd.

<sup>249</sup> Zahl beruht auf Schätzungen basierend auf dem National Demographic Survey von 1993 in: NSO/MI: (1994b): S. 11.

<sup>250</sup> NSO/MI (1994b): Mothers and Children's Health in the Philippines. Regional Patterns. S. 12,

<sup>251</sup> Neben der Binnenmigration stellt vor allem die Migration von gelernten Fachkräften und Wissenschaftlern ein immer größer werdendes Problem dar. Zu den Problemen von "brain and skill drain" vgl. B.V. Cariño: international migration from the Philippines: policy issues and problems, in Herrin (1994), vol. 2, S. 785-816.

Gebieten genannt. Hinzu kommt die Gefahr der Bedrohung des inneren Friedens auf dem Land.<sup>252</sup>

## 7.2 Bevölkerungspolitik und gesetzlicher Rahmen

Die Grundlage für staatliche Familienplanungsprogramme bildet der Republic Act (RA) 6365 von 1971 zusammen mit dem präsidentialen Dekret Nr. 79 vom Dezember 1972: „The Government of the Philippines hereby declares that for the purpose of furthering national development, increasing the share of each Filipino in the fruits of economic progress, and meeting the grave and economic challenge of a high rate of population growth, a national program of family planning which respects the religious beliefs of individuals involved shall be undertaken.“ Die Haltung religiöser Glaubensgruppen, insbesondere die Rolle der katholischen Kirche, gegenüber dem staatlichen Familienplanungsprogramm wird in Kapitel 7.6 untersucht.

In den Jahren zuvor waren es vor allem Methodisten, Presbyterianer und andere protestantische Geistliche, die zur Verbreitung von Informationen über Familienplanungsmethoden beigetragen haben und zum Teil bereits Verhütungsmittel (Pillen, Kondome) verteilten.<sup>253</sup> In den 60er Jahren wuchs das Interesse an den Interdependenzen zwischen Bevölkerungswachstum und wirtschaftlicher Situation des Landes. Als Kennzeichen hierfür kann die Gründung des Bevölkerungsinstituts (University of the Philippines Population Institute, UPPI) im Jahr 1964 gesehen werden. Aufgabe des Instituts war und ist es, Untersuchungen über die Kennzeichen und Entwicklung der philippinischen Bevölkerung durchzuführen, Forschungsprogramme zu den Bereichen Administration und Planung zu initiieren, und junge Wissenschaftler in Bevölkerungswissenschaft zu unterrichten. Im Gesundheitsministerium wurde 1968 das „Project Office for Maternal and Child Health (POMCH)“ eingerichtet und bildet damit den Beginn staatlicher Aktivitäten im Bereich Familienplanung. Das POMCH war das Ergebnis einer Vereinbarung zwischen USAID (United States Agency for International Development), dem nationalen Wirtschaftsrat (National Economic Council, NEC) und dem Gesundheitsministerium (Department of

---

<sup>252</sup> Vgl. DOH (1990a), S. 6 und Herrin (1994), S. 2.

<sup>253</sup> Vgl. Ebd., S. 15 f. Bei der Beschreibung der Anfänge der Familienplanungsprogramme wird Bezug genommen auf Bengzon (1994), S. 15.

Health, DOH). Die Aufgaben von POMCH bestanden im wesentlichen in der Koordinierung und Unterstützung von Aktivitäten der USAID und NEC und in der Bereitstellung von Wissen und Informationen über die Gesundheit von Mutter und Kind und sämtliche Aspekte, die die menschliche Fortpflanzung und Bevölkerungskontrolle betrafen.

Das Bevölkerungswachstum wurde seit Beginn der 70er Jahre als ein wesentliches Problem für die Entwicklung des Landes gesehen.<sup>254</sup> In dem nationalen Entwicklungsplan von 1971-1974 wurden zum ersten Mal Ziele für die Bevölkerungswachstumsrate gesetzt.<sup>255</sup> Die zentrale Koordinierung und Planung von Bevölkerungsprogrammen wurde der 1969 gegründeten „Commission on Population (POPCOM)“ übertragen.<sup>256</sup> Bis Ende der 70er Jahre lag der Schwerpunkt von Familienplanungsprogrammen auf der Reduzierung der Fruchtbarkeitsrate. Danach erfolgte eine Verlagerung der Programme hin zu einem umfassenderen Konzept der Familienfürsorge. Die Bevölkerungspolitik der philippinischen Regierung konnte anfänglich die Verbreitungsrate von Verhütungsmitteln erhöhen und die Fruchtbarkeitsrate erheblich senken.<sup>257</sup> In der zweiten Hälfte der 70er Jahre stagnierten diese Erfolge auf Grund der verschlechterten wirtschaftlichen Lage.<sup>258</sup> Öffentliche Mittel wurden knapper, Ausgaben für den sozialen Sektor wurden gesenkt. Dies hatte insbesondere Auswirkungen auf das Gesundheitswesen und die Lebenssituation der armen Bevölkerungsgruppen.

Die Abkehr von der reinen Fruchtbarkeitskontrolle hin zu umfassenderen Entwicklungsstrategien kann auch als eine Auswirkung des World Population Plan of Action von 1974 und seine Implementation gesehen werden.<sup>259</sup> Der Aktionsplan von 1974 war das Resultat der ersten Weltbevölkerungskonferenz in Bukarest.<sup>260</sup> Durchführung und Erfolge der Programme, die einen Rückgang des Bevölkerungswachstums herbeiführen sollen, wurden durch ständige

---

<sup>254</sup> Zu diesem Zeitpunkt betrug die durchschn. Gesamtfruchtbarkeitsrate 6 Kinder pro Frau. Vgl. Kap. 7.1.

<sup>255</sup> Vgl. DOH (1990a), S. 8. 1969 unterzeichnete die philippinische Regierung die UN-Deklaration über Bevölkerung und erkannte dadurch an, daß das Bevölkerungswachstum ein Problem auf den Philippinen ist und Familienplanung ein möglicher Weg zur Lösung dieses Problems, vgl. Bengzon (1994), S. 11.

<sup>256</sup> Vgl. Bengzon (1994), S. 17. Die Gründung von POPCOM erfolgte durch EO 171.

<sup>257</sup> Vgl. Herrin (1994), S. 5.

<sup>258</sup> Bei der Schilderung der Ursachenanalyse für das Nachlassen der Erfolge bei Senkung der Fruchtbarkeitsrate wird Bezug genommen auf Herrin (1994), S. 5.

<sup>259</sup> Vgl. Bengzon (1994), S. 26.

<sup>260</sup> Vgl. Kap. 3.1.

Fluktuationen auf der Führungsebene im administrativen Bereich erschwert. So war die Bevölkerungskommission (POPCOM) 1971 direkt dem Büro des Präsidenten unterstellt. Von 1972 bis 1987 erfolgte die Angliederung an die nationale Planungsbehörde (NEDA). Im Zeitraum von 1988 bis 1990 hatte das Department for Social Welfare and Development (DSWD) die Aufsicht. Danach wurde POPCOM wieder für ein Jahr dem Büro der Präsidentin unterstellt. Seit 1991 hat NEDA wieder die Aufsicht über POPCOM.<sup>261</sup> Eine Gesetzesvorlage im Kongreß<sup>262</sup> sieht nun die ständige Anbindung von POPCOM an die Planungsbehörde (NEDA) vor. Gleichzeitig sollte der Direktor und Leiter der Kommission den Rang eines Staatssekretäres erhalten, um diese Position administrativ und politisch aufzuwerten.

Die Beteiligung an internationalen Konferenzen und anschließende Unterzeichnung der Resolution oder Erklärungen hatten in der Regel Auswirkungen auf nationale Gesetze und Initiativen. Im folgenden eine Auflistung von relevanten internationalen Abkommen in Bezug auf das Familienplanungsprogramm, die auch von den Philippinen unterzeichnet wurden:

### **Internationale Abkommen**

- Internationale Menschenrechtskonferenz in Teheran (1968)  
Eltern haben das grundlegende Menschenrecht, frei und eigenverantwortlich über die Anzahl und die Geburtenabstände ihrer Kinder zu entscheiden.
- Weltbevölkerungskonferenz in Bukarest (1974)  
Die Vorstellung der „verantwortungsvollen Elternschaft“ (responsible parenthood) findet Einfluß in die internationale Diskussion. Waren zuvor Eltern die Zielgruppe, so wurde nun der Schwerpunkt auf „Paare und Einzelpersonen“ gelegt.
- Übereinkommen zur Beseitigung jeder Form von Diskriminierung der Frau (1981). Dies war das erste internationale rechtlich bindende Dokument,

---

<sup>261</sup> Die Führung von POPCOM besteht aus einem „Board of Commissioners“, vgl. Kap. 7.3.

<sup>262</sup> Republic of the Philippines. House of Representatives. Quezon City. Tenth Congress. Second Regular Session. House Bill No. 9409: “An Act establishing a new population policy, strengthening the Commission on Population and for other purposes.”

welches dem Staat die Aufgabe zudachte, jegliche Form von Diskriminierung gegenüber Frauen zu beseitigen.<sup>263</sup>

- Weltbevölkerungskonferenz in Mexiko (1984)
- Internationale Konferenz in Rio de Janeiro über Umwelt und Entwicklung (1992). Das Konzept der nachhaltigen Entwicklung findet als Strategie Einfluß in die internationale Entwicklungsdiskussion
- Internationale Konferenz über Bevölkerung und Entwicklung in Kairo (1994). Das Aktionsprogramm von Kairo fordert eine Umorientierung in der Bevölkerungspolitik, weg von Bevölkerungskontrolle hin zu dem umfassenderen Ansatz der Reproduktiven Gesundheit.
- Weltgipfel über Soziale Entwicklung, Kopenhagen (1995)<sup>264</sup>  
In der Deklaration und dem Aktionsprogramm von Kopenhagen verpflichten sich die teilnehmenden Regierungschefs (117), die Armutsbekämpfung, Vollbeschäftigung und die Erreichung einer stabilen, sicheren, gerechten und sozialen Gesellschaft als Oberziel ihrer Strategien und Politikanweisungen zu fördern.
- Weltfrauenkonferenz in Beijing, China (1996)  
Unter anderem wurde hier die Forderung des Aktionsplans von Kairo noch einmal bekräftigt, daß Reproduktive Gesundheit den gesamten Lebenszyklus der Frau erfaßt und die Gesundheit der Frau auf dem gleichen Niveau liegen muß wie die des Mannes.

### **Nationale Regelungen in den Philippinen**

Grundlage einer jeden nationalen Politik bildet die Verfassung von 1987. Für Aktivitäten im Bereich Familienplanung und Reproduktive Gesundheit sind insbesondere nachfolgend aufgeführte Artikel von Bedeutung:

---

<sup>263</sup> Resolution der Generalversammlung 34/180: 34 Sitzung: Supplement No. 46. Inkrafttreten: Sept. 1981. Entnommen aus DGVN (1997): S. 65, FbN. 8.

<sup>264</sup> United Nations (1995): The Copenhagen Declaration and Programme of Action. World Summit for Social Development 6-12 March 1995. New York.

Artikel 2, Absatz 9:

„The State shall promote a just and dynamic social order that will ensure the prosperity and independence of the nation and free the people from poverty through policies that provide adequate social services, promote full employment, a rising standard of living, and an improved quality of life for all.“

Artikel 15, Absatz 3:

„The State shall defend the right of spouses to found a family in accordance with their religious convictions and the demands of responsible parenthood, and the right of children to assistance, including proper care and nutrition, and special protection from all forms of neglect, abuse, cruelty, exploitation, and other conditions prejudicial to their development.“

Im nachfolgenden werden relevante Planungsdokumente kurz aufgeführt:<sup>265</sup>

- Medium-Term Philippine Development Plan (MTPDP)

Mit diesem Plan wird der Rahmen abgesteckt, in dem Entwicklung im Lande stattfinden soll. Der aktuelle Entwicklungsplan erstreckt sich über den Zeitraum 1993-1998. Menschliche Entwicklung und eine gerechtere Verteilung/Umverteilung von Macht bilden die zentralen Schlagworte in der philippinischen Entwicklungsplanung. Dabei ist menschliche Entwicklung für einen großen Teil der philippinischen Bevölkerung identisch mit Befriedigung von Grundbedürfnissen. „*Poverty is no more than the inability to satisfy these irreducible needs. Therefore, the main task of human development is to lower and ultimately eradicate poverty.*“<sup>266</sup>

Dieses zentrale Planungsdokument erkennt ausdrücklich die Bedeutsamkeit der Bevölkerungsgröße für die Entwicklung des Landes an. Als eines von insgesamt 8 übergeordneten Zielen im aktuellen Entwicklungsplan wird der Rückgang des Bevölkerungswachstum genannt.<sup>267</sup> Der erst kürzlich erschienene neue

---

<sup>265</sup> DOH (1996): Philippine Family Planning Strategy 1996-2000. S. 9-11.

<sup>266</sup> Republic of the Philippines (1993): Medium-Term Philippine Development Plan 1993-1998. Manila, Philippines. S. 3.

<sup>267</sup> Republic of the Philippines (1993): S.12.

Entwicklungsplan, „The Philippine National Development Plan“, verfolgt weiterhin die zuvor gesetzten Ziele mit beinahe identischer Schwerpunktsetzung.<sup>268</sup>

- Social Reform Agenda, SRA (dem Büro des Präsidenten unterstellt)  
In erster Linie eine Maßnahme zur Minderung von Armut (in offiziellen Dokumenten wird sogar von „Beseitigung der Armut“ gesprochen). Es geht im wesentlichen um die Schaffung des Zugangs von grundlegenden Diensten (Gesundheit, Erziehung etc.), gleichzeitig wird auf die Ungleichheit bei der Verteilung von Ressourcen aufmerksam gemacht. Eine weitere Priorität wird in der Eröffnung von neuen ökonomischen Möglichkeiten für sozial schwache Gruppen und deren Beteiligung und Mitbestimmung gesehen. Bevölkerung und Entwicklung sind wesentliche Faktoren bei der Strategie und Implementierung dieses sozialen Reformprogramms.
- Philippine Strategy for Sustainable Development (PSSD)  
Bei dieser Strategie wird insbesondere auf das Wechselspiel zwischen Wachstum und Umwelt eingegangen. Der Bevölkerungsfaktor spielt dabei eine bedeutende Rolle, da Produktions- und Konsumverhalten wesentlichen Einfluß auf Wachstum und Umwelt haben.
- Philippine Development Plan for Women<sup>269</sup>  
1995 wurde ein 30-Jahres-Plan in Bezug auf „Gender-Responsive Development“ aufgelegt. Autorin dieses Planes ist die Nationale Kommission für die Rolle der philippinischen Frauen. Ein Schwerpunkt dieses Planes ist ein umfassendes Gesundheitsprogramm für Frauen, welches die Einrichtung von Diensten für reproduktive Gesundheit vorsieht.
- Local Government Code, LGC (1991)  
Durch die Dezentralisierung haben sich auch auf dem Gesundheitssektor weitreichende Veränderungen ergeben. Insgesamt wurden 45.945 frühere Angestellte des zentralen Gesundheitsministeriums in Manila den Lokalregierungen unterstellt. Nach anfänglichen Problemen und Skepsis wächst

---

<sup>268</sup> Republic of the Philippines (1998): The Philippine National Development Plan. Directions for the 21<sup>st</sup> Century. Manila.

<sup>269</sup> National Commission on the Role of Filipino Women (1996): Philippine Plan for Gender-Responsive Development 1995-2025. Manila.

mittlerweile die Einsicht, daß gerade im Gesundheitsbereich durch Entscheidungen vor Ort Dienstleistungen schneller und kostengünstiger erbracht werden können.<sup>270</sup> Durch den LGC werden nicht nur zuvor zentrale Zuständigkeiten und Verantwortung auf Lokalregierungen übertragen, sondern auch die Mitbestimmung von Nichtregierungsorganisationen an der Lokalregierung gewinnt an Umfang und Bedeutung.

Die aufgeführten Planungsdokumente verdeutlichen den Stellenwert, den die philippinische Regierung dem Bevölkerungswachstum und der sozialen Entwicklung des Landes beimißt. Eine Überprüfung der gesteckten Ziele gestaltet sich zum Teil als sehr schwierig. Für das zentrale Planungsdokument, den Medium - Term Philippine Development Plan, der durch die nationale Planungsbehörde (NEDA) erstellt wird, werden die Planungsvorgaben von den jeweils sektoralen Regierungsbehörden erbracht. Eine Analyse über die Implementation von einzelnen Entwicklungsplänen der verschiedenen Sektoren gestaltet sich schwierig. Inwiefern dabei Rhetorik und politische Lippenbekenntnisse von Bedeutung sind, kann nicht allgemeingültig belegt werden. Für den Gesundheitssektor, der am bedeutendsten für das Familienplanungsprogramm ist, kann festgestellt werden, daß die überwiegende Mehrheit der Vorgaben am Ende des Sechsjahresplans nicht erreicht wurden.

Bei dem sozialen Reformprogramm gibt es vorläufige Erfolge zu verzeichnen, auf die in Kapitel 7.9 näher eingegangen wird. Diese Erfolge können unter anderem darin begründet sein, daß dieses Programm, als Aushängeschild der Ramos-Regierung, auch über entsprechende finanzielle Mittel verfügen konnte. Es bleibt jedoch festzuhalten, daß man von dem Ziel des Programms, der Beseitigung der Armut, noch weit entfernt ist. Dieses Ziel muß eher als politisches Postulat und weniger als realitätsnahe Planung gesehen werden.

Mit dem Local Government Code und der Dezentralisierung ergeben sich für die Lokalregierungen neue Möglichkeiten einer lokalen Vorgehensweise. Die Zuteilung der Steuereinnahmen durch die nationale Regierung für die Lokalregierungen bergen nach wie vor Probleme in sich. Nicht nur, daß sich Lokal-

---

<sup>270</sup> Vgl. Brillantes, Alex, Jr. (1995) und Local Government Assistance and Monitoring Service, DOH (ohne Jahresangabe).

regierungen darüber beklagen, daß sie zwar mehr Verantwortung, nicht jedoch ausreichend Finanzmittel übertragen bekommen hätten. Hinzu kommt der Aufteilungsschlüssel der Mittel, der einem Bevölkerungsprogramm kontraproduktiv gegenübersteht. Die Mittel werden nach folgenden drei Kriterien zugeteilt: Sockelbetrag, Landfläche und Bevölkerungsgröße. Die Verhältnisse sind 25/25/50. Hieraus ergeben sich Konfliktsituationen für Lokalregierungen, für die eine hohe Bevölkerungszahl einerseits Versorgungsengpässe, besonders hinsichtlich der Infrastruktur im sozialen Bereich, bedeutet, gleichzeitig aber ausschlaggebender Faktor für die Höhe der Mittelzuteilung an die Lokalverwaltung ist. Eine Änderung der Formel im Rahmen der geplanten Revision des Local Government Code wird derzeit diskutiert.

Durch die Dezentralisierung und damit gestiegene Verantwortung der Lokalregierungen wie auch Übertragung von Zuständigkeitsbereichen sind diese auch die neuen Partner von Geberorganisationen bei der Durchführung von Entwicklungsprogrammen. Der Local Government Code bietet externen und internen Geberorganisationen die Möglichkeit, direkt mit den Lokalregierungen über eine Unterstützung bei der Verbesserung von Basisdiensten zu verhandeln.<sup>271</sup> Im Gesundheitsbereich gibt es zum Teil Programme, die als Unterstützung der Lokalregierung konzipiert sind; die bilaterale Vertragsgestaltung wurde jedoch durch die nationale Regierung in Manila und nicht mit den jeweiligen Lokalregierungen abgeschlossen.

Die bislang fehlende direkte Zusammenarbeit kann u.a. darin begründet liegen, daß ausländische Geberorganisationen gewohnt sind, mit einer nationalen Planungsbehörde und der entsprechenden Regierungsabteilung zu verhandeln. Eine individuelle Bearbeitung von Anträgen von Lokalregierungen würde bedeuten, daß neben den bilateralen Vertragsverhandlungen zwischen der nationalen Planungsbehörde und der jeweiligen Geberorganisation, die jährlich stattfinden, zusätzliche Vertragsverhandlungen mit unterschiedlichen Partnern (Lokalregierungen) notwendig wären. Es ist anzunehmen, daß auf Seiten der Geberorganisationen Bedenken bezüglich der Nachhaltigkeit der Projekte von Lokalregierungen bestehen. Im Unterschied zu der nationalen Planungsbehörde, die unabhängig von Personen eine klare Entwicklungsstrategie vertritt, handelt es

---

<sup>271</sup> Kapitel 2, Abs. 23 des Local Government Code in: Nollado, Jose N. (1996)

sich bei den Antragsstellern von Lokalregierungen um politisch Verantwortliche, deren Amtszeit durch Wahlen begrenzt ist. Dadurch entsteht die Gefahr, daß sich die Schwerpunkte der lokalen Planung durch einen neuen Amtsinhaber verlagern. Eine Möglichkeit, diese Bedenken der Geberorganisationen abzuschwächen, besteht darin, daß sich die Lokalregierung mit ihrem Projektvorschlag an die nationale Planungsbehörde wendet, mit der Bitte, den Projektvorschlag zu überprüfen und ihn bei den nächsten Regierungsverhandlungen mit auf die Tagesordnung zu setzen. Dies wird von einzelnen Lokalregierungen bereits praktiziert. Eine Integration der nationalen Planungsbehörde bietet nicht nur den Vorteil, daß sie ihre Erfahrung bei der Planung und Einordnung des Projektvorschlags in den nationalen Entwicklungsplan einbringen kann. Zusätzlich müssen sich die Lokalverwaltungen nicht mit den oftmals schwer durchschaubaren individuellen Antragsverfahren der bi- und multilateralen Geberorganisationen auseinandersetzen und könnten ihre Zeit für weniger bürokratische Arbeit nutzen.

### **7.3 Entwicklung der Familienplanungsprogramme**

Unter der Aquino-Regierung (1986-1992) wurde die Durchführung von Familienplanungsprogrammen in verstärktem Maße mit Aktivitäten auf dem Gesundheitssektor kombiniert. „... the new population policy broadens the concept of population concerns beyond fertility reduction to concerns about family formation, the status of women, maternal and child health, child survival, morbidity and mortality, population distribution and urbanization, internal and international migration, and population structure.“<sup>272</sup> Die Senkung der Fruchtbarkeitsraten ist nicht mehr von primärer Bedeutung für die Familienplanungsprogramme. Oberstes Ziel ist es nun, die Gesundheit der Mütter und Kinder zu verbessern und den Zugang zu Gesundheitsdiensten für besonders arme Bevölkerungsgruppen zu erleichtern.<sup>273</sup> An Hand der Gesundheitsindikatoren in Kapitel 7.7 wird ersichtlich, daß eine Umsetzung dieser Vorgaben in den letzten 12 Jahren nur teilweise erreicht wurde.

---

<sup>272</sup> DOH (1990a), S. 14.

<sup>273</sup> Vgl. Herrin (1990), S. 3f.

Seit 1989 hat das Gesundheitsministerium die zentrale Leitung bei der Planung und Durchführung von staatlichen Familienplanungsprogrammen übernommen. Die Einbindung von Familienplanungsprogrammen in die Gesundheitsdienste bietet neben der Nutzung der bereits vorhandenen Infrastruktur im Gesundheitsbereich noch andere Vorteile, die wesentlich für die Gesamtentwicklung der Gesellschaft sind. Das Familienplanungsprogramm des Gesundheitsministeriums ist Bestandteil der primären Gesundheitspflege (Primary Health Care, PHC). Es wurde von Beginn an zu großen Teilen von externen Gebern finanziert. Bei den externen Finanzierungsquellen haben USAID und die Weltbank den größten Anteil an den Gesamtkosten. Neben USAID und Weltbank unterstützt auch UNFPA das Familienplanungsprogramm. Bei den Geldern von UNFPA und USAID handelte es sich, im Gegensatz zu den Weltbankkrediten, um nicht rückzahlbare Finanzmittel.<sup>274</sup>

Zu Beginn der 80er Jahre wurde das Budget des Familienplanungsprogramms kontinuierlich erhöht, von 10,6 Millionen Pesos 1979 auf 12,5 Millionen 1981. Dies änderte sich jedoch wieder in den folgenden Jahren. Von 7,1 Millionen 1983 sank das Budget auf 5,1 Millionen 1987. Diese Schwankungen resultieren zum einen aus der schlechten ökonomischen Situation zu Beginn der 80er Jahre, die Kürzungen sämtlicher Haushalte zur Folge hatte. Hinzu kommt ein groß angelegtes Gesundheitsprogramm in diesem Zeitraum, welches durch die Weltbank finanziert wurde. Mit diesem Programm sollte der Zugang zu Basisgesundheitsdiensten und deren Qualität verbessert werden. Bestandteile dieses „Philippine Population Project II“ waren u.a., die Zahl der Familienplanungsdienste zu erhöhen und Aufklärung über verschiedene Familienplanungsmethoden zu intensivieren. Von 1983-85 und 1987 betragen die Ausgaben für das Population Project II, welches durch einen Kredit der Weltbank / IDA finanziert wurde, 270,5 Millionen Pesos.<sup>275</sup>

Unter der Ramos-Regierung (1992-1998) erhöhten sich die Ausgaben für das Familienplanungsprogramm. Unter dem ersten Gesundheitsminister der Ramos-Administration wurde offen für die Benutzung von Verhütungsmethoden geworben. Dies änderte sich jedoch, als der damalige Minister 1995 in den Senat

---

<sup>274</sup> Vgl. DOH (1990a), S. 12.

<sup>275</sup> Republic of the Philippines, General Appropriations Act 1983, 1984, 1985, 1987.

gewählt wurde. Von 1995 bis 1998 kam es zu drei Ministerwechseln im Gesundheitsministerium, worunter die Kontinuität, nicht nur der Familienplanungsprogramme, zu leiden hatte.

Zusätzlich zu den bi- und multilateralen Unterstützern von Familienplanungsprogrammen gibt es auf den Philippinen eine Vielzahl von Nichtregierungsorganisationen (Non-Governmental Organizations, NGOs), die zum Teil selbständige Programme durchführen oder mit dem Familienplanungsprogramm des Gesundheitsministeriums zusammenarbeiten.

Sämtliche staatliche Aufgaben und Aktivitäten im Bereich Familienplanung werden durch das Gesundheitsministerium und durch die Bevölkerungskommission (POPCOM) bestimmt. Im nachfolgenden sollen kurz die Unterschiede und einzelne Aufgabenbereiche dieser beiden wichtigen Organisationen im Bereich Familienplanung und Reproduktive Gesundheit analysiert werden.

### **Das Familienplanungsprogramm am Gesundheitsministerium**

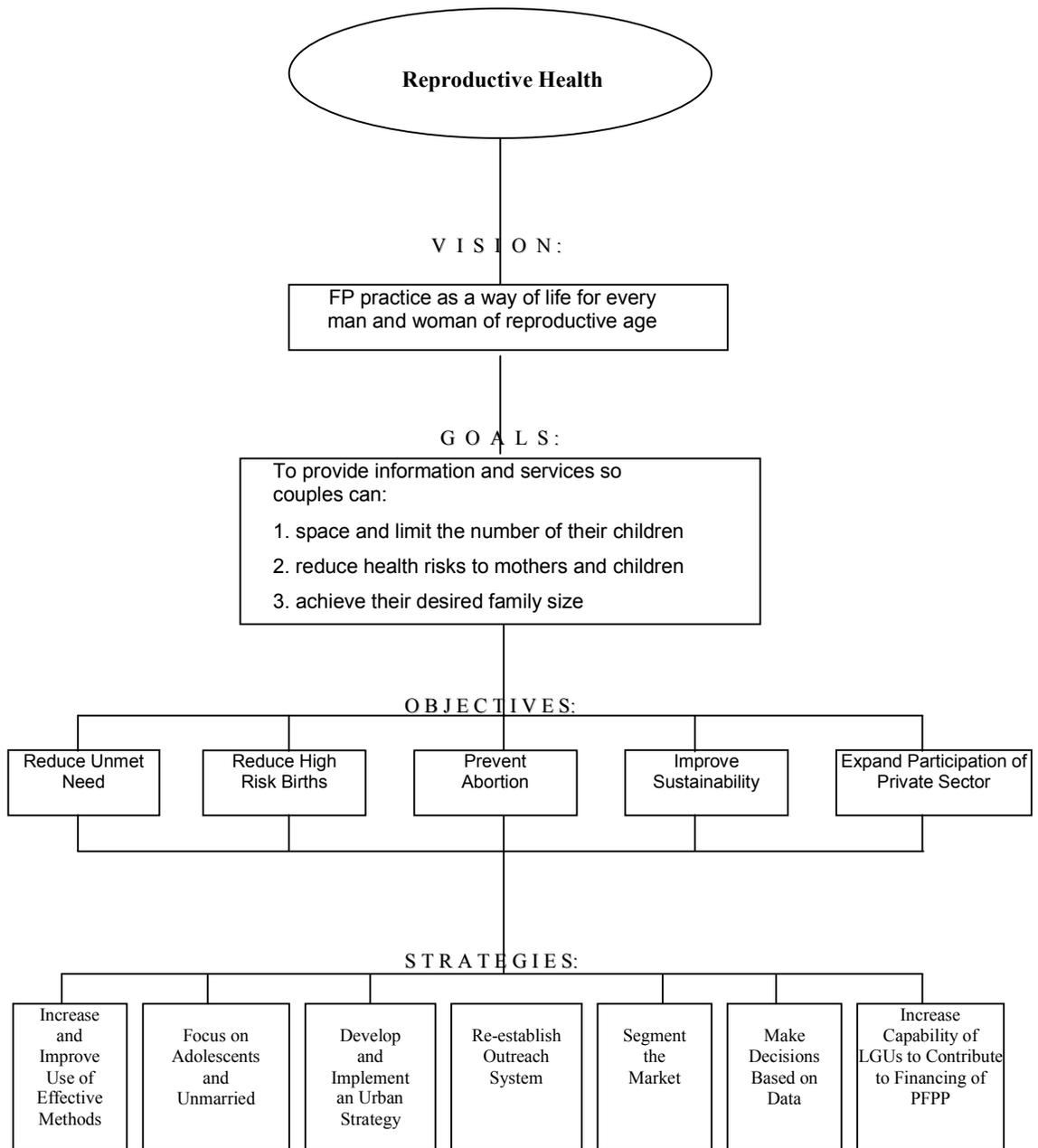
Das Gesundheitsministerium hat die zentrale Leitung bei der Planung und Durchführung von Familienplanungsprogrammen. In enger Zusammenarbeit mit POPCOM, dem Bevölkerungsinstitut an der staatlichen Universität in Manila und mit Vertretern von Geberorganisationen und Nichtregierungsorganisationen wurde ein 5-Jahresplan entworfen: „The Philippine Family Planning Strategy 1996-2000.“<sup>276</sup>

Diese Strategie orientiert sich an dem Ansatz der Reproduktiven Gesundheit, wie er auf der Weltbevölkerungskonferenz in Kairo 1994 zum Programm gemacht wurde. Nachfolgendes Schaubild verdeutlicht das Konzept, das hinter der Strategie steht.

---

<sup>276</sup> DOH (1996): Philippine Family Planning Strategy 1996-2000. November 1996, Manila.

**Schaubild 9: Konzept - Reproduktive Gesundheit<sup>277</sup>**



<sup>277</sup> DOH (1996): S. 13.

Die Anwendung von Familienplanungsmethoden soll für jede Frau und jeden Mann im reproduktiven Alter möglich sein. Mit dem Erreichen der angeführten Ziele (Geburtenabstände zu vergrößern und Kinderanzahl zu verringern, um dadurch individuell gewünschte Familiengröße zu erreichen, Gesundheitsrisiken von Müttern und Kindern zu reduzieren) verspricht man sich, die Gesundheitssituation der Gesamtbevölkerung zu verbessern, einen Fruchtbarkeitsrückgang und eventuell einen Rückgang des Bevölkerungswachstums verzeichnen zu können.<sup>278</sup>

Aus dem Schaubild wird auch das Dilemma ersichtlich, mit dem ein staatliches Familienplanungsprogramm auf den Philippinen zu kämpfen hat. Obwohl dieser Ansatz dem Stand der internationalen Diskussion entspricht, macht sich auch hier der Einfluß der katholischen Kirche bemerkbar. Anders ist die Einschränkung, die bezüglich der Zielgruppe gemacht wird, nicht zu erklären: Im Oberziel wird ausdrücklich erwähnt, daß Familienplanung jedem Mann und jeder Frau, unabhängig von Familienstand und Alter, im reproduktiven Alter zugänglich sein sollte. Im nächsten Schritt erfolgt jedoch wieder eine Einschränkung auf Paare („To provide information and services so *couples* can:“). Obwohl keine eindeutige Definition von Paaren erfolgt, kann davon ausgegangen werden, daß es sich bei den Paaren um Ehepaare handelt. Ein Beleg dafür ist das dritte Unterziel, daß sich auf die Erreichung der gewünschten Familiengröße bezieht („achieve their desired family size“). Nichteheliche Lebensgemeinschaften sind auf den Philippinen nur wenig verbreitet und entsprechen nicht der katholisch geprägten Lebensauffassung. Es ist zu vermuten, daß diese Einschränkung als Konzession an die katholische Kirche gemacht wurde. Jugendliche und Unverheiratete finden sich dann jedoch als Zielgruppe einer Strategie weiter unten im Schaubild wieder. Dies läßt darauf schließen, daß diese Zielgruppe mittlerweile erkannt wurde, ihr jedoch noch nicht die Bedeutung beigemessen wird, um sie in die Formulierung des Ziels miteinzubeziehen. Gespräche mit Angestellten aus der Familienplanungsabteilung des Gesundheitsministeriums haben die Vermutung bestätigt, daß aufgrund der Haltung der katholischen Kirche gegenüber Familienplanung Einschränkungen im Strategiebereich gemacht werden. In jüngster Zeit wurde die Strategie zur Reproduktiven Gesundheit und Familienplanung überarbeitet. Im Jahresbericht

---

<sup>278</sup> Bei den Ausführungen zum Familienplanungsprogramm wird überwiegend Bezug auf DOH (1996) genommen.

der Familienplanungsabteilung von 1997 wird u.a. erwähnt, daß Jugendliche und Unverheiratete als Zielgruppe stärker als bisher in nationalen und regionalen Aufklärungs- und Informationskampagnen berücksichtigt werden sollen.<sup>279</sup>

Wie in der Vergangenheit ist auch bei dem Konzept der Reproduktiven Gesundheit der Einfluß von internationalen Konferenzen auf lokale Handlungsanweisungen sichtbar.<sup>280</sup> Die Philippinen sind Mitunterzeichner des Kairoer Aktionsplans. Dessen wesentliche Strategien finden sich in der philippinischen Entwicklungsplanung wieder. Der Ansatz der Reproduktiven Gesundheit geht in seiner Gesamtheit, indem er auch andere Sektoren miteinbezieht, weit über das bisherige Familienplanungsprogramm hinaus. Insbesondere sollen der Erziehungs- und Bildungssektor stärker in das Programm miteinbezogen werden, als es bislang der Fall war.

Seit der Dezentralisierung von 1991 haben sich Funktion und Rolle des Gesundheitsministeriums verändert. Das Ministerium ist zwar nach wie vor für die Planung und Koordinierung von staatlichen Familienplanungsprogrammen zuständig, jedoch obliegt die Implementierung nun den Lokalregierungen. Die Lokalregierungen ersuchen jedoch nach wie vor die Unterstützung des Ministeriums bei der Entwicklung von Strategien, Standards und Richtlinien des Familienplanungsprogramms. Aufgabe des Ministeriums ist es, diese Hilfestellungen zu geben und damit wesentlich zum Erfolg des Programms beizutragen.

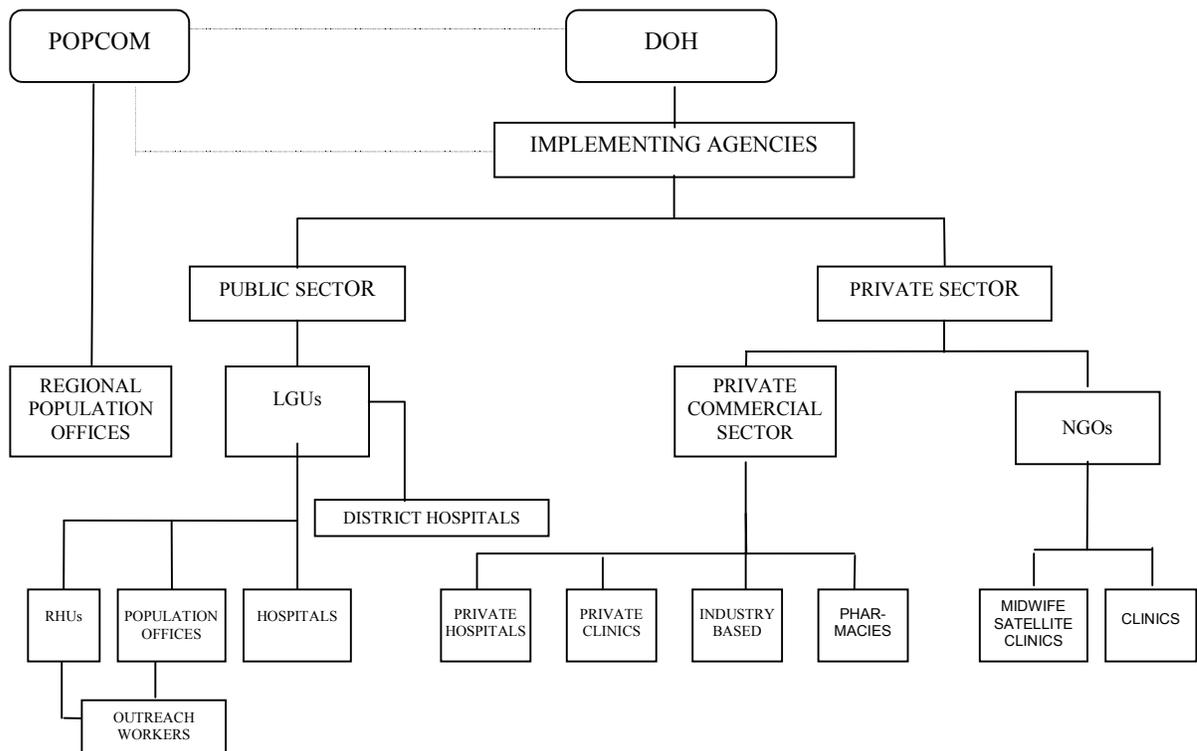
Neben den Lokalregierungen sind es vor allem Nichtregierungsorganisationen und der private Sektor, die wesentlich für einen Erfolg des Programms sind. Auf dieser Ebene besteht der engste Kontakt zu der Bevölkerung. Die Beziehung zu den für das Familienplanungsprogramm relevanten Gruppen veranschaulicht nachfolgende Abbildung:

---

<sup>279</sup> DOH, Office of Special Concerns (1998): 1997 Status Report. Family Planning, Maternal and Child Health and Nutrition. Manila.

<sup>280</sup> Vgl. hierzu Aussagen in Kap. 7.2 (World Population Plan of Action von 1974).

**Schaubild 10: Organisationsstruktur des Familienplanungsprogramms<sup>281</sup>**



Das Gesundheitsministerium nennt drei Projekte, die die Priorität verdeutlichen sollen, die das Ministerium Familienplanung und Reproduktiver Gesundheit beimißt.<sup>282</sup>

Das größte Projekt wird von mehreren Geberorganisationen<sup>283</sup> finanziert (Mischfinanzierung aus Subventionen und Krediten) und hat ein Volumen von 136,4 Millionen US Dollar. Ziel des Projektes ist es, den Gesundheitszustand von Frauen im reproduktiven Alter zu verbessern. Dadurch verspricht man sich langfristig eine Reduzierung der Fruchtbarkeit wie auch einen Rückgang der Sterblichkeit bei Frauen.

Ein von USAID finanziertes Programm im Wert von 50 Millionen US Dollar über einen Zeitraum von 6 Jahren soll das Bevölkerungswachstum und den ungedeckten Bedarf an Kontrazeptiva verringern.

<sup>281</sup> DOH (1996): s. 17.

<sup>282</sup> DOH (1996), S. 18.

<sup>283</sup> An diesem Gesamtpaket sind die Weltbank, die Asiatische Entwicklungsbank, die australische Entwicklungsbehörde, die Europäische Union und die Kreditanstalt für Wiederaufbau beteiligt.

UNFPA unterstützt über einen Zeitraum von 5 Jahren und mit einem Volumen von 22,6 Millionen US \$ das Gesundheitsministerium, die Lokalregierungen und Nichtregierungsorganisationen in ihrem Bemühen, Familienplanung und Reproduktive Gesundheit in diesen drei Ebenen zu implementieren.

Der Ansatz der reproduktiven Gesundheit bringt nicht nur eine inhaltliche Verlagerung des Schwerpunktes des staatlichen Familienplanungsprogramms mit sich, sondern auch eine organisatorische Veränderung im Gesundheitsministerium. Einzelne Einheiten im Ministerium sollen eine gemeinsame Strategie bei dem Aufbau von Diensten im Bereich Reproduktiver Gesundheit entwickeln. Insbesondere handelt es sich dabei um die folgend aufgeführten Abteilungen im Ministerium.<sup>284</sup> Family Planning Service, Maternal and Child Health Service, Nutrition Service, Non-Communicable Services, HIV/AIDS Unit und Health Education Service. Aufgrund des integrierten Ansatzes sind auch Veränderungen in der Struktur und im Management notwendig. Diesen Veränderungen stellt sich das Ministerium. Bis sich die fiskalischen Probleme und die Hindernisse beim Management gelöst haben, wird das Ministerium versuchen, die einzelnen Aktivitäten der einzelnen Programme zu koordinieren, um die Erreichung der aufgestellten Ziele zu erreichen.

Die nationale Familienplanungsstrategie für den Zeitraum von 1996-2000 beinhaltet folgende Ziele:<sup>285</sup>

- Verringerung der ungedeckten Nachfrage an Verhütungsmitteln von 23 % 1993 auf 13 % im Jahr 2000.
- Verringerung von Risikoschwangerschaften von 59,2 % 1996 auf 56 % im Jahr 2000.
- Verhinderung von Schwangerschaftsabbrüchen und Rückgang des Prozentsatzes von Frauen im reproduktiven Alter, die bereits einen Schwangerschaftsabbruch hatten, von 17 % 1996 auf 10 % im Jahr 2000.
- Aktivitäten für eine größere Nachhaltigkeit des Programms:

---

<sup>284</sup> DOH (1996): S. 19.

<sup>285</sup> DOH (1998) a.a.O. S. 1 ff.

- Erhöhung des Beitrags der philippinischen Regierung von 0,1 % auf 2,0 % und
- Erhöhung der Beteiligung von NROs und dem privaten Sektor von 23,7 % 1996 auf 34 % im Jahr 2000
- Erweiterung des Engagements des privaten Sektors durch:
  - Einführung von Vermarktungsstrategien für Verhütungsmittel (Contraceptive Social Marketing) in weiteren Gebieten.
  - Erhöhung der Anzahl von Apotheken als Bezugsquelle für Verhütungsmittel von 7,3 % 1993 auf 10 % im Jahr 2000.
  - Erhöhung der Anzahl von Kliniken in Industriebetrieben, die ein „Responsible Parenthood/MCH Program“ haben, auf 135 bis zum Jahr 1999.
  - Erhöhung des Anteils von privaten und NRO - Krankenhäuser und Kliniken als eine Ausgabestelle für moderne Verhütungsmittel von 16,4 % auf 20 % bis zum Jahr 2000.

Das philippinische Familienplanungsprogramm wird nach wie vor überwiegend aus externen Mitteln finanziert. Die Gesamtausgaben für das Familienplanungsprogramm beliefen sich 1997 auf 745.389.780 Pesos (ca. 33.881.354 DM). Die Eigenbeteiligung der philippinischen Regierung betrug 37.609.500 Pesos, was etwa 5 % des Gesamtbudgets entspricht. Einen Überblick über die größten Geber gibt Tabelle 9.

**Tabelle 9: Geschätzte Ausgaben für das Familienplanungsprogramm 1997<sup>286</sup>**

	Amount in Pesos	% of Total
GOP funds: Personnel Service / MOOE of the Family Planning Service	37.609.500	5,0
Foreign Assisted Activities:		
IFPMPH (USAID)	530.244.000	71,1
Fourth Country Programme of Assistance (UNFPA)	172.233.000	23,1
Women's Health and Safe Motherhood Project (KfW)	5.303.280	0,7
<b>TOTAL</b>	<b>745.389.780</b>	

Note: Figures may not add due to rounding.

<sup>1</sup> Fiscal Year 1997 (October 1996 to September 1997)

Source: DOH-FPS, WHSMP, and USAID

<sup>286</sup> DOH (1998) a.a.O. S. 8. Umrechnungskurs: für 1997: 1 DM = 22 Pesos.

Im Vergleich zum Vorjahr haben sich die Ausgaben auf philippinischer Seite um 50 % erhöht (1996: 25.073.000 Pesos). Damit beträgt 1997 der philippinische Anteil der Ausgaben für das Familienplanungsprogramm 0,34 % vom Gesamtbudget<sup>287</sup> des Gesundheitsministeriums (11.020.083.000 Pesos). Der Anteil der Ausgaben für das Familienplanungsprogramm am Gesamthaushalt des Gesundheitsministeriums ist damit von 0,5 % 1980 auf 6,7 % 1997 gestiegen. Dies ist jedoch nur durch einen erhöhten Anteil externer Finanzierungsquellen zu erklären.

Neben den o.a. Strategien für das nationale Familienplanungsprogramm existieren noch weitere Aktivitäten im Bereich Reproduktive Gesundheit. Hier ist vor allem das Mutter und Kind – Programm (Maternal and Child Health, MCH) zu nennen. Das MCH-Programm versucht, zu einer Senkung der Krankheits- und Sterberate von Müttern, Neugeborenen, Säuglingen und Kindern bis zu 4 Jahren beizutragen. Es hat folgende drei Programmkomponenten: Safe Motherhood and Perinatal Health (SMPH), Expanded Program on Immunization (EPI) und Integrated Child Care Program (ICCP).<sup>288</sup>

Die Finanzierung erfolgt im Gegensatz zu dem Familienplanungsprogramm zu einem Großteil aus philippinischen Haushaltsmitteln. Ein Aufgliederung der Ausgaben und deren Quellen gibt Tabelle 10.

---

<sup>287</sup> Republic of the Philippines. General Appropriations Act Jan 01 – Dec 31, 1997. R.A: 82550.

<sup>288</sup> Vgl. DOH (1998) a.a.O. S. 34f.

**Tabelle 10: Geschätzte Ausgaben für „Maternal and Child Health Services“ für 1997<sup>289</sup>**

Activity	Amount in Pesos	% of Total	% of Total Expenditure
Expanded Program on Immunization	341.415.192	100,0	85,0
GOP	325.844.100	95,4	
IFPMH/LPP (USAID)	12.861.342	3,7	
UNICEF	2.425.750	0,7	
WHO	284.000	0,1	
Integrated Child Care Program	49.318.654	100,0	12,2
GOP	35.459.100	71,9	
IFPMHP/LPP(USAID)			
Control of Acute Respiratory Infection	6.430.658	13,0	
Control of Diarrheal Diseases	6.430.658	13,0	
UNICEF	998.238	2,0	
Safe Motherhood and Perinatal Health	6.795.261	100,0	1,6
GOP	5.249.949	77,3	
UNICEF-AusAID	1.477.312	21,7	
WHO	68.000	1,0	
MCH Rider Survey			
IFPMHP (USAID)	4.873.362	100	1,2
<b>TOTAL</b>	<b>402.402.469</b>		

Note: Figures may not add due to rounding.

Source: DOH-MCHS, USAID and WHSMP

Der Anteil des Gesundheitsministeriums am Gesamthaushalt der philippinischen Regierung (433.817.543.000 Pesos) ist mit 2,54 % nach wie vor gering. Die Philippinen liegen damit immer noch hinter anderen Ländern in der Region wie Nepal, Bangladesch, Thailand, Myanmar und Malaysia zurück.<sup>290</sup>

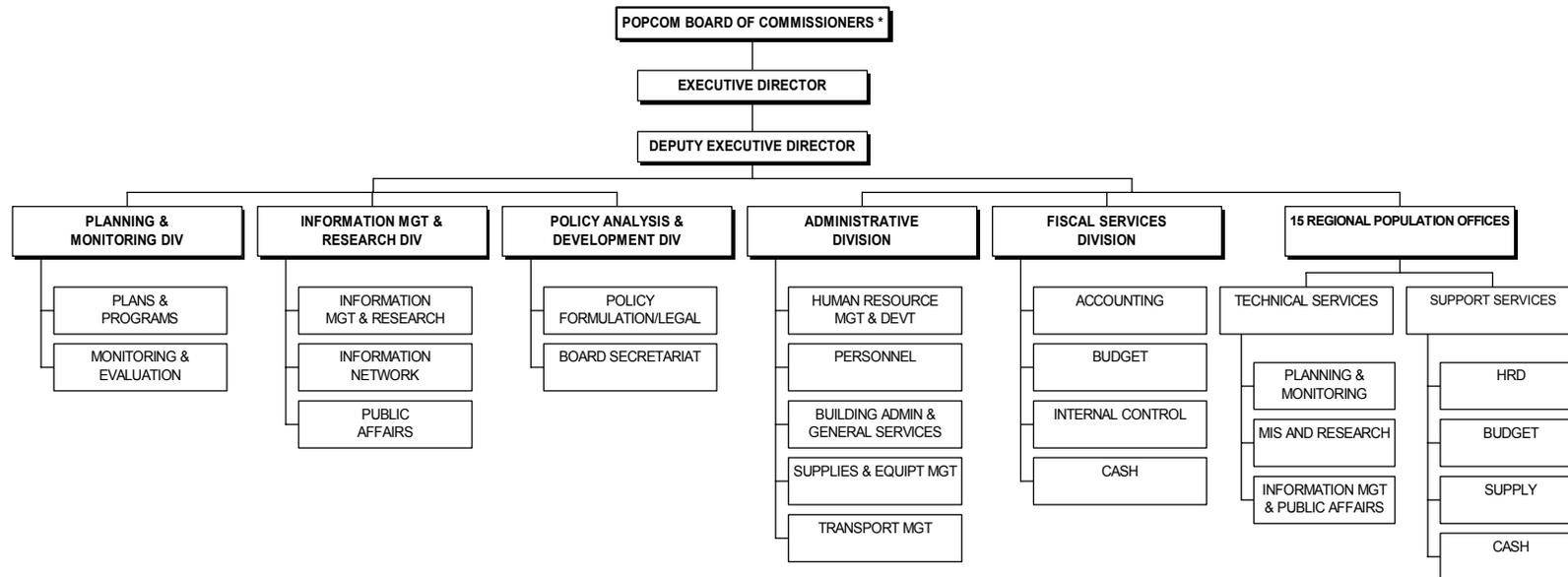
### Das Bevölkerungsprogramm von POPCOM

Aufgabe von POPCOM war und ist es, eine nationale Bevölkerungspolitik zu entwerfen. Die Bevölkerungskommission ist die zentrale Planungs- und Koordinierungsbehörde in Bezug auf Bevölkerungsprogramme. Mit dem Republic Act RA 6365 erhielt die Kommission 1971 ihre rechtliche Verankerung als Teil der Exekutive. Eine Übersicht über den Aufbau dieser für den Strategie- und Politikbereich wichtigen Organisation bietet nachfolgendes Organigramm.

<sup>289</sup> DOH (1998) a.a.O. S. 37

<sup>290</sup> Vgl. DGVN (1997) : a.a.O. S. 71. DOH (1994): Investing in Equity in Health. The Ten-Year Public Investment Plan for the Health Sector (1994-2004). Prepared by the Department of Health and approved by the Investment Coordinating Committee of the NEDA Board. October 1994. Manila.

**Schaubild 11: Organigramm von POPCOM**



\*Members of the Board of Commissioners are as follows:

The Director-General of the National Economic and Development Authority; The Secretaries of Health, Social Welfare and Development, Local Government, Labor and Employment, Agriculture, Agrarian Reform, Education Culture and Sports, Trade and Industry, Public Works and Highway, and the Director of the Philippines Population Institute. Additional to these members are three representatives from the private sector who are forming the Committee on Policy and Advocacy.

Die Wiedereingliederung zu NEDA verdeutlicht den Stellenwert, den die philippinische Regierung bevölkerungsrelevanten Fragestellungen beimißt. Bevölkerung und Entwicklung nehmen als Planungskomponenten für die nationale Entwicklungsplanung an Bedeutung zu.

Das Pendant zu der wichtigsten Planungsgrundlage des Gesundheitsministeriums, die „*Philippine Family Planning Strategy*“, ist auf der Seite von POPCOM: „*The Philippine Population Management Program*“ (PPMP)<sup>291</sup>.

Aufbauend auf der Verfassung von 1987 und dem Local Government Code von 1991 entstand 1993 das PPMP, welches die Notwendigkeit einer stärkeren Einbeziehung der Wechselwirkungen zwischen Bevölkerung, Ressourcen und Umwelt hervorhebt. Unter Berücksichtigung dieser drei Faktoren sollen die Lebensbedingungen der Bevölkerung verbessert und das Bevölkerungswachstum vermindert werden.<sup>292</sup> Die Richtlinien und Strategien von PPMP basieren auf der Interaktion von Bevölkerung, Ressourcen und Umwelt (Population, Resources, Environment, PRE). Es wird nun nicht mehr von Bevölkerungskontrolle, sondern von Bevölkerungsmanagement gesprochen.

PRE basiert auf der Grundlage, daß nur unter Berücksichtigung finanzieller und materieller Ressourcen und gezielte Investition in die Bevölkerung ein höherer Lebensstandard erreicht werden kann. Die Strategie geht von der Annahme aus, daß zuvörderst in Gesundheit, Bildung, Umwelt etc. investiert werden muß, um anschließend auch ein wirtschaftliches Wachstum, unter ökologischen Gesichtspunkten, erreichen zu können.<sup>293</sup> Dieses Konzept ist eine Gemeinschaftsproduktion von POPCOM, UNFPA Manila, der nationalen Planungsbehörde NEDA sowie Vertretern aus dem akademischen Bereich. Das Konzept der nachhaltigen Entwicklung, wie es seit dem Erdgipfel in Rio 1992 international immer stärker gefordert wird, ist hier deutlich zu erkennen.

---

<sup>291</sup> POPCOM (1997): Information Kit. Manila. Die Beschreibung des PPMP stützt sich im folgenden auf diese Quellenangabe.

<sup>292</sup> POPCOM/UNFPA (1997): The Philippine Population Management Program. Manila. S. 3.

<sup>293</sup> POPCOM (1997): S. 1.

Um die Ziele zu erreichen, wird bei der Bevölkerungs- und Entwicklungsplanung versucht, bevölkerungsrelevante Fragestellungen auf allen Ebenen in die Entwicklungsplanung einzuziehen. Für den Landnutzungsplan bedeutet dies eine sorgfältige Bewirtschaftung und Nutzung des Landes bei gleichzeitiger Berücksichtigung und Erhaltung des Gleichgewichts zwischen Bevölkerung, Ressourcen und Umwelt. Über bevölkerungsrelevante Probleme und die Bedeutung und Verbindung für nachhaltige Entwicklung soll die Bevölkerung und insbesondere Jugendliche verstärkt aufgeklärt werden. Ein weiterer Schwerpunkt des „Philippine Population Management Programm“ zielt darauf ab, Ehepaare und Einzelpersonen über die Vorteile einer verantwortungsvollen Elternschaft und deren Auswirkung auf die Gesundheit von Mutter und Kind zu informieren. Die Forderung nach Gleichheit der Geschlechter und Stärkung der Rolle der Frau beinhaltet das Einbringen von frauenrelevanten Punkten in den gesamten Planungsprozeß. Weiterhin soll Frauen gleicher Zugang zu Entscheidungsprozessen wie Männer ermöglicht werden, um ihnen einen gerechten Anteil an sozio-ökonomischen Möglichkeiten und Errungenschaften zu ermöglichen.

Die Programme des Gesundheitsministeriums und der Bevölkerungskommission sind aufeinander abgestimmt, und es existiert im Vergleich zu früher eine bessere Koordination und Zusammenarbeit. Im Rahmen der Dezentralisierung obliegt es der Verantwortung der Lokalregierungen, Familienplanungs- und Gesundheitsprogramme durchzuführen. Der Gesundheitssektor war einer der ersten Bereiche, in dem 1992 die Dezentralisierung begonnen hatte. Nach anfänglichen Problemen und Skepsis ist mittlerweile die Einsicht gewachsen, daß gerade im Gesundheitsbereich durch Entscheidungen vor Ort Dienstleistungen und Gesundheitsprogramme unbürokratischer, kostensparender und schneller erbracht werden können. Insbesondere durch die Zusammenarbeit mit Nichtregierungsorganisationen, die im Gesundheitsbereich bereits eine lange Tradition haben, können Gesundheitsdienste und langfristige Strategien nachhaltiger und weniger kostenintensiv auf lokaler Ebene implementiert werden.

Durch die gewünschte Stärkung von NROs und deren Teilnahme an politischen Entscheidungsprozessen, wie dies im Local Government Code geregelt wird, entlasten die NROs nicht nur die Lokalregierungen und das Gesundheits-

ministerium, sondern sie werden zu aktiven Partnern bei der Gestaltung ihrer eigenen Umwelt.

Als Stärken der Dezentralisierung werden präventive Medizin, soziale Mobilisierung und lokal angepaßte Politikentscheidungen genannt. D.h. in den Servicebereichen können Erfolge erzielt werden. Nach wie vor schwierig gestaltet sich die Finanzierung eines dezentralisierten Gesundheitssystems. Die Lokalregierungen, insbesondere die ärmeren Gemeinden (5<sup>th</sup> and 6<sup>th</sup> class municipalities) haben Schwierigkeiten, genügend Finanzmittel zu Verfügung zu stellen.<sup>294</sup> Ein Problem besteht in der Instandhaltung von 600 Krankenhäusern, die durch die Dezentralisierung in den Zuständigkeitsbereich der Lokalregierungen übergegangen sind. Dies stellt eine finanzielle Herausforderungen dar, die nicht für alle lösbar scheint.

Eine von POPCOM 1996 durchgeführte Studie, die die Bereitschaft und Unterstützung von Familienplanungsprogrammen durch Lokalregierungen untersuchte, hat ergeben, daß das Bevölkerungswachstum und die damit zusammenhängenden Probleme von den politisch Verantwortlichen auf lokaler Ebene wahrgenommen werden. Als größtes Entwicklungsproblem werden Armut und Arbeitslosigkeit genannt. An zweiter Stelle stehen Basisgesundheitsdienste, gefolgt von Infrastruktur, Umwelt und Bevölkerung. Eine Übersicht gibt folgende Tabelle.<sup>295</sup>

---

<sup>294</sup> Local Government Assistance and Monitoring Service, DOH (ohne Jahresangabe): Devolution Matters. A documentation of Post-Devolution Experiences in the Delivery of Health Services. Manila.

<sup>295</sup> POPCOM (1996): Survey of LGU Commitment and Support to the Population Management and Family Planning Programs. September 1996, Mandaluyong City. Manila. S. 6.

**Tabelle 11: Entwicklungsprobleme, die von lokalen Entscheidungsträgern genannt werden**

Specific Development Problems	<i>LCEs and PDCs</i>		
	Governor/ Mayor	Vice-Governor/ Vice Mayor	Planning Dev't Coord.
Unemployment/Poverty	65,5	60,0	63,9
Basic Health Services	48,3	30,0	56,3
Infrastructure	43,1	54,5	47,9
Environment	43,1	36,4	45,1
Population Related	37,1	50,9	20,1
Political	11,1	16,4	6,3
Maldistribution of Development	5,2	3,6	23,4
People Empowerment	4,3	3,6	9,7
Funding, Investment	3,4	31,8	21,5
Low Skills, Education	2,6	6,4	13,9

N=116; 110;144

Tabelle 11 verdeutlicht, daß die Verfügung und Bereitstellung von Basisgesundheitsdiensten für viele Lokalregierungen immer noch ein großes Problem darstellt. Entwicklungsprobleme, die durch Bevölkerungswachstum bedingt sind, bilden zwar keine Priorität, jedoch geben ca. 95 % aller befragten Gouverneure und Bürgermeister an, daß sie Probleme auf Grund des Bevölkerungswachstums und seinen Folgen erkennen. Eine Untergliederung in einzelne Problemfelder gibt Tabelle 12.

**Tabelle 12: Prozentsatz von lokalen Entscheidungsträgern, die Bevölkerungswachstum als Entwicklungshindernis einstufen<sup>296</sup>**

Specific Development Problems	<i>LCEs and PDCs</i>		
	Governor/ Mayor	Vice-Governor/ Vice Mayor	Planning Dev't Coord.
Rapid Population Growth	25,0	29,4	48,6
In-migration	21,6	17,4	18,1
Population, Environment	15,5	0,9	0,0
Out-migration	15,5	23,9	2,1
High Fertility	10,3	3,7	11,1
Urbanization	6,9	1,8	0,0
High Mortality	0,0	0,9	0,0
FP-related problems	0,0	0,0	0,7
Other problems	0,0	0,9	2,8
No Information	0,0	2,8	2,1
Not applicable/No population problem mentioned	5,2	18,3	14,6

N=116; 110;144

<sup>296</sup> Ebd. S. 7.

Die Ergebnisse der Studie belegen, daß bei den politisch lokal Verantwortlichen zwar ein relativ hoher Bewußtseinsgrad in bezug auf Bevölkerungsprobleme und Familienplanung herrscht. Es wird jedoch auch festgestellt, daß es zum Teil an der Umsetzung des Bewußtseins in lokales Handeln mangelt. Für viele Lokalregierungen stellen die durch die Dezentralisierung übertragenen Verantwortlichkeiten immer noch eine Herausforderung dar, der sie noch nicht entsprechend begegnen können. Es fehlt zum Teil an finanziellen Mitteln wie auch an der nötigen Infrastruktur, um solche Programme erfolgreich implementieren zu können.

#### **7.4. Analyse der größten Geberorganisationen im Bereich Familienplanung und reproduktive Gesundheit**

Seit Beginn des Bevölkerungs- bzw. Familienplanungsprogramms auf den Philippinen haben externe Geberorganisationen (bi- und multilateral) einen Großteil des Programms finanziert. In einer von UNFPA weltweit durchgeführten Studie wird ersichtlich, daß im vergangenen Jahrzehnt zunehmend mehr Mittel für Bevölkerungsprogramme in Asien und für den pazifischen Raum zur Verfügung gestellt worden sind.<sup>297</sup> Die gesamte Region erhält mittlerweile fast genau so viel Unterstützung (26 %) für Bevölkerungsprogramme<sup>298</sup> wie der afrikanische Kontinent (27 %). 1995 erhielten die Philippinen Unterstützung im Gegenwert von 47,27 Millionen US \$. In Südostasien erhielten die Philippinen damit am meisten Unterstützung. Länder wie Indonesien, Thailand und Vietnam erhielten erheblich weniger finanzielle Hilfen. Hier waren es 1995 26,28 Mio. US \$ für Indonesien, 6,73 Mio. US \$ für Thailand und 23,96 US \$ für Vietnam. Nur Bangladesch (65,40 Mio. US \$) und Indien (60,23 Mio. US \$) erhielten in Asien für Bevölkerungsprogramme mehr finanzielle Unterstützung als die Philippinen.

Im nachfolgenden sollen die bereits unter Kap. 7.3 erwähnten Programme mit ihren Schwerpunkten kurz vorgestellt werden:

➤ **Integrated Family Planning and Maternal Health Program (IFPMHP)**

Dieses Programm hat eine Laufzeit von sechs Jahren (1994-2000). Eine Anschlußphase nach dem Jahr 2000 ist geplant. Das Programm erhält 50 Millionen US \$ durch USAID. Ziel ist es, die Gesundheit von Frauen und Kleinkindern (0-4 Jahre) zu verbessern und den ungedeckten Bedarf an Verhütungsmitteln zu verringern. Das Programm ist in allen drei Bereichen/Ebenen (national, lokal und Privatsektor einschl. NROs) tätig. Die Verfügbarkeit von Servicestellen für die reproduktive Gesundheit soll im

---

<sup>297</sup> UNFPA (1997): Global Population Assistance Report 1995. New York.

<sup>298</sup> Unter Bevölkerungsprogrammen sind hier folgende Aktivitäten zu verstehen: basic reproductive health services; family planning services; maternal, infant and child health care; prevention of sexually transmitted diseases, including HIV/AIDS; basic research, data, and population and development policy analysis; population information, education and communication. Vgl. UNFPA (1997) a.a.O. S. 26 f.

privaten und öffentlichen Sektor erweitert werden. Insbesondere sollen Frauen aus Risikogruppen vermehrt diese Dienste in Anspruch nehmen. Weiterhin sollen ausgewählte Gesundheitsdienste ( z.B. CARI, EPI, ORT und Nahrungszusätze) für Kinder auf lokaler Ebene gefördert werden

➤ LGU Performance Program (LPP)

Dieses Programm ist Bestandteil des o.a. IFPMHP. Es ist ein leistungsorientiertes Ausgabenprogramm, in dem Lokalregierungen Zuwendungen erhalten, wenn sie vorgegebene Richtwerte („benchmarks“) erreicht haben. Das Programm soll im wesentlichen dazu dienen, die Fähigkeiten der Lokalregierungen in Bezug auf die Planung und Implementierung von Bevölkerungsprogrammen zu verbessern. 1997 nahmen 65 von 78 Lokalregierungen (Provinzen) an diesem Programm teil.

➤ Women´s Health and Safe Motherhood Project (WHSM)

Bei diesem Projekt handelt es sich um eine Mischfinanzierung aus Subventionen und Krediten (WB, ADB, AusAID, EU und KfW). Ziel des Projektes ist es, den Gesundheitszustand von Frauen zu verbessern. Insbesondere soll die Qualität der reproduktiven Gesundheitsdienste verbessert werden. Weiterhin soll das Gesundheitsministerium in Bereichen der Politikgestaltung und der Logistik finanziell und technisch unterstützt werden. Durch die Teilnahme von Lokalregierungen und Nichtregierungsorganisationen soll die Effektivität und Nachhaltigkeit des Projektes gefördert werden. Die im Projekt enthaltenen Gesundheitsdienste konzentrieren sich auf Mütter einschließlich Familienplanungsdienste.

➤ UNFPA Fourth Country Programme (1994-1998).

Das Fünfjahresprogramm von UNFPA arbeitet auf drei Ebenen: Gesundheitsministerium, Lokalregierung und NROs. Durch Verbesserung der Infrastruktur, Training, Management-Information-Systeme und andere Formen technischer Unterstützung soll das Management der Familienplanungsabteilung im Gesundheitsministerium, in den Regionalbüros und 52 „retained“ Krankenhäusern, in zwei weiteren Regierungsbehörden, 27 Provinzen und stark urbanisierten Städte, und 1.317 Serviceeinrichtungen von NROs verbessert

sowie Hilfestellung bei der Implementierung des Familienplanungsprogramms gegeben werden.

➤ Comprehensive Maternal and Child Health Project (CMCH)

AusAID und UNICEF leisten technische Unterstützung auf zentraler Ebene beim Gesundheitsministerium und in 15 ausgewählten Pilotprovinzen. Die einzelnen Komponenten beinhalten Dienste im Bereich sichere Mutterschaft, Integration von Familienplanung und MCH, Analphabetentum bei Frauen, EPI, CDD, CARI, Beseitigung von Vitamin A-Mangel, IEC und darüber hinaus die Stärkung der Lokalregierungen.

➤ Urban Health and Nutrition Project (UHNP)

Dieses Projekt wird durch die Weltbank und AusAID unterstützt. Es spricht die Gesundheits- und Ernährungsprobleme in dichtbesiedelten Städten an. Im wesentlichen konzentriert es sich auf Metro Manila, Metro Cebu und Cagayan de Oro. Die Gesundheitssituation der städtischen armen Bevölkerung soll verbessert werden, indem folgende Dienste angeboten bzw. gefördert werden: MCH, Familienplanung, Ernährung, Kontrolle der Tuberkulose, sexuell übertragbare Krankheiten, akute Atemwegs- und Durchfallerkrankungen.

Durch die Auflistung der einzelnen Programmaktivitäten und deren Finanzierung ist deutlich geworden, daß das philippinische Familienplanungsprogramm sehr stark von bi- und multilateralen Geberorganisationen abhängig ist. Dies wird sich auf Grund der finanziellen Möglichkeiten der philippinischen Regierung in naher Zukunft nicht ändern. Die in der nationalen Familienplanungsstrategie gesteckten Ziele,<sup>299</sup> die Eigenbeteiligung der philippinischen Regierung von 0,1 % auf 2 % zu erhöhen, und eine stärkere Beteiligung von NROs und dem privaten Sektor am Familienplanungsprogramm, kann im wesentlichen in zwei Richtungen wirken.

a) Durch eine stärkere Integration des privaten Sektors (contraceptive social marketing, market segmentation) wird versucht, die mittleren und oberen Einkommensklassen dazu zu bewegen, die Dienste des privaten Sektors in Anspruch zu nehmen. Dies hätte zur Folge, daß die finanziellen Ressourcen

---

<sup>299</sup> Vgl. Kapitel 7.3.

der Regierung gezielter für die Versorgung der unteren Einkommensgruppen mit Basisdiensten verwendet werden können.

- b) Die Erhöhung des Eigenbeitrags der philippinischen Regierung setzt die Zustimmung des Kongresses bei der Budgetierung voraus, was nur durch eine verstärkte Diskussion der Problematik des Bevölkerungswachstums auf politischer Ebene zu erreichen ist.

Gelingt es, mehr finanzielle Ressourcen und dadurch auch eine stärkere politische Unterstützung zu gewinnen, so könnte dies zusammen mit einer stärkeren Beteiligung von NROs und dem privaten Sektor zu einem offeneren Umgang mit dem Thema in der Gesellschaft führen. Mit welchen Schwierigkeiten ein nationales Familienplanungsprogramm auf den Philippinen konfrontiert ist, wird in Kapitel 7.6 erörtert.

Eine Überprüfung der Wirksamkeit einzelner Programme findet überwiegend durch die finanzierende Organisation statt, bzw. externe Gutachter erhalten den Auftrag, Projektfortschrittskontrollen und Evaluierungen durchzuführen. Das Gutachten ist der Öffentlichkeit nur in den seltensten Fällen zugänglich; es verbleibt im Regelfall bei der Geberorganisation. Selbst die Berichte von schon länger abgeschlossenen Projekten werden nicht an Außenstehende gegeben.<sup>300</sup> Den Regierungsbehörden eines Entwicklungslandes kann eine objektive Betrachtungsweise durch das Abhängigkeitsverhältnis, in dem es sich gegenüber Geberorganisationen befindet, erschwert werden. Auf nationaler Ebene finden regelmäßig Untersuchungen über die Anwendung von Verhütungsmitteln statt. Im folgenden sollen Veränderungen bei der Benutzung verschiedener Kontrazeptiva näher untersucht werden.

---

<sup>300</sup> Auf Nachfragen bei der Asiatischen Entwicklungsbank (ADB), die zu Beginn der 80er Jahre, zusammen mit der Weltbank, ein großes Projekt auf den Philippinen im Bevölkerungsbereich durchführte, erhielt ich im Frühjahr 1998 die Antwort, daß der Mitte der 80er Jahre erstellte Evaluierungsbericht nur Angestellten der ADB oder Weltbank zugänglich ist.

## 7.5 Wissen und Anwendung von Kontrazeptiva

Bei der Mehrzahl der modernen Verhütungsmethoden handelt es sich um hormonelle Kontrazeptiva, die eine medizinische Voruntersuchung und Beratung erfordern. Hinzu kommt, daß bei manchen Methoden (Spirale, Implantate und Sterilisation) ein medizinischer Eingriff erforderlich ist. Die Verbreitungsrate von Verhütungsmitteln auf den Philippinen ist in den Jahren von 1993 bis 1998 zwar von 40 % auf 46,1 % gestiegen. Jedoch zeichnet sich seit 1996 ein rückläufiger Trend ab. Einen Überblick über die Benutzungsrate von Verhütungsmitteln gibt Tabelle 3. Seit 1995 führt das nationale Statistikbüro in Zusammenarbeit mit dem Gesundheitsministerium eine jährliche Studie über Familienplanung und angewandten Verhütungsmethoden durch. In der Studie von 1997 wird eine Rate von 47,0 % angegeben, bezogen auf verheiratete Frauen im Alter von 15-49 Jahren, die eine Verhütungsmethode benutzen.<sup>301</sup> Der erneute Rückgang der Benutzungsrate von Verhütungsmitteln um einen Prozentpunkt innerhalb eines Jahres (1997-1998) läßt den Abstand zu anderen Entwicklungsländern noch größer werden. Im Durchschnitt beträgt die kontrazeptive Prävalenzrate in Entwicklungsländern 53 %, bezogen auf verheiratete Frauen.<sup>302</sup>

Die meist verbreitete Verhütungsmethode auf den Philippinen unter verheirateten Frauen ist die Sterilisation (10,3 %), gefolgt von der Pille (9,9 %) und Intra-Uterin-Pessar (3,7 %). Diese sogenannten modernen Methoden haben einen Anteil von 28,2 % an der Gesamtverbreitungsrate. Die traditionellen Methoden werden von 17,9 % der verheirateten Frauen benutzt. Diese Methoden verteilen sich im wesentlichen auf Kalender- und Rhythmusmethode und periodische Enthaltbarkeit (8,7 %) sowie Koitus interruptus (8,9 %).<sup>303</sup> Es werden jedoch zunehmend injizierbare hormonelle Kontrazeptiva eingeführt. Die hormonelle

---

<sup>301</sup> National Statistics Office, NSO (1997): 1997 Family Planning Survey. Final Report. October 1997. Manila. Philippines.

<sup>302</sup> Vgl. DGVN (1997), S. 71. Dieser Prozentsatz bezieht sich auf die Entwicklungsländer, die nach UNEinteilung in „less developed regions“ eingestuft werden und in denen der Großteil der Weltbevölkerung (4,67 Milliarden) lebt.

<sup>303</sup> Einen Überblick über die Faktoren, die zu einer Unterbrechung oder einem Wechsel von einer Verhütungsmethode zu einer anderen beitragen findet sich bei A. E. Perez, T. L. Tabijie (1996): Contraceptive Discontinuation, Failure, and Switching Behavior in the Philippines. DHS Working Papers No. 18. Macro International Inc., Calverton, Maryland, USA.

Verhütungsspritze Depo-Provera wurde 1994 auf den Philippinen zur kommerziellen Vermarktung zugelassen.<sup>304</sup> Eine Übersicht über die Trends bei angewandten Verhütungsmethoden und deren Prozentsatz wird in Tabelle 13 gegeben. Bei den neuesten Zahlen für die angewandten Verhütungsmitteln ist auffallend, daß der Rückgang der kontrazeptiven Prävalenzrate anscheinend durch einen Rückgang bei der Einnahme der Pille zu erklären ist. Hier fiel die Benutzer-rate von 12,5 % (1997) auf 9,9 % (1998). Gleichzeitig ist ein stetiger Anstieg bei injizierbaren Kontrazeptiva zu sehen.<sup>305</sup>

**Tabelle 13: Prozentsatz verheirateter Frauen zwischen 15 und 44 Jahren, die moderne oder traditionelle Verhütungsmethoden benutzen. Philippinen: 1968-1997<sup>306</sup>**

Studie / Umfrage	Moderne Methoden	Traditionelle Methoden	Gesamt
1968 National Demographic Survey	2,9	12,5	15,4
1973 National Demographic Survey	10,7	6,7	17,4
1978 Rep. of the Philippines Fertility Survey	17,2	21,3	38,5
1983 National Demographic Survey	18,9	13,1	32,0
1988 National Demographic Survey	21,6	14,5	36,1
1993 National Demographic Survey	24,9	15,1	40,0
1995 Family Planning Survey <sup>1</sup>	25,5	25,2	50,7
1996 Family Planning Survey <sup>1</sup>	30,2	17,9	48,1
1997 Family Planning Survey <sup>1</sup>	30,9	16,1	47,0
1998 National Demographic and Health Survey <sup>1</sup>	28,2	17,9	46,1

<sup>1</sup> Zahlen für 1995-1998 basieren auf verheirateten Frauen im Alter von 15-49 Jahren.

Quellen: National Statistics Office (NSO), 1995, 1996 and 1997 Family Planning Surveys. NSO/MI (1994). NSO/MI (1998).

<sup>304</sup> Die Verhütungsspritze DMPA wird seit Ende der 70er Jahre von einigen Familienplanungsprogrammen angeboten, vgl. DOH (1992), S. 15.

<sup>305</sup> Eine Erklärung für den Rückgang bei der Einnahme der Pille konnte auf Grund der Aktualität der Daten noch nicht gegeben werden.

<sup>306</sup> National Statistics Office, NSO (1997): 1997 Family Planning Survey. Final Report. October 1997. Manila. Philippines. S. 16.

**Tabelle 14: Trends bei der Anwendung von Verhütungsmethoden**<sup>307</sup>

Prozentsatz von verheirateten Frauen im Alter von 15-49 Jahren, die eine Verhütungsmethode anwenden

<b>Verhütungsmethoden</b>	<b>1993 NDS</b>	<b>1997 FPS</b>	<b>1998 NDHS</b>
<b>Irgendeine Methode</b>	<b>40,0</b>	<b>47,0</b>	<b>46,1</b>
<b>Moderne Methoden, gesamt</b>	<b>24,9</b>	<b>30,9</b>	<b>28,2</b>
Pille	8,5	12,5	9,9
Intra-Uterin-Pessar	3,0	3,0	3,7
Injizierbare hormonelle Kontrazeptiva	0,1	2,0	2,4
Kondom	1,0	1,7	1,6
Weibliche Sterilisation	11,9	10,6	10,3
Männliche Sterilisation	0,4	0,2	0,1
Mucus, Billings, Ovulation	k.A.	0,1	0,2
LAM (Lactational Amenorrhoea Method)	k.A.	0,8	<0,05
Stillen als angewandte Verhütungsmethode			
<b>Traditionelle Methoden, gesamt</b>	<b>15,1</b>	<b>16,1</b>	<b>17,9</b>
Kalender/Rhythmus	7,3	9,7	8,7
Koitus interruptus	7,4	5,9	8,9
Andere	0,4	0,5	0,3

NDS = National Demographic Survey  
 FPS = Family Planning Survey  
 NDHS = National Demographic and Health Survey

Von den verheirateten Frauen, die keine Kontrazeptiva benutzen, geben 24,3 % an, daß sie Kinder bekommen wollen. Etwa 30 % gaben an, daß sie zu alt sind oder auf Grund von Schwierigkeiten bei Frau oder Mann es unwahrscheinlich ist, schwanger zu werden (10,8 %), daß die Frauen sich in den Wechseljahren befinden oder eine Totaloperation hatten (9,6 %), sie selten Geschlechtsverkehr haben oder ihre Ehemänner abwesend sind (9,2 %). Weitere 6,3 % gaben an, daß sie amenorrhöisch (Ausbleiben der Menstruation) (5,0 %) oder nicht verheiratet bzw. sexuell inaktiv sind (1,3 %).

Mehr als 13 % der Frauen nannten Gründe, die sich direkt auf die Kontrazeptiva bezogen: Nebenerscheinungen (11,8 %), unpraktisch im Gebrauch (1,0 %), zu teuer (0,4 %), schwer erhältlich (0,5 %). Gesundheitliche Bedenken äußerten 8 % der Frauen. Das Benutzungsverbot von Benutzen von Kontrazeptiva auf Grund religiöser Diktate nannten 4,6 %. Fehlende Information und geringes Wissen über Kontrazeptiva wurden von 2,7 % der Frauen genannt. Weitere 2,2 % sind gegen

<sup>307</sup> NSO/MI (1998) a.a.O. S. 9.

Familienplanung und 4,6 % wenden aus fatalistischen Gründen keine Familienplanungsmethode an.

Das Wissen über Verhütungsmittel ist relativ hoch. Mindestens eine Verhütungsmethode (moderne oder traditionelle) kennen 97 % aller verheirateten Frauen im Alter zwischen 15 und 49 Jahren. Nimmt man die Gesamtzahl aller Frauen im gleichen Alter, sind es immer noch 96 %, die eine Verhütungsmethode nennen können.<sup>308</sup>

## 7.6. Position und Rolle der katholischen Kirche

Für die katholische Kirche sind natürliche Verhütungsmethoden der einzige Weg, Familienplanung zu betreiben. Aus diesem Grunde fand 1990, nach Bekanntwerden des neuen Familienplanungsprogramms, ein Treffen zwischen Vertretern des Gesundheitsministeriums und der Philippinischen Bischofskonferenz (Catholic Bishops Conference of the Philippines, CBCP) statt. Bei dem Treffen bekräftigten die Vertreter der Bischofskonferenz ihre Vorbehalte gegen Verhütungsmittel und Sterilisation<sup>309</sup> - fügten in der gemeinsam verabschiedeten Erklärung aber hinzu: „But in a pluralistic society and recognizing the freedom of those who disagree with church principles, the Church respects the government’s toleration of other means that the conscience of others may not subject to, and that the law on abortion does not forbid. Nonetheless, the Church seeks greater emphasis on natural family planning as consistent with moral teachings and religious beliefs.“<sup>310</sup> Obwohl dieses Treffen als gute Ausgangsbasis für weitere Diskussionen zwischen Regierung und Kirche angesehen wurde, kam es am 14. Oktober 1990 zur Verlesung eines Hirtenbriefes in sämtlichen Gemeinden auf den Philippinen. In dem Hirtenbrief wurden die Gläubigen unter anderem ermahnt, daß „... all who wish to remain faithful to Gospel values cannot associate

---

<sup>308</sup> NSO / MI (1994). a.a.O. S. 39.

<sup>309</sup> Die Bischöfe können sich auf die Enzyklika *Humanae Vitae* von 1968 berufen, in der durch den Papst eindeutig Stellungnahme gegen jegliche Art von künstlichen Verhütungsmethoden bezogen wird.

<sup>310</sup> Auszug aus dem „Joint Statement by the Government-CBCP Panels, August 1990,“ in: Bengzon (1994), S. 109. Bengzon nahm an dem Treffen in seiner Funktion als Gesundheitsminister teil.

themselves with this program [Familienplanungsprogramm] - not even in appearance.<sup>311</sup>

Die Tatsache, daß nicht alle Bischöfe von dem Hirtenbrief Kenntnis gehabt haben sollen, spiegelt die Uneinigkeit innerhalb der Bischofskonferenz bezüglich der resoluten Haltung der Kirche wider.<sup>312</sup> An dem Konflikt zwischen Regierung und Kirche in Bezug auf Familienplanungsprogramme hat sich bis heute nichts geändert. Wissenschaftliche Untersuchungen haben ergeben, daß kein direkter Zusammenhang zwischen der Benutzung von Verhütungsmitteln und der Mitgliedschaft in der katholischen Glaubensgruppe besteht. Der Anteil katholischer Frauen, die Verhütungsmittel benutzten, war in keiner Untersuchung geringer als der Anteil von Frauen, die einer anderen Religionsgemeinschaft angehörten.<sup>313</sup> Die protestantische Kirche (United Church of Christ) und die größte unabhängige Kirche (Iglesia ni Cristo) auf den Philippinen unterstützen das Familienplanungsprogramm des Gesundheitsministeriums.

Um die unterschiedlichen Ansichten innerhalb der katholischen Kirche zu verdeutlichen, wird eine horizontale und vertikale Untergliederung getroffen.<sup>314</sup> Auf der horizontalen Ebene findet sich bei der katholische Kirche das gesamte Spektrum: auf der rechten konservativen Seite wendet sich der Opus Dei gegen jegliche Art von Familienplanung; Sexualverkehr diene allein der Fortpflanzung. Auch im Senat ist eine Gruppe vertreten, die hierzu gezählt werden kann. Rechts der Mitte befinden sich die „Pro-Lifers“, die sich ausschließlich für „natürliche“ Familienplanungsmethoden aussprechen. Moderne Verhütungsmethoden wie z. B. Pille oder Spirale werden als Methoden bezeichnet, die letztendlich einem Schwangerschaftsabbruch gleichkämen. Diese Gruppe betreibt zum Teil aggressive Werbung für ihre Ziele und Ansichten. Einige Lokalregierungen haben Mitglieder von „Pro-Life“ an ihrer Spitze. Der Gouverneur von Laguna, der sich

---

<sup>311</sup> Bengzon (1994), S. 110.

<sup>312</sup> ebd.

<sup>313</sup> Vgl. S.H. Guerrero / Ma.R.P. Balleascas: population processes and philippine social institutions: the impact of fertility and migration on the family, the political institution, and the church. in: Herrin (1994), S. 691-750, hier S. 712. Der Streit wird in erster Linie zwischen der Bischofskonferenz und dem für Familienplanung zuständigen Gesundheitsministerium geführt.

<sup>314</sup> Bei den Ausführungen zur horizontalen und vertikalen Untergliederung wird Bezug genommen auf ein Gespräch mit Ramon A. Tagle Jr., der langjähriger Direktor der „Family Planning Organization of the Philippines“ war und sich eingehend mit der Haltung der katholischen Kirche gegenüber Familienplanung auseinandergesetzt hat.

zu „Pro Life“ bekennt, hat moderne Verhütungsmethoden in Krankenhäusern und Hospitälern, die der Provinzregierung unterstehen, verboten.

Links von der Mitte stehen diejenigen, für die natürliche Verhütungsmethoden die besten Methoden darstellen. Sollte jedoch das Paar nach eingehender Beratung überzeugt sein, daß sie eine moderne Verhütungsmethode anwenden wollen, wird dies als eine moralische Option akzeptiert. Zu dieser Gruppe würde Tagle die Mehrzahl der Bischöfe und Priester zählen - obwohl diese in der Öffentlichkeit ihre liberale Haltung nie zugeben würden. Auf der ganz linken Seite finden sich auch Priester, die sämtlichen Verhütungsmethoden zustimmen. In bestimmten Fällen würden manche auch Schwangerschaftsabbrüche zulassen.

Im wesentlichen kann festgestellt werden, daß auf der Familienebene der Einfluß der katholischen Kirche in Bezug auf Familienplanung nur begrenzt Wirkung zeigt. Dies haben wissenschaftliche Untersuchungen belegt. Die konservative katholische Kirche, mit dem Erzbischof aus Manila, Kardinal Sin, an der Spitze, macht jedoch auf der politischen Ebene nach wie vor ihren Einfluß geltend. Bislang hat es keine Regierung gewagt, eine offene progressive landesweite Informations- und Werbekampagne für Familienplanung durchzuführen. Auch im Rahmen des nationalen AIDS-Programms hüten sich Politiker, offen für Kondombenutzung zu werben. Einer, der das getan hat, der ehemalige Gesundheitsminister Juan M. Flavier, kam unter starken Rechtfertigungszwang durch die katholische Kirche und konnte nur mit Mühe gegen den Willen der katholische Kirchenleitung in den Senat gewählt werden. Auch der protestantische Präsident Fidel Ramos hat es nicht gewagt, sich mit der Leitung der katholischen Kirche anzulegen. Bei über 80 % Katholiken auf den Philippinen und dem Kampfgeist der katholischen religiösen Führern wissend, käme dies sehr schnell einem politischen Selbstmord gleich. Diese Auffassung wurde immer wieder im Verlauf von Gesprächen mit Wissenschaftlern, NRO-Vertretern und Angestellten aus dem Gesundheitsministerium bestätigt.<sup>315</sup>

---

<sup>315</sup>Vgl hierzu auch Ramos-Jimenz, Pilar und Manuel, Rommel S. (1994): Gender, Sexuality and Reproductive Rights in the Philippines. Seminar Series No. II. Cultural/Religious Values and Reproductive Health and Rights: Are there Dilemmas? Task Force on Social Science and Reproductive Health, De La Salle University, Manila.

## 7.7. Analyse der Gesundheitssituation

Der politische Umbruch von 1986 hatte auch Auswirkungen auf das Gesundheitssystem. Unter anderem sollte der Ansatz der primären Gesundheitspflege institutionalisiert werden. *„The Primary Health Care approach shall be institutionalized. It shall focus on making essential health care universally accessible to individuals and families in the community through means acceptable to them, through their initiative and full participation, and at a cost that the community and country can afford.“*<sup>316</sup> Um diese Ziele zu erreichen, wurde im Rahmen der Dezentralisierung politische Macht und Verantwortung von nationalen Regierungsstellen auf regionale und lokale Einrichtungen übertragen. Die gesetzliche Grundlage hierfür wurde mit dem „Local Government Code (LGC)“ von 1991 geschaffen. Die Gründe und Vorteile einer Dezentralisierung des Gesundheitswesens werden im wesentlichen in folgendem gesehen:<sup>317</sup>

1. „Allow people to participate actively in formulating - and making decisions about - the delivery of health care in their community;
2. Enhance the health care delivery system as an integrated and comprehensive approach to health development;
3. Make essential goods, health, and other social services available to children, women, families, and communities at affordable cost and according to their needs; and
4. Give priority to the under-privileged, sick, under-served children and women, the handicapped, and low-income groups.“

Die Gesundheitsversorgung der Bevölkerung soll durch die Dezentralisierung zu einem großen Teil in den Aufgabenbereich der lokalen politischen Führung (Local Government Units, LGUs) übergehen. Hierdurch versprach man sich eine größere Beteiligung der Bevölkerung an politischen Entscheidungsprozessen.

Einen Überblick über den Gesundheitszustand der philippinischen Bevölkerung geben folgende Tabellen.

---

<sup>316</sup> National Economic and Development Authority, NEDA (1986): Medium-Term Philippine Development Plan 1987-1992. Manila. S. 229.

<sup>317</sup> Universities of England Consortium for International Activities (UNECIA) et al, Hrsg.(1994): Integrated community health services project. Draft final report. Vol. I: Chapters 1-3. Manila. S. 2.1-5.

**Tabelle 15: Gesundheitsindikatoren<sup>318</sup>**

<b>Gesundheitsindikatoren*</b>	<b>1985</b>	<b>1990</b>	<b>1992</b>	<b>1993</b>
Geburtenrate	26,3	22,4	22,9	25,1
Sterblichkeitsrate	6,1	4,0	3,8	4,8
Säuglingssterblichkeit	38,0	22,9	38,5	52,3
Müttersterblichkeit	1,0	0,8	0,8	0,9
Übertragbare Krankheiten, Sterberate	206,7	204,5	190,1	133,8
Herzerkrankungen, Sterberate	66,3	72,5	58,9	72,5
bösartige Geschwülste, Todesrate	33,2	33,1	33,3	37,9
Lebenserwartung (in Jahren)	63,1	64,6	65,2	65,5

\* Geburten- und Sterblichkeitsrate auf 1000 Einwohner  
 Säuglings- und Müttersterblichkeit auf 1000 Lebendgeburten  
 Sterbe- und Todesraten auf 100.000 Einwohner

**Tabelle 16: Die 10 häufigsten Krankheiten / 100,000 Einwohner<sup>319</sup>**

<b>Krankheiten</b>	<b>1982-1992 (Ø)</b>		<b>1993</b>	
	<i>Anzahl</i>	<i>Rate</i>	<i>Anzahl</i>	<i>Rate</i>
Diarrhö	872.469	1,371,4	1.337.449	1.996,7
Bronchitis	859.135	1,350,5	903.508	1.348,9
Influenza	537.616	901,7	609.471	909,9
Lungenentzündung	269.289	423,3	470.574	702,5
Tuberkulose	161.269	253,5	159.049	237,5
Unfälle	118.609	186,4	162.087	242,0
Erkrankungen des Herzens	80.656	126,8	111.874	167,0
Masern	54,396	85,5	85.345	127,4
Varicella	32,413	50,9	71.317	106,5
Malaria	80,646	126,8	49.506	73,9

<sup>318</sup> Angaben für die Jahre 1985, 1990 und 1992 stammen aus 1994 Philippine Yearbook. S. 307 ff. Zahlen für 1993 sind aus der Philippine Health Statistics 1993 entnommen. Beide Quellen beziehen ihre Daten aus dem Gesundheitsministerium. Die Angabe zur Säuglingssterblichkeit für das Jahr 1993 ist zweifelhaft. In anderen Dokumenten wird eine deutlich niedrigere Rate angegeben. Die UN Population Division beziffert die Säuglingssterblichkeit für den Zeitraum von 1990-1995 auf 40 pro 1000 Lebendgeburten, in United Nations Population Division (1998).

<sup>319</sup> DOH (1997): Philippine Health Statistics 1993. Health Intelligence Service, Department of Health, Manila.

**Tabelle 17: Die 10 häufigsten Todesursachen (Anzahl / % Gesamttodesfälle)**

Todesursachen	1982-1992 ( $\bar{\theta}$ )		1993	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Erkrankungen des Herzens	45.419	14,4	48.582	15,3
Gefäßkrankheiten	35.414	11,2	37.358	11,7
Lungenentzündung	42.022	13,3	35.582	11,2
bösartige Geschwülste	23.946	7,6	25.399	8,0
Tuberkulose, alle Arten	23.356	7,4	24.580	7,7
Unfälle	11.292	3,6	13.477	4,2
chronische obstruktive Lungen- erkrankungen	7.931	2,5	11.154	3,5
Andere Erkrankungen der Atemwege	6.804	2,2	6.955	2,2
Diarrhö	7.674	2,4	5.759	1,8
Nierenentzündung, nephrotische Syndrome und Nephrosen	5.137	1,6	5.510	1,7

Insgesamt starben 1993 34,673 Säuglinge vor ihrem ersten Geburtstag. Dies bedeutet im Durchschnitt mehr als 4 Säuglinge pro Stunde. Lungenentzündung (22 %) und Erkrankungen der Atemwege (16,3 %) bildeten hierbei die häufigsten Todesursachen bei Säuglingen. Angeborene Anomalien (6,8 %) und Diarrhö (4,8 %) folgen auf Platz drei und vier in der Gesundheitsstatistik von 1993.<sup>320</sup>

Die Müttersterblichkeit ist in dem letzten Jahrzehnt nur geringfügig zurückgegangen und unterliegt immer wieder Schwankungen. So wird 1989 die Müttersterblichkeit mit einer Rate von 0,70 auf 1.000 Lebendgeburten angegeben - im Gegensatz zu 0,82 1992 und 0,92 1993. Verglichen mit der Rate von 1985 (1,0) bedeutet dies eine Verbesserung von etwa 10 % in einem Zeitraum von 8 Jahren.<sup>321</sup>

Risikoschwangerschaften bilden die häufigsten Todesursachen bei der Müttersterblichkeit. Von 1.548 Frauen, die bedingt durch Schwangerschaft und Geburt starben, waren 134 bzw. 8,7 % unter 20 Jahre alt. Insgesamt gehen 41,3 % dieser Todesfälle auf Risikoschwangerschaften zurück, wenn alleine das Alter (<20 und

<sup>320</sup> DOH (1997): S 201.

<sup>321</sup> Zahlen stammen aus DOH (1997): Philippine Health Statistics 1993. Health Intelligence Service, Department of Health. Manila und Republic of the Philippines - NSO (1995): 1994 Philippine Yearbook. Manila.

>34 Jahre) als Bezugsgröße genommen wird.<sup>322</sup> Teenage-Schwangerschaften werden auf 165.000 pro Jahr geschätzt.<sup>323</sup>

### **HIV+ und AIDS**

In dem Zeitraum von Januar 1984 bis Januar 1998 wurden insgesamt 983 Personen, die mit dem lebensbedrohlichen HIV-Virus infiziert waren, registriert.<sup>324</sup> Von diesen hatte ca. ein Drittel das Vollbild AIDS (323). 173 Menschen starben aufgrund von AIDS. Der Männeranteil war bei den Infizierten mit 568 Fällen höher als der Frauenanteil mit 408 registrierten Fällen. Bei den Frauen ist die Altersgruppe von 19-29 mit 226 die am stärksten betroffene Gruppe. Bei den Männern sind es hingegen die 30-39jährigen, die mit 219 HIV+ Infizierten die größte Gruppe bilden. Bei den Übertragungswegen bildet der heterosexuelle Kontakt über die Hälfte (525) aller mit HIV+ infizierten Fälle.

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) schätzte Ende 1997 die Zahl der mit HIV infizierten Personen auf den Philippinen auf 25.000. Es wird davon ausgegangen, daß nur ca. 5 % der mit dem HIV Virus infizierten Personen und ca. 40 % der AIDS-Fälle gemeldet werden.<sup>325</sup>

Die Gesundheitssituation hat sich im letzten Jahrzehnt nur geringfügig verbessert. Die Lebenserwartung hat sich um mehr als zwei Jahre auf 65,5 Jahre erhöht, wie auch weitere Erfolge bei der Bekämpfung der Malaria zu verzeichnen sind. Bei den drei am häufigsten vorkommenden Krankheiten (Diarrhö, Bronchitis und Influenza) handelt es sich um Krankheiten, denen mit relativ einfachen Mitteln zu begegnen ist, was u.a. auf eine unzureichend Basisgesundheitsversorgung schließen läßt.<sup>326</sup>

---

<sup>322</sup> DOH (1997): S. 205-209.

<sup>323</sup> NSO / MI. (1994b): Mothers' and Children's Health in the Philippines. Regional Patterns. S. 11.

<sup>324</sup> HIV/AIDS Registry, Field Epidemiology Training Program, DOH, January 1998 update.

<sup>325</sup> Schätzungen wurden auf Anfrage von UNAIDS-Manila erteilt.

<sup>326</sup> Eine Zusammenstellung der Gesundheitsindikatoren findet sich bei ADB (1998) a.a.O. S. 173-210.

## 7.8. Primäre Gesundheitspflege auf den Philippinen

Das Konzept der primären Gesundheitspflege auf den Philippinen kann auf eine langjährige Tradition und Erfahrungswerte zurückgreifen. Im September 1981 begann man auf Anweisung des damaligen Präsidenten Marcos („letter of instruction 949“ vom Oktober 1979), das Konzept der primären Gesundheitspflege landesweit zu implementieren. Das Gesundheitsministerium übernahm die führende Rolle bei der Implementierung und konzentrierte sich zu Beginn auf folgende Bereiche:<sup>327</sup>

Die Bevölkerung wurde über die Bedeutung der Gesundheitspflege unterrichtet. Insbesondere wurden neben den Vorteilen für jeden einzelnen vor allem auch die Auswirkungen für die Entwicklung der gesamten Gemeinschaft deutlich gemacht. Die Menschen sollten in die Lage versetzt werden, ihre eigenen Gesundheitsprobleme- und Bedürfnisse zu identifizieren, um anschließend eigenständig zu entscheiden, welche weiteren Schritte notwendig sind.

Die staatlichen Gesundheitsdienste sollten ausgedehnt werden, um Barangays zu erreichen, die bislang aus verschiedenen Gründen (geographisch entlegene Gebiete, Probleme der inneren Sicherheit, Mangel an Gesundheitspersonal und ungenügende medizinische Ausrüstung sowie Mangel an Medikamenten) nicht erreicht wurden. Weiterhin wurde eine aktive Beteiligung der Bevölkerung an Maßnahmen im Gesundheitsbereich (Nahrungszubereitung, Familienplanung, Bau von sanitären Anlagen, Gebrauch von Pflanzenmedizinen, Akupunktur etc.) gefördert sowie eine größere Akzeptanz und Inanspruchnahme der vorhandenen Gesundheitseinrichtungen propagiert.

Für die Implementierung der primären Gesundheitspflege wurden neben der vorhandenen Infrastruktur des Gesundheitssystems vor allem freiwillige Gesundheitsarbeiter ausgebildet. Aufgabe der Gesundheitsarbeiter (Barangay Health

---

<sup>327</sup> Bei den Schilderungen der Anfänge der primären Gesundheitspflege wird ausschließlich Bezug genommen auf Azurin, J.C. (1988): Primary Health Care. Innovations in the Philippine Health System 1981-1985. Manila. S. 67-86.

Worker, BHW) war es, die Hebammen vor Ort zu unterstützen und Basisgesundheitsdienste des nationalen Gesundheitsprogramms entsprechend ihrer Ausbildung anzubieten. Weiterhin wurden sie mit der Aufgabe betraut, Gesundheitsdaten aus ihrer Gemeinde zu sammeln.

Dadurch, daß die freiwilligen Gesundheitsarbeiter aus der Dorfgemeinschaft gewählt wurden, erhielten sie nicht nur die Unterstützung der Gemeinschaft, sondern genossen auch das Vertrauen der Bewohner. Bis Ende Dezember 1985 wurden 350.000 freiwillige Gesundheitsarbeiter ausgebildet. Dies bedeutet, daß der Zuständigkeitsbereich für einen Gesundheitsarbeiter 20 Haushalte umfaßte. Finanzielle und technische Unterstützung bei der Ausbildung der Gesundheitsarbeiter und bei der Implementierung der Strategie der primären Gesundheitspflege fand das Ministerium vor allem bei internationalen Organisationen wie WHO, Weltbank, UNICEF und USAID.

Ein wesentliches Ziel der primären Gesundheitspflege ist es, die Gesundheitsdienste nicht nur näher zur Bevölkerung zu bringen, sondern auch das Bewußtsein jedes einzelnen dafür zu schärfen, daß die Verantwortung für die eigene Gesundheit in erster Linie bei jedem einzelnen liegt und nicht beim Arzt, der Hebamme oder dem traditionellen Heiler. Ein weiteres Ziel war es, die Verfügbarkeit von essentiellen Medikamenten zu erhöhen. Hierzu wurden kleine Apotheken auf Dorfebene (Botica sa Barangay) eingerichtet, in denen Medikamente zu niedrigen Preisen angeboten wurden. Insgesamt wurden 14.718 solcher kleiner Dorfapotheken eingerichtet, die durch ausgebildete Apothekengehilfen betreut werden.<sup>328</sup> Angaben zu der aktuellen Anzahl der Botica sa Barangay konnten von der zuständigen Abteilung im Ministerium (Community Health Service) leider nicht erbracht werden. Die Gesamtanzahl der angelegerten freiwilligen Gesundheitsarbeiter betrug im August 1997 nur noch 173,187.<sup>329</sup> Dies bedeutet im Vergleich zu 1985 einen Rückgang von ca. 50 %.

---

<sup>328</sup> Vgl. auch Tan, J.G.: Primary Health Care: Health in the Hands of the People in: Bautista, Victoria. E. et.al. (1996): Book of Readings on Primary Health Care. College of Public Administration. University of the Philippines. S. 4.

<sup>329</sup> Gesamtanzahl der Gesundheitsarbeiter wurde auf Anfrage vom "Community Health Service" gegeben.

Die stärkere Einbeziehung von Lokalregierungen und Nichtregierungsorganisationen, wie dies im Rahmen des PHC-Konzepts gefordert wird, setzt sich in der Strategie der Armutsbekämpfung auf den Philippinen fort.

## **7.9 Armutsbekämpfung auf den Philippinen**

Eine Reduzierung der Armut wird auf den Philippinen durch eine enge Kooperation zwischen der zentralen Exekutive in Manila und den Lokalregierungen vor Ort sowie durch die Integrierung von Nichtregierungsorganisationen bei der Durchführung angestrebt. Wesentliches Kernstück bei der Armutsbekämpfung bildet die aktive Teilnahme der Bevölkerung an Entscheidungsprozessen.

Bei der Erreichung der Zielgruppe setzt die philippinische Regierung nicht nur auf staatliche Einrichtungen, sondern fördert und unterstützt die aktive Partizipation der Bevölkerung. Dies findet sich in allen offiziellen Planungsdokumenten, einschließlich dem Local Government Code (LGC), der die gesetzliche Grundlage zur Dezentralisierung bildet, wieder. Im LGC wird ausdrücklich darauf verwiesen, daß Lokalregierungen die Arbeit von NGOs und POs (People's Organization) unterstützen sollen. Unter anderem wird dies aus der Zusammensetzung einzelner Gremien deutlich. So ist im LGC neben der Repräsentation von NGOs in Local Development Councils und Local Health Boards festgelegt worden, daß es Aufgabe der Barangay Development Councils sein soll, die Beteiligung der Bevölkerung an lokalen Entscheidungsprozessen zu fördern.<sup>330</sup>

Im Gesundheitssektor ergänzen sich die übertragenen Aufgaben auf die Lokalregierungen mit dem Ansatz der primären Gesundheitspflege. Aktive Beteiligung der Bevölkerung wird nicht nur gewünscht, sondern ist wesentlicher Bestandteil der primären Gesundheitspflege wie, bereits im Entwicklungsplan von 1986 gefordert.

---

<sup>330</sup> Jose N. Nollado (1996): The 1991 Local Government Code with Basic Features. Manila. Sec 106-115.

Im aktuellen Entwicklungsplan wird ausdrücklich auf die Beteiligung des privaten Sektors bei der Entwicklung des Landes hingewiesen. In erster Linie werden POs, NGOs, Kooperativen und der private Geschäftssektor genannt. Im ökonomischen Bereich soll die Privatisierung von unrentablen Staatsbetrieben vorangetrieben werden. Bei der Armutsbekämpfung wird auf eine starke Selbstbeteiligung der Zielgruppe gesetzt:<sup>331</sup> „In the context of poverty alleviation, on the other hand, the same principle also implies that projects to benefit the poor can and should be planned and carried out by the poor themselves. Finally, in terms of agenda for sustainable development, this principle points to the possibility that the environment may be protected simply by clearly defining and enforcing the rights of local communities to use resources in a sustainable manner.“

Die Familie mit ihren Werten wird im Programm wieder stärker in den Mittelpunkt gerückt.

„Strengthen the family as a basic institution and the fundamental source of positive values and attitudes;

Adopt the total family approach in the delivery of an integrated package of socio-economic services to ensure the simultaneous development of all family members;

Promote responsible parenthood with greater emphasis on shared child-rearing and home management, and the need to respect the couples' and individual contributions in all aspects of family life;

Intensify organizing efforts toward mobilizing families and individual members to effect their own development.“<sup>332</sup>

Diese Aussagen im Entwicklungsplan belegen die starke Orientierung an der kleinsten sozialen Einheit innerhalb eines Gemeinwesens. Die Familie, gesehen als wichtiges Glied in einer langen Kette von Methoden und Strategien der Armutsbekämpfung.

Um diese angeführten Ziele zu erreichen, setzt die Regierung im Bereich Armutsbekämpfung u.a. auf ein soziales Reformprogramm (Social Reform Agenda).

---

<sup>331</sup> Republic of the Philippines (1993): Medium-Term Philippine Development Plan 1993-1998. Manila. S. 9.

<sup>332</sup> MTPDP (1993): S. 2-13.

Diese Agenda wurde 1994 ins Leben gerufen. Nach zweijährigem Diskussionsprozeß und einer abschließenden Konferenz, an der Regierungs- und Nichtregierungsorganisationen teilnahmen, hat man sich 1996 auf ein Programm geeinigt, welches die Richtungen und Wege vorgibt, die zur Bekämpfung der Armut beitragen sollen. Im wesentlichen geht es um die Befriedigung von Grundbedürfnissen. Zielgruppe bilden Bauern, Tagelöhner, Fischer, städtische Arme, kulturelle Gemeinschaften, Arbeiter aus dem informellen Sektor und andere benachteiligte Gruppen (Frauen, Kinder, Personen mit Behinderungen, alte Menschen und Opfer von Natur- und Umweltkatastrophen). Zu Beginn hat man sich zunächst auf die 20 ärmsten Provinzen konzentriert.

Dieses Reformprogramm bildet das Rahmenwerk, in dem Armutsbekämpfung stattfinden soll. Folgende Punkte wurden als Interventionsmöglichkeiten für Reformen genannt, bei denen am meisten bewirkt werden kann: Soziale Fairneß und Gerechtigkeit, wirtschaftlicher Wohlstand, ökologische Sicherheit und Schaffung und Stärkung von demokratischen Strukturen und Prozessen.<sup>333</sup> Zur Umsetzung dieser Reformen konzentriert sich die philippinische Regierung auf nachfolgend ausgeführte Strategie:

Um dem Anspruch der Armutsminderung gerecht zu werden, sollen die ärmsten Gemeinden prioritär beachtet werden. Dies erfordert eine lokale Vorgehensweise. Andere Zielgruppen bilden städtische Arme in umgesiedelten Regionen und Gebiete, die durch die Agrarreform betroffen sind, sowie Gebiete mit sektorspezifischer Armutserscheinung (Gesundheit, Erziehung, Nahrung ...). Nationale und lokale Richtlinien, Programme und Rahmenvereinbarungen müssen in Bezug auf das soziale Reform Programm abgestimmt werden. Dies bedeutet zunächst Identifizierung und Beseitigung von Schwächen in bestehenden Vereinbarungen. Da die Hauptverantwortung und Last der Armutsminderung bei den Lokalregierungen liegt, sollen diese durch nationale Programme besser unterstützt werden.

Um dieses soziale Reformprogramm auf allen Ebenen etablieren zu können, soll eine Verbesserung und Stärkung von bestehenden Netzwerken stattfinden. Die

Zusammenarbeit zwischen einzelnen Akteuren muß verbessert werden mit gleichzeitiger Zuteilung von Verantwortung für einzelne Bereiche. Lokale, nationale und internationale Ressourcen sollen für dieses Programm bestimmt werden. Für das Ressourcenmanagement werden größtmögliche Transparenz und Verantwortung verlangt.

Ein wesentliches Instrument der Armutbekämpfung bildet der sog. „Minimum Basic Needs Approach“. Dieser Ansatz der Grundbedürfnisbefriedigung soll sicherstellen, daß die Zielgruppe, die Ärmsten der Armen, erreicht wird.

Im Rahmen des nationalen sozialen Reformprogramms (Social Reform Agenda, SRA) bildet der „Minimum Basic Needs (MBN) Approach“ zugleich Strategie wie auch Instrument zur Erfassung von Armutsindikatoren auf der untersten politischen Ebene, dem Barangay.

Durch diesen MBN-Ansatz sollen Daten gesammelt werden, die Auskunft über den Stand der Befriedigung von Grundbedürfnisse der Bevölkerung geben sollen. Diese Basisindikatoren bilden die Grundlage für Situationsanalysen, Planung, Implementierung, Monitoring und Evaluierung für zukünftige Programme und Aktivitäten. Dieser Ansatz steht im Einklang mit der Dezentralisierung und basiert auf einem bottom-up-Ansatz, der die Lokalregierung und die Bevölkerung von Beginn an in den Planungsprozeß mit einbezieht. Weiterhin versucht er Synergieeffekte mit anderen Sektoren zu erzielen.<sup>334</sup> Organisatorisch ist der MBN-Ansatz Teil der „Social Reform Agenda“ und ist direkt dem Büro des Präsidenten unterstellt. Hierfür wurde eine „Presidential Commission to Fight Poverty“ gegründet. Diese Kommission erfuhr nach den Wahlen eine politische und finanzielle Aufwertung, indem sie nun eine eigenständige Kommission darstellt.<sup>335</sup> Die Koordination erfolgt durch das „Comprehensive and Integrated

---

<sup>333</sup> Republic of the Philippines (1996): Achieving Sustainable Growth with Equity: The Philippine Social Reform Agenda. Manila. S. 1-2.

<sup>334</sup> Zu MBN Ansatz vgl.: Local Government Academy, Department of the Interior and Local Government (LGA-DILG) (1995): A primer on the Philippine Minimum Basic Needs (MBN) Approach. To Improved Quality of Life. Manila. Republic of the Philippines, Presidential Commission to Fight Poverty (o.Jahresangabe): A National Strategy To Fight Poverty. Manila.

<sup>335</sup> Organisatorische Neugliederung war bis zum Ende meines Aufenthalts im Juli 1998 noch nicht abgeschlossen.

Delivery of Social Services Flagship Program“ (CIDSS). Einen Überblick der einzelnen abgefragten Indikatoren gibt folgende Tabelle.<sup>336</sup>

**Tabelle 18: Indikatoren - Grundbedürfnisbefriedigung**

<b>BASIC NEEDS</b>	<b>REQUIREMENTS</b>
<b>SURVIVAL</b>	
<b>Food and Nutrition</b>	1 Newborns with birthweight of at least 2.5 kg
	2 No severely and moderately underweight children under 5 years old
	3 Pregnant and lactating mothers provided with iron and iodine supplements
	4 Infants breastfed for at least 4 months
<b>Health</b>	5 Deliveries attended by trained personnel
	6 0-1 year-olds fully immunized
	7 Pregnant women given at least 2 doses of tetanus toxoid
	8 Not more than one diarrhea episode per child below 5 years old
	9 No deaths in the family due to preventable causes within the year
	10 Couples with access to family planning
	11 Couples practicing family planning
	12 Solo parent availing of health services
<b>Water and Sanitation</b>	13 Access to potable water (faucet/deep well w/in 250 m)
	14 Access to sanitary toilets (water-sealed, antipolo, flushed)
<b>Clothing</b>	15 Family members with basic clothing (at least 3 sets of internal and external clothing)
<b>SECURITY</b>	
<b>Shelter</b>	16 House owned, rented or shared
	17 Housing durable for at least 5 years
<b>Peace &amp; Order/ Public Safety</b>	18 No family member victimized by crime against person (i.e., rape, murder, physical injury)
	19 No family member victimized by crime against property (i.e. theft, burglary, etc.)
	20 No family member displaced by natural disaster
	21 No family member victimized by armed conflict
<b>Income and Employment</b>	22 Head of family employed
	23 Other family members 15 years old and above employed
	24 Families with income above subsistence threshold level
<b>ENABLING</b>	
<b>Basic Education and Literacy</b>	25 Children aged 3-6 attending day care/preschool
	26 Children 6-12 years old in elementary school
	27 Children 13-16 years old in high school
	28 Family members 10 years old and above able to read and write and do simple calculation
<b>People's Participation</b>	29 Family members involved in at least 1 people's organization/association, community development
	30 Family members able to vote at elections
<b>Family Care/ Psychosocial Needs</b>	31 Children 18 years old and below not engaged in hazardous occupation
	32 No incidence of domestic violence
	33 No child below 7 years old left unattended

<sup>336</sup> Republic of the Philippines, Presidential Commission to Fight Poverty (o.Jahresangabe): A National Strategy To Fight Poverty. Manila. S. 3.

Der MBN-Ansatz integriert gemäß dem Konzept die lokale Bevölkerung vor Ort, und zwar von Beginn der Datenerhebung, über die Planungsphase einschließlich der Überwachung und Evaluierung von implementierten Maßnahmen. Durch diese Strategie soll ein neues Bewußtsein geschaffen werden, daß die verschiedenen Gruppen in der Gesellschaft zusammenbringt, um gemeinsam an einem Entwicklungsplan für das eigene Dorf, den Stadtteil, die Stadt oder Provinz zu arbeiten.

Das Comprehensive and Integrated Delivery of Social Services Flagship Program begann 1994 mit der Implementierung des MBN-Ansatzes. Bis zum 31. Mai 1998 hatten 1.128 Städte und 22.447 Barangays ein auf die jeweilige Gemeinde bezogenes Informationssystem installiert. Einen Überblick gibt folgende Tabelle:<sup>337</sup>

**Tabelle 19: Anzahl der Gemeinden, die Informationssysteme installiert haben**

<b>Total</b>	<b>Total No.</b>	<b>%</b>
Municipalities total <sup>1</sup>	1.526	
Municipalities with CBIS	1.128	73,9
Barangays total <sup>1</sup>	41.939	
Barangays with CBIS	22.447	53,5
<b>5<sup>th</sup> and 6<sup>th</sup> Class</b>		
Municipalities total <sup>2</sup>	960	
Municipalities with CBIS	782	81,5
Barangays total <sup>3</sup>	19.068	
Barangays wit CBIS	13.727	71,9

<sup>1</sup> NSCB, Masterlist of Barangays

<sup>2</sup> DOF-BLGF July 1, 1993 LGU classification

<sup>3</sup> NBOO-DILG, as of Dec. 1996

CBIS = Community Based Information System

**CBIS installed** = barangay data gathering has been completed, results have been validated with the community residents, and data have been consolidated and analyzed

Die Bilanz des Comprehensive and Integrated Delivery of Social Services Flagship Program (CIDSS) ist beeindruckend. Zwei Jahre nach dem Start fand 1996 eine Evaluierung statt. Diese umfaßte 276 municipalities mit 225.074 Familien.<sup>338</sup> Bezogen auf die Basiserhebung zu Beginn des Programms konnte die

<sup>337</sup> Basierend auf Presidential Commission to Fight Poverty (1997): Status of MBN-CBIS Installation, Preliminary Report. As of May 31, 1998.

<sup>338</sup> Ausführungen zur Evaluierung stützen sich auf: Highlights of Implementation: 1994-1996. Social Reform Agenda. Comprehensive and Integrated Delivery of Social Services Flagship Program. Bericht präsentiert während des National Mid-Term and Social Mobilization Workshop, March 6-7, 1997, Quezon City.

ungedeckte Befriedigung von Grundbedürfnissen im Durchschnitt auf 57 % reduziert werden. Der höchste Rückgang wurde im Bereich Ernährung gefunden. Hier reduzierte sich die Anzahl der Neugeborenen mit einem Geburtsgewicht unter 2,5 kg von 12.884 auf 4.038. Weiterhin konnten die Beteiligung und das Engagement der Bevölkerung in Gemeinschaftsaktivitäten und in People's Organizations um 23.000 Familien erhöht werden. Die Liste von Erfolgen könnte noch fortgesetzt werden, jedoch soll an dieser Stelle kurz auf die Erfahrungen während der Implementierung eingegangen werden. Bei den gemachten Erfahrungen wird in dem Bericht an erster Stelle die „Social Preparation“ genannt, die notwendig war, um die Gemeinde zu mobilisieren. Während dieser Vorbereitungszeit, die bis zu 6 Monaten dauern kann, war man in erster Linie mit der Haltung der Bevölkerung gegenüber Regierungsprogrammen konfrontiert. Die Bevölkerung hatte ein relativ niedriges Selbstwertgefühl und sah sich als Rezipient von Regierungsleistungen. Diese Haltung ist oft durch die Armut und die scheinbar ausweglose Situation manifestiert. In den Gebieten, mit einer gut durchgeführte Vorbereitung der Bevölkerung, waren die Ergebnisse erheblich besser und nachhaltiger. Dies ist unter anderem dadurch erkennbar, daß mehr Freiwillige mobilisiert werden konnten, um z.B. Gemeinschaftseinrichtungen zu bauen (day care centers, Versammlungsräume etc.) oder die Infrastruktur (Straßenbau etc.) zu verbessern.

Die Beteiligung der Bevölkerung wie auch der Lokalregierung ist ausschlaggebend für den Erfolg des Programms. Obwohl die Lokalregierungen zu den Ärmsten des Landes gehören und dadurch auch wenig finanzielle Eigenmittel bereitstellen können, ist es doch gelungen, daß 1996 bereits 28 % der Lokalverwaltungen in der Lage sind, die Programmkosten völlig zu übernehmen. Es wird jedoch eingeräumt, daß hier eine Schwachstelle des Programms ersichtlich wird. Es ist ein nationales Programm, das für die Startphase Anschubfinanzierung leistet. Während dieser Startphase wird jedoch auch eine Gegenleistung der Lokalregierungen verlangt. Gemeinden, die als 5th und 6th class municipalities eingestuft sind, können diese finanziellen Mittel häufig nicht aufbringen und es fehlt ihnen zum Teil an der Kapazität, die finanziellen Mittel der Nationalregierung zu absorbieren.

Ein Verdienst des Programms ist es, daß der Minimum Basic Needs (MBN) Ansatz nicht nur als Instrument zur Armutserfassung eingesetzt wird. Gleichzeitig bietet er die Möglichkeit, die Datennachfrage verschiedener Regierungseinheiten zu vereinen und dadurch die zuvor diffuse Datenerhebung von Basisindikatoren zu vereinfachen. Weitere Synergieeffekte sind zu erwarten. Mittlerweile soll es ein „Poverty Mapping“ geben, das Aufschluß über die Armutsindikatoren für eine bestimmte Region geben soll.<sup>339</sup>

Das auf den ersten Blick gut organisierte Konzept des sozialen Reformprogramms mit seinen anfänglichen Erfolgen wird sich in Zukunft auch an den erfolgten bzw. nicht erfolgten Reformen messen lassen müssen. Die verbesserte Befriedigung von Grundbedürfnissen kann nur ein erster Schritt sein. Inwiefern sich wirtschaftlicher Wohlstand unter ökologischen Kriterien für die Ärmsten der Armen erreichen lassen, wird nicht nur von der aktiven Beteiligung der Bevölkerung abhängen. Neben einem festen politischen Willen wird hier auch das Einverständnis der Großgrundbesitzer erforderlich. Die Oligarchie, die zum Teil eng mit den politischen Entscheidungsträgern verknüpft sind, muß den Reformplänen zustimmen. Dies wird die eigentliche Herausforderung für eine erfolgreiche Implementierung des sozialen Reformprogramms in Zukunft sein.

---

<sup>339</sup> Das poverty mapping war zum Zeitpunkt der Untersuchung noch nicht öffentlich zugänglich. Es wurde dem scheidenden Präsidenten Ramos Ende Juni bereits vorgeführt und sollte demnächst auch für andere Organisationen zugänglich sein. (Gespräch mit Mr. Ambrocio U. Mana-Ay, Chief of Operations, Presidential Commission to Fight Poverty).