

Von der Systemforschung zum Systemmanagement

Erfahrungen aus dem Gesundheitswesen auf den Philippinen

Detlef Schwefel, Manila

Veröffentlicht in:	Manfred Schulz (Ed.): Entwicklung: Theorie – Empirie - Strategie. Festschrift für Volker Lühr. Hamburg (Lit Verlag) 1997, pp 167-185
--------------------	--

Zwei ziemlich alte Leitbilder prägen die Entwicklungszusammenarbeit neuerdings immer stärker: Sisyphos und der Großinquisitor. Sisyphos will mehr als er kann und bewegt nicht viel. Der Großinquisitor nährt die Armen und Schwachen, weil er auf Wunder nicht warten will. Hier auf den Philippinen brauchen wir zur Zeit keinen Großinquisitor; Somalia, Burundi, Zaire sind scheinbar weit. Wir spielen Sisyphos.

Vor neun Jahren stellte die philippinische Regierung den Antrag, daß aus der deutschen Entwicklungszusammenarbeit Computer finanziert werden sollten. Man wollte im Gesundheitswesen mehr Effizienz schaffen und informationsgestützte Entscheidungen. Informationen sind Daten und Datenverarbeitung braucht Computer. Diese Gleichung stand am Anfang eines (sozialen) Prozesses, der von der medizinischen Informatik über die Informationssoziologie zu einem Systemmanagement führte, in dem jetzt von vorher Namenlosen Politiken und Gesetze verändert und neue Gesetze geschrieben werden und der Politik Standards aufgezwungen werden. Mit Computern zu einer zivilen Gesellschaft?

1 Multidisziplinarität und Systemforschung

Schuld daran war das Paradigma der Systemforschung: über die Grenzen schauen, nicht bei einer Sichtweise stehen bleiben, selbst wenn das dann den Vorwurf des halbwissenden Generalismus einhandelt. Zusammenhänge sehen und sie dann bewegen zu wollen ist das Thema der Systemforschung und der Entwicklungszusammenarbeit.

Warum hätten Computer gebraucht werden sollen? In der Medizin hatte sich in Partnerschaft mit der Epidemiologie - die Wissenschaft von den Krankheitsursachen - eine medizinische Informatik entwickelt, deren Ziel es ist, Informationsverarbeitung für Diagnostik und Therapie zu nutzen. Im Spiegel dieser beiden Wissenschaften wurden folgende Probleme (linke Spalte) als wesentlich benannt und im Paradigma der Wirtschaftswissenschaft (rechte Spalte) gespiegelt:

- | | | |
|--|---|-------------------------------|
| > Informationslücken | = | ungenügendes Angebot |
| > Nichtnutzung von Informationen | = | ungenügende Nachfrage |
| > übertriebene Datenproduktion | = | Überangebot |
| > geringe Zuverlässigkeit, Gültigkeit von Daten | = | geringe Produktqualität |
| > Unwissen über Informationsmanagement | = | schlechte Produktionsprozesse |
| > geringe Kosten-Effektivität der Gesundheitsversorgung. | | |

Ziel dieser philippinisch-deutschen Zusammenarbeit wurde es deswegen, das Management des Gesundheitswesens auf den Philippinen zu verbessern, und zwar mit dem Ansatz einer über den Tellerrand hinausschauenden Systemforschung. Dafür sollte in Pilotgebieten ein

effektiveres, wirtschaftlicheres und dem sozialen Ausgleich verpflichtetes Gesundheits- und Management-Informationen-System entwickelt und für eine breitere Einsetzbarkeit vorbereitet werden.

HAMIS (Acronym für Health and Management Information System), so nennen wir das Projekt, arbeitet auf drei Ebenen:

- > Informationsmanagement: im Sinne eines kostengünstigen Ausgleichs zwischen Angebot, Nachfrage und Bedarf an Daten und Informationen soll das Informationsmanagement verbessert werden (Informationsökonomie);
- > Informationen für das Management: zur Verbesserung des Managements im Gesundheitswesen sollen bedarfsgerechte und kostengünstige Informationen für das Management bereitgestellt und genutzt werden (Medizininformatik);
- > Informationen über (gutes) Management: die Entdeckung, Analyse und Vermittlung von Informationen und Wissen über gutes Management ist wesentlicher Ausgangspunkt und Flankenschutz (Informationssoziologie).

2 Informationsmanagement bzw. Informationsökonomie

Um das Informationsmanagement zu verbessern, entwickelten wir ein bedarfsorientiertes und kostengünstiges HAMIS für das Management im Gesundheitswesen. Auch hierbei wurde dem Prinzip der Multidisziplinarität und der wechselseitigen Sichtweisen besonders Rechnung getragen im Sinne einer angewandten Systemforschung.

Bedarfe: Bedarfe ermittelten wir aus den verschiedenen Perspektiven einer Legitimierung heraus:

- a Analyse der wahrgenommenen Informationsbedarfe durch eine repräsentative Erhebung bei allen Berufen des Gesundheitswesens in zwei Provinzen (gefühlte Bedarfe),
- b Bestimmung von Informationsbedarfen entsprechend eines ökonomischen Entscheidungsmodells für das Gesundheitswesen (normative Bedarfe gemäß Gesundheitsökonomie),
- c Feststellung von Informationsbedarfen gemäß bestem Wissen des "Public Health" genannten Wissenschaftszweiges (normative Bedarfe gemäß Public Health Forschung),
- d Diskussion vergleichbarer Informationsbedarfe in der europäischen und der amerikanischen Gesundheitsberichterstattung (Vergleichsbedarfe);
- e Analyse der bei "gutem" Management eingesetzten Daten und Informationen, nach erfolgter Ermittlung solchen Managements mittels eines nationalen Wettbewerbs.

Die (Zwischen-)Ergebnisse dieser Analysen wurden auf lokaler, provinzieller, regionaler und nationaler Ebene Klärungs- und Konsensuskonferenzen unterzogen, an denen auch der Gesundheitsminister und alle seine Staatssekretäre, wie auch die wesentlichen Organisationen der Anbieter und "Konsumenten" beteiligt waren. Ergebnis war ein breites Indikatorentableau, das Grundlage des philippinischen HAMIS wurde.

Nachfragen: Die für die unterschiedlichen Berufsgruppen gültigen Prioritäten hinsichtlich dieser Indikatoren wurden ermittelt durch Befragungen bei allen wesentlichen Berufsgruppen im Gesundheitswesen und auch bei Gouverneuren, Bürgermeistern und den gewählten Mitgliedern der lokalen und provinziellen Gesundheitskomitees.

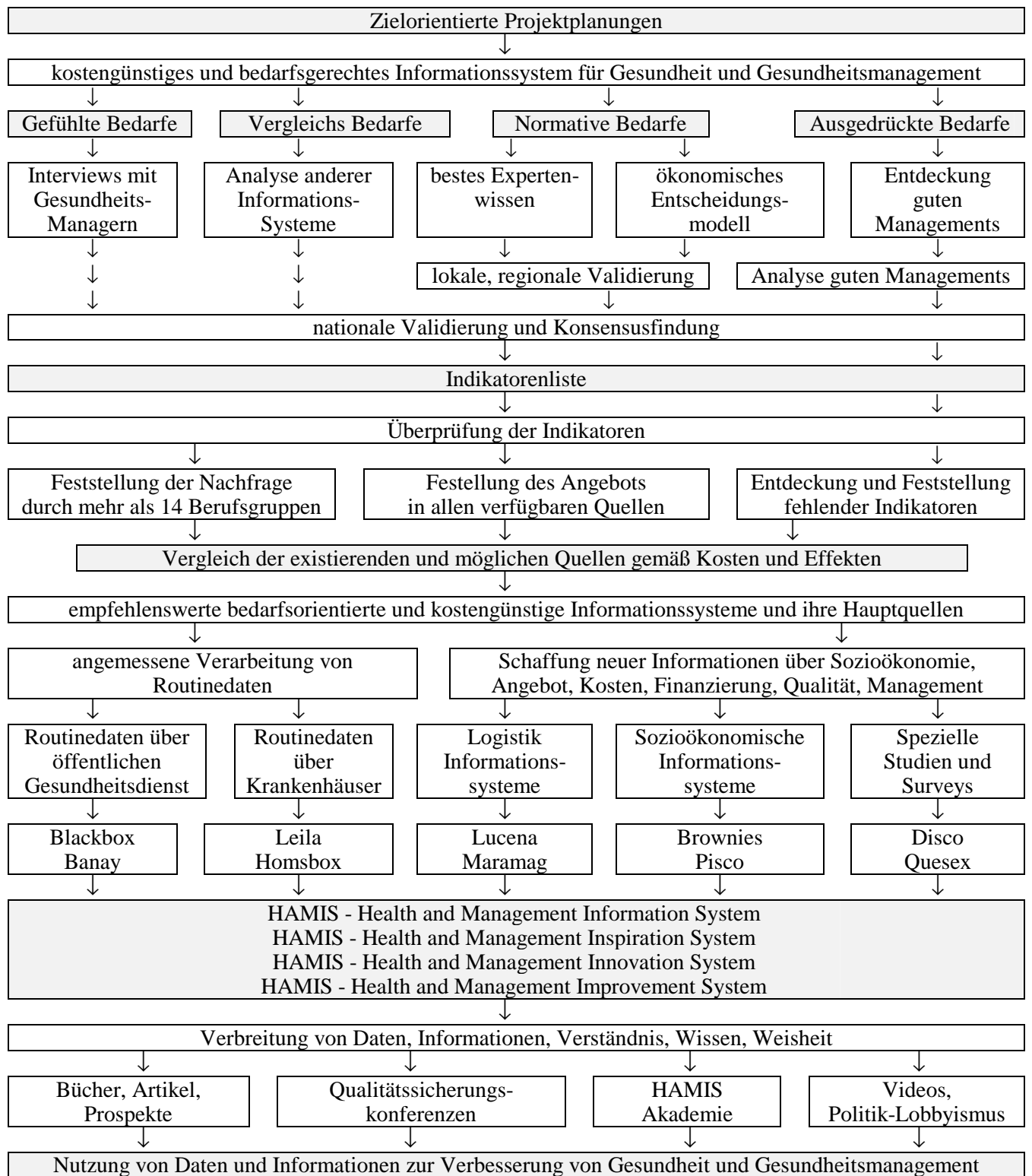
Angebote: Alle verfügbaren philippinischen Quellen für diese Informationen wurden ermittelt und miteinander verglichen. Es zeigte sich, daß ein kostengünstiges Angebot zur Deckung dieser Nachfragen und Bedarfe besteht aus einer Kombination

- > aus bestehenden Routinedaten des Gesundheitswesens und
- > neuen Informationssystemen, die vor allem die fehlenden sozialen und ökonomischen Daten bereitstellen.

Dadurch können Bedarf, Nachfrage und Angebot von Informationen zur Verbesserung des Gesundheitsmanagements am besten aufeinander abgestimmt werden.

Systemforschung: Das Paradigma der Systemforschung mag verdeutlicht werden anhand einer

“kognitiven Landkarte”, die die Ineinanderverzahnung der genannten Schritte darstellt. Verschiedenste Sichtweisen, Legitimationen, Disziplinen, Methoden und Forschungsmethoden werden Hand in Hand benutzt. Ökonomie, Soziologie, Psychologie, Epidemiologie, Biostatistik, Gesundheitsforschung sind Partner dieser Systemanalyse.



3 Information für das Management bzw. medizinische Informatik

Eine zweite Dimension unserer Sisypheos-Arbeit nennen wir: Information für das Management bzw. medizinische Informatik. Sie zieht die unmittelbarsten Konsequenzen aus unseren Systemanalysen. Sie stellt benötigte und kostengünstige Daten und Informationen bereit für ein verbessertes Management im Gesundheitswesen. Legitimiert durch die vorausgegangenen Systemanalysen wurden die folgenden Instrumente entwickelt:

- **Daten über das öffentliche Gesundheitswesen:** Hier bieten wir ein Softwareprogramm (Blackbox) an, das die landesweit routinemäßig erfaßten Daten über Morbidität, Mortalität sowie über die 14 wesentlichen Gesundheitsprogramme (z.B. Mutter-Kind-Vorsorge, Tuberkulose, Familienplanung) räumlich und zeitlich (dis)aggregierbar und für Endverbraucher leicht verständlich darstellt. Tabellarische und graphische Darstellungen enthalten auch Informationen über die Datenqualität. Diese Daten werden in unseren Pilotgebieten mit sinnvollen Vergleichsangaben an die verschiedenen Ebenen der Gesundheitsversorgung zurückgegeben: Hebammen auf der untersten Versorgungsebene, Krankenschwestern und Ärzten in Gesundheitszentren, u.s.w. Wir nennen dieses Programm Blackbox, weil vorher alle gesammelten Daten wie in einem schwarzen Loch verschwunden waren. Es ist landesweit einsetzbar dort, wo die vom Gesundheitsministerium geforderten Daten gesammelt werden.
- **Sozioökonomische Daten:** Dabei handelt es sich um bislang vernachlässigte Daten über Bevölkerung, Sprachen (auf den Philippinen werden über 80 verschiedene Sprachen gesprochen), (Land-)Wirtschaft, private und öffentliche Einrichtungen, Berufe des Gesundheitswesens, Gemeindeorganisationen, etc. - sozusagen ein Reiseführer zu den kleinsten Verwaltungseinheiten (mit etwa 800 Einwohnern im Schnitt). Hierfür haben wir ein einfaches Erhebungsformular und ein Softwareprogramm (Brownies) entwickelt, das die Daten nutzerfreundlich präsentiert und beliebig (dis)aggregiert. Zur Analyse kann es beispielsweise mit den genannten Public Health Daten verbunden werden. Es informiert zur Zeit über alle Gemeinden in acht der 77 philippinischen Provinzen.
- **Krankenhausdaten:** Daten und Informationen über Krankenhäuser sind bislang sträflich vernachlässigt, obwohl das der teuerste Bereich der Gesundheitsversorgung ist. Wir verfügen nunmehr über ein einfaches computerisiertes Krankenhausinformationssystem (Lucena) über Aufnahmen und medizinische Daten, einschließlich Diagnosen. Es vermindert die Papierarbeit bei Aufnahme und Entlassung und erlaubt eine automatische Erstellung derjenigen Daten, die routinemäßig von allen Krankenhäusern abgefragt und üblicherweise manuell erstellt werden. Dieses System läuft z.Zt. in 38 öffentlichen Krankenhäusern. Das Gesundheitsministerium hat es für den Einsatz in allen öffentlichen Krankenhäusern empfohlen. Andererseits haben wir ein Softwareprogramm zur Aufnahme und Wiedergabe der manuell zusammengetragenen Daten über private und öffentliche Krankenhäuser entwickelt; diese Routinedaten waren bislang stets eingefordert, nie aber analysiert worden. Dieses System ist in der Zwischenzeit landesweit einsetzbar.
- **Logistik- und Geldinformationssysteme:** Bedarf besteht vor allem an neuen Informationen und Analysen über Logistik, Kosten und Finanzierung. Dafür entwickeln wir als Bestandteile des genannten Krankenhausinformationssystems Softwaremodule für Angebotsvergleich, Einkauf, Materialverwaltung, Materialallokation und das damit zusammenhängende Geldmanagement. Daß dieser Bereich entscheidend ist für ein gutes Management im Gesundheitswesen, müssen viele Manager - auch auf den Philippinen zumeist Ärzte - erst noch lernen. Da durch eine neu eingeführte Dezentralisierung im Gesundheitswesen nicht mehr die Nationalregierung das Füllhorn ist, sondern die Gemeinden selbst wirtschaften müssen, wächst dieses Bewußtsein schnell. Dabei geht es nicht nur um betriebswirtschaftliche Sichtweisen, sondern auch um soziale und volkswirtschaftliche. Diese Systeme werden jetzt schon in 38 Krankenhäusern und auch in einigen Regionalgesundheitsbüros eingesetzt. Die Nachfrage ist erheblich.

- Kosten und Finanzierung der Gesundheit: Weil Daten, Informationen, Wissen und Verständnis hier besonders notwendig sind, intensivieren wir mit starkem Anschlag und voller Rückendeckung durch das Gesundheitsministerium und die Provinzregierungen gegenwärtig unsere Arbeiten über
 - a Gesundheitsverhalten und -ausgaben: Mittels einer Repräsentativerhebung in einer Provinz (1.728 befragte Haushalte) haben wir versucht, das Gesundheitsverhalten der Bevölkerung kennenzulernen und die (erheblichen) direkten und indirekten privaten Ausgaben für die Gesundheit und ihre Finanzierung.
 - b Institutionelle Kosten und Finanzierung: Fallstudien über Kosten und Finanzierung von privaten und öffentlichen Krankenhäusern, Gesundheitszentren, Hebammenstationen und anderen Einrichtungen des Gesundheitswesens vervollständigen unsere Analysen über die ökonomischen Rahmenbedingungen der Gesundheitsversorgung.
 - c Gesundheitssicherung: Mittels des im folgenden Kapitel dargestellten Informationssystems entdeckte lokale Gesundheitsversicherungs- und -finanzierungssysteme für die arme Bevölkerung analysierten wir genauer und wir testeten sie auf Erweiterung und Übertragbarkeit.

Stand der Entwicklung und Umsetzung in Managementverbesserungen: Die genannten Softwareprogramme sind als Software erhältlich und wiederholungsreif. Alle vier Programme leisten schon jetzt wichtige Beiträge zur Verbesserung des Managements und der Qualität im öffentlichen Gesundheitswesen. Im Zeichen der Übergabe von Entscheidungsbefugnis an Lokalregierungen werden diese Systeme gegenwärtig durch Schulungen nicht nur dem Gesundheitspersonal sondern auch Bürgermeistern und ihren Helfern vermittelt und mit diesen interaktiv weiterentwickelt. Dabei geht es nicht nur um Vorlage von Statistiken und Graphiken. Es geht dabei um die Vermittlung von Verständnis und Wissen. Qualitätssicherungskonferenzen sind unsere wesentlichsten Wege zur Übersetzung von Daten in Wissen und Handeln. Diese Konferenzen drehen sich vor allem um die künftige Vermeidung vermeidbarer Morbidität und Mortalität. Dazu unternehmen wir in der Regel 5 Schritte, die wir HAMIS nennen:

- H HAMIS Informationssysteme werden dargestellt und hinsichtlich ihrer Aussagekraft für Veränderungen im Gesundheitswesen besprochen
- A "Avoidable diseases and deaths", das sind vermeidbare oder prävenierbare Krankheiten und Todesfälle, werden aufgrund unserer Computerausdrucke im einzelnen diskutiert.
- M Mini-Forschungen werden von den beteiligten Ärzten, Schwestern und anderen Gesundheitsarbeitern selbst durchgeführt, um Daten in Empfehlungen umzusetzen
- I Involvierte Fachleute werden als Referenzpersonen und Partner für schwierige Entscheidungssituationen eingeladen und genutzt
- S Strategische Planungen zur künftigen Vermeidung vermeidbarer Krankheiten und Todesfälle runden die Qualitätssicherungskonferenzen ab.

Mit diesen Maßnahmen wollen wir Daten über Verständnis und Wissen in Handeln umsetzen. Analysen über die Ergebnisse unserer Maßnahmen bestätigen unsere Annahme, daß wir mit unseren Informationssystemen tatsächlich Leid und Tod vermindern.

Von der Systemforschung zum Systemmanagement: Im Kleinen sollen solche Qualitätssicherungskonferenzen unser Paradigma eines ökonomischen Kreislaufs von Informationen exemplifizieren. Daten werden zu Wissen und Wissen zu Handeln und reflektiertes Handeln benötigt erneut Daten und Informationen. Informationsproduktion lohnt sich nur, wenn Informationen auch konsumiert werden und zur verbesserten Reproduktion des Gesundheitswesens beitragen. Das ist eigentlich selbstverständlich, wenn Computer im Gesundheitswesen eingesetzt werden. Oftmals jedoch ist das nicht der Fall. Dieser Schritt in Richtung auf ein verbessertes Management war aber nur der erste und vielleicht leichteste zu einem umfassenderen Systemmanagement im Gesundheitswesen. Der nächste Schritt setzte an bei der Analyse ausgedrückter Informationsbedarfe, d.h. an "der oberen rechten Ecke" in unserer Systemforschungslandkarte. Wir waren der Überzeugung, daß nur besonders gute Manager uns zu Recht zeigen könnten, wo und wie und wann Daten und Informationen zu einer Verbesserung des Managements im Gesundheitswesen eingesetzt werden.

4 Information über Management bzw. Informationssoziologie

Es gibt viele gute Lehrbücher über gutes Gesundheitsmanagement. Wir haben sie trotzdem nicht benutzt, als wir auf den Philippinen ein Gesundheits-Management-Informationssystem aufbauten. Wir folgten einer russischen Weisheit. Sie besagt, daß Dumme lehren und Intelligente lernen. So wollten auch wir erst lernen und entdecken, was gutes Management unter philippinischen Verhältnissen ist. Wir wollten keine kulturell und sozioökonomisch unangepaßten, vorgefertigten Lösungen nutzen. Und wir fuhren gut dabei.

Wie entdeckten wir gutes Management im Gesundheitswesen? Wir nutzten eine klassische Regel: panem et circenses, Brot und Spiele. Kulturell heißt das, daß wir den Spieltrieb nutzten und was amor proprio, Selbstliebe, Narzismus, genannt wird: Spiele, Wettbewerbe, Zirkus. Ökonomisch geht es bei uns dabei natürlich nicht um Brot, sondern um Reis und Geld, um den Anreiz, gewinnen zu können, Millionär zu werden. Panem et circenses heißt Kultur und Ökonomie zu paaren.

Grundprinzip waren die drei "E": Effektivität, Effizienz und Equity - Medizin, Ökonomie und Soziologie. Wir wollten laufende Maßnahmen oder Projekte finden, die sich in diesen drei Merkmalen deutlich vom Durchschnitt abheben und die zugleich Qualität, Originalität und Beständigkeit aufweisen. Wir setzten eine Million Pesos als Preis fest, das waren etwa 90.000 Mark. Der Preis sollte genutzt werden für Verbesserung, Erweiterung oder Wiederholung der prämierten Projekte.

Mit entsprechender Anweisung des Ministers leiteten wir Tausende von Plakaten über die pyramidale Struktur des Gesundheitswesens an alle Einrichtungen und ihre Mitarbeiter. Wir sandten sie auch an alle uns bekannten Nicht-Regierungsorganisationen und ihre Dachverbände. Hunderte von Radio- und Fernsehspots unterstützten unsere Kampagne für gutes Gesundheitsmanagement.

Aus über 70 Provinzen des Landes wurden mehr als 100 Bewerbungen eingesandt: handschriftliche, in verschiedenen philippinischen Sprachen, mit vielen Fotos, kurze und knappe - wie auch immer die Projekte sich vorstellen wollten. Alle wurden im Sinne eines "peer review" von vier Personen hinsichtlich der genannten 6 Kriterien sowie insgesamt beurteilt: vom zuständigen Direktor im Gesundheitsministerium, von einer herausragenden unabhängigen Fachkraft (aus Universität, Forschung oder Beratung), vom Autor dieses Berichtes und einer für diesen Wettbewerb eingestellten Mitarbeiterin. Die Beurteilungen enthielten genügend Anregungen für Präzisierungen der genannten Kriterien, zu dem das der Haltbarkeit und Nachhaltigkeit (sustainability) hinzukam. 70 Projekte wurden anhand unserer 59 Kriterienindikatoren vor Ort geprüft und zwar von einem dreiköpfigen Team, das mit den Geprüften zu einem Konsensus über das Prüfungsergebnis kommen sollte. Daneben war das Projekt zu beschreiben und Hintergrundinformation zu sammeln.

Der Auswahlausschuß - Minister, Staatssekretäre, Abgeordnete, Professoren - entschied, drei Projekten Goldmedallien zu geben; 8 Projekte erhielten Silber, 38 Bronze und für drei konnten private Sponsoren gefunden werden. Die Präsidentin der Philippinen selbst händigte Gold und Silber aus - für viele Projekte war diese Anerkennung fast wichtiger als das bißchen Geld.

Gold erhielten eine Diabetiker-Selbsthilfegruppe, eine Arzneimittel-Kooperative und ein Netzwerk von Frauen-Clubs.

- > Die Diabetiker organisierten sich und treffen sich einmal im Monat zur Blutzuckerkontrolle. Dadurch werden private Ausgaben eingespart und durch Früherkennung von Komplikationen auch öffentliche. Die Lehre: Kooperation führt zu privaten und öffentlichen Einsparungen und erleichtert Leid.
- > Auf einer Müllhalde Manilas sammeln Mitglieder einer Kooperative pro Monat 60 Pfennig pro Familie. Damit werden im eigenen Gesundheitszentrum verschriebene Arzneimittel durch Großeinkauf auf etwa 50% des Einkaufspreises verringert; der

- Einkaufspreis wird auch an andere Bewohner der Müllhalde weitergegeben. Die Lehre: Kooperation bringt Ersparnisse für Mitglieder, aber auch für Nachbarn.
- > Ein Netzwerk von Frauen-Clubs hat eine vielseitige Mischung "präventivmedizinischer" Maßnahmen optimiert: Brunnenbau, Straßenbau, Nährstoffanbau, Pflanzenmedizin, Krankenversicherung, Ressourcensammlung und -verwertung, einkommensschaffende Maßnahmen (Läden, Imbißstuben, Schweinezucht, u.s.w.), ausgehandelte Preisnachlässe, Kleinkredite, Radioprogramme, Dorfverschönerung, Gemeinschaftsförderung, und vieles andere mehr. Die Lehre: Gesundheitsförderung umfaßt alle Lebensbereiche und alle machen mit, wenn es verstanden wird.
- Intensive Fallstudien über mehr als die Hälfte der Gewinner gaben uns Erkenntnisse über die Faktoren des Erfolges und über den Nutzen von Daten und Informationen in diesen Projekten.

Vorläufig ist das die Lehre, die wir aus all unseren 52 gewinnenden Projekten ziehen: Gutes Management begnügt sich nicht mit den offenbaren Mitteln, die zur Hand sind. Gutes Management findet den rechten Weg trotz knapper Mittel und verbreiteter Trägheit. Knappheit und Trägheit akzeptiert es nicht. Es findet übersehene Ressourcen, sporn Menschen an und setzt Prozesse in Gang.

- > Es entdeckt finanzielle, materielle, moralische und zeitliche Ressourcen wie zum Beispiel durch innovative Geld- und Sachmittelsuchen und -sammlungen oder durch die Nutzung von Pflanzenmedizin oder durch die Umwandlung von Caritas in Haushaltswirtschaft oder durch die Nutzung der Zeit von Müttern während der Betreuung unterernährter Kinder.
- > Es mobilisiert menschliche und intellektuelle Ressourcen, wie zum Beispiel durch das Empowerment von Frauen und Gesundheitsarbeitern oder durch bessere Nutzung von Wissen und Information.
- > Es verbindet mit vervielfachender Wirkung bestehende Ressourcen wie zum Beispiel Universitätsausbildung und Basisgesundheitsversorgung oder öffentliche und private Gesundheitsdienste oder Gesundheitsdienste und Medien.
- > Es bestätigt Produktivitätsgewinne durch Selbstorganisation und Gemeinschaftstaten, wie zum Beispiel durch Patientengruppen, Arzneimittelkooperativen, Mütter- und Männergruppen.

Gutes Management - so lernen wir es von den Graswurzeln - ist die produktivere Nutzung üblicherweise übersehender Ressourcen zum Nutzen der Bedürftigen. Gute Gesundheitsmanager betteln nicht um Geld. Sie haben Ideen und verwerten sie.

Manche meinten, damit sei unser Wettbewerb schon erfolgreich abgeschlossen. Wir hätten aber nicht gelernt von unseren Gewinnern, wenn wir sie hätten laufen lassen, wenn wir sie nicht als Ressource genutzt hätten, das Management des Gesundheitswesens auf den Philippinen zu verbessern.

Ein Jahr nach Preisverleihung luden wir die 26 nördlichen und 26 südlichen Gewinner zu getrennten Treffen ein und setzten soziale Prozesse in Gang. Der Süden organisierte sich zu SHARP, der Southern HAMIS Association for Regional Progress and Development. Der Norden organisierte monatliche Treffen, auf denen Taktiken und Strategien themenbezogenen Managements besprochen wurden. Dies und Besuche der Gewinner bei Gewinnern führten (neben sozialer Kontrolle über Projekterfolge) dazu, daß gute Projektideen von anderen Gewinnern übernommen wurden. HAMIS Clubs wurden organisiert, d.h. Treffen von Gewinnern mit ähnlichen Stoßrichtungen: Pflanzenmedizin, freiwillige Gesundheitsarbeiter, lokale Informationssysteme, Arzneimittelkooperativen, Gesundheitsfinanzierung, Jugendarbeit. Ein revolvierender Fond stützt die nationale Föderation der Gewinner und gibt ihnen selbstverwaltete Mittel an die Hand für Notfälle sowie für Stärkung, Übertragung und Vermarktung ihrer positiv infektiösen Kreativität. Die HAMIS Preisträger waren Mitorganisatoren eines zweiten HAMIS Wettbewerbs 1994 und eines dritten für 1997. Im zweiten Wettbewerb wurden 68 neue Projekte als besonders gut angesehen und in das bestehende Netzwerk der alten Gewinner kooptiert. Ende 1997 wird die Föderation der HAMIS Preisträger voraussichtlich mehr als 150 aktive Mitglieder haben. Sie wird in allen Regionen der Philippinen vertreten sein. Und sie wird einen Schutzschirm spannen über alle Spielarten "guter" Gesundheitsprojekte - gleichgültig ob staatlich, privat, kommunitär.

Für die nationale Gesundheitspolitik sind die HAMIS Preisträger und ihre Organisationen nolens volens ein wichtiger Partner geworden. Bewußt lancierten wir unsere Gewinner zu Kommentatoren und Lobbyisten für Gesundheitsgesetze. Als 1993 ein Gesetz zur Krankenversicherung formuliert worden war, das Gemeindeorganisationen niedergemacht hätte, intervenierten die HAMIS Preisträger mit Politikpapieren, die auf Anhörungen im Senat dazu führten, daß das Gesetz verändert wurde. Gesetze über Anreize für freiwillige Gesundheitsarbeiter wurden maßgeblich von den HAMIS Preisträgern gestaltet; ein Gesetzesentwurf über Arzneimittelkooperativen in der Hand freiwilliger Gesundheitsarbeiter wird demnächst eine wesentliche Erfahrung verschiedener HAMIS Preisträger legitimieren und legalisieren. Verschiedene andere Gesetze wurden von den HAMIS Preisträgern kommentiert und verändert.

Die Gesundheitspolitik wird auch anderweitig beeinflußt. Eine Reihe von "Erfindungen" der HAMIS Preisträger wurden zu nationalen Gesundheitsprogrammen: selbsthilfeunterstützte Wasserversorgung, selbstgetragene Informationssysteme in der Hand freiwilliger Gesundheitsarbeiter, alternative Malariaschutzprogramme und Programme der Pflanzenmedizin. Die HAMIS Preisträger haben jetzt eine HAMIS Akademie aufgebaut, in der sie Tricks und Spielarten der Selbsthilfeförderung darstellen und anderen beibringen. Diese Akademien sind eine Art von Volkshochschule, bei der nur akkreditierte HAMIS Preisträger (sowie die "Erfinder" des HAMIS Wettbewerbs und seiner nachfolgenden sozialen Prozesse) Lehrer sein können. Die wirklichen und die wirklich guten Manager sind die Lehrer. Wir in Gesundheitsministerium und Provinzverwaltungen sind die Schüler. Damit drehen wir das russische Sprichwort in die richtige Richtung: die Besten lehren und die Intelligenzen lernen. Und damit versuchen wir, Effektivität, Effizienz und Gerechtigkeit in der Gesundheitsversorgung zu fördern.

Die HAMIS Preisträger haben auch die computerisierten HAMIS Informationssysteme an die Hand bekommen. Von Manila weit entfernte Projekte nutzen sie und sie werden in Zukunft über Modem und Internet das Netzwerk der HAMIS Preisträger unterstützen und Management, Politik und Gesetzgebung im Gesundheitswesen beeinflussen.

5 Informiertes Managent für Familiengesundheit - "made in the Philippines"

Was wäre, wenn die Lehren der HAMIS Preisträger an ein und demselben Ort gemeinsam verwirklicht würden? Solche Lehren beziehen sich auf vielerlei Aspekte angewandter Gesundheits- und Sozialpolitik im Kleinen, wie zum Beispiel:

- | | |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • AIDS Bewußtseinsbildung durch Schwulen-Selbsthilfeorganisation • Arbeiterkassen zur Unterstützung Bedürftigster • Arbeitsplatzschaffung für Psychotiker • Arzneimittelkooperativen • Betreuung von Straßenkindern, Kinderprostituierten • Diabetiker-Selbsthilfeorganisationen • einkommensschaffende Maßnahmen für freiwillige Gesundheitsarbeiter • einkommensschaffende Maßnahmen für Lepra-Patienten • Empowerment der älteren Bevölkerung • Empowerment schwangerer Frauen • Empowerment von Minoritäten • Flüchtlingsbetreuung • gemeindegetragene Wohlfahrtspro- | <ul style="list-style-type: none"> gramme • gesunder Wohnungsbau • Gesundheitsdienste durch praktizierende Studenten • informierte Arzneimittelvergabe durch Familiengesundheitsarbeiter • innovative Gesundheitsfinanzierung • Kooperativen mit Gesundheitsaspekten • Medikamentenmißbrauchskontrolle durch die Gemeinde • Mütterklubs mit Gesundheitsaufgaben • Notfallversorgung • Qualitätssicherung der Pflanzenmedizin • Radioprogramme über Gesundheit und Wohlergehen • Schistosoma-Kontrolle durch Schulkinder • Schulgesundheitsprogramme in der Hand von Jugendlichen • Selbsthilfeorganisation der Blinden • semi-stationäre Behandlung von |
|---|--|

- | | |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • Patienten in Nachbarschaftskliniken • Sterbefonds • Umweltbrigaden der Männer • Verbindung von Gesundheits- und Arbeitsprogrammen • Verbindung westlicher und östlicher Medizin • Verbreitung informierter Selbstmedikation mit Pflanzenmedizin | <ul style="list-style-type: none"> • Verzahnung von Landwirtschaft und Ernährung • Wasserversorgung durch Selbsthilfeorganisationen • Zahngesundheitsfürsorge für arme Kinder • zinsgünstige Kredite gemäß Gesundheitsverhalten • zinslose Kredite im Fall von Krankenhauseinweisungen für Mitglieder einer Krankenkasse |
|--|---|

Jeder einzelne HAMIS Preisträger fügt solchen Initiativen neue hinzu oder modifiziert und verbessert sie auf seine Art und Weise. Was wäre, wenn jeder HAMIS Preisträger von jedem anderen lernen würde - was jetzt schon grassiert - und wenn wir dies zum Prinzip einer wissensbasierten Gesundheitspolitik von unten erhöhen?

Carpe diem! Wir erhielten eine gute Chance, oder besser: wir nahmen sie uns, als wir gebeten wurden zu prüfen, ob es auf den Philippinen eine "absorptive capacity" gäbe für Familienplanung. Für diesen Bereich gibt es zur Zeit noch reichlich internationale Gelder. Was wir von den HAMIS Preisträgern lernen konnten ist, aus jeder nur möglichen Ressource das Beste zu machen. Familienplanung ist in der Tat ein interessanter Ansatzpunkt. Die Wachstumsrate der Bevölkerung auf den Philippinen ist eine der höchsten auf der Welt. Dennoch: könnten philippinische Frauen tun, was sie wollten und hätten sie Information und Familienplanungsmittel nah und fraglos zur Hand, gäbe es keine Probleme. Da sind sich alle Studien einig. Das ständige Störfeuer der scheinbar übermächtigen katholischen Geistlichkeit würde kaum wirken, wenn die städtischen Armen und ihre Gemeindeorganisationen ihre Selbsthilfe selbstlos entfalten könnten, wenn sie hätten, was die HAMIS Preisträger auszeichnet.

Hauptproblem ist zumeist gar nicht Bedarf und Nachfrage nach Familiengesundheit durch die Bevölkerung sondern das Angebot. Vielerorts sind Familienplanungsmittel nicht verfügbar. Viele Ärzte und Schwestern wissen gar nicht genug über Familienplanung. Viele Gesundheitsarbeiter "trauen" sich nicht, unbürokratisch Familienplanung anzubieten. Viele Gesundheitseinrichtungen sind eher einschüchternd und "kunden"-feindlich. Verfügbarkeit, Erreichbarkeit und Bezahlbarkeit der Familienplanung sind oft die entscheidenden Probleme. Selbsthilfe zur Errettung von Familienplanung und Gesundheitsprogramme in der Hand der Familien ist daher das doppelte Motto dieses zweiten Projektes der Deutschen Technischen Zusammenarbeit (GTZ), das wir FAMUS (Family Health Management by & for Urban Poor Settlers) nennen. Es soll im wesentlichen gemeindegetragene Selbsthilfeorganisationen der städtischen Armen stärken und aufbauen. Es will, daß die Armen Gesundheit selbst in die Hand nehmen.

Wir nutzten dafür auch die Hilfsmittel, die uns das HAMIS Projekt beschert hatte, d.h. die Informationen aus unseren Informationssystemen. Mehr als 70% der Gesundheitsarbeiter in Gesundheitsstationen berichten, daß Bezahlbarkeit und Verfügbarkeit von Arzneimitteln das Hauptproblem der Familiengesundheit ist. 50% und höher ist der Anteil an den privaten Ausgaben für Gesundheit, die für Arzneien ausgegeben wird. Mehr als 50% der Krankheitsepisoden werden zu Haus behandelt. Um diesen grundsätzlichen Problemen zu Leibe zu rücken, konzipierten wir den sogenannten Familien-Gesundheits-Korb. Ein Korb symbolisiert die Weisheit, auf dem Markt kostengünstig Nahrung einzukaufen, die ausgewogen Kalorien, Proteine, Vitamine, Aminosäuren und dergleichen beinhaltet. Ein Korb ist für uns das Symbol der Grundbedürfnisökonomie. Wir lernten von freiwilligen Gesundheitsarbeitern auf der Müllhalde Manilas, wie man aus altem Zeitungspapier und aus Ananasfasern solch einen Korb herstellen kann, d.h. aus Dingen, die von anderen als Abfall angesehen werden.

Mit 5 Komponenten symbolisiert unser Familien-Gesundheits-Korb das Zentrum unseres Projektes.

- ⇒ erste Hilfe **F** **first aid**
- ⇒ bezahlbare Arzneimittel **A** **available, accessible and affordable drugs**
- ⇒ Pflanzenmedizin **M** **medicinal plants**
- ⇒ verständliche Information **U** **understandable and useful information**
- ⇒ Familienplanung **S** **safe motherhood and family planning.**

Diese fünf Komponenten sind zentrale Bestandteile der Ausbildung freiwilliger Gesundheitsarbeiter; solche Ausbildung wollen wir jedem interessierten Erwachsenen und Jugendlichen geben, um sie damit zu Familiengesundheitsarbeitern zu machen. Diese Ausbildung kann es an einem Stück geben aber auch gestückelt über Broschürenkenntnis oder Teilnahme an Veranstaltungen. Zentral ist die Erkenntnis, daß auch Arme ihr Schicksal selbst in die Hand nehmen können. Daß sie mehr als die Hälfte der Krankheitsepisoden, an denen sonst Kinder unnötig sterben, selbst diagnostizieren und therapieren können. Daß sie von HAMIS Preisträgern lernen können. Daß sie nicht abhängig sind von Gesundheitsarbeitern. Daß sie fordern können. Daß sie es im Prinzip auch alleine können. Daß Gesundheitshilfe der Ansatzpunkt ist für eine Sozialhilfe, die zu einer sozialen Wirtschaft wird. Informierte und kundige Selbsthilfe ist der Kern. Und die Schale ist eine Zusammenarbeit der Armen, zum Beispiel zu einer Kooperative, mit der unnötig hohe Preise gesenkt werden können, um informiert nötige Überlebensmittel fair kaufen zu können. Mit dem Familiengesundheitskorb können die Armen ihre Familiengesundheit informiert selbst in die Hand nehmen.

In diesen Familien-Gesundheits-Korb gehören vor allem die allerwesentlichsten Arzneimittel für die häufigsten Krankheiten. Mit einer repräsentativen Befragung von 1.728 Haushalten hatten wir festgestellt, welche es aufgrund vorherrschender Krankheitsepisoden sein sollten:

	Symptom oder Diagnose	Prävalenz *	Arzneimittelbedarf
↑	Fieber	47.7	Paracetamol
↑	Akute Atemwegsinfektionen	32.0	Amoxicillin, Cotrimoxazol
↑	Grippe	16.0	Paracetamol, Amoxicillin, Cotrimoxazol
↑	Durchfall	15.8	ORS oder Hausmittel
↑	Schmerzen	10.2	Paracetamol oder Lagundi
* Einmonatsperiodenprävalenz pro 1.000 Bevölkerung			

Aufgrund unserer Forschungen haben wir festgestellt, daß 82% aller Krankheitsepisoden mit diesen wenigen Arzneimitteln sachkundig behandelt werden können. 82%! Nicht weniger und nicht mehr! Dank einer ebenfalls vom Bundesministerium für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (BMZ) geförderten Zusammenarbeit mit der Kreditanstalt für Wiederaufbau (KfW) bekommen wir Paracetamol, Amoxicillin und Cotrimoxazol vorwiegend aus den neuen Bundesländern; so wollen es die neuen Richtlinien und die Preise sind dadurch de facto nicht verteuert worden - ein Nutzen für beide Partner. Das philippinische Gesundheitsministerium gibt eine Reihe anderer wesentlicher Arzneimittel hinzu und vor allem alle Familienplanungsmittel, die die Amerikaner liefern. Die Lokalregierungen in den drei Provinzen, in denen wir mit FAMUS beginnen, stellen jetzt schon Partner und Infrastruktur zur Verfügung; später werden auch sie ihre Zu-Gaben in den Familien-Gesundheits-Korb legen.

Die Arzneimittel sollen nicht verschenkt werden. Das ist zwar immer noch üblich bei vielen Politikern der Philippinen; sie verschenken Arzneimittel - meist jedoch nur eine viel zu kurze Teil-Therapie - um Stimmen zu gewinnen. Die HAMIS Preisträger haben immer wieder versucht, gegen solche "dole-out" Mentalität vorzugehen. Wenn die Mütter unterernährter Kinder einen einzigen Peso pro Woche zahlen, das sind 5 Pfennig, dann behalten sie ihre Würde, nicht zu betteln. Wenn Sie dann auch noch selbst kochen und kochen lernen und Haushaltswirtschaft lernen - umso besser. Auch die Ärmsten der Armen müssen bei uns zahlen; in Geld oder durch zwei Stunden Gemeindegarbeit für eine volle Therapie gegen Lungenentzündung - das ist unser hauptsächlichster Killer bei den Kindern und den Alten. Ja, wir verkaufen die Arzneimittel, die wir aus Deutschland geschenkt bekommen.

Die Einnahmen werden genutzt, um die Gesundheit der Armen zu fördern und um gleichzeitig der ganzen Idee eine Nachhaltigkeit zu geben. Sie sollen die Selbsthilfe der Armen aufbauen und langfristig stützen. Um das zu erreichen, lernten wir erst einmal von unseren HAMIS Preisträgern, den besten Gesundheitsmanagern aus den Philippinen. Wir nutzen die Erfahrungen aus unseren 120 philippinischen Partner-Projekten, die uns vielfältige Formen selbstloser Selbsthilfe präsentieren. Arzneimittelkooperativen freiwilliger Gesundheitsarbeiter, gesundheitsorientierte Mütterklubs und Selbsthilfegruppen von Patienten waren die besten Initiativen der HAMIS Preisträger gewesen; sie hatten zunächst Goldmedallien erhalten (1991) und waren dann aufgrund einer erneuten sehr positiven Evaluation zu Diamanten-Preisträgern gekürt worden (1994). Durch FAMUS werden solche Initiativen jetzt in den städtischen Gebieten dreier Provinzen gebündelt eingesetzt, um Synergieeffekte zu nutzen. Aus einem Projekt werden mehrere Projekte, wird ein Programm.

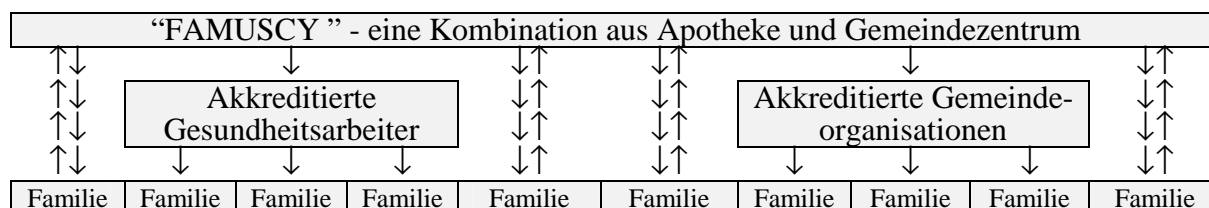
Rückenstärkung erhalten diese Gemeindeinitiativen auf Gemeindeebene durch den Aufbau kooperativer "Apotheken" auf Provinzebene, die einmal in den Besitz der besten Gemeindeorganisationen übergehen sollen. Diese "öffentlichen" Apotheken geben den Gemeindeorganisationen Hilfestellung, indem sie eine Apothekeraufsicht bereitstellen, wie sie legal gefordert ist. Diese Apotheken haben "Filialen" in der Hand freiwilliger Gesundheitsarbeiter und in der Hand akkreditierter Gemeindeorganisationen, die von den Apotheken beliefert und betreut werden. Die Akkreditierung setzt fünfzählige Voraussetzungen:

- die Kandidaten werden hinsichtlich der 73 Kriterien für Effektivität, Effizienz, Gerechtigkeit, Nachhaltigkeit, Innovation und Qualität überprüft, mit denen jetzt
- die HAMIS Preisträger ausgewählt werden; selbst wenn das zu streng ist zu Beginn, sollen unsere Partner wissen, was in Zukunft die Kriterien sind, anhand derer diejenigen gemessen werden, die die revolvingierenden Fonds später einmal in die eigene Hand nehmen sollen - es sollen Gemeindeorganisationen sein, die so gut sind wie die HAMIS Preisträger oder es sollen die HAMIS Preisträger selbst sein;
- ein Katalog ökonomischer Fragen wurde von der Fakultät für Wirtschaft der (angesehensten) Universität der Philippinen entwickelt, ursprünglich, um anhand der HAMIS Preisträger abschätzen zu können, welche Bedeutung die informelle Gesundheitsfinanzierung als dritte Säule eines nationalen Gesundheitsbudgets hat; anhand dieser Fragen lernen unsere Partner, was auf sie zukommt;
- unsere Partner müssen mindestens zwei ausgebildete Gesundheitsarbeiter haben, denn das Wissen um die Möglichkeiten präventiver Gesundheitsfürsorge ist die Grundlage unserer Gesundheitsberatung;
- diese Gesundheitsarbeiter müssen eine Zusatzausbildung als ApothekenhelferInnen haben - wir bieten beide Kurse regelmäßig und kostenfrei an;
- schließlich müssen unsere Partner ein Bekenntnis dazu abgeben, daß alle Familien jegliche Methoden der Familienplanung ohne bürokratische oder religiöse Behinderung selbst wählen können, moderne und traditionelle oder wie es hier so völlig verkehrt heißt: künstliche und natürliche. Was ist an einem Koitus Interruptus natürlich oder am Verzicht?

Diese Akkreditierungen werden wir regelmäßig wiederholen. Diejenigen Organisationen, die immer besser werden, werden die revolvingierenden Fonds in ihre Hand bekommen, nachdem sie über Finanzmanagement und Management im allgemeinen Weiterbildung erhielten. Ob diese Organisationen Regierungs- oder Nichtregierungsorganisationen sind oder ein Gemisch daraus, ist uns gleichgültig. Wir wissen, daß es in jeder Organisationsform hervorragende und ehrenhafte Manager gibt. Wirtschaftlichkeit ist Ehrenhaftigkeit; wer Ressourcen verschwendet, stiehlt sie einer besseren Nutzung für die Armen.

Apotheken werden aufgebaut, weil über billige Arzneimittel am häufigsten und leichtesten Kontakt zwischen Gesundheitsarbeitern und Familien hergestellt werden kann und weil bei den Arzneimittelpreisen die höchsten Handelsspannen und damit die höchsten Ersparnisse möglich sind. Apotheken können auch am besten die sinnvolle Nutzung der Antibiotika überwachen. Gleichzeitig erlauben sie einen unproblematischen und unbürokratischen Zugang zur Familienplanung. Die "Apotheken" des Projektes sind eine Art Volkshochschule für Familien, Jugendliche und Gesundheitsarbeiter und sie sind zugleich Großhändler für Gemeindeorganisationen, d.h. ein selbstgetragenes Gemeindezentrum zum Nutzen der Armen.

Jugendprogramme spielen eine besondere Rolle: Sketche und Theaterstücke für Dorffeste, massive Informationskampagnen für unsere Ideen, Gesangswettbewerbe mit Liedern über Gesundheit und Selbsthilfe sind nur einige Beispiele. Wir haben auch Programme für Frauen, Industriearbeiter, kommerzielle Geschlechtsarbeiter, in denen wir für das werben, was wir von den HAMIS Preisträgern gelernt haben.



In den Apotheken und in ihren Filialen können die Armen Arzneimittel zu Minimalpreisen und Familienplanung zu Nullkosten erhalten. Aufgrund von Recherchen geschulter und akkreditierter Basisgesundheitsarbeiter gibt es sozialverträgliche Preise in Robin-Hood-Manier:

- ♥ die Ärmsten der Armen - zur Zeit etwa 13 % der Bevölkerung mit einem Prokopfeinkommen von unter 1.20 DM pro Tag, und/oder mit weniger als zwei vollen Mahlzeiten pro Tag und/oder in einer Bretter-Bude hausend - erhalten die Arzneimittel zu Produktionskosten oder billiger
- ♥ die organisierten Armen erhalten die Arzneimittel zu stark subventionierten Preisen, um damit einen Anreiz zu schaffen für die anderen Armen, sich zu organisieren
- ♥ die (noch) nicht organisierten Armen erhalten die Arzneimittel in etwa zu philippinischen Großhandelspreisen
- ♥ alle anderen - die Reicherer - erhalten die Arzneimittel zu Preisen, die etwas über den billigsten Marktpreisen liegen.

Das ist zwischen 10% und 50% dessen, was üblicherweise in privaten Apotheken gezahlt wird; diese werden ihr Sortiment verändern müssen, um ihren Markt bei den reicheren Kunden zu behaupten. Diese Preise können wir kostendeckend geben, weil wir von National- und Lokalregierungen sowie Deutschland unterstützt werden; wir erhalten die Räumlichkeiten kostenfrei und mancherorts sogar Gehälter für unsere Gesundheitsarbeiter; HAMIS Preisträger haben uns gezeigt, wie solch ein System sogar bestehen kann ohne ausländische Hilfe.

Weil die erst jüngst Gesetz gewordene nationale Krankenversicherung - sie wurde von den HAMIS Preisträgern in wichtigen Passagen beeinflusst - ein Program für die Ärmsten der Armen enthält und weil wir unsere "deutschen" Arzneimittel nur den Armen zugutekommen lassen wollen, müssen wir durch besonders geschulte freiwillige Gesundheitsarbeiter ein Familienprofil erstellen lassen, das das Familieneinkommen (das ist vom Krankenversicherungsgesetz so gefordert) und den Stand der Grundbedürfnisbefriedigung ermittelt. Aufgrund dieser Einstufung, die von einem Team unabhängiger freiwilliger Krankenschwestern validiert wird, werden unsere Robin-Hood-Preise erhoben. Die Preisgestaltung gibt klare ökonomische Anreize, Gemeindeorganisationen beizutreten.

Die freiwilligen Gesundheitsarbeiter erhalten keine Gehälter. Die Mitglieder ihrer Arzneimittelkooperativen zahlen monatliche Beiträge, die zur Hälfte für laufende Kosten ausgegeben werden können. Für die Erstellung von Armutsprofilen erhalten sie Kreditpunkte; 250 Kreditpunkte einer Gruppe von fünf (weiblichen) Gesundheitsarbeitern erwirbt ihnen den Anspruch auf einen zinslosen Kredit in Höhe von etwa 600.- DM. Ausbildungskurse werden als Alternative dazu angeboten. Auf der Ebene der Munizipalitäten, in unseren sogenannten FAMUS Satelliten werden die dort freiwillig tätigen Krankenschwestern und Hebammen zu 10% am Umsatz der deutschen Arzneimittel beteiligt; mancherorts werden sie von den Bürgermeister bezahlt. Das System ist auf Dauer und Nachhaltigkeit angelegt.

Wenn unsere Apotheken wachsen, wird es auch verbilligten Reis geben. Wahrscheinlich sogar Baumaterial für die Behausungen oder Hütten. Sicherlich aber Pflanzenmedizin und den Hinweis, wie man sie in Töpfen selber pflanzt, um Geld für Arzneimittel zu sparen. Alle

Einwohner können Mitglieder der FAMUS FAMILIE werden, wenn sie nur Informationen über gesunde Lebensführung und über bestehende Gemeindeorganisationen akzeptieren. Alle Mitglieder erhalten Ausweise, mit denen sie nicht nur bei uns sondern auch in ausgewählten Handelsketten von uns ausgehandelte Preisabschlüsse erhalten; auch das haben wir von HAMIS Preisträgern gelernt.

Dank der kostenlosen Arzneimittellieferungen aus Deutschland und mit unserer anfänglich intensiven Projektbetreuung können die öffentlichen Apotheken allmählich Gewinne machen. Sie werden genutzt für Gesundheitsmaßnahmen, vor allem aber auch für Maßnahmen zur Schaffung von Einkommen und Nahrungsmitteln. Und für eine Erweiterung des Projekts in andere Städte und ins Land hinein. Kein Pfennig wird verloren gehen dank ausgefeilter Management- und Logistiksysteme, die das HAMIS-Projekt entwickelt hatte; ein Mißbrauchs-Informationssystem kann uns täglich Informationen über das Muster des aktuellen Arzneimittelverbrauchs und seiner eventuellen Abweichungen von einem Wahrscheinlichkeitsmuster von Krankheitsepisoden geben. Eine Diabetiker Selbsthilfegruppe hat jetzt vom Gesundheitsministerium den Auftrag bekommen, das von uns entwickelte Management für dieses Apothekensystem zu übernehmen. Wir wissen, daß die revolvingierenden Fonds, die wir schaffen, in mindestens zwei Jahren von dem Netzwerk der beteiligten Gemeindeorganisationen übernommen werden können. Damit geben wir einen besonders wesentlichen Teil der Gesundheitsversorgung in die Hand der Armen. Wir nennen das empowerment oder "health in the hands of the people".

6 Entwicklungspolitische Gesundheitspolitik - Von der Systemforschung zum Systemmanagement

Sisyphos ist guten Mutes. Unsere Philosophie der verbilligten Arzneimittel als Toröffner für Gemeindeprogramme zur Stärkung der Selbsthilfe werden wir der nationalen Krankenversicherung empfehlen als ein Leistungspaket, das eigentlich nur Organisationskosten hat und dennoch universell als besonders wichtige Krankenversicherungsleistung angesehen wird. Wir haben eine neues Projekt der Entwicklungszusammenarbeit in diesem Bereich gerade begonnen; wir nennen es SHINE - Social Health Insurances Networking and Empowerment. Der nationalen Gesundheitspolitik können wir jetzt schon zeigen, daß Familienplanung am besten unterstützt werden kann mit einem Ansatz, der von den Grundbedürfnissen der Familien ausgeht sowie von einer informierten Wahlfreiheit der Frauen und nicht von einer Ideologie der Bevölkerungsverringerung. Und wir können zeigen, daß besonders gute Informationssysteme die sind, die gute Manager zu sozialen Bewegungen zusammenschließen.

Unser Ansatz und unser Ziel ist eine wissensbasierte Gesundheitspolitik mit entwicklungspolitischer Strategie. Nolens volens hatten wir mit medizinischer Informatik begonnen, waren dann auf das Wissen der besten Gesundheitsmanager vor Ort gestoßen und hatten davon gelernt. Heute sind wir eine Art soziale Bewegung geworden. Wir haben manche Fürsprecher im Gesundheitsministerium, beim Senat, im Abgeordnetenhaus und bei den Lokalregierungen. Wir haben im ganzen Land unser eigenes Netzwerk der HAMIS Preisträger, die über unsere HAMIS Akademie für solche Ideen werben. Partner benachbarter Projekte werden an diesem Gesundheitsprogramm beteiligt und erleben dies als Erweiterung und Stärkung.

Auf den Philippinen betreibt die deutsche Entwicklungszusammenarbeit 15 verschiedene Projekte allein im Gesundheitssektor. Zuvor waren solche Projekte vereinzelt. Wir haben gezeigt, wie sie zum wechselseitigen Nutzen kooperieren können. Es ist noch ein langer Weg bis zu einem Systemmanagement, das sich entwickelt und profiliert an entwicklungspolitisch strategischen Ansatzpunkten: Grundbedürfnisbefriedigung, Familienplanung, Selbsthilfeförderung. Es ist gut, daß die deutsche Entwicklungszusammenarbeit beginnt, solche Ideen zu akzeptieren und zu fördern. Welche Chancen hätten wir, wenn wir alle unsere Projekte - gleichgültig von welcher (deutschen) Organisation unterstützt - gemeinsam einspannen könnten? Wenn aus Kleckerkram und Bauchladen etwas aus einem Guß würde, etwas, das in der Hand von Managern mit Visionen - nicht von den üblichen Entwicklungsverwaltern oder internationalen Söldnern - zu einem Machtfaktor zugunsten der Armutsbewältigung würde?

Warum scheuen wir uns? Der Weg vom Projekt zum Programm ist ein richtiger Weg. Doch dort können wir nicht stehen bleiben, wenn unser Ziel Partnerschaft ist und Völker-
verständnis.

Literatur

- Alejandro N. Herrin, Editha A. Tan: Indicators for assessing the economic performance of the health sector at the district level. Manila (HAMIS at the Department of Health: Occasional Paper No.4) 1993, 40pages.
- Benjamin A. Marte, Alfred Merkle, Detlef Schwefel (Eds.): Asian-German partnerships for health. Proceedings of a regional conference of GTZ supported health projects in Asia. Manila (HAMIS at the Department of Health: Occasional Paper No. 15) 1996, 236 pages
- Detlef Schwefel, B.A. Marte, T. Remotigue, M.R. David, B.C. Magtaas, R. Delino, F. Quijano, M. Ringor, M. Pons: HAMIS. A health and management information system for the Philippines. Manila (HAMIS at the Department of Health: Occasional Paper No. 11) 1995, 703 pages.
- Detlef Schwefel, Emma Palazo (Eds.): The Federation of the HAMIS Winners in the Philippines. Manila (HAMIS at the Department of Health: Popular Paper No. 3) 1995, 636 pages
- Detlef Schwefel, Melahi Pons: Discovering good management. An information system on innovations in health care management in the Philippines. Manila (HAMIS at the Department of Health: Occasional Paper No. 5) 1993, 160 pages.
- Detlef Schwefel, Ophelia Mendoza, Raquel Delino (Eds.): A household survey on health behaviour and health expenditure. A resourcebook. Manila (HAMIS at the Department of Health: Occasional Paper No. 16) 1997 (in preparation)
- Estrella P. Gonzaga, Adelaida A. Gallardo (Eds.): Community health financing. A resourcebook of the HAMIS Winners in the Philippines. Manila (HAMIS at the Department of Health: Popular Paper No. 4) 1995, 193 pages
- Federation of the HAMIS Winners in the Philippines: Policy papers on community health care financing. Manila (HAMIS at the Department of Health: Occasional Paper No. 14) 1995, 104 pages
- Maria Elena Chong-Javier: Innovative health care management in the Philippines. Manila (HAMIS at the Department of Health: Occasional Paper No. 10) 1994, 113 pages.
- Maruja Asis: Community-based initiatives in health: Development, growth and transformation. Extended case studies on good health care management in the Philippines. Manila (HAMIS at the Department of Health: Occasional Paper No. 8) 1994, 60 pages.
- Melahi C. Pons, Detlef Schwefel: Good health care management. The Winners of the First HAMIS Contest. Manila (HAMIS at the Department of Health: Popular Paper No.1) 1993, 192 pages.
- Melahi C. Pons, Detlef Schwefel: Strengthening information support for health care. A Goal-oriented project planning exercise in the Philippine Context. Manila (HAMIS at the Department of Health: Occasional Paper No.1) 1993, 168 pages.
- Minda Mella, Yolanda D. Romblon, Maria Fe A. de los Santos: Community-based health care financing schemes. Extended case studies on good health care management in the Philippines. Manila (HAMIS at the Department of Health: Occasional Paper No.7) 1994, 52 pages.
- Ophelia M. Mendoza: The Philippine health and management information system. Baseline assessment in two provinces in Northern Mindanao. Manila (HAMIS at the Department of Health: Occasional Paper No.2) 1993, 77 pages.
- Remigio D. Mercado: District health indicators. Indicators in support of the district health system. Manila (HAMIS at the Department of Health: Occasional Paper No. 3) 1993, 23 pages.
- Romeo Quieta: Health strategies and interventions. Extended case studies on good health care management in the Philippines. Manila (HAMIS at the Department of Health: Occasional Paper No. 9) 1994, 64 pages.
- Ruben Caragay et al: Cost and financing of health facilities: Case studies of hospitals, health centers and health stations in Quezon Province. Manila (HAMIS at the Department of Health: Occasional Paper No. 12) 1996, 166 pages
- Ruben Caragay, Minda M. Mella, Ruel M. Ancheta: Financial management of hospitals. Case studies of a government and a private hospital in the Philippines. Manila (HAMIS at the Department of Health: Occasional Paper No.6) 1993, 45 pages.
- Sandra Tempongko: Innovative health care projects. Extended case studies on good health care management. Manila (HAMIS at the Department of Health: Occasional Paper No. 13) 1996, 45 pages
- Teofila E. Remotigue, Maria Rosario David, Risa Yapchiongco, Oscar Baniyas, Teresita Bonoan, Detlef Schwefel: Health databoards for communities. An orientation guidebook on the national implementation

of the community health databoards. Manila (HAMIS at the Department of Health: Popular Paper No.2) 1994, 193 pages.

Post Scriptum: Das, was wir hier auf den Philippinen machen, ist eigentlich nur eine Kombination aus empirischer Sozialforschung mit sozialem Engagement. Etwas, was ich von Volker Lühr gelernt habe, als ich vor sehr langer Zeit in Chile soziologisch laufen lernte. Danke, Volker!