



MASTERARBEIT | MASTER'S THESIS

Titel | Title

Zwischen Wissen und Nicht-Wissen: Zum Umgang mit
medizinischen Unsicherheiten in der Diabetesversorgung
ländlicher philippinischer Gemeinden

verfasst von | submitted by
Miriam Schwaiger BA

angestrebter akademischer Grad | in partial fulfilment of the requirements for the degree of
Master of Arts (MA)

Wien | Vienna, 2025

Studienkennzahl lt. Studienblatt | Degree
programme code as it appears on the
student record sheet:

UA 066 810

Studienrichtung lt. Studienblatt | Degree
programme as it appears on the student
record sheet:

Masterstudium Kultur- und Sozialanthropologie

Betreut von | Supervisor:

Mag. Dr. Bernhard Hadolt MSc

Mein tiefster Dank gilt dem gesamten Team der RHU Poro. Sie haben mich mit großer Offenheit aufgenommen, mich in ihren Alltag eingebunden und mir bereitwillig Einblicke in ihre Arbeit und Erfahrungen ermöglicht. Mit beeindruckender Lebensfreude, Optimismus und unermüdlichem Engagement widmen sie sich ihren Patient*innen – in meinen Augen eine inspirierende Haltung, die viel Menschlichkeit offenbart.

Besonders danken möchte ich auch Dr. Bernhard Hadolt, der mir mit Zeit, Geduld und wertvollen Anregungen stets neue Perspektiven eröffnet hat. Ebenso bin ich meiner Familie und meinen Freund*innen zutiefst verbunden, die mir durch ihre Fragen, Gespräche und ihr kontinuierliches Interesse halfen, Gedanken zu sortieren und weiterzuentwickeln.

Abstract

Diese Masterarbeit untersucht den Umgang mit Diabetes Typ II in ländlichen, wirtschaftlich wenig starken und geographisch abgelegenen Regionen der Philippinen. Im Fokus stehen drei Perspektiven: die staatlichen Angebote des öffentlichen Gesundheitssektors, die vermittelnde Rolle medizinischer Mitarbeitender, die staatliche Gesundheitsprogramme an lokale Gegebenheiten anpassen müssen, sowie die Lebensrealitäten der Patient*innen. Ausgangspunkt ist die Forschungsfrage: *Wie erleben und interpretieren Menschen medizinische Unsicherheiten in Lebenssituationen, die durch strukturelle Zugangsbarrieren zu Gesundheitsversorgung geprägt sind? Welche Strategien entwickeln sie, um mit diesen Unsicherheiten umzugehen – und weshalb entscheiden sich manche dafür, im Nicht-Wissen zu verbleiben?* Die Analyse zeigt, dass sowohl Gesundheitsinstitutionen als auch Patient*innen mit einer Vielzahl unvermeidbarer Unsicherheiten konfrontiert sind – von unregelmäßiger Medikamentenversorgung über mangelnde Transportmöglichkeiten zu Gesundheitseinrichtungen bis hin zu begrenztem Vertrauen in das Gesundheitssystem. Viele entwickeln Strategien, um diese Unsicherheiten einerseits zu akzeptieren und sie andererseits aktiv in ihren Alltag zu integrieren. Dieses „Embracing Uncertainty“ folgt dem Ansatz von Sjaak van der Geest (2024) sowie Ansätzen von Alice Street, Annemarie Mol, Anna Versfeld, Murray Last und Dennis Wiedman. Die empirische Basis bildet ethnographische Feldforschung vor Ort, im Speziellen teilnehmende Beobachtungen, qualitative Interviews und informelle Gespräche. Die Auswertung der Daten erfolgte mittels *Grounded Theory*. Die Ergebnisse leisten einen Beitrag zum Verständnis, wie strukturelle Barrieren und kulturelle Deutungsmuster den medizinischen Alltag in ressourcenarmen Kontexten prägen.

This master's thesis examines how type II diabetes is managed in rural, economically disadvantaged, and geographically remote regions of the Philippines. It focuses on three perspectives: the services provided by the public health sector, the mediating role of medical staff who must adapt government health programs to local conditions, and the realities of patients' lives. The starting point is the research question: *How do people experience and interpret medical uncertainties in life situations characterized by structural barriers to accessing healthcare? What strategies do they develop to deal with these uncertainties—and why do some choose to remain in a state of not-knowing?* The analysis shows that both healthcare institutions and patients are confronted with a multitude of unavoidable uncertainties—from irregular medication supplies and a lack of transportation options to healthcare facilities to limited trust in the healthcare system. Many develop strategies to accept these uncertainties on the one hand and actively integrate them into their everyday lives on the other. This “embracing uncertainty” follows the approach of Sjaak van der Geest (2024) as well as approaches by Alice Street, Annemarie Mol, Anna Versfeld, Murray Last, and Dennis Wiedman. The empirical basis is formed by ethnographic field research on site, in particular participant observation, qualitative interviews, and informal conversations. The data was evaluated using *grounded theory*. The results contribute to an understanding of how structural barriers and cultural patterns of interpretation shape everyday medical practice in resource-poor contexts.

Inhaltsverzeichnis

Abstract	3
1 Einleitung	7
1.1 Einblick ins Forschungsfeld – zwei Szenen aus dem Alltag	13
1.2 Aufbau der Arbeit	15
2 Diabetes weltweit und auf den Philippinen	17
2.1 Diabetes weltweit	17
2.2 Diabetes auf den Philippinen.....	18
2.3 Das philippinische Gesundheitssystem.....	19
National Level: Department of Health und Dezentralisierung.....	20
Municipal Level: Local Government Units und Rural Health Units.....	21
Barangay Level: Barangay Health Stations und Barangay Health Workers	23
Zugang zu medizinischer Grundversorgung	25
Public Hospitals	25
Die staatliche Krankenversicherung: PhilHealth	26
Private Gesundheitsversorgung und Health Maintenance Organisations	27
2.4 Zur Praxis der medizinischen Versorgung im Forschungsgebiet	28
3 Forschungsverlauf und forschungspragmatischer Zugang	30
3.1 Feldzugang	30
3.2 Forschungsgebiete	32
3.3 Forschungsfrage	37
3.4 Forschungsdesign und Methoden	38
3.5 Forschungsethische Überlegungen	41
3.6 Meine Rolle im Forschungsprozess und Perspektive als Diabetikerin.....	42
3.7 Zentrale Akteur*innen.....	45
4 Theoretische Einbettung	48
4.1 Embracing Uncertainty.....	49
4.2 Unsicherheit Zwischen unvermeidbarer Erfahrung und aktiver Entscheidung	51
5 Empirie I Staatliche Perspektive & Health Summit	57
5.1 Gesundheitspolitischer Rahmen	57

5.2 Die Vision der Gesundheitspolitik.....	59
8 Point Action Agenda.....	60
Health Programs.....	62
Health Summit – ein Beispiel der Health Programs	62
6 Empirie II Vermittlerrolle Gesundheitsversorger*innen	65
6.1 Programme und Strukturen: Überforderung im Alltag.....	65
6.2 Dezentralisierung: Zwischen Chancen und Unsicherheit	66
6.3 Ressourcenknappheit und Improvisation.....	68
6.4 Personalmangel und Ausgleichsstrategien.....	69
6.5 Misstrauen der Patient*innen und fehlendes Wissen	71
6.6 Fazit: Zwischen Vision und Realität	75
7 Empirie III Patientliche Perspektive	77
7.1 Unzulängliche Versorgung als Zugangsbarriere.....	77
7.2 Finanzielle Schwierigkeiten als Zugangsbarriere	83
7.3 Fehlendes Vertrauen als Zugangsbarriere	90
7.4 Medizinisches Wissen	93
7.5 Gewohnheiten.....	94
7.6 Gesellschaftliche Erwartungen	96
7.7 Ernährung und <i>Sedentary Lifestyle</i>	97
8 Empirie IV Unsicherheiten als Verbindendes Element	100
8.1 Spektrum Unsicherheit: Von strukturell beschränkten Handlungsmöglichkeiten...	
.....	102
8.2 ...über die Vermeidung von Diagnosen...	103
8.3 ...bis hin zu Machtlosigkeit trotz Diagnose	104
8.4 Fehlendes Vertrauen als zusätzliche Schwierigkeit.....	106
8.5 Resilienz aus Mangel an Alternativen	107
9 Conclusio	109
Literaturverzeichnis	114
Interviewverzeichnis.....	121
Abbildungsverzeichnis.....	123
Abkürzungsverzeichnis und Glossar	124

1 Einleitung

Die Nacht hatte den Ortskern von Poro wieder fest im Griff. Die Scheinwerfer, die eben noch grell in der Basketballhalle gestrahlt haben, sind erloschen. Die Rollläden der Ladenfronten vor der Halle sind verschlossen. Die opulent geschmückte Bühne am Basketballcourt steht in der Dunkelheit. Nur noch wenige Motorräder und Tricycles rattern über die sonst so belebte Straße im Dorfzentrum vorbei. Wir stehen auf der Veranda der Municipality Hall, mit Blick auf den mit Ziersträuchern und Springbrunnen begrünten Dorfplatz, der Basketballhalle und dem sanft rauschenden Meer dahinter. Doc Levi, der Arzt der Rural Health Unit¹ in Poro, steht neben mir. Er lehnt, genauso wie ich, am Geländer, sein Blick müde in die Ferne gerichtet. Wir reden über den gerade abgehaltenen Health Summit. Man erkennt die Müdigkeit des Tages in seiner Stimme, gleichzeitig aber auch Erleichterung und tiefe Zufriedenheit über die erfolgreiche Veranstaltung.

„Ein gelungener Abend“, sagt er mit leiser Stimme, ohne den Blick vom Meer zu lösen. Es war tatsächlich festlich gewesen: Das gesamte RHU-Team war in elegante Filipiniana-Kleider und frisch gestärkte Barong-Tagalog-Hemden gekleidet. Der Vertreter der Gemeinde und die Ärztin des Krankenhauses San Francisco beeindruckten mit einer Rede voller Lob und Anerkennung für das Gesundheitssystem und den freiwilligen Einsatz der Barangay Health Workers. Alle eingeladenen Barangay Health Workers standen aufgeregt in kleinen Gruppen am anderen Ende der Basketballhalle und warteten darauf, auf die Bühne gerufen zu werden. Eine Gruppe nach der anderen betrat die Bühne, nahm ihre Urkunde entgegen, posierte für das Gruppenfoto. Alle lächelten breit. Nicht nur für die Kamera, sondern, so schien es, aus ehrlicher Freude und Stolz, dass ihre freiwillige Arbeit heute so viel öffentliche Anerkennung erhält.

Ich schildere Doc Levi, dass ich am heutigen Abend Stolz in den Gesichtern der Anwesenden gesehen habe. Er freut sich sichtlich über meine Beobachtung und erzählt einerseits zufrieden, andererseits etwas schüchtern, dass der Health Summit gar nicht seine Idee war,

¹ Die Rural Health Unit (RHU) ist das regionale, öffentliche Gesundheitszentrum der Municipality (Gemeinde) Poro.

wie ich bislang dachte, sondern eine Pflichtveranstaltung ist, die das Department of Health² vorgibt. Sie gehört zu einem landesweiten Projekt: Krankheiten sollen früher erkannt werden, indem Barangay Health Workers in ihren Barangays³ proaktiv nach Menschen mit Krankheitsanzeichen suchen und diese zur Rural Health Unit schicken. Dafür gibt es Punkte. Wer am meisten Patient*innen überweist, wird am Jahresende geehrt. So wie heute Abend.

Seine Erklärung fällt in die warme Nachtluft, und plötzlich wirkt die Halle vor uns nicht mehr wie der Ort einer Feier, sondern wie ein Symbol für etwas anderes – für eine glänzende Oberfläche, die Risse hat. Ich frage mich, ob diese Urkunden die Anerkennung ersetzen sollen, die sie im Alltag nicht erhalten. Ob der Applaus die jahrelange freiwillige Mitarbeit und die fehlende finanzielle Entlohnung ersetzen kann. Ob eine Punkteprämie als Anerkennung den Alltag der Barangay Health Workers erleichtert, obwohl sie in denselben prekären wirtschaftlichen Bedingungen leben wie die Patient*innen, denen sie helfen sollen. Und inwiefern die vermehrten ärztlichen Verweisungen wirklich den Patient*innen zugutekommen, die sich oftmals weder den Weg zur Rural Health Unit noch die verschriebenen Medikamente leisten können.

„Hilft es?“, frage ich schließlich, „Kommen mehr Menschen zu den Untersuchungen?“. „Ein klein wenig“, sagt Doc Levi nach kurzem Zögern, „aber es ist nicht einfach. Vertrauen, das ist der Schlüssel. Ohne Vertrauen kommen die Patient*innen nicht zu mir, lassen sich nicht von mir behandeln, egal wie sehr wir die Barangay Health Workers dazu anregen, sie an die RHU zu überweisen.“ Er erzählt, wie er versucht, dieses Vertrauen zu gewinnen: durch sein Angebot, in die einzelnen Barangays zu fahren, um die Patient*innen vor Ort zu untersuchen; durch Hausbesuche, Gespräche und Aufklärungsarbeit; indem er keine Patient*innen wegschickt, auch wenn sie außerhalb der Öffnungszeiten der RHU kommen, weil er weiß, wie viel sie für den Weg zu ihm auf sich genommen haben. „Ich will, dass sie wissen, dass ich wirklich für sie da bin. Nicht nur in der RHU, sondern dass ich auch zu

² Das Department of Health (DOH) ist die oberste Gesundheitsbehörde der Philippinen und für die Entwicklung und Ausführung der Gesundheitsziele und öffentlichen Gesundheitsversorgung zuständig.

³ Barangays sind kleine, regionale Verwaltungseinheiten und mit lokalen Ortschaften innerhalb einer Gemeinde vergleichbar.

ihnen komme, wenn sie Hilfe benötigen.“ Er schweigt kurz, und fügt hinzu, dass nicht nur Vertrauen einen großen Faktor ausmacht, sondern auch die fehlenden Transportmöglichkeiten in die RHU. Viele Barangays sind so weit von der Rural Health Unit entfernt, dass Patient*innen keine Möglichkeit haben ihn aufzusuchen. Sie haben keine Mopeds, keine Fahrräder. Habal Habal oder Tricycles sind schlichtweg nicht leistbar. Deshalb macht Doc Levi regelmäßig Touren durch die entlegenen Barangays, um die Menschen vor Ort zu behandeln. „Es hilft ein wenig“, sagt er, „aber es ist ein langer Weg.“

Unten auf der Straße fährt ein Motorrad vorbei, am Nachthimmel scheint der Mond. Ich höre dem Meeresrauschen zu. In meinem Kopfhänge ich jedoch weiterhin an der Frage: Ist eine offizielle Ehrung in Form einer Gala mit allen Repräsentant*innen des Dorfes die richtige Vorgehensweise, der lokalen Bevölkerung in ihrem medizinischen Alltag zu helfen? Oder würde ihnen andere Methoden, wie ein volles Medikamentenlager, verbesserter Zugang zur Gesundheitsversorgung oder ein gerechtes Gehalt für Barangay Health Workers in ihrer Lebensrealität mehr bringen?

Szenenwechsel.

Die vier Nurses⁴, Brian, Nenita, Doreen, Rosalyn und ich sitzen im Van der RHU Poro, ein etwas in die Jahre gekommener Renault Kombi: sowohl außen als auch innen grau, abgenutzte Armaturen, ein glänzend abgegriffenes Lenkrad. Doc Levi hat mit seinem RHU-Team vereinbart, dass ich sie bei ihrer Impftour begleiten darf. Im Rahmen dieser Tour fahren sie einmal im Monat von Barangay zu Barangay, um Säuglinge gegen gängige Kinderkrankheiten zu immunisieren. Die vier Nurses haben freundlicherweise angeboten, in jedem Barangay Patient*innen mit Diabetes zu fragen, ob sie bereit sind mit mir über ihre Erfahrungen zu sprechen. Wir befinden uns am Weg in das siebte der neun Barangays der heutigen Tour. Liebevoll-vehement haben die vier Nurses darauf bestanden mir den vorderen Sitzplatz zu überlassen, während sie sich zu viert auf die für drei Personen ausgelegte Rückbank quetschen. Neben mir sitzt unser Fahrer, ein Ruhe ausstrahlender

⁴ Der Begriff „nurses“ wird in dieser Arbeit als geschlechtsneutrale Bezeichnung für Krankenpflegekräfte verwendet. Er entspricht dem im lokalen Kontext gebräuchlichen Terminus und reflektiert zugleich die Wertschätzung, die die Betroffenen selbst diesem Begriff zuschreiben.

Mann mittleren Alters mit schmaler Statur und drahtigen Armen. Äußerst behutsam und vorsichtig manövriert er das Auto über die unbefestigte Straße, abwechselnd links und rechts an den großen Schlaglöchern vorbei. Langsam fahren wir den kurvigen Schotterweg entlang, der von Kokospalmen, Malunggay, Papaya und zahlreichen weiteren Baumarten gesäumt ist und gelangen immer tiefer in das hügelige Hinterland von Poro. Die Nurses und der Fahrer unterhalten sich eifrig auf Cebuano⁵.

Wir steuern auf einen mit Wellblech überdachten Basketballplatz zu, dessen roher Betonboden voller bunter Spielfeldlinien ist. Der Wagen hält in der Mitte des Platzes. Am Rand sehe ich eine kleine Gruppe Menschen auf uns warten. Vor ihnen steht eine Reihe weißer Plastiktische und Sessel, einige Frauen warten mit ihren Säuglingen auf dem Arm. Wie bei den vorherigen Stopps steigen die vier Nurses rasch aus dem Wagen aus und holen das Equipment für die Säuglingsimpfungen aus dem Kofferraum. Ich schließe den Kofferraum und folge ihnen. Nurse Brian spricht mit einer Barangay Health Worker (BHW). Diese sieht zu mir hinüber und fordert mich auf ihr zu folgen, mein Patient würde mich im angrenzenden Health Center erwarten. Ich folge der Frau, wir nehmen einen Durchgang an der Bande des Basketballplatzes, ein paar Meter über einen mit Büschen gesäumten Pfad zu einem kleinen hellblau gestrichenen Haus, das am hinteren Ende des Basketballplatzes umringt von Bäumen steht. Sie öffnet die Tür, steuert auf den Tisch in der Mitte des großen Raumes zu, beim Vorbeigehen schnappt sie sich einen weißen Plastiksessel, platziert diesen gegenüber dem Tisch und bittet mich am anderen Ende des Tisches Platz zu nehmen. „Mein“ Patient würde demnächst ankommen.

Ich habe Zeit mich umzusehen. Das Gebäude besteht aus drei Räumen, ich halte mich im größten der drei Räume auf, es wirkt wie ein Behandlungszimmer. Es befinden sich wenige, jedoch schöne Möbel im Raum. In der Mitte des Raumes ist der Tisch platziert, an dem ich gerade sitze, es handelt sich um einen schön verzierten dunkelbraunen Holzschreibtisch mit dazugehörigem Holzstuhl. Dahinter befindet sich ein großer Schrank. An den Wänden

⁵ Cebuano ist eine der wichtigsten Regionalsprachen der Philippinen, die vor allem in der Inselregion Cebu und den umliegenden Visayas gesprochen wird, eng verwandt mit Tagalog, jedoch eine eigenständige Sprache mit eigener Geschichte und Identität.

*neben der Eingangstüre stehen viele weiße Plastikstühle, scheinbar der Wartebereich für die Patient*innen. Hinter dem großen Holzschreibtisch sehe ich einen Behandlungstisch an der Wand, der mit verschiedenen Tablettts und medizinischen Utensilien wie Alkohol und Wattetupfer in verzierten Glasbehältern ausgestattet ist. Eine Tür neben dem Schreibtisch an der Wand führt in einen weiteren Raum mit ähnlichem Interieur, minimalistisch und funktional eingerichtet. Das Gebäude wirkt neu, höchstens zwei Jahre alt. Die Wände sind in hellem Gelb gestrichen, der Boden ist mit großen beigen Fliesen bedeckt.*

Die BHW, die mich in den Raum begleitet hat, nimmt am Tisch in der Ecke Platz und beschäftigt sich mit ihren Unterlagen. Ein paar Minuten später blickt sie zur Tür, durch die ein geschätzt 80-jähriger Herr langsam das Zimmer betritt. Sie steht auf und sagt: „Your patient, the Councilor, is arriving.“ und tauscht den Plastikstuhl vor mir gegen einen mit Armlehnen aus, dann geht sie zurück zum Tisch und ihren Unterlagen. Der Mann betritt langsam den Raum. Er trägt eine Cargo-Hose, ein schwarz-weiß gestreiftes Hemd und einen beigen Fischerhut. Sein Gesicht wird von einem mittellangen weißen Bart und zahlreichen Sommersprossen sowie Leberflecken geziert. Er nutzt einen Golfschläger als Gehstock, der auf dem glänzenden Fliesenboden ein klackerndes Geräusch erzeugt, während er gemächlich in meiner Richtung geht. Ich stehe auf, begrüße ihn, sage, dass ich mich freue, ihn kennenzulernen, und gehe auf ihn zu, um ihm meine Hilfe anzubieten. Er lehnt mein Angebot nickend ab, konzentriert sich aufs Gehen und stützt sich an der Wand, während er den Raum betritt. Beim Vorbeigehen schnappt er sich einen der an der Wand stehenden Sessel, umfasst mit der linken Hand die Rückenlehne und benutzt den Plastiksessel als zusätzliche, improvisierte Gehhilfe. Auf diese Weise nähert er sich langsam der Raummitte und dem Tisch, an dem ich sitze. Er platziert seinen als Gehhilfe genutzten Sessel rechts neben den Schreibtisch und setzt sich, ohne auf die komfortablere Sitzgelegenheit mit Armlehne zu achten, welche die BHW vor ein paar Sekunden für ihn dorthin gestellt hat. Ich grüße ihn erneut, er nickt und grüßt zurück.

Ich bedanke mich herzlich für seine Bereitschaft mit mir über die örtliche Gesundheitsversorgung und Diabetes zu sprechen. Er wirkt zurückhaltend, nickt freundlich, aber reserviert in meine Richtung. Auf meine Frage, ob er Diabetes habe, lächelt

er und schüttelt leicht den Kopf. Nicht aus Gewissheit kein Diabetes zu haben, sondern weil er es schlicht nicht wissen kann. Er erklärt: Tests gibt es in diesem oder anderen Health Centern auf der Insel nicht. Auch in der RHU in Poro gibt es keine Möglichkeit sich testen zu lassen. Selbst wenn ein Health Center über ein Blutzuckermessgerät verfügt, fehlen oft die entsprechenden Teststreifen. Solange er keine Symptome spüre, sehe er aber auch keinen Grund, eine Erkrankung zu vermuten. Bluthochdruck allerdings begleitet ihn seit Jahren, doch dafür erhält er regelmäßig Medikamente, die im Health Center vor Ort fast immer verfügbar sind.

Als ich nach der letzten ärztlichen Untersuchung frage, muss er lange nachdenken. Er schweigt und zählt langsam mit seinen Fingern. Schließlich meint er, das sei ungefähr zehn Jahre her gewesen. Die üblichen Erkrankungen und kleinere Beschwerden behandelt er selbst, mit Tabletten, die er im Sari-Sari-Store⁶ erwirbt. So wie es auch die anderen Dorfbewohner*innen tun. Auf meinen fragenden Blick hin führt er aus: Viele ziehen es vor die Medikamente bei Sari-Sari-Stores zu kaufen, da das örtliche Health Center nicht immer genügend Lagerbestände hat und oft die benötigten Medikamente nicht auftreiben kann. Zusätzlich ist der Weg zur RHU in Poro zu weit, zu teuer und ohne eigenes Motorrad kaum zu bewältigen. Die Sari-Sari-Läden selbst beziehen die Medikamente nach seiner Erklärung aus Apotheken, die ablaufende Bestände günstig oder kostenlos abgeben. Auf diesem Weg finden Medikamente ihren Weg in die Dörfer. Auch solche die verschreibungspflichtig wären, wie Antibiotika.

Ich versuche das Gespräch nochmal auf die ärztliche Versorgung zu lenken und frage, wann er zuletzt einen Arzt aufgesucht hat oder einen Labortest machen hat lassen. Der Councilor überlegt und antwortet: „Es war im Jahr 2010, als ich wegen einer Operation am Auge im Krankenhaus war“. Für diese Operation brauchte er einen Labortest. Bei diesem Befund war alles in Ordnung. Seit der Operation sind Jahre vergangen, ohne dass er einen Labortest gemacht hätte. Daher kann er derzeit auch meine Frage, ob er Diabetes hat,

⁶ Sari-Sari-Stores sind kleine, meist privat geführte Gemischtwarenläden auf den Philippinen, die eine Vielzahl von Dingen des täglichen Bedarfs verkaufen.

nicht beantworten. Er weiß es nicht und kann es auch nicht feststellen lassen. Er denkt jedoch, dass alles in Ordnung ist, denn er fühlt sich gut.

1.1 Einblick ins Forschungsfeld – zwei Szenen aus dem Alltag

In den vorangegangenen Vignetten habe ich zwei Situationen geschildert, wie ich sie während meines Feldaufenthalts auf den Philippinen erlebt habe. Beide Szenen stehen exemplarisch für den Umgang mit Diabetes im ländlichen Raum, aus zwei unterschiedlichen Blickwinkeln.

Die erste Szene – ein Gespräch nach einem Health Summit mit dem leitenden Arzt Doc Levi – gewährt Einblicke in die staatliche Perspektive auf Gesundheitsversorgung. Hier wird deutlich, wie viel Einsatz, Hoffnung, aber auch Frustration auf Seiten der lokalen Gesundheitsakteur*innen mitschwingt. Doc Levi und sein Team der Rural Health Unit bemühen sich, die gesamte Bevölkerung der 18 zugehörigen Barangays zu erreichen, sie zu Diagnosen zu motivieren und ihr Vertrauen in das Gesundheitssystem zu stärken, trotz der spürbaren Lücken im System.

Die zweite Szene – rund um einen Barangay Councilor – eröffnet die Perspektive der Patient*innen. Sie zeigt exemplarisch, wie Diabetes aus der Sicht der Betroffenen erlebt, bewältigt und verhandelt wird. Auffällig ist, dass im Alltag vieler Menschen medizinische Versorgung mit erheblichen Unsicherheiten verbunden ist: Diagnosemöglichkeiten sind begrenzt, Medikamente teuer oder nicht zugänglich, und ärztliche Betreuung oft aufgrund finanzieller Hürden oder mangelnder Transportmöglichkeiten nicht erreichbar. Gleichzeitig deutet die Szene auch an, wie sich Patient*innen, ebenso wie Mitarbeiter*innen in den lokalen Health Centers, mit Pragmatismus, Kreativität und Resilienz arrangieren. Sie finden individuelle Wege, um mit medizinischen Unsicherheiten umzugehen. Dazu gehört beispielsweise die gegenseitige Unterstützung, die improvisierte Betreuung, die anderweitig beschaffte Medikation in Sari-Sari-Stores oder die pragmatische Akzeptanz, dass keine Diagnosemöglichkeiten bestehen.

Im Vergleich beider Szenen wird sichtbar, dass staatliche Zielvorstellungen nicht immer mit der Lebensrealität, den Bedürfnissen und Möglichkeiten der Bevölkerung

übereinstimmen. Die beiden Szenen führen in zwei unterschiedliche Herangehensweisen an das Leben mit Diabetes ein: einerseits die Sichtweise staatlicher Gesundheitsakteur*innen, andererseits die Lebensrealität der betroffenen Patient*innen. Beide Seiten verfolgen dasselbe Ziel – ein besseres Leben mit Diabetes – doch die Wege dorthin unterscheiden sich stark. Während staatliche Programme oft von einem idealtypischen Management chronischer Erkrankungen ausgehen, zeigen sich im Alltag der Patient*innen viele Hürden: begrenzte finanzielle Mittel, infrastrukturelle Hindernisse, Unsicherheiten im Zugang zu Versorgung. Die Szenen werfen einen Blick auf ein System, das strukturelle Unsicherheiten erzeugt – etwa dann, wenn Diagnosen nicht gestellt werden können oder Medikamente nicht verfügbar oder unerschwinglich sind. Doch anstatt diesen Unsicherheiten ausschließlich mit Sorge oder Ablehnung zu begegnen, haben viele Menschen gelernt, mit ihnen zu leben. Manche akzeptieren sie schlicht als Teil ihrer Realität. Andere integrieren Unsicherheit bewusst in ihre Lebensführung, etwa indem sie sich, im Wissen nicht anders zu können, bewusst dafür entscheiden in der Unsicherheit zu bleiben – nicht aus Gleichgültigkeit, sondern weil Folgen wie emotionale, finanzielle und zeitliche Belastung andernfalls zu schwer wiegen würden.

Zwischen Anspruch und Alltagserfahrungen bestehen Lücken. Genau hier entsteht ein Spannungsfeld, das zentrale Unsicherheiten produziert. Die beiden Vignetten spiegeln dieses Spannungsfeld beispielhaft wider. Sie machen sichtbar, wie Akteur*innen mit derartigen Unsicherheiten umgehen. Dies ist das Thema, dem sich diese Arbeit vordergründig widmet.

Im Zentrum der vorliegenden Arbeit steht daher die folgende Forschungsfrage:

Wie erleben und interpretieren Menschen medizinische Unsicherheiten in Lebenssituationen, die durch strukturelle Zugangsbarrieren zu Gesundheitsversorgung geprägt sind? Welche Strategien entwickeln sie, um mit diesen Unsicherheiten im Alltag umzugehen – und weshalb entscheiden sich manche dafür, im Nicht-Wissen zu verbleiben?

Diese Frage leitete meine ethnografische Untersuchung und bildet den argumentativen Rahmen für die folgenden Kapitel. Die Arbeit geht der Frage nach, wie Unsicherheiten entstehen, wie sie erfahren werden und welche Rolle sie im praktischen Handeln der Beteiligten spielen, sei es auf Seiten der Patient*innen oder der medizinischen Versorgung.

Diese Masterarbeit argumentiert, dass Unsicherheiten nicht nur als Hürden zu begreifen sind, sondern auch Räume eröffnen, in denen Menschen Handlungsspielräume gestalten können. Sie nimmt die argumentative Position „Embracing Uncertainty“ (Van der Geest, 2024) auf und fragt: Wie gelingt es Menschen, Unsicherheiten nicht nur zu ertragen, sondern produktiv mit ihnen zu leben? Wie verschieben sich dabei Bewertungen – von Angst hin zu Hoffnung, von Ohnmacht hin zu Pragmatismus? Und warum kann es für manche Menschen sogar sinnvoller erscheinen, sich aktiv in der Ungewissheit zu halten, statt Gewissheit zu suchen, die schwer zu tragen ist?

1.2 Aufbau der Arbeit

Die vorliegende Arbeit gliedert sich in acht Kapitel. Die Einleitung stellt zunächst zwei ethnografische Szenen vor, die exemplarisch in das Forschungsfeld und die thematische Relevanz einführen; anschließend werden die Forschungsfrage sowie der konzeptionelle Rahmen skizziert. Im zweiten Kapitel erfolgt eine thematische und kontextuelle Annäherung an das Krankheitsbild Diabetes, zunächst im globalen Maßstab und anschließend mit konkretem Fokus auf die Philippinen. Neben statistischen Daten werden auch strukturelle Merkmale des philippinischen Gesundheitssystems vorgestellt, um die institutionellen und versorgungstechnischen Rahmenbedingungen für chronisch erkrankte Personen im ländlichen Raum nachvollziehbar zu machen.

Das dritte Kapitel widmet sich meinem forschungspragmatischen Zugang und dem Forschungsverlauf. Es umfasst Überlegungen zur Wahl des Feldes, zur methodischen Herangehensweise und zu ethischen Fragen der Forschung. Ebenso wird meine eigene Positionierung als Forscherin mit Diabetes reflektiert, sowie zentrale Akteur*innen aus dem Feld vorgestellt, die die empirische Analyse wesentlich mitprägten.

Kapitel vier bildet die theoretische Grundlage der Arbeit. Es setzt sich mit medizinanthropologischen Ansätzen zum Thema Unsicherheit auseinander. Zentral ist dabei das Konzept des „Embracing Uncertainty“ von Sjaak van der Geest (2024), das durch weitere theoretische Perspektiven u. a. von Kleinman, Mol, Street und Last ergänzt wird, um den Umgang mit Unsicherheit im Kontext chronischer Erkrankungen analytisch fassen zu können.

Die vier darauffolgenden empirischen Kapitel stellen unterschiedliche Perspektiven auf den Umgang mit Diabetes und medizinischer Unsicherheit dar. Kapitel fünf beleuchtet die staatliche Sichtweise auf Diabetesprävention und -versorgung, inklusive der damit verbundenen gesundheitspolitischen Ziele und Programme. Das sechste Kapitel untersucht die Rolle der im Gesundheitssystem tätigen Akteur*innen als Vermittler*innen zwischen staatlichen Vorgaben, strukturellen Einschränkungen und den alltäglichen Bedürfnissen der Patient*innen. Im siebten Kapitel wird die patientliche Perspektive vergleichend gegenübergestellt und es wird aufgezeigt, inwiefern sozioökonomische und strukturelle Hürden verhindern, dass die Angebote des Staates tatsächlich in Anspruch genommen werden können. Kapitel acht widmet sich der vertiefenden Analyse von Unsicherheiten im medizinischen Alltag. Anhand von Fallbeispielen wird herausgearbeitet, wie Individuen Unsicherheiten nicht nur passiv erleben, sondern aktiv annehmen und mit ihnen umgehen – teils als notwendige Lebenspraxis, teils als strategische Entscheidung, um potenziell negativen emotionalen, sozialen und ökonomischen Konsequenzen auszuweichen.

Die Conclusio in Kapitel neun fasst die zentralen Erkenntnisse der Arbeit zusammen, reflektiert sie im Lichte der theoretischen Konzepte und bietet abschließende Überlegungen zu möglichen Anschlussfragen sowie zum Beitrag der Arbeit für die medizinanthropologische Forschung.

2 Diabetes weltweit und auf den Philippinen

Dieses Kapitel beginnt mit einem Überblick über die globale Verbreitung und aktuellen Herausforderungen im Umgang mit Diabetes Mellitus. Anschließend richtet sich der Fokus auf die spezifische Situation auf den Philippinen, bevor das philippinische Gesundheitssystem in seinen Grundzügen dargestellt wird. Dabei werden sowohl der politische Aufbau als auch Unterschiede zwischen staatlichen und privaten Versorgungsstrukturen beleuchtet, mit besonderem Augenmerk auf die Zugänglichkeit medizinischer Leistungen im ländlichen Raum. Ziel ist es, den Leser*innen ein vertieftes Verständnis für die gesundheitlichen und strukturellen Rahmenbedingungen zu vermitteln, unter denen die Forschung vor Ort durchgeführt wurde.

2.1 Diabetes weltweit

Weltweit leben derzeit mehr als 500 Millionen Menschen mit Diabetes. Prognosen zufolge wird die Anzahl bis zum Jahr 2045 auf 700 Millionen Menschen ansteigen. Diabetes wird global als ernstzunehmende Krankheit gesehen, die alle Altersgruppen, Gesellschaften und Regionen betrifft, mit teils verheerenden Auswirkungen. Die Krankheit führt zu über vier Millionen Todesfällen pro Jahr. In den meisten Regionen existieren bereits bewährte und wirksame Maßnahmen, die mehr genutzt werden sollten, um die Krankheit präventiv zu verhindern und das Diabetesmanagement von Patient*innen zu verbessern (vgl. WHO, 2004, 2016; Ferzacca, 2012; Tan, 2016; International Diabetes Federation, 2024a, 2024b, 2025).

Im Jahr 2021 lebten in Österreich bei einer Gesamtbevölkerung von 8,9 Millionen, rund 447.000 Menschen mit Diabetes, davon waren 25% nicht diagnostiziert. Jährlich sterben etwa 12.000 Menschen in Österreich an unbehandeltem Diabetes oder an dessen Spätfolgen, was einer Rate von 0,268 % entspricht. Vergleichsweise lebten auf den Philippinen im Jahr 2021 bei einer Gesamtbevölkerung von 113,1 Millionen rund 4.303.000 Menschen mit Diabetes, davon waren 66,7 % nicht diagnostiziert. Durch die hohe Rate von nicht diagnostiziertem Diabetes sterben auf den Philippinen rund 66.500 Menschen

jährlich an den Spätfolgen, was einer Rate von 1,538 % entspricht (vgl. International Diabetes Federation, 2024a).

Über 90 % aller mit Diabetes erkrankten Personen auf den Philippinen haben Diabetes Typ II. Dieser Diabetes-Typ ist durch sozioökonomische, demografische, umweltbedingte und genetische Faktoren bedingt. Zu den wichtigsten Faktoren, die zum Anstieg von Typ II Diabetes beitragen, gehören: Urbanisierung, zunehmendes Alter der Bevölkerung, abnehmende körperliche Aktivität („Sedentary Lifestyle“) und zunehmende Prävalenz von Übergewicht und Adipositas. Die Auswirkungen von Diabetes lassen sich verringern, indem Präventivmaßnahmen für Typ-II-Diabetes umgesetzt und zugleich eine frühzeitige Diagnose sowie eine angemessene Behandlung aller Diabetesformen sichergestellt werden. Diese Maßnahmen können Menschen, die mit der Krankheit leben, helfen, Komplikationen zu vermeiden oder zu verzögern (vgl. Ferzacca, 2012; Tan, 2016; International Diabetes Federation, 2024b).

2.2 Diabetes auf den Philippinen

Diabetes stellt auf den Philippinen ein wachsendes gesundheitliches Problem dar. Laut Berichten der World Health Organization nimmt die Zahl der Diabetiker*innen infolge des Zusammenspiels von kontinuierlichem Bevölkerungswachstum sowie veränderten Lebens- und Ernährungsgewohnheiten im Zuge der Verstädterung stetig zu (WHO 2016). Dadurch steigt die Zahl der Betroffenen innerhalb der ohnehin wachsenden Gesamtbevölkerung erheblich an. Zwar versucht der Staat das Gesundheitswesen und die verfügbaren Ressourcen innerhalb der wirtschaftlichen Gegebenheiten bestmöglich aufeinander abzustimmen, doch bleibt die Versorgung von Diabetespatient*innen weiterhin eine große Herausforderung. Besonders deutlich werden die bestehenden Defizite für wirtschaftlich schwächere Bevölkerungsgruppen, insbesondere in abgelegenen, ländlichen Gebieten, wo es den medizinischen Zentren an Ressourcen und Personal fehlt. Das spürbarste Defizit ist der unzureichende Zugang zur medizinischen Versorgung von Diabetes. Darüber hinaus belasten die rasant steigenden Diabetesraten nicht nur die Versorgung, sondern auch die Funktionsweise des Gesundheitssystems. Aufgrund des schnellen Anstiegs gelingt es dem System zunehmend schwerer, die

wachsende Nachfrage nach Untersuchungen, Behandlungen und Medikamenten angemessen zu decken. Verschärft wird die Situation dadurch, dass das öffentliche Gesundheitssystem nur eine begrenzte Auswahl an Medikamenten bereitstellt und keine umfassende, kontinuierliche Diabetesversorgung garantieren kann. Private Gesundheitsversorger und Versicherungen bieten zwar gewisse Zusatzleistungen, decken jedoch den spezifischen Bedarf der Diabetespatient*innen ebenfalls nur unzureichend ab. Dieser Umstand wird in der medizinischen Forschung und Fachliteratur wiederholt kritisiert (vgl. WHO, 2004, 2016; Wiedman, 2010; DOH, 2011, 2021; Tan, 2016; Totesora u. a., 2019; Ghisi u. a., 2022; International Diabetes Federation, 2025).

In den letzten zehn Jahren wurde beobachtet, dass die Prävalenz von Diabetes in Ländern mit niedrigem und mittlerem Einkommen schneller gestiegen ist als in Ländern mit hohem Einkommen. Wie bereits erwähnt, könnte das Risiko Diabetes Typ II zu bekommen durch eine ausgeglichene Ernährungsweise und aktive Lebensgestaltung umgangen werden. Hier liegt ein Problem: Viele Menschen, vor allem in Regionen mit niedrigen Einkommensmöglichkeiten, sind durch wirtschaftliche und soziale Gegebenheiten zu gewissen Verhaltensweisen, wie zu wenig Bewegung oder einer unausgebalancierten Ernährungsweise, gezwungen. Menschen, die mit Armut, Arbeitslosigkeit und anderen sozialen Hindernissen konfrontiert sind, haben meist keine Möglichkeit, ihr individuelles Verhalten zu ändern. Sie können sich oft nicht aktiv dafür entscheiden „gesündere“ Lebensmittel zu kaufen, da diese mehr kosten, oder sich mehr zu bewegen, da es ihr berufliches Umfeld nicht zulässt. So wird in der südostasiatischen Region innerhalb kurzer Zeit ein rapider Anstieg von Diabetes beobachtet, wobei die Philippinen die höchsten Fallzahlen unter diesen Ländern aufweisen (vgl. Wiedman, 2010; WHO, 2016; DOH, 2021; Ghisi u. a., 2022; Versfeld, 2023b; International Diabetes Federation, 2024b).

2.3 Das philippinische Gesundheitssystem

Dieses Unterkapitel skizziert die Struktur des philippinischen Gesundheitssystems von der nationalen bis zur lokalen Ebene. Zunächst wird das nationale Level mit dem *Department of Health* (DOH) und Schritten der Dezentralisierung dargestellt.

Anschließend folgt die kommunale Ebene, auf der die Local Government Units (LGUs) gemeinsam mit den Rural Health Units (RHU) die grundlegende Gesundheitsversorgung organisieren. Daran anknüpfend wird erläutert, wie die ländliche Bevölkerung über die Barangay Health Stations erreicht wird, die als erste Anlaufstellen für medizinische Betreuung fungieren. Abschließend wird der konkrete Ablauf sowie der Zugang zur medizinischen Versorgung im ländlichen Raum beschrieben, mit Bezug zu den drei Forschungsbereichen dieser Arbeit.

National Level: Department of Health und Dezentralisierung

Das philippinische Gesundheitssystem in seiner heutigen Form ist staatlich organisiert und wird zentral vom *Department of Health* (DOH), der obersten Gesundheitsbehörde, gesteuert. Das *Department of Health* entwickelt gesundheitspolitische Programme, regulatorische Standards und nationale Richtlinien zur Gesundheitsversorgung. Es verantwortet die gesundheitspolitische Gesamtplanung und stellt unter anderem Medikamente sowie personelle Ressourcen bereit.

Die Dezentralisierung des philippinischen Gesundheitssystems

Das aktuelle Gesundheitssystem ist stark von einer weitreichenden Verwaltungsreform geprägt, die Anfang der 1990er Jahre mit dem Republic Act No. 7160 – dem sogenannten *Local Government Code of 1991* – eingeführt wurde. Damit wurde die Dezentralisierung öffentlicher Dienstleistungen gesetzlich verankert, auch im Bereich der Gesundheitsversorgung. Ziel dieser Reform war es, staatliche Entscheidungs- und Verwaltungsprozesse näher an die Bevölkerung zu bringen und Gesundheitsdienste stärker an lokale Gegebenheiten und Bedürfnisse anzupassen (vgl. DOH, 2021).

Ein zentrales Element dieser Reform war die Übertragung vieler Verantwortlichkeiten von der nationalen Ebene auf die lokalen Verwaltungseinheiten, die sogenannten Local

Government Units⁷. Während das *Department of Health* weiterhin für die gesundheitspolitische Planung, die Entwicklung nationaler Programme sowie für regulatorische Vorgaben zuständig blieb, wurden zentrale Aufgaben der Gesundheitsversorgung – insbesondere die primären und präventiven Dienste – auf Provinzen, Städte und Gemeinden übertragen. Die Verantwortung für tertiäre Gesundheitsdienste wie größere Krankenhäuser liegt seither bei den Provinzregierungen. Die praktische Umsetzung der primären Versorgung erfolgt durch die Kommunalverwaltungen mithilfe von Rural Health Units und Barangay Health Stations. Auch Großstädte tragen seither eigenständig die Verantwortung für die Versorgung innerhalb ihrer Stadtgrenzen. Diese Struktur soll die Gesundheitsversorgung stärker auf lokale Bedürfnisse ausrichten und der Bevölkerung den Zugang zu Gesundheitsdienstleistungen vereinfachen. In der Praxis führte sie jedoch auch zu ungleichen Versorgungsstandards zwischen urbanen und ländlichen Regionen. Kritisiert wird, dass die Dezentralisierung die Rolle des Staates geschwächt, Abhängigkeiten von lokalen politischen Akteur*innen verstärkt und die Gefahr klientelistischer Strukturen, wenn u.a. der Zugang zu medizinischen Leistungen von lokalen Machtverhältnissen oder persönlichen Beziehungen beeinflusst wird, erhöht habe (DOH, 2011).

Municipal Level: Local Government Units und Rural Health Units

Eine Municipality ist eine kommunale Verwaltungseinheit auf den Philippinen, die hierarchisch unter der Provinzebene angesiedelt ist und aus mehreren Barangays, den kleinsten Verwaltungseinheiten, besteht. Jede Municipality verfügt über eine eigene Local Government Unit (LGU) mit einem gewählten Mayor, einem Vice-Mayor sowie einem Gemeinderat. Municipalities sind für zentrale kommunale Dienstleistungen wie Gesundheitsversorgung, Bildung, Infrastruktur und lokale Entwicklung zuständig. Sie werden nach einem Klassensystem von „1st Class“ mit der größten wirtschaftlichen

⁷ Local Government Units sind lokale Verwaltungseinheiten, die die Municipalities (Provinzen) einer Region umfassen.

Leistungsfähigkeit, bis „5th Class“ mit der geringste wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit eingestuft (vgl. Mapa, 2022).

In der Umsetzung der Gesundheitsversorgung arbeitet das *Department of Health* jedoch nicht zentralistisch, sondern eng mit den lokalen Verwaltungseinheiten auf Municipality Ebene zusammen. Municipalities entsprechen Gemeinden oder in einigen Fällen auch Städten und werden jeweils von einer lokalen Regierungseinheit, der Local Government Unit, verwaltet. Die LGUs sind im Rahmen der Dezentralisierung für die konkrete Umsetzung der nationalen Gesundheitsprogramme auf lokaler Ebene zuständig. Sie erhalten dafür staatliche Fördermittel, sowohl von der philippinischen Regierung als auch vom DOH, und verfügen über Entscheidungsbefugnis hinsichtlich strategischer Planung, Budgetverwendung und Ressourceneinsatz im lokalen Gesundheitssystem. In der praktischen Arbeit – wie beispielsweise in der Municipality Poro – zeigt sich, dass eine enge Abstimmung zwischen dem Mayor und dem Municipal Health Officer (MHO), der ärztlichen Leitung der jeweiligen Rural Health Unit, – im Fall von Poro ist dies Doc Levi – von zentraler Bedeutung für eine bedarfsorientierte Versorgung ist. Der*die MHO koordiniert mit seinem RHU-Team die medizinische Versorgung für die gesamte Municipality und steht in direktem Austausch mit den lokalen politischen Akteur*innen (vgl. DOH, 2011).

Jede Municipality verfügt über ein übergeordnetes, koordinierendes Haupt-Gesundheitszentrum – eine Rural Health Unit (RHU) – welche die gesamte Bevölkerung der Municipality betreut. Hier arbeiten Nurses, Midwives, Medical Technologists gemeinsam unter der ärztlichen Leitung des Municipal Health Officers, der vom *Department Of Health* bestellt wurde. RHUs dienen als größere medizinische Zentren, in denen spezifischere medizinische Untersuchungen vorgenommen werden können. Auch die Organisation und Administration der Medikamentenverteilung an die Barangay Health Centers⁸ findet in den RHUs statt. Zudem führt die RHU die vom DOH

⁸ Barangay Health Center sind kleine, lokale Gesundheitseinrichtungen in den Barangays und Puroks der Municipality. Sie sind nicht von medizinischem Personal, sondern von freiwilligen Mitarbeitenden des medizinischen Bereichs besetzt.

auferlegten medizinischen Programme aus, wie Vorsorgeuntersuchungen, Impfkampagnen, Blutspendeaktionen und Gesundheitsaufklärung der Bevölkerung. Alle Medikamente, die über die RHUs an Patient*innen abgegeben werden, stammen direkt vom DOH und der philippinischen Regierung und unterliegen der *Philippine National Formulary*, einer staatlich regulierten Liste der vom Staat kostenfrei zur Verfügung gestellten Arzneimittel. Die *Philippine National Formulary* umfasst ein breites Spektrum an Medikamenten. Darunter befinden sich die gängigsten Schmerzmittel (z. B. Paracetamol, Ibuprofen, Diclofenac), Antibiotika (z. B. Amoxicillin, Penicillin), auch Impfstoffe (z. B. DTP, Hepatitis, Influenza, HPV, Tollwut), Medikamente für chronische Erkrankungen wie Bluthochdruck (Amlodipin), Diabetes Typ II (Metformin) oder erhöhte Cholesterinwerte (Atorvastatin); aber auch Nahrungsergänzungsmittel, Multivitamine und Zusatzernährung für Kinder mit Mängelercheinungen sind inbegriffen. Alle Medikamente werden den Patient*innen kostenlos ausgegeben, allerdings nur, solange Vorräte vorhanden sind. Eine fehlende Versorgung durch Lieferengpässe oder mangelhafte Lagerbedingungen sind keine Seltenheit (DOH, 2024b).

Barangay Level: Barangay Health Stations⁹ und Barangay Health Workers

Municipalities werden in weitere kleinere, regionale Verwaltungseinheiten – Barangays – gegliedert. Diese sind mit lokalen Ortschaften innerhalb einer Gemeinde vergleichbar und umfassen in der Regel 10 bis 50 Haushalte und bis zu 1.000 Personen. In jedem Barangay einer Municipality befindet sich eine Barangay Health Station, die für die lokale medizinische Basisversorgung zuständig ist. Diese Health Stations sind einfach ausgestattet: Meist handelt es sich um einen Untersuchungsraum mit einem Tisch für Konsultationen, einfachem Diagnose-Equipment wie einer Waage und einem Messstab für die Körpergröße, Stethoskop und Blutdruckmanschette, umgeben von Kästen für Medikamente und Patient*innenakten. Diese lokalen Health Stations sind nicht durchgängig von medizinischem Fachpersonal wie Nurses, Midwives oder einer ärztlichen Leitung besetzt, sondern werden vorrangig von Barangay Health Workers mit

⁹ Während meiner Feldforschung wurden die Bezeichnungen „Barangay Health Station“ und „Barangay Health Center“ synonym verwendet, was ich in meiner Arbeit so übernehme.

basaler medizinischer Ausbildung betreut. Diese sind täglich vor Ort und fungieren als erste Ansprechpersonen für medizinische Anliegen. Medizinisches Fachpersonal wie Nurses oder Midwives sind meist nur ein- bis zweimal pro Woche vor Ort. Ärztliche Visiten finden nur auf Anfrage in den Health Stations statt. Da eine Municipality viele Barangays und Health Stations umfasst, müssen sich die an der RHU angestellten Nurses und Midwives die Health Stations aufteilen. Eine medizinische Pflegekraft betreut meistens zwei bis vier Barangay Health Centers parallel. Daher ist in einem Health Center meist nur ein Mal pro Woche medizinisches Fachpersonal vor Ort. Die betreuenden Pflegekräfte bringen die benötigten Medikamente bei ihrem wöchentlichen Besuch vom Lagerraum des übergeordneten Rural Health Centers mit, welche dann im Health Center durch die BHWs an die Patient*innen verteilt werden (vgl. PhilAtlas, 2025b).

Im Zuge der Dezentralisierung wurde das Konzept der Community-based Health Care gestärkt, insbesondere durch Programme wie das Barangay Health Workers (BHW) Programm. Barangay Health Workers sind Mitglieder der Gemeinde, die entweder freiwillig oder gering entlohnt in den Barangay Health Stations mitarbeiten. In den meisten Fällen wird diese Position von Frauen mittleren Alters mit reichlich Lebenserfahrung ausgeführt. Ihre Ausbildung erfolgt über ein sechsmonatiges Trainingsprogramm mit anschließendem Akkreditierungsverfahren, das von der RHU unter Reglementierung des DOH durchgeführt wird. Barangay Health Workers haben eine zentrale Position in der primären Gesundheitsversorgung und übernehmen eine Vielzahl an Aufgaben. Neben ihrer primären Aufgabe, die erste Ansprechperson im Krankheitsfall zu sein, sind sie darüber hinaus auch für Gesundheitsaufklärung z. B. bezüglich Ernährung, Hygiene, Krankheitsprävention zuständig; ebenso für Betreuung von Schwangeren, Müttern und Säuglingen; für Begleitung und Überwachung von Impfprogrammen; für Mitwirkung bei kampagnenartigen Programmen, z. B. Tuberkulose-, Malaria- oder STI-Prävention; für Dokumentation und Nachverfolgung chronisch erkrankter Patient*innen; und für Vermittlung der Patient*innen an das RHU-Team oder den*die Municipal Health Officer (MHO). Ihre wichtigste Funktion bleibt jedoch, dass sie die erste Anlaufstelle für Patient*innen – insbesondere in ländlichen Gegenden, wo medizinisches Fachpersonal oft nur sporadisch verfügbar ist (vgl. TESDA-GOV, 2019; DOH, 2022).

Zugang zu medizinischer Grundversorgung

Die staatliche Gesundheitsversorgung auf den Philippinen ist eine universelle, bedingungslose Form medizinischer Grundversorgung, die allen philippinischen Staatsbürger*innen unabhängig von Versicherungsstatus oder Erwerbstätigkeit zur Verfügung steht. Anders als in Österreich ist der Zugang zu dieser Basisversorgung nicht an eine Krankenversicherung gekoppelt. Folgende Grafik demonstriert die drei Ebenen sowie die hierarchische Struktur des Gesundheitssystems und dessen Verwaltungsorgane.

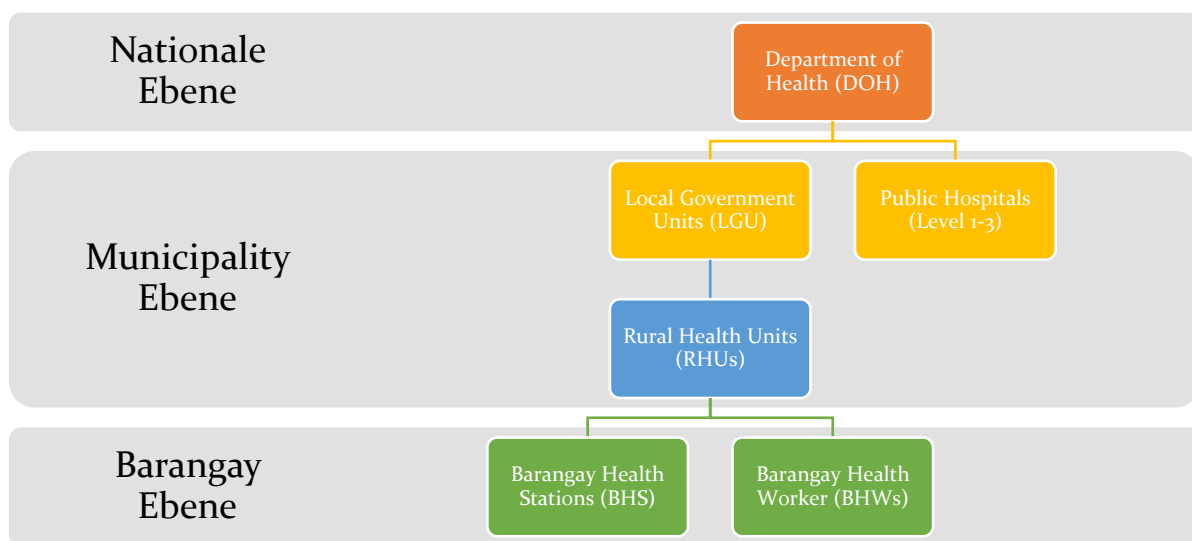


Abbildung 1: Grafische Darstellung der hierarchischen Struktur des Gesundheitssystems

Die Gesundheitsversorgung erfolgt über ein dreistufig aufgebautes System an Behandlungsmöglichkeiten: Die erste Basisversorgung, die für die gesamte Bevölkerung am einfachsten zugänglich ist, stellen Health Center auf Barangay Ebene dar. Alle Health Center innerhalb einer Municipality werden von einem Rural Health Unit auf Municipality-Ebene betreut. Darüber hinaus gibt es in kleinen Städten auch staatliche Krankenhäuser, die wiederum in Level 1-3 aufgeteilt sind. Besonders in ländlichen Gebieten ist diese Struktur klar hierarchisch aufgebaut.

Public Hospitals

Für komplexere oder stationäre Behandlungen werden Patient*innen an staatliche Krankenhäuser überwiesen, die in drei Level von Behandlungsmöglichkeiten unterteilt

sind. Krankenhäuser klassifiziert mit „Level 1“ verfügen nur über die staatlich vorgeschriebene Basisausstattung, wie eine Notfallversorgung, mehrere ambulante Dienste, eine Geburtsstation, und Möglichkeiten für kleinere chirurgische Eingriffe sowie zahnärztliche Behandlungen. „Level 2“-Krankenhäuser verfügen zusätzlich über spezialisierte Einheiten wie eine Intensivstation (engl. Bezeichnung ICU), eine Neugeborenen-Intensivstation (engl. Bezeichnung NICU), eine Blutbank und eine Respiratory Unit. Krankenhäuser der Kategorie Level 3 bietet darüber hinaus fortgeschrittene Behandlungen wie Dialyse, Rehabilitationsdienste und eine Blutbank (vgl. DOH, 2013; PhilHealth, 2022).

In städtischen Gebieten sind diese Krankenhäuser häufig größer und besser ausgestattet. Neben öffentlichen Einrichtungen existieren in Städten auch private Krankenhäuser, die hohe medizinische Standards und vielfältige Behandlungsangebote bieten, jedoch kostenpflichtig sind. Zusätzlich besteht im urbanen Raum auch die Möglichkeit sich über private Versicherungseinrichtungen, auch Health Maintenance Organizations (HMOs) genannt, versichern zu lassen. Diese übernehmen die Kosten medizinischer Leistungen für zahlende Mitglieder. Die Angebote der privaten Krankenhäuser und HMOs stehen jedoch meist nur wohlhabenderen Bevölkerungsschichten oder Expats offen, da die Versicherung über HMOs oder private Krankenhausaufenthalte für die geringverdienende Schicht nicht leistbar sind (vgl. DOH, 2011, 2013).

Die staatliche Krankenversicherung: PhilHealth

Ergänzend zur allgemeinen, frei zugänglichen Gesundheitsversorgung über das DOH und das philippinische Government, existiert auf den Philippinen seit 1995 zusätzlich ein staatliches Krankenversicherungsprogramm namens PhilHealth. Die Leistungen von PhilHealth sind auf stationäre Krankenhausbehandlungen beschränkt – darunter fallen etwa Operationen oder mehrtägige Aufenthalte in staatlichen Krankenhäusern. Ambulante Untersuchungen, Medikamente oder Konsultationen von Privatärzt*innen werden hingegen nicht durch PhilHealth gedeckt.

Ähnlich wie das österreichische Krankenversicherungssystem ist auch PhilHealth an die Erwerbstätigkeit geknüpft, jedoch besteht kein verpflichtender Beitritt zu PhilHealth.

Eine Anmeldung erfolgt für die erwerbstätige Person unbürokratisch über den Arbeitgeber, dieser führt monatlich 4 % des Gehalts an PhilHealth ab. Für arbeitslose Personen besteht ebenfalls die Möglichkeit der Inanspruchnahme von PhilHealth für Krankenhausaufenthalte. Allerdings blieb bei meinen Beobachtungen und Gesprächen mit im Gesundheitssystem arbeitenden Personen unklar, ob diese Gruppen die dadurch entstehenden Kosten rückwirkend begleichen müssen. Bei den Gesprächen berichten alle meine Interviewpartner*innen, dass sie die Versicherung nicht abgeschlossen haben, da lediglich stationäre Krankenhausaufenthalte finanziert werden und sie die Versicherung gar nicht in Anspruch nehmen könnten, da auf den Inseln, auf denen sie leben, keine Krankenhäuser zur Verfügung stehen. Manche meiner Gesprächspartner*innen berichten darüber hinaus, dass für die versicherte Person lediglich ein stationärer Krankenhausaufenthalt pro Jahr finanziert werde – wenn man öfter ins Krankenhaus müsse, müsse man die Kosten selbst tragen. Das ist ein weiterer Grund, wieso viele Personen die Versicherung als nicht an ihre Lebenslage angepasst empfinden und sie daher nicht nutzen (vgl. PhilHealth, 2025).

Private Gesundheitsversorgung und Health Maintenance Organisations

Neben den staatlichen Angeboten besteht ein wachsender privater Gesundheitssektor. Private Krankenhäuser, vor allem in städtischen Regionen, bieten oftmals eine medizinische Versorgung auf sehr hohem Standard, die jedoch mit hohen Kosten verbunden ist. Zudem existieren sogenannte Health Maintenance Organizations (HMOs), Anbieter privater Gesundheitsversicherungen, die Behandlungen bei privaten Ärzt*innen übernehmen. Diese Angebote richten sich primär an wohlhabende Bevölkerungsschichten oder an Expats, da die monatlichen Beiträge entsprechend hoch sind. Anders als PhilHealth bieten HMOs auch die Übernahme von ambulanten Leistungen und den Zugang zu privaten Einrichtungen. Aufgrund der für den Großteil der Bevölkerung unerschwinglichen Versicherungsbeiträge stellen sie jedoch keine realistische Option dar.

2.4 Zur Praxis der medizinischen Versorgung im Forschungsgebiet

Der Zugang zur Gesundheitsversorgung in lokalen ländlichen Gebieten erfolgt niederschwellig und stufenweise. Bei gesundheitlichen Beschwerden ist das nächstgelegene Barangay Health Center die erste Anlaufstelle für die Bevölkerung. Dort sind in der Regel Barangay Health Workers als erste Ansprechpersonen präsent. Bei Bedarf informieren diese die zuständige Nurse oder Midwife, die das Health Center betreut und in regelmäßigen Abständen besucht. Diese bringt dabei Medikamente aus der RHU mit oder nimmt Basisuntersuchungen vor. Reicht diese Versorgung nicht aus, werden Patient*innen in die RHU überwiesen, wo sie vom Medical Health Officer ärztlich behandelt werden können.

In manchen Fällen, wie etwa durch persönliche Initiative engagierter Medical Health Officers – im Fall meiner Forschung Doc Levi, dem leitenden Arzt der RHU-Poro – finden auch zusätzliche Visiten in den Health Centers oder Hausbesuche bei den Patient*innen statt. Doc Levi misst seinem Engagement für Visiten und Hausbesuche besondere Bedeutung bei, insbesondere, um die Zugänglichkeit zu medizinischen Diensten für seine Patient*innen zu verbessern. Gleichzeitig betont er, dass es das Vertrauen der Patient*innen stärken würde und er sie dadurch spüren lassen möchte, dass sie und ihr Wohl ihm besonders am Herzen liegen. Sollte eine weiterführende Behandlung notwendig sein, etwa chirurgische Eingriffe oder stationäre Therapien, erfolgt eine Überweisung in das zuständige Krankenhaus. Die Organisation des Transports liegt in der Verantwortung der Patient*innen, wobei in Notfällen auch informelle Unterstützungsnetzwerke, etwa durch freiwillige Bootsfahrer*innen oder private Fahrzeuge, mobilisiert werden können.

Barangay Health Workers haben den engsten, persönlichsten und häufigsten Kontakt zu den Patient*innen. Die Gründe dafür sind, dass sie aus demselben Barangay stammen, dort meist bekannte Personen sind und daher auch viele Bewohner*innen der Dörfer kennen; außerdem sind sie täglich in der Health Station und fungieren als erste Ansprechperson. Durch die am Beginn der Tätigkeit als BHW absolvierte medizinische

Schulung verfügen sie über grundlegende medizinische Kenntnisse, dürfen jedoch keine diagnostischen Tätigkeiten wie z. B. Blutdruck- oder Blutzuckermessungen durchführen, auch wenn sie gelegentlich inoffiziell darum gebeten werden. Diese diagnostischen Verfahren dürfen lediglich von medizinisch ausgebildetem Fachpersonal wie Nurses oder Midwives durchgeführt werden. Barangay Health Workers übernehmen unterstützende Aufgaben und dokumentieren z. B. Symptome, begleiten Patient*innen oder erinnern an Medikationspläne.

Die meisten Municipalities umfassen rund 10 bis 30 Barangays. Alle Barangay Health Stations einer Municipality unterstehen der übergeordneten RHU. Die an der RHU angestellten Nurses und Midwives sind zuständig für die Betreuung der Barangay Health Stations. Sie teilen sich die Health Stations auf, sodass meistens eine medizinische Fachkraft für zwei bis vier Barangays zuständig ist. Diese müssen neben der Zuständigkeit für ihre Barangays auch allgemeine Aufgaben der RHU übernehmen, wie u.a. wöchentliche Team Meetings, Fortbildungen, Impfkampagnen und andere Gesundheitskampagnen. Aus organisatorischen Gründen können sie nur ein Mal pro Woche die ihnen zugeteilten Barangay Health Stations besuchen. Bei diesen bringen sie die Medikamente vom Medikamentenlager der RHU mit, führen Untersuchungen in den Health Stations durch und entscheiden, ob Patient*innen zur weiteren Behandlung die RHU und den dortigen Arzt aufsuchen oder in ein Krankenhaus transportiert werden müssen.

3 Forschungsverlauf und forschungspragmatischer Zugang

Dieses Kapitel beschreibt den forschungspragmatischen Verlauf meines Forschungsprojekts – von der Themenfindung bis zur Umsetzung im Feld.

Eingangs wird der Feldzugang beschrieben, beginnend mit der Themenfindung und den ersten Kontakten auf den Philippinen. Anschließend führe ich in die regionalen Forschungsgebiete ein. Neben einem geografischen und demografischen Überblick über die drei untersuchten Inseln, erläutere ich das lokale medizinische Versorgungssystem. Darauf folgt die Darstellung der Forschungsfrage und des Forschungsdesigns, in welchem ich meine eingesetzten Methoden, erhobenes Datenmaterial und Auswertungsschritte beschreibe. Ein weiterer Abschnitt widmet sich meinen forschungsethischen Überlegungen und meiner Rolle im Feld als Forscherin und Diabetikerin. Diese geteilte Erfahrung beeinflusste die Gesprächsdynamik und die Tiefe der Daten. Abschließend erfolgt die Vorstellung der zentralen Akteure, mit denen ich gesprochen habe, um ein Verständnis für die Kontexte, Beziehungen und methodischen Entscheidungen zu schaffen, die den weiteren Verlauf der Analyse prägen.

3.1 Feldzugang

Mein Zugang zum Forschungsfeld entwickelte sich schrittweise und ist mit meiner persönlichen Lebenserfahrung verbunden. Der erste Berührungspunkt entstand im Rahmen des Feldforschungspraktikums unter der Leitung von Dr. Bernhard Hadolt im Januar und Februar 2020, das mich erstmals auf die Philippinen führte. Während dieser Reise besuchte ich verschiedene Inseln wie Dumaguete, Apo Island und Siquijor und konnte erste ethnografische Erfahrungen sammeln. Bereits in dieser frühen Phase wurde ich mehrfach auf meinen am Oberarm getragenen CGM-Sensor (Continuous Glucose Monitor) angesprochen. Diese Begegnungen machten mir bewusst, wie weit verbreitet Diabetes auf den Philippinen ist und wie sehr die Erkrankung das familiäre und soziale Umfeld vieler Menschen prägt.

Das Thema weckte mein Interesse, löste jedoch auch eine gewisse Zurückhaltung aus. Da ich selbst Diabetikerin bin, befürchtete ich anfänglich, dass eine intensive wissenschaftliche Auseinandersetzung mit Diabetes meiner Erkrankung in meinem Leben zu viel Raum geben könnte. Nach längerer Reflexion entschied ich mich jedoch, diesen persönlichen Zugang als Möglichkeit zu sehen, meine Gesprächspartner*innen und deren Erfahrungen mit einer breiteren Perspektive – sowohl aus der forschenden als auch aus der betroffenen Perspektive – verstehen zu können. Im weiteren Verlauf konkretisierte sich mein Forschungsvorhaben: Ich wollte den Zugang zu Diabetesversorgung im ländlich-ruralen Kontext der Philippinen untersuchen, mit Fokus auf Menschen, die überwiegend auf die öffentlichen Gesundheitsdienste des *Department of Health* (DOH) angewiesen sind und für die privatmedizinische Angebote finanziell kaum zugänglich sind. Um möglichst nah an den Erfahrungen dieser Zielgruppe zu arbeiten, entschied ich mich bewusst gegen die Erhebung von Daten in urbanen Krankenhäusern. Stattdessen suchte ich gezielt Kontakt zu lokalen Health Centers in abgelegenen Regionen.

Meine vorbereitende Online-Recherche führte mich zu drei Forschungsgebieten – den Camotes, Bantayan und Malapascua – allesamt Inseln, die geografisch und verwaltungstechnisch zu Cebu gehören. Cebu selbst wählte ich als logistisches Zentrum, da ich die Region bereits kannte, sie gut erreichbar ist und im Fall einer persönlichen medizinischen Notsituation, Zugang zu gut ausgestatteten, privaten Kliniken bietet. Aus den Erfahrungen meines ersten Aufenthalts wusste ich, wie positiv spontane, persönliche Begegnungen vor Ort aufgenommen werden. Deshalb verzichtete ich auf formelle Voranmeldungen und reiste direkt zu den ausgewählten Health Centers. Der eigentliche Feldzugang begann im Januar 2024 mit ersten Gesprächen mit leicht erreichbaren Akteur*innen wie Apotheker*innen und Mitarbeitenden der lokalen Health Center. Besonders der Zugang zu Patient*innen mit Diabetes gestaltete sich zunächst schwierig. Vorschläge, in Apotheken aktiv auf Kund*innen zuzugehen, lehnte ich aus ethischen Gründen ab.

Während sich der Kontakt zu medizinischem Personal in Bantayan und Malapascua als begrenzt erwies, öffnete sich auf den Camotes ein entscheidender Zugang. In der Rural

Health Unit von Poro begegnete ich einem jungen Arzt, der sich für mein Forschungsvorhaben interessierte. Nach einem persönlichen Gespräch und der Vorstellung meines Projekts beim Bürgermeister und der Vize-Bürgermeisterin erhielt ich die offizielle Erlaubnis zur Feldforschung. Von diesem Zeitpunkt an durfte ich das RHU-Team mehrere Wochen begleiten; sowohl bei der Arbeit im Health Center als auch auf einer Impftour durch neun der insgesamt 18 Barangays.

3.2 Forschungsgebiete

Im Folgenden gebe ich einen Überblick über die drei Inseln, auf denen ich meine Feldforschung durchgeführt habe. Dabei beschreibe ich zentrale geografische und demografische Merkmale sowie lokale Gegebenheiten, die für das alltägliche Leben der Bewohner*innen und die gesundheitliche Versorgungssituation von Bedeutung sind. Dadurch will ich die jeweiligen Kontexte greifbarer machen, in welchem Ausmaß Faktoren wie Lage und Erreichbarkeit der Inseln, Infrastruktur und Ressourcenverfügbarkeit die medizinische Versorgung mitprägen.

Annäherung an mein Forschungsgebiet

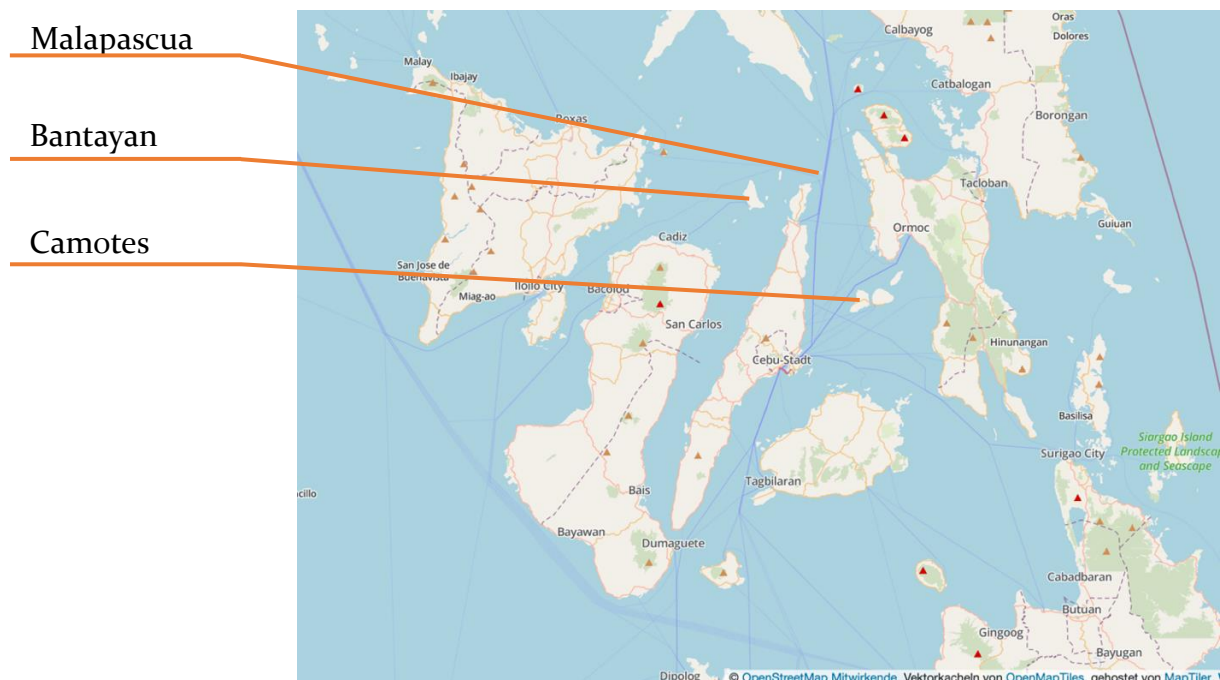


Abbildung 2: Kartenausschnitt der Region Central Visayas, der Insel Cebu und den drei dazugehörigen Inseln Malapascua, Bantayan und Camotes Islands (© OpenStreetMaps Contributors 2025)

Meine drei Forschungsgebiete liegen in der Region Central Visayas, Provinz Cebu, im Nordosten der Insel Cebu. Für die Datenerhebung habe ich drei kleinere Inseln besucht – die Camotes Islands, Bantayan und Malapascua. Die Wahl fiel bewusst auf kleine, überschaubare Orte, da meines Erachtens der soziale Zusammenhalt enger und die Anonymität geringer ist als in größeren Städten. Dies erleichtert persönliche Begegnungen und begünstigt die Entstehung von Kontakten. Zudem ist der Tourismus auf diesen Inseln weniger ausgeprägt als in stark frequentierten Regionen, sodass meine Anwesenheit als Europäerin eher Aufmerksamkeit und Neugierde hervorruft. Ein weiterer Grund war die strategisch günstige Lage: Alle drei Inseln befinden sich in relativer Nähe zu Cebu City, und ich war mit der Region bereits seit einem ersten Aufenthalt im Jahr 2020 vertraut.

Camotes Islands

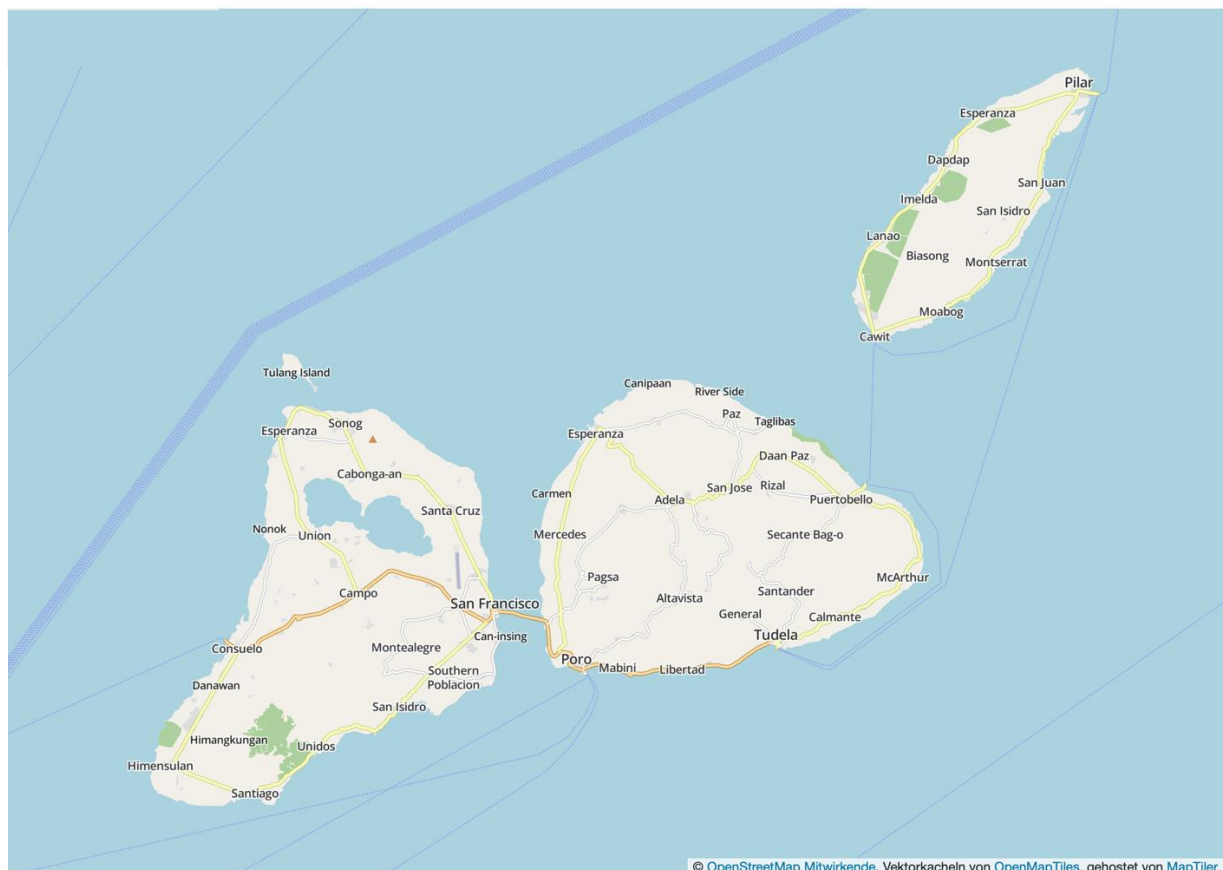


Abbildung 3: Kartenausschnitt der Camotes Islands mit den Inseln Pacijan, Poro, Ponson und Tulang Diot (© OpenStreetMaps Contributors 2025)

Die Camotes Islands sind ein kleiner Inselarchipel im Camotes-Meer, etwa 63 km östlich von Cebu gelegen. Die Anreise von Cebu City nimmt in der Regel sechs bis sieben Stunden in Anspruch: vier bis fünf Stunden Fahrt mit Bus oder Taxi, gefolgt von zwei Stunden mit der Fähre. Die Camotes bestehen aus vier bewohnten Inseln: Pacijan, Poro, Ponson und Tulang Diot. Laut Zensus 2020 leben hier rund 110.000 Menschen, mit einem Bevölkerungsanstieg um über 40 % seit den 1990er Jahren. Die Inselgruppe ist in vier Municipalities gegliedert: San Francisco (Pacijan), Poro und Tudela (Poro) sowie Pilar (Ponson). Poro und Pilar sind jeweils 4th-Class Municipalities¹⁰. Die Siedlungsstruktur ist überwiegend ländlich. Nur San Francisco weist mit etwa 2.000–3.000 Einwohner*innen eine etwas städtischere Prägung auf. Landwirtschaft bildet die wichtigste Einkommensquelle. Der Tourismus hatte vor der COVID-19-Pandemie spürbar an Bedeutung gewonnen, kam jedoch während der Pandemie nahezu vollständig zum Erliegen, was zu vermehrter Arbeitslosigkeit führte. Viele Hotels waren gezwungen zu schließen, geplante Infrastrukturprojekte, wie etwa der Bau eines kleinen Flughafens, wurden gestoppt. Die begrenzten Bildungs- und Beschäftigungsmöglichkeiten führen dazu, dass viele Familien ihre Kinder für Ausbildungszwecke nach Cebu City schicken oder selbst auf der Hauptinsel arbeiten, was oft zu langen familiären Trennungen führt. Medizinisch ist jede Municipality mit einer Rural Health Unit (RHU) ausgestattet, jedes Barangay verfügt über eine Health Station. Die RHU Poro versorgt demnach die Gesamtbevölkerung von 26.000 Einwohner*innen aufgeteilt auf 18 Barangays. Die Insel Pilar im Nordosten des Archipels zählt etwa 12.600 Einwohner*innen. Auch sie verfügt über eine eigene RHU mit mehreren Fachkräften. Jedoch musste sie zwischen den Jahren 2022 und 2024 ohne ständige ärztliche Leitung auskommen, da diese gekündigt hatte und vorerst nicht nachbesetzt werden konnte. In dieser Zeit war das medizinische Personal auf sich gestellt und auf die freiwillige Unterstützung der Ärzt*innen aus den benachbarten Municipalities Poro und San Francisco angewiesen. In San Francisco existiert zusätzlich ein Level-1-Krankenhaus. Die Versorgung ist stark von Lieferungen und weiterführenden Untersuchungen auf der Hauptinsel Cebu abhängig. Apotheken

¹⁰ Auf die Klassifikation der Municipalities wird im Kapitel 2.3 *Das philippinische Gesundheitssystem* genauer eingegangen.

können nicht verfügbare Medikamente von Cebu bestellen, die Lieferung dauert üblicherweise drei bis vier Tage (vgl. SunStar Publishing, 2021; Wikipedia, 2021; PhilAtlas, 2025f).

Bantayan

Bantayan liegt etwa 15 km nordwestlich der Insel Cebu und ist Teil einer Inselgruppe mit etwa 20 kleineren Inseln. Die Anreise von Cebu City dauert etwa zehn Stunden und erfordert rund acht bis neun Stunden Fahrt mit dem Bus oder anderen Landtransportmitteln, gefolgt von einer einstündigen Fährüberfahrt. Die Insel umfasst drei Municipalities: Bantayan, Madridejos und Santa Fé. Die Municipality Santa Fé umfasst zehn Barangays mit rund 34.500 Einwohner*innen, Madridejos zählt 14 Barangays mit etwa 42.000 Einwohner*innen. Insgesamt leben laut Zensus 2020 rund 86.000 Menschen auf Bantayan. Die lokale Wirtschaft basiert vor allem auf Landwirtschaft und einem bereits vergleichsweise stärker etablierten Tourismus, der nach der COVID-19-Pandemie zur wirtschaftlichen Stabilisierung beitrug. Auf der Insel gibt es mehrere öffentliche Health Center und RHUs, jedoch kein Krankenhaus – weder öffentlich noch privat. In der Hauptstadt Bantayan City praktizieren etwa fünf Privatärzte*innen, einige mit Diagnostikmöglichkeiten wie Ultraschall oder Röntgen. Schwere medizinische Fälle erfordern jedoch den Transport auf die Hauptinsel Cebu, was eine logistisch und finanziell herausfordernde Reise darstellt. Früher existierten sogenannte „Ambulanz-Schiffe“, deren Betrieb jedoch eingestellt wurde. Bei medizinischen Notfällen werden Patient*innen in das nächstgelegene Provinzkrankenhaus in Bogu oder nach Cebu City überwiesen (vgl. PhilAtlas, 2025e, 2025g, 2025a).

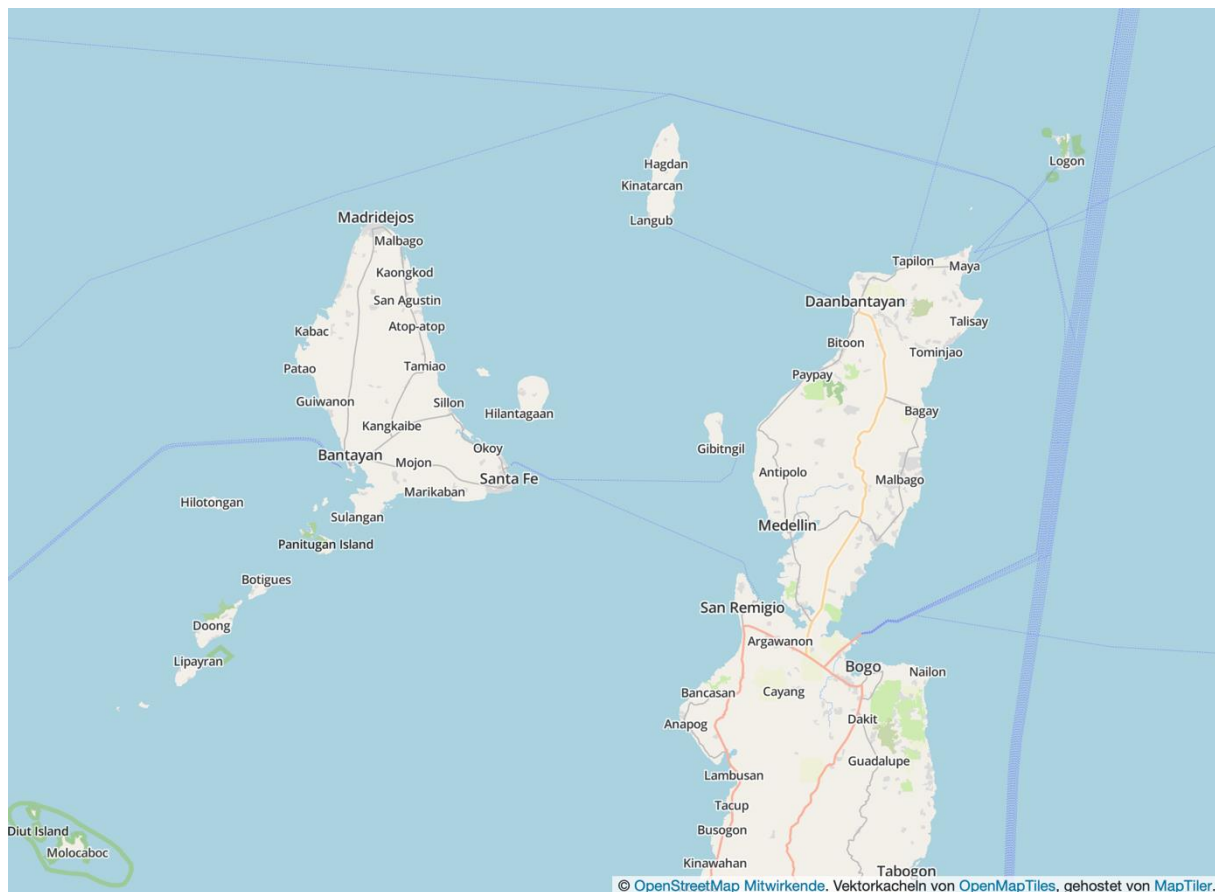


Abbildung 4: Kartenausschnitt von Bantayan am nordwestlichen Ende und Logon (Malapascua) am nordöstlichen Ende von Cebu (© OpenStreetMap Contributors 2025)

Logon (Malapascua)

Logon, auch Malapascua genannt, ist eine kleine Koralleninsel in der Visayas-See, rund 6,8 km nördlich der Insel Cebu. Sie gehört administrativ zur Municipality Daanbantayan. Die Anreise von Cebu City dauert etwa sechs Stunden und erfordert eine fünfstündige Bus- und eine 45-minütige Bootsfahrt. Die Insel misst etwa 1,48 km² und besteht aus einem Barangay mit acht Dörfern mit insgesamt rund 6.300 Einwohner*innen (Zensus 2020). Der Name „Malapascua“ bedeutet „schlechtes Ostern“ und geht auf die Überlieferung zurück, dass spanische Seefahrer während der Weihnachtszeit in einen Sturm gerieten, auf der Insel strandeten und befürchteten, das Osterfest fernab ihrer Familien verbringen zu müssen. Die Siedlungsstruktur ist ländlich, und die wirtschaftlichen Möglichkeiten begrenzt. Tourismus spielt eine große Rolle, deckt den Bedarf an Einkommen jedoch nur teilweise. Logon verfügt über keine eigene RHU, sondern lediglich über eine lokale Health Station, die von einer Midwife betrieben wird.

Es gibt weder private Ärzt*innen noch ein Krankenhaus auf der Insel. Die medizinische Grundversorgung umfasst einen Vorrat an gängigen Medikamenten wie Antibiotika, Schmerzmitteln und Impfstoffen. Für jede weitergehende Behandlung müssen Patient*innen die Hauptinsel aufsuchen. Dort befinden sich Apotheken, private Arztpraxen und Krankenhäuser, die mit dem Boot erreichbar sind. Auf der Insel selbst gibt es nur eine Apotheke (vgl. PhilAtlas, 2025d, 2025c).

3.3 Forschungsfrage

Während meines Forschungsaufenthaltes hat sich meine ursprüngliche Forschungsfrage nach und nach – durch Gespräche, teilnehmende Beobachtung und Begegnungen mit Menschen, Umwelt und Strukturen – verschoben und weiterentwickelt. Ursprünglich wollte ich soziale Ungleichheiten im Zugang zu medizinischen Behandlungen am Beispiel der chronischen Erkrankung Diabetes Mellitus Typ II untersuchen. Doch je länger ich im Feld war, desto deutlicher wurde, dass für viele Menschen ein anderes Thema zentraler ist: der alltägliche Umgang mit geringen Behandlungsmöglichkeiten, selten verfügbaren Ressourcen und den daraus entstehenden Unsicherheiten. Ebendiese Unsicherheiten schienen für viele Betroffene nicht nur eine Randerscheinung, sondern eine grundlegende Struktur der verfügbaren Gesundheitsfürsorge zu sein.

Meine an die lokalen Gegebenheiten angepasste Forschungsfrage lautet schließlich:

Wie erleben und interpretieren Menschen medizinische Unsicherheiten in Lebenssituationen, die durch strukturelle Zugangsbarrieren zu Gesundheitsversorgung geprägt sind? Welche Strategien entwickeln sie, um mit diesen Unsicherheiten im Alltag umzugehen – und weshalb entscheiden sich manche dafür, im Nicht-Wissen zu verbleiben?

Mit dieser Frage verfolge ich das Ziel, ein tieferes Verständnis dafür zu entwickeln, wie Menschen in ländlichen Regionen der Philippinen, die stark auf die öffentlich zugängliche, primär staatlich organisierte Gesundheitsversorgung angewiesen sind, mit den alltäglichen Herausforderungen medizinischer Versorgung umgehen. Dabei richtet sich mein Fokus insbesondere auf Bevölkerungsgruppen, deren sozioökonomische Lage

es ihnen kaum erlaubt, zusätzliche medizinische Leistungen, etwa private Arztbesuche oder den Erwerb von Medikamenten außerhalb staatlicher Programme, in Anspruch zu nehmen.

Ich möchte untersuchen, welche Auswirkungen strukturelle Rahmenbedingungen wie eine unzureichende medizinische Infrastruktur, ein beschränkter Zugang zu Diagnostik, der sporadische oder fehlende Nachschub essenzieller Medikamente sowie die chronische personelle Unterbesetzung im lokalen Gesundheitswesen auf die Gesundheitswahrnehmung und das medizinische Alltagshandeln der Menschen haben. Darüber hinaus interessiert mich, wie betroffene Personen die dadurch entstehenden Unsicherheiten in Bezug auf mögliche Krankheitsverläufe, etwa im Fall von Diabetes, deuten, bewältigen oder bewusst ausblenden. Welche Bedeutungen schreiben sie dem Nicht-Wissen über ihren Gesundheitszustand zu? Und welche sozialen, emotionalen oder praktischen Strategien entwickeln sie im Umgang mit diesen Ungewissheiten?

3.4 Forschungsdesign und Methoden

Das methodische Vorgehen meiner Forschung orientiert sich an der *Grounded Theory* nach Anselm Strauss und Juliet Corbin (1996). Diese Herangehensweise kombiniert induktives Forschen mit einem strukturierten Analyseprozess, bei dem aus den erhobenen Daten Theorie entwickelt wird. Ausgangspunkt war meine theoretische Vorannahme, dass Menschen mit Diabetes in ruralen, teils schwer zugänglichen und infrastrukturell schwach ausgestatteten Regionen der Philippinen aufgrund der geografischen Abgeschiedenheit mit diversen Problemen und Schwierigkeiten bei der Gesundheitsversorgung umgehen müssen.

Datenerhebung

Zwischen Januar und Februar 2024 hielt ich mich zu Feldforschungszwecken überwiegend auf den Camotes auf. Ergänzt wurden diese Aufenthalte durch Besuche in Bantayan und Malapascua. Meine zentrale Methode der Datenerhebung war teilnehmende Beobachtung, um Handlungen, Routinen und Interaktionen beforschen zu können, die nicht immer direkt thematisiert oder offen angesprochen werden, etwa

aufgrund von Gewohnheit, gesellschaftlichen Normen oder Tabus. Ergänzend wurden informelle Gespräche sowie semistrukturierte Interviews eingesetzt. Phasenweises theoretisches Sampling vor Ort erwies sich als wertvoll. Dadurch konnte ich die Datenerhebung fortlaufend an neue Erkenntnisse anpassen und versuchen Lücken zu schließen, um ein möglichst vollständiges und differenziertes Bild des Forschungsthemas zu gewinnen.

Auf den Camotes begleitete ich über drei Wochen das RHU Poro Team bei der alltäglichen Arbeit und dokumentierte Abläufe in der Patient*innenversorgung. Während der monatlichen Impftour besuchte ich mehrere Barangays, in denen das Team nicht nur Säuglinge und Kleinkinder impfte, sondern auch Menschen mit Diabetes zum Gespräch mit mir ins örtliche Health Center einluden. Diese Treffen boten Gelegenheit zu informellen Gesprächen, in denen Betroffene über ihren Krankheitsverlauf, den Zugang zu medizinischer Versorgung und ihre Strategien im Umgang mit Versorgungsunsicherheiten sprachen. Neben der RHU Poro besuchte ich weitere Health Centers und Apotheken, führte insgesamt 22 Interviews mit Ärzt*innen, Nurses, Midwives, MedTechs, Angestellten der Municipality, Apotheker*innen und Patient*innen und untersuchte die Verfügbarkeit und Beschaffung von Diabetesmedikamenten sowie deren Kosten. Dabei interessierte mich besonders, wie Patient*innen mit Engpässen umgehen – sei es durch finanzielle Unterstützung durch Angehörige, Zukauf in Apotheken, Ersatz durch Herbal Medicine oder durch Anpassungen im Lebensstil. Ein weiterer Fokus lag auf Ernährung und Alltagsbedingungen. Ich dokumentierte das Lebensmittelangebot auf lokalen Märkten, in Bäckereien, Restaurants und an Straßenständen und analysierte den hohen Stellenwert von Essen in Gesellschaft, aber auch von Softdrinks und verarbeiteten Lebensmitteln. Ebenso beobachtete ich, wie Bewegungsmangel, eingeschränkte Transportmöglichkeiten und sozioökonomische Faktoren die Gesundheit beeinflussen. Ergänzend nahm ich an einem Health Summit der RHU Poro teil, bei dem freiwillige Mitarbeitende des Gesundheitssystems für ihre Leistungen ausgezeichnet wurden. Die in der Einleitung dargestellte Vignette geht auf diese Erfahrung zurück. Diese Veranstaltung bot wertvolle Einblicke in die lokale Umsetzung nationaler Gesundheitsprogramme und deren Wirkung auf die Bevölkerung.

Auch der Bereiche der traditionellen und pflanzlichen Heilmethoden fand in meiner Forschung Berücksichtigung. Ich besuchte eine Farm, die *Herbal Medicine* herstellte, sprach mit Menschen über den Gebrauch von Heilpflanzen und beobachtete deren Einsatz im Alltag. Parallel führte ich Online-Recherchen zu politischen, wirtschaftlichen und gesundheitspolitischen Rahmenbedingungen durch, um die Feldbeobachtungen in einen größeren Kontext einordnen zu können.

Datenmaterial

Mein Datenmaterial setzt sich aus teilnehmenden Beobachtungen, informellen Gesprächen und Interviews zusammen, ergänzt durch Einträge in mein Feldtagebuch sowie detaillierte Beobachtungsprotokolle. Die empirische Erhebung umfasst insgesamt 22 halbstrukturierte Interviews – davon 17 Einzel- und 5 Gruppeninterviews – sowie mehrere informelle Gespräche, die ich direkt im Anschluss in Form von Gedächtnisprotokollen festgehalten habe. Während bestimmten Erzählsituationen, insbesondere bei sensiblen oder intimen Themen, habe ich bewusst auf eine Audioaufzeichnung verzichtete, um die Offenheit und den natürlichen Gesprächsfluss nicht zu beeinträchtigen. Viele dieser Gespräche ergaben sich zudem spontan, in Situationen, die eine Audiodokumentation nicht zuließen, wie etwa während gemeinsamer Fahrten mit den RHU-Mitarbeitenden im Auto, auf Tricycles, bei der Mitfahrt im Rettungswagen oder auch auf Booten. Gerade in diesen ungezwungenen Momenten entstanden für die Datenerhebung wertvolle Unterhaltungen, die für mein Verständnis der Erfahrungen der Menschen vor Ort von großer Bedeutung waren.

Datenauswertung

Die Datenauswertung folgte dem methodischen Vorgehen der *Grounded Theory*. Zunächst habe ich die Interviews offen codiert, wobei ich beim wiederholten Lesen der Daten gezielt auf Gemeinsamkeiten, Verknüpfungen und grundlegende Problematiken geachtet habe. Aus diesen Beobachtungen entwickelten sich erste zentrale Codes, die widerspiegeln, welche Themen für die Interviewpartner*innen besonders relevant waren, wie sie sich gegenseitig bedingen und in welchen Kontexten sie auftreten. Inhaltlich ähnliche Codes wurden zu übergeordneten Code-Gruppen zusammengefasst. Parallel

führte ich ein Codebuch, in dem ich festhielt, was ich mit den einzelnen Codes erfassen wollte. Gleichzeitig verfasste ich Memos, um Querverbindungen zwischen den Codes festzuhalten, erste Hypothesen zu formulieren und meine Forschungsfrage weiter zu konkretisieren. In der nächsten Phase, dem axialen und teilweise selektiven Codieren, arbeitete ich Beziehungen zwischen den Codes aus und vertiefte zentrale Kategorien (vgl. Strauss, Corbin und Legewie, 1996).

Da meine Forschung in engem Kontakt mit Menschen stattfand, legte ich großen Wert auf Transparenz, informierte Einwilligung und eine sehr respektvolle und angepasste Interaktion. Um den Beitrag der Beteiligten zu würdigen, vereinbarte ich mit dem Arzt der RHU Poro, meine anonymisierten Rohdaten nach Abschluss der Arbeit zur Verfügung zu stellen, damit sie lokal zur Verbesserung der Gesundheitsversorgung genutzt werden können.

3.5 Forschungsethische Überlegungen

Während informeller Gespräche, vor allem wenn ich als Begleitung des RHU-Teams auftrat, kam es mehrfach vor, dass Patient*innen mich für eine Ärztin hielten. In solchen Situationen war es mir wichtig, meine tatsächliche Rolle zu verdeutlichen. Ich erklärte, dass ich keine medizinische Ausbildung habe, sondern als Forscherin hier bin und mich mit den Erfahrungen von Menschen mit Diabetes befasse. Diese Aufklärung gelang jedoch nicht immer. Manchen Gesprächspartner*innen war mein Studienhintergrund oder das Konzept meiner Forschung fremd, was gelegentlich zu Verwirrung führte. In diesen Fällen entschied ich mich, die Erklärung zu vereinfachen und lediglich zu betonen, dass ich keine Ärztin bin und keine medizinischen Entscheidungen treffe, sondern selbst Diabetes habe und hier bin, weil es mich interessiert, wie es den Menschen hier mit der Krankheit geht. Wichtig war für mich, meine Absichten klar zu formulieren. Ich versicherte allen Gesprächspartner*innen, dass ihre Aussagen vertraulich behandelt werden und ich keine persönlichen Inhalte an Dritte weitergebe. Darüber hinaus war es vielen wichtig, dass ich die Inhalte der Interviews speziell nicht an ihren behandelnden Arzt Doc Levi weitergebe. Grund dafür war: Sie berichteten mir im Vertrauen, dass sie sich nicht an seine Behandlungsvorschreibungen halten, und wollten nicht, dass er davon

erfährt. Ich versprach, die Informationen nicht an ihren Arzt weiterzugeben, sondern sie lediglich in anonymisierter Form in meine Analyse einfließen zu lassen, die ausschließlich für wissenschaftliche Zwecke genutzt wird.

Begleitend setzte ich mich während des gesamten Forschungsprozesses mit der Frage auseinander, wie ich die berichteten Erfahrungen der Menschen aus meiner westlich-europäischen Perspektive wahrnehme und interpretiere. Meine leibliche Erfahrung als Diabetikerin ermöglichte mir zwar einen facettenreicheren Zugang zu den Erfahrungsberichten der Menschen, jedoch ermöglichte mir mein Zugang zum Feld selbstverständlich nur einen begrenzten Einblick in den komplexen Alltag der Menschen vor Ort. Entsprechend war mir bewusst, dass meine Interpretationen stets durch meine eigene Position, meine kulturelle Prägung und den begrenzten Zeitraum meiner Feldforschung gerahmt sind.

3.6 Meine Rolle im Forschungsprozess und Perspektive als Diabetikerin

Ich lebe seit meinem fünften Lebensjahr mit Diabetes Mellitus Typ I. Die Erkrankung ist in meiner Familie nicht genetisch veranlagt. Medizinisch lässt sie sich auf eine Virusinfektion zurückführen, bei der mein Immunsystem die insulinproduzierenden Zellen der Bauchspeicheldrüse zerstörte (vgl. Eckert 2023). Seither kenne ich kein Leben ohne Diabetes. Ich habe jede Lebensphase – Kindheit, Jugend, Erwachsenenalter – stets mit der Krankheit durchlebt, technologische Neuerungen miterlebt und erprobt, Verbesserungen begrüßt, aber auch neue Herausforderungen wahrgenommen. Unabhängig davon, wie sehr moderne Technik unterstützt, bleibt Diabetes eine Erkrankung, die meine tägliche Aufmerksamkeit erfordert und lebensbedrohlich sein kann – für viele Menschen weltweit in besonders spürbarer Form.

Meine eigene Erfahrung war im Forschungsprozess von großem Wert. Ich verfüge nicht nur über medizinisches Wissen zu Diabetes, sondern auch über ein verkörpertes Verständnis der Krankheit. Dadurch konnten Gespräche mit Patient*innen auf einer gemeinsamen Grundlage beginnen; Erklärungen, die sonst notwendig gewesen wären,

entfielen. Ich kenne die Behandlungsmethoden für Typ I und Typ II, die Bedeutung von Ernährung und Bewegung sowie die praktischen Herausforderungen der Medikamentenversorgung. Oft öffneten sich mir Gesprächspartner*innen, sobald sie erfuhren, dass ich selbst Diabetes habe. Manche teilten persönliche Details, die sie ohne diesen gemeinsamen Bezug vielleicht nicht erwähnt hätten. In passenden Situationen berichtete ich auch von meinen eigenen Erfahrungen – von den alltäglichen Routinen bis zu Momenten der Überforderung. Dieses beidseitige Teilen schuf Vertrauen und eine besondere Gesprächsatmosphäre. Gleichzeitig war mir bewusst, dass meine Position die Forschungsergebnisse beeinflusst. Mein Zugang zu Informationen, die Art der Antworten und die Tiefe der Erzählungen waren wahrscheinlich geprägt von dieser gemeinsamen Erfahrung. Ich sehe diesen Einfluss jedoch vor allem als Bereicherung. Er ermöglichte Nähe, gegenseitiges Verständnis und ein Einfühlungsvermögen, das rein theoretisches Wissen nicht leisten könnte.

Diese geteilte Betroffenheit machte es mir leichter, den Erfahrungen der Patient*innen mit Respekt, Sensibilität und Empathie zu begegnen. Zugleich hoffe ich, dass auch mein jeweiliges Gegenüber dies als Unterstützung empfand – als ein Gefühl, mit den persönlichen Sorgen und Hoffnungen von einer Person gehört zu werden, die auch Erfahrung damit hat, wie sich Diabetes anfühlt.

Reflexion meiner Rolle und Erfahrungen im Feld

Während meiner Feldforschung stieß ich auf verschiedene Hürden, die meinen Zugang zu Menschen und Informationen prägten. Allein durch mein westliches Aussehen fiel ich im ländlichen Kontext der Philippinen stark auf. Personen reagierten meist freundlich und neugierig, gelegentlich jedoch auch skeptisch. Häufig hielten mich Patient*innen zunächst für eine Ärztin, was zu Zurückhaltung führte. Ich erklärte von Beginn an meine Rolle als sozialwissenschaftliche Forscherin, doch oft öffneten sich Gesprächspartner*innen erst nach mehrmaliger bestätigter Klarstellung. Auf meiner Suche nach Interviewpartner*innen im medizinischen Kontext hatten viele Ärzt*innen wenig Zeit oder Interesse an einem Gespräch. In solchen Fällen drängte ich nicht, sondern suchte den Kontakt in anderen Health Centers. In abgelegenen Gebieten waren sprachliche Barrieren manchmal eine Herausforderung, da ältere Menschen im Alltag

selten Englisch sprechen. Hier halfen mir engagierte Barangay Health Workers und Nurses, die aktiv auf mich zukamen, spontan übersetzten und Gespräche erleichterten. Zu Beginn war es zudem schwierig, Patient*innen kennenzulernen: Erst durch die aktive Unterstützung von Mitarbeiter*innen des Gesundheitsbereichs, die mir anboten, ihre Patient*innen für mich um ein Gespräch zu bitten, entstanden die ersten tiefergehenden Kontakte. Diese Hilfsbereitschaft trug wesentlich dazu bei, Hürden zu überwinden und vertrauensvolle Gespräche zu führen.

3.7 Zentrale Akteur*innen

Doc Levi ist mit 33 Jahren ein junger, engagierter Arzt, der seit 2022 die Leitung der Rural Health Unit von Poro innehat. Nach seinem Medizinstudium in Cebu und dem erfolgreichen Abschluss des nationalen *board exams*¹¹ im Jahr 2023 wurde er vom Department of Health als Municipal Health Officer eingesetzt. Gemeinsam mit seinem 22-köpfigen Team, bestehend aus Nurses, Midwives und Medical Technologists, ist er für die medizinische Versorgung von rund 26.000 Menschen in den 18 Barangays der Municipality Poro verantwortlich. In meiner Feldforschung habe ich ihn als ausgesprochen fleißigen und energischen Arzt kennengelernt, der mit großem Engagement daran arbeitet, die strukturellen Grenzen des Gesundheitssystems auszugleichen und die Versorgung seiner Patient*innen bestmöglich zu verbessern.

Im Zentrum seiner Arbeit steht das Team der RHU, das sowohl aus langjährigen als auch jungen Mitgliedern besteht und damit unterschiedliche Erfahrungen und Perspektiven vereint. Die dienstältesten Mitarbeitenden, Nurse Brian und Nurse Reymond, haben über die Jahre zahlreiche Veränderungen in der lokalen Gesundheitsversorgung miterlebt, von wechselnden ärztlichen Leitungen bis hin zu politischen Umstellungen. Auch Nurse Rosalyn arbeitet seit über 14 Jahren in der RHU und kennt die lokalen Bedingungen ebenso wie die Menschen vor Ort. Jüngere Kolleg*innen wie MedTech Christine, die vor rund vier Jahren ins Team kam, schätzt besonders die engagierte Arbeit von Doc Levi sehr. Christine arbeitet im Labor der RHU Poro und ist für HIV- und Tuberkulose-Diagnostik zuständig. Midwife Nenita und Nurse Doreen wiederum sind beide über 55 Jahre alt und seit Langem in der RHU tätig. Beide sind auf den Camotes aufgewachsen und betreuen ihre Patient*innen oft schon deren Leben lang. Sie bringen so nicht nur fachliche Kompetenz, sondern auch ein besonderes Vertrauensverhältnis in ihre Arbeit ein. BHW Carmelita ist die einzige BHW in der RHU, sie ist der „gute Geist“ des Health Centers, wie es Doc Levi berichtet. Ihre freiwillige Mitarbeit wird von allen Mitarbeitenden geschätzt. Laut den Mitarbeitenden würde ohne ihre Hilfe nichts so

¹¹ Als *board exam* wird auf den Philippinen die ärztliche Zulassungsprüfung nach dem medizinischen Studium bezeichnet.

reibungslos funktionieren, wie es derzeit der Fall ist. Sie schätzen Carmelitas Arbeit so sehr, dass innerhalb des Teams die Vereinbarung getroffen wurde, ihr gemeinsam und aus privaten Mitteln ein kleines, zusätzliches Gehalt auszus zahlen.

Patty ist eine junge Apothekerin auf den Camotes. Im Jahr 2023 hat sie ihre eigene Apotheke an der Westküste der Insel Pacijan eröffnet. Nach ihrem Studium und ersten Berufserfahrungen in Cebu betrachtet sie das ländliche Versorgungssystem mit einer gewissen Skepsis. Sie kennt die klientelistischen Strukturen des Alltags und versucht, ihnen mit einer pragmatischen, aufklärenden Haltung zu begegnen. In ihrer Arbeit legt sie Wert darauf, Patient*innen ein grundlegendes Verständnis für Krankheitsprävention und den rationalen Umgang mit Medikamenten zu vermitteln.

Während der Immunisierungs-Tour hatte ich auch die Gelegenheit, Patient*innen zu ihrer Diabetes-Diagnose zu befragen. Einige der zentralen Gesprächspartner*innen stelle ich hier vor.

Evelyn, eine etwa fünfzigjährige Lehrerin an der Grundschule von Barangay Cagcagan, gehört zu den Patient*innen, die sich aktiv um ihre Gesundheit kümmern. Sie berichtet von ihrem Glück, eine kostenfreie Untersuchung im Rahmen ihrer Tätigkeit als Lehrerin machen zu dürfen, bei der sie von ihrer Diabeteserkrankung erfuhr, noch bevor sie Anzeichen dafür bemerkte.

Reynante ist ein drahtiger, von der Arbeit gezeichneter Landwirt Mitte fünfzig aus Barangay Paz. Er berichtet von einer gegenteiligen Erfahrung. Er schildert, dass er wochenlang so schwach gewesen sei, dass er nicht mehr arbeiten oder seinen Alltag bestreiten konnte. Aus Sorge suchte er das Krankenhaus von San Francisco auf, wo bei ihm Diabetes diagnostiziert wurde.

Auch Rizaldo Gonzales, Diabetespatient aus Barangay St. Rita, wirkt schmal und drahtig. Gemeinsam mit seiner Frau steht er vor der Herausforderung, die Kosten für Medikamente oft nicht aufbringen zu können. Dadurch wird die Behandlung seiner Diabetes-Erkrankung immer wieder unterbrochen.

Maricarmen, eine 85-jährige, herzliche Diabetespatientin aus dem Barangay San José, begegnet mir mit einem warmen, schüchternen Lächeln und erzählt mir zurückhaltend, dass sie große Schwierigkeiten mit der verlangten Ernährungsumstellung hat.

Mam Grace ist BHW im Health Center von Rizal. Sie ist etwa sechzig Jahre alt und selbst von Diabetes und Bluthochdruck betroffen. Während unseres Gesprächs achtete sie sorgfältig darauf, dass ich ihre Medikamente korrekt notierte. Zugleich erzählte sie mir von ihren Kindern und Enkelkindern, die sie finanziell unterstützt. Obwohl sie sich als disziplinierte Patientin sieht, gestand sie offen ein, dass sie sich nicht an die Ernährungsrichtlinien halten kann – und auch nicht will.

Zudem hatte ich die Möglichkeit, mit Personen außerhalb des medizinischen Kontexts über Themen zu sprechen, die auch stark mit dem Gesundheitssystem in Zusammenhang stehen. So lieferte mir beispielsweise Ronal, ein junger Mann aus Mapalascua, wichtige Einblicke in die finanziellen Strukturen des philippinischen Gesundheitssystems. Er erklärte mir die Mechanismen der Steuerfinanzierung und deren Bedeutung für die medizinische Versorgung. Durch meine Gastgeberin auf Malapascua, Mam Mari, erhielt ich Einblicke in das Familienleben und die verschiedenen sozialen Erwartungen.

Die Beschreibungen der zentralen Akteur*innen meiner Forschung sind eine erste kurze Vorstellung. Ihre individuellen Geschichten und Persönlichkeiten werden in den nächsten Kapiteln immer wieder aufgegriffen.

.

4 Theoretische Einbettung

“The reluctance in ethnography to record what people do not know is understandable; it is hard enough to record what they do know.” (Last, 2007, S. 1)

Ich eröffne dieses Kapitel mit der obigen Feststellung von Murray Last, da sie mir in heiterer Erinnerung bleibt, seitdem ich sie das erste Mal gelesen habe. Die Beobachtung war 2007 adäquat, als das zugehörige Kapitel in Roland Littlewoods Buch *On Knowing and Not Knowing in the Anthropology of Medicine* (2007) erschien, und beschreibt die anthropologische Problematik auch heute noch treffend. Um zu untersuchen, wie Menschen mit der verfügbaren medizinischen Versorgung umgehen und welche gesellschaftliche Bedeutung es hat, wenn Betroffene auf eine Diagnose verzichten – ein Verhalten, das aus westlicher Perspektive häufig auf Unverständnis stößt –, richtet meine Arbeit den Blick nicht nur auf das medizinische Wissen einer Gesellschaft, sondern auch auf die oft im Schatten liegenden Dimensionen des Nicht-Wissens oder des aktiven Nicht-Wissen-Wollens.

Diese Arbeit ist fachlich in der Medizinanthropologie verortet, spezifischer in jenem Teilbereich der Medizinanthropologie, der sich damit beschäftigt, wie Menschen mit Mängeln an Versorgung, Wissen und Ressourcen und den daraus resultierenden Unsicherheiten im medizinischen Bereich umgehen. Die Arbeit streift mehrere anthropologische Diskurse, die sich mit den verschiedenen Reaktionen in Bezug auf Unsicherheiten, Wissen und Nicht-Wissen im medizinischen Kontext auseinandersetzen. Ausgangspunkt stellt die argumentative Position von „Embracing Uncertainty“ von Sjaak van der Geest (2024) dar. Um die Vielschichtigkeit seines Ansatzes zu verdeutlichen, gehe ich zunächst auf sein Argument ein und zeige im Folgenden wie andere Anthropolog*innen zu diesen oder ähnlichen Themen gearbeitet haben.

4.1 Embracing Uncertainty

Ein zentraler Ausgangspunkt meiner Forschung ist die argumentative Position „Embracing Uncertainty“, wie sie der niederländische Anthropologe Sjaak van der Geest ausgearbeitet hat. Van der Geest, der sich seit Jahrzehnten mit Fragen der Medizinanthropologie, der sozialen Praxis rund um Medikamente sowie der Reproduktion von medizinischem Wissen beschäftigt, formuliert das Argument im kürzlich erschienenen Sammelband *Hope and Uncertainty in Health and Medicine* (2024), herausgegeben von Bernhard Hadolt und Andrea Stöckl. Mit „Embracing Uncertainty“ schlägt er eine Haltung vor, die Unsicherheiten im medizinischen Kontext nicht von vornherein als negative und zu vermeidende Defizite, sondern als neutrale und produktive Möglichkeiten begreift. Unsicherheiten, so Van der Geest, sind im medizinischen Alltag allgegenwärtig und nicht vollständig vermeidbar. Er befürwortet, ihnen nicht mit dem Wunsch nach vollständiger Kontrolle oder Eliminierung zu begegnen, sondern sie als Möglichkeit für Reflexion, Handlungsspielraum und kreative Lösungen zu verstehen. In einem kurzen historischen Rückblick verweist van der Geest zudem auf philosophische Traditionen und zeigt auf, wie in westlich-biomedizinischen Denkweisen Unsicherheit meist negativ konnotiert ist – als etwas, das überwunden oder „beseitigt“ werden soll. Sein Konzept zielt darauf ab, diese Sichtweise zu hinterfragen und einen Perspektivwechsel vorzuschlagen: weg von der Problematisierung, hin zur aktiven Auseinandersetzung mit dem Ungewissen (vgl. Van der Geest, 2024).

Im westlich-biomedizinischen Gesundheitssystem werden Unsicherheiten in der Regel als etwas Negatives wahrgenommen. Medizinisches Personal wird darin geschult, Unsicherheiten möglichst zu vermeiden oder durch gezielte Diagnostik und Untersuchungen zu reduzieren. Diese Haltung prägt den professionellen Umgang mit Patient*innen maßgeblich. In diesem Kontext verweist Sjaak van der Geest auf eine bestimmte Verhaltensweise, die er als besonders charakteristisch beschreibt, nämlich die Behauptung von Gewissheit, wo keine absolute Gewissheit existieren kann. Er deutet an, dass solche „claims of certainty“ (Van der Geest, 2024, S. 32) nicht nur dazu dienen, Unsicherheit zu überdecken, sondern auch als soziale Strategie verstanden werden können. Indem Ärzt*innen oder medizinisches Personal Sicherheit vortäuschen, sichern

sie sich ihre Position, wahren ihr professionelles Ansehen und üben zugleich symbolische Macht über Patient*innen aus. Sjaak van der Geest schlägt in seinem Kapitel einen anderen Umgang vor, indem Unsicherheiten nicht als etwas Negatives verstanden werden, sondern das in ihnen steckende Potenzial wahrgenommen wird. Er zieht dabei Forschungserkenntnisse und Beobachtungen anderer Anthropolog*innen heran, die zeigen, dass Unsicherheiten in anderen Gesellschaften nicht zwangsläufig als etwas Negatives oder zu Vermeidendes betrachtet werden. In diesem Zusammenhang verweist er auf Susan Whyte (Wilson, 2000; Silva, 2001), die sich mit der pragmatischen Auseinandersetzung mit Unsicherheiten beschäftigt. Hillen et al. (2017) untersuchen hingegen die Toleranzgrenzen gegenüber Unsicherheit. Murray Last (2007) hebt hervor, dass Behauptungen von Sicherheit auch als Machtausdruck über andere Menschen genutzt werden können. Und schließlich verweist er auf Alice Street (2011; 2014), die Ressourcenknappheit und Personalmangel in einem Krankenhaus in Papua-Neuguinea untersucht. Sie zeigt, dass medizinische Unsicherheiten dort aufgrund fehlender Mittel unvermeidbar sind. Gleichzeitig werden diese Unsicherheiten von den Betroffenen mit Resilienz angenommen, sodass medizinisches Personal und Patient*innen gelernt haben, konstruktiv mit Unsicherheiten im medizinischen Kontext umzugehen. (vgl. Van der Geest, 2017, 2024).

Van der Geest spricht sich dafür aus, nicht vermeidbare Unsicherheiten im medizinischen Kontext zu akzeptieren und anzunehmen und erläutert, dass die Akzeptanz einen offeneren und ehrlicheren Umgang mit den komplexen Strukturen erlaubt und Platz für Hoffnung, Leiden und Empfindungen der betroffenen Menschen lässt. Gleichzeitig können Unsicherheiten auch als Ausgangspunkt für mehr Verständnis und Wissensgenerierung gesehen werden. Nach seiner Auffassung eröffnet die Akzeptanz von Unsicherheiten, statt deren Unterdrückung und dem Versuch, Sicherheit herzustellen, die Möglichkeit eines differenzierteren Verständnisses des Lebens. In seinem Konzept geht es darum, die Limitierungen von Wissen zu akzeptieren und zugleich das Wissen und die Erfahrungen der Menschen, die sie in ihr Leben und in ihre Interaktionen mit dem Gesundheitssystem einbringen, respektvoll anzuerkennen und wertzuschätzen. (vgl. Van der Geest, 2007, 2024)

4.2 Unsicherheit Zwischen unvermeidbarer Erfahrung und aktiver Entscheidung

Unsicherheiten bei der medizinischen Behandlung können in den unterschiedlichsten Situationen und Bereichen auftreten, in allen Phasen der medizinischen Versorgung und bei allen Beteiligten, insbesondere jedoch bei Patient*innen und medizinischem Personal. Um diese Vielschichtigkeit greifbar zu machen – sowohl in Bezug auf die Kontexte, in denen Unsicherheiten entstehen, als auch hinsichtlich der breiten Vielfältigkeit an Umgangsweisen mit ihnen im medizinischen Alltag – möchte ich in meiner Arbeit die Metapher eines Spektrums verwenden.

Das Auftreten von Unsicherheiten, so haben es meine Beobachtungen und Analysen gezeigt, lässt sich bis zu einem gewissen Grad in ein Spektrum einordnen: Auf der einen Seite Unsicherheit als unvermeidbare gesellschaftliche Erfahrung im regulären medizinischen Behandlungsalltag, der sich Patient*innen nicht entziehen können. Auf der anderen Seite als aktive Entscheidung zur Unsicherheit, als Strategie, sich nicht mit den bedrohlich wirkenden Aspekten einer potenziell lebensverändernden Diagnose auseinandersetzen zu müssen. Entlang dieses Spektrums positioniere ich meine theoretischen Zugänge.

Im Folgenden diskutiere ich – mich von einem Pol zum anderen fortschreitend – verschiedene Forschungsergebnisse und theoretische Annahmen von anderen Anthropolog*innen zu ähnlichen Thematiken.

Ein Pol des Spektrums: Unsicherheit als Erfahrung

Beginnen wir zunächst bei der Seite des Spektrums, die unausweichliche Unsicherheiten als gesellschaftliche und individuelle Erfahrungen im medizinischen Alltag versteht. Dazu möchte ich überblicksartig darstellen, wie andere Anthropolog*innen derartige Situationen untersucht haben: Situationen, in denen Menschen versuchen Unsicherheiten zu minimieren, indem sie eine Diagnose anstreben, jedoch aufgrund von unzureichenden Diagnosemöglichkeiten, unzulänglichen Versorgungsweisen oder Behandlungsmöglichkeiten daran gehindert werden. Dadurch sind Menschen

gezwungen in einem Zustand der Unwissenheit zu verweilen, da es keine ausreichenden diagnostischen Mittel oder Gesundheitsressourcen gibt und sie in dem ihnen zugänglichen medizinischen Versorgungssystem keine Möglichkeit haben, Gewissheiten herzustellen.

Ein oft beobachtetes und daher zentrales Thema ist die diagnostische Unsicherheit und der Umgang mit fehlendem oder nicht ausreichendem Wissen und materiellen Ressourcen im klinischen Alltag. So beobachtet Alice Street in einem Krankenhaus in Papua-Neuguinea, wie dem medizinischen Personal nur eingeschränkte technische Ressourcen zur Verfügung stehen. Aufgrund veralteter oder unzuverlässiger Diagnosetechniken, die eine hohe Fehlerquote aufweisen, richten sich die Behandlungspraktiken weniger auf das Erstellen einer eindeutigen Diagnose, sondern auf das parallele Ausführen verschiedener Therapien – in der Hoffnung, dass eine davon hilft. Die pragmatische Versorgung steht im Vordergrund, eine Diagnosestellung tritt in den Hintergrund. Die Patient*innen werden also behandelt, ohne dass klares Wissen über ihre Erkrankung vorliegt – und in diesen Fällen wird gerade durch dieses pragmatische Vorgehen eine medizinische Versorgung ermöglicht (vgl. Street, 2011, 2014; Van der Geest, 2017).

Alice Street beschreibt diesen Umgang mit Unsicherheit nicht als Defizit, sondern als aktives Handeln während sich die Beteiligten im Modus des Nicht-Wissens befinden. Sie verwendet bewusst den Begriff "not-knowing" anstelle von „uncertainty“, um die aktiven Entscheidungen und subjektive Handlungsmöglichkeiten hervorzuheben. Unterstützt wird ihre Analyse durch Annemarie Mols Ansatz der Actor-Network-Theory, der die fluide und kontextabhängige Natur medizinischer Diagnosen sichtbar macht (Mol 2002 zitiert nach Street 2011). Diagnosen, so argumentieren beide, sind nicht stabil, sondern entstehen aus an die Situationen angepasste Aushandlungen, Verfügbarkeit von Ressourcen und institutionellen Gegebenheiten (Street, 2011, S. 817).

Annemarie Mol verwendet eine ähnliche Perspektive in *The Logic of Care* (2008) und beschreibt darin ein Modell von Care. Für sie ist Krankheit kein fixer Zustand, sondern ein Prozess, der in der Praxis gemacht wird – auch durch das Fehlen von Diagnostik. Wissen ist in ihrer Sicht fragmentarisch, situativ und im ständigen Entstehen begriffen.

Unsicherheit ist dabei kein Mangel, sondern ein produktiver Bestandteil eines Versorgungshandelns, das auf Beziehung, Anpassung und Aufmerksamkeit basiert. Ihr zentrales Argument ist, dass Versorgung auch ohne vollständiges Wissen möglich ist, oder gerade auch deswegen notwendig ist (Mol, 2008; Bowlby, 2010, S. 136 ff.).

Anna Versfeld weitet den Blick aus und zeigt, wie Unsicherheit im medizinischen Alltag nicht nur durch Wissenslücken, sondern auch durch soziale, politische und ökonomische Bedingungen erzeugt wird. In ihrem Buch *Making Uncertainty* (Versfeld, 2023a) beschreibt sie, dass Unsicherheit im südafrikanischen Gesundheitssystem kein Ausnahmezustand ist, sondern ein alltäglicher Modus aufgrund limitierter Ressourcen. Wichtig ist dabei ihre Analyse der aktiven Entscheidung mancher Patient*innen, in der Unsicherheit zu bleiben, etwa aus Misstrauen gegenüber dem Gesundheitssystem oder aus Angst vor Stigmatisierung. In ihrem Buch kritisiert sie auch die Kategorisierung der Patient*innen, die sich nicht an die vorgeschriebenen Behandlungsmethoden halten, als „unberechenbar“ und fordert stattdessen ein Verständnis für die Lebensrealitäten, die zu solchen Entscheidungen führen. Nicht alle Patient*innen streben Heilung an, sondern wollen Lebensqualität in ein Leben mit der Krankheit bringen. Dies kann wiederum Unsicherheiten hervorrufen und führt dazu, dass diese Patient*innen in standardisierten Behandlungsprogrammen weniger Berücksichtigung finden (vgl. Versfeld, 2023a).

Ergänzend dazu verweist Dennis Wiedman (2010) in seinem Kapitel im Buch *Chronic condition, Fluid States* von Lenore Mandersons und Carolyn Smith-Morris (2010) auf politische und strukturelle Bedingungen, die Krankheitsrisiken erhöhen – etwa Armut, Arbeitslosigkeit oder Umweltverschmutzung. Menschen in solchen Kontexten verfügen oft über keine echten Handlungsalternativen, um Gesundheitsrisiken zu vermeiden. Wiedman sieht diese äußeren, schwer veränderbaren Bedingungen, als jene Faktoren, die krank machen und betont, dass in diesen Beispielen Unsicherheiten aufgrund der sozialen Rahmenbedingungen entstehen (Manderson und Smith-Morris, 2010; Wiedman, 2010, S. 51).

Die Gemeinsamkeit dieser Ansätze ist, dass sie einerseits zeigen, dass Unsicherheiten im medizinischen Behandlungsalltag ein gesellschaftliches, epistemologisches Problem sind und andererseits darauf verweisen, dass gleichzeitig alle Betroffenen sehr

individuelle und subjektive Erfahrungen machen. Dadurch haben viele Betroffene gelernt, dass sie sich den Unsicherheiten nicht entziehen können, sondern es gewinnbringender ist, sie zu akzeptieren, in den medizinischen Alltag zu integrieren und mit ihnen zu arbeiten. Die Unsicherheiten entstehen im Spannungsfeld von Diagnosen, vorhandenen Versorgungsmöglichkeiten und individuellen Lebensrealitäten und benötigen daher flexible, kontextangepasste und beziehungsorientierte Formen des Handelns. Aus diesen Gründen positioniere ich die beschriebenen Ansätze auf der einen Seite der Skala, weil ich in ihnen Unsicherheit als gesellschaftliche Erfahrung sehe, die im regulären medizinischen Behandlungsalltag auftreten und denen sich die Patient*innen nicht entziehen können.

Der andere Pol des Spektrums: Unsicherheit als individuelle Strategie

Um das Bild zu vervollständigen, wende ich mich nun dem anderen Pol des Spektrums zu: der bewussten Entscheidung, in der Unsicherheit zu verbleiben – nicht aus Passivität oder Unwissenheit, sondern als aktive Strategie, um sich nicht mit den möglicherweise bedrohlichen oder lebensverändernden Konsequenzen einer medizinischen Diagnose auseinandersetzen zu müssen. In diesem Zusammenhang zeigen verschiedene anthropologische Arbeiten, dass Unsicherheit nicht nur hingenommen wird, sondern bewusst gewählt sein kann – als Schutz, als Ausdruck von Kontrolle, als Form der Selbstsorge.

Ein besonders eindrücklicher Beitrag zu diesem Thema stammt von Murray Last, der bereits in den 1980er-Jahren in Nigeria beobachtete, dass sich Menschen aktiv dafür entscheiden können, bestimmte medizinische Informationen nicht wissen zu wollen. In seinem Buchbeitrag *The Importance of Knowing about Not Knowing* beschreibt er diese Haltung nicht als Mangel, sondern als soziale Taktik. Das gezielte Nicht-Wissen dient hier dazu, sich vor überfordernden Emotionen zu schützen, Verantwortung zu umgehen und Handlungsspielräume aufrechtzuerhalten. In einer komplexen, oftmals schwer durchschaubaren medizinischen Landschaft kann das bewusste Ausblenden medizinischer Details – etwa wie eine Behandlung funktioniert oder welche Langzeitfolgen eine Diagnose haben könnte – zu einer Form der Erleichterung werden. Nicht-Wissen wird hier zur bewältigungsorientierten Praxis (Last, 2007, S. 2 ff.).

Last betont, dass dieses Verhalten keineswegs nur unbewusst erfolgt, sondern in vielen Fällen reflektiert und intentional ist. In seinem Feld berichtet er davon, dass Krankheiten oft nur im engsten Kreis besprochen werden. Diese Zurückhaltung im Teilen von Informationen führt zu einer kollektiven Stille, in der das Nicht-Wissen-Wollen nicht nur geduldet, sondern sozial gestützt wird. In Konstellationen, in denen das Gesundheitssystem als überfordernd oder nicht vertrauenswürdig erlebt wird, kann dieser Zustand sogar als beruhigend oder tröstlich empfunden werden – weil er Menschen ermöglicht, sich nicht mit der Bedrohlichkeit einer Diagnose auseinandersetzen zu müssen (Last, 2007, S. 9 ff.).

Sjaak van der Geest nimmt diesen Gedanken in seinem Artikel *Embracing Uncertainty* auf und entwickelt ihn weiter. Auch er versteht das bewusste Verbleiben in Unsicherheit als eine legitime und sinnvolle Strategie, um potenziell negative Konsequenzen zu vermeiden. In seiner Kritik an westlich-biomedizinischen Annahmen weist Van der Geest darauf hin, dass das Streben nach Gewissheit – etwa in Form einer klaren Diagnose – keineswegs universell ist. Nicht alle Menschen wollen Sicherheit. Viele leben gut mit Ungewissheit. Van der Geest plädiert dafür, Unsicherheit nicht als pathologischen Zustand zu betrachten, sondern als Teil einer kulturellen Normalität – als etwas, das getragen, gewählt und gestaltet werden kann.

Während Last und Van der Geest vor allem die sozialen Dimensionen des Nicht-Wissens in den Blick nehmen, betont Arthur Kleinman (1989) in *The Illness Narratives* die emotional-moralischen Spannungsfelder, in denen sich diese Entscheidungen bewegen. Aufbauend auf seine Unterscheidung zwischen Illness, Sickness und Disease zeigt Kleinman, dass Kranksein immer mehrdimensional ist: ein Zusammenspiel von subjektivem Erleben, sozialer Bewertung und medizinischer Klassifikation. Das Wissen um eine Krankheit – selbst wenn es medizinisch hilfreich wäre – kann biografisch nicht tragbar sein. Menschen verweigern Wissen nicht aus Ignoranz, sondern weil sie den Konsequenzen – emotional, sozial oder auch ökonomisch – nicht gewachsen sind (vgl. Kirmayer, 1989; Kleinman, 1989; Porter, 1989; Zaner, 1989).

Kleinman betont, dass medizinisches Wissen nicht neutral ist. Es ist stets verkörpert, moralisch aufgeladen und oft mit Erfahrungen von Demoralisierung und Ohnmacht

verbunden – sowohl auf Seiten der Patient*innen als auch jener des medizinischen Personals. Eine Diagnose kann Hoffnung bringen, aber auch Angst und Schuld. Deshalb, so argumentiert er, müssen medizinische Praktiken nicht nur den Körper behandeln, sondern auch das emotionale und soziale Gefüge des Krankseins re-moralisieren. In der Entscheidung, nicht wissen zu wollen, zeigt sich für Kleinman nicht ein Mangel an Vernunft, sondern ein Versuch, sich gegen die Zumutungen eines überfordernden Gesundheitssystems zu behaupten (vgl. Kirmayer, 1989; Kleinman, 1989; Porter, 1989; Zaner, 1989).

Diese Perspektiven zeigen deutlich: Unsicherheit ist nicht nur eine Wissenslücke, die es zu füllen gilt, sondern kann ein Raum für Handlung, eine gewählte Form von Selbstschutz sein – ein Umgang mit Überforderung, Angst und begrenzten Ressourcen. Sie fordern ein Verständnis von Gesundheit, das sich nicht allein auf Diagnose und Objektivität stützt, sondern auch auf das Aushalten, das Nicht-Wissen, das Zwischen-den-Zeilen-lesen – und damit auf eine radikal andere Logik des Umgangs mit Krankheit (Last, 2007, S. 11 ff.).

In diesem Kapitel habe ich zentrale Positionen der anthropologischen Debatte zu Unsicherheiten im medizinischen Kontext vorgestellt, die als Grundlage und Bezugspunkt für die Analyse meines Datenmaterials dienen. Dabei habe ich zwei miteinander verwobene Argumentationslinien herausgearbeitet: Zum einen, dass Menschen gezwungen sein können, in Unsicherheit zu verbleiben, diese jedoch akzeptieren und darin Resilienz entwickeln; zum anderen, dass sich manche bewusst für ein Nicht-Wissen-Wollen entscheiden, um sich vor Überforderung oder zusätzlichem Druck zu schützen. Beide Perspektiven lassen sich weniger als Gegensätze, sondern vielmehr als ein kontinuierliches Spektrum verstehen, innerhalb dessen sich unterschiedliche Umgangsformen mit Unsicherheit verorten lassen. Auf dieser theoretischen Basis widmen sich die folgenden vier Kapitel der detaillierten Analyse meines empirischen Materials und den daraus hervorgehenden Erkenntnissen.

5 Empirie I Staatliche Perspektive & Health Summit

Dieses Kapitel beschäftigt sich mit den staatlichen gesundheitspolitischen Vorgaben und Rahmenbedingungen. Dazu gehe ich zunächst auf die Vision der Gesundheitspolitik ein. Anschließend beschreibe ich eine gesundheitspolitische Verordnung – die *8 Point Action Agenda* – und diverse Gesundheitsprogramme, auf die ich während meiner Feldforschung gestoßen bin. Abschließend gehe ich genauer auf eines dieser Programme: die Health Summit der RHU Poro ein.

5.1 Gesundheitspolitischer Rahmen

Wie im Kapitel 2.3 *Das philippinische Gesundheitssystem* beschrieben, bildet das *Department of Health* (DOH) die Basis des philippinischen Gesundheitssystems und fungiert als Gesundheitsministerium und Exekutivbehörde der philippinischen Regierung. Das DOH ist zuständig für die Bereitstellung eines öffentlichen Gesundheitssystems, für die Reglementierung und Kontrolle der bereitgestellten Gesundheitsdienstleistungen, medizinischen Produkte und Medikamente, und die Sicherstellung des Zugangs zur öffentlichen Gesundheitsversorgung für die philippinische Bevölkerung. Alle staatlichen Gesundheitseinrichtungen – angefangen beim größten staatlichen Level-4-Krankenhaus¹², über die Rural Health Center bis hin zum kleinsten Health Center – werden somit von der DOH verwaltet. Miteinhergehend ist das DOH zuständig für die Versorgung ebendieser Gesundheitseinrichtungen mit Medikamenten, medizinischem Equipment und adäquater Infrastruktur, wie beispielsweise medizinischen Labors, Röntgen- und Ultraschallgeräten sowie zahnärztlicher und gynäkologischer Ausstattung. Grundlage für die Verwaltungs- und Aufgabengebiete der DOH bilden sowohl philippinische Gesetze zur Gesundheitserhaltung als auch Dekrete, Erlasse, Verordnungen und *Administrative Orders*. Diese Dekrete und Verordnungen greifen thematisch bezogen regionale und

¹² Die Kategorisierung der staatlichen Krankenhäuser wird in Kapitel 2.3 *Das philippinische Gesundheitssystem* näher erklärt.

landesweite Probleme auf, die dann durch spezifische Lösungsansätze, Handlungsanweisungen und Regierungsprogrammen von den Mitarbeitenden im Gesundheitsbereich erarbeitet werden müssen.

Finanzierung

Der öffentliche Gesundheitssektor wird durch ein komplexes System von Finanzierungsquellen getragen: dazu zählen öffentliche Steuergelder, nationale und lokale Behörden, Versicherungen, Nutzungsgebühren und auch private Spenden. Mehrere Aufsichtsbehörden kontrollieren diese Finanzierungsstruktur. Seit Inkrafttretens der *Dezentralisierungs-Verordnung 1991* erhält jede LGU von der Regierung und dem DOH ein für den Gesundheitssektor ausgewiesenes Budget. Die LGUs verwalten dieses Budget individuell und können selbstständig – bestenfalls nach Bedarfserhebung und in Absprache mit der*dem Medical Health Officer – wählen, für welche Posten sie das Budget aufwenden. Grundsätzlich müssen von diesem Budget neben der Instandhaltung des RHU-Gebäudes auch die gesamte Infrastruktur (Labore, Lagerräume, Kühlungen, etc.), der Ankauf neuer Maschinen, der gesamte Bedarf an Medikamente, sowie die Gehälter der über die LGU angestellten Mitarbeitenden finanziert werden. Die Höhe des Budgets richtet sich nach der *Municipality Class*, sodass finanzstarken *1st Class Municipalities* mehr Mittel zugewiesen werden, während wirtschaftlich schwächere *5th Class Municipalities* entsprechend weniger erhalten. Auf diese Weise werden bestehende Ungleichheiten nicht abgebaut, sondern weiter verstärkt (vgl. DOH, 2011).

Christine, die Medical Technologist bei der RHU Poro, erläutert das Budget, das die LGU Poro vom *Department of Health* erhält, wie folgt:

They (the DOH) decided to put all their budget in the LGU. (...) they handle the budget, the medicines. They have budget for the medicines, for the personnel. I don't think they would be really put it 100% already. They slowly implemented it. But that's the problem with us, because we are a fourth-class municipality. Yeah, so, it depends on what class of Municipality are you, the budget will really differ. When you came from

first class municipality, the budget was really big. With us, just a fourth-class municipality. The fifth class, that's with the poor, the poor side, and then we're next, okay? And then, yeah, third. And it's like, and then first class, and that's why. (Christine, 2024)

Christines Erzählung verdeutlicht, wie durch die Dezentralisierung geschaffene Budgetverantwortung auf Ebene der LGUs nicht nur Handlungsspielräume eröffnet, sondern zugleich strukturelle Ungleichheiten zwischen wohlhabenden und ärmeren Municipalities reproduziert.

5.2 Die Vision der Gesundheitspolitik

Das philippinische Gesundheitsministerium entwickelt Gesetze, Verordnungen und Programme, die von allen im öffentlichen Gesundheitswesen Tätigen umgesetzt werden müssen. Die zentralen Ziele der Gesundheitsprogramme von DOH und Regierung sind die Sicherstellung einer qualitativ hochwertigen medizinischen Versorgung, die Förderung von Prävention und die Eindämmung ansteckender Krankheiten. Dazu gehören kostenlose ärztliche Untersuchungen, die für viele Menschen der wichtigste Zugang zur medizinischen Versorgung sind, sowie die kostenfreie Bereitstellung von Medikamenten – vorausgesetzt, es gibt ausreichende Bestände. Hinzu kommen von der DOH implementierte Gesundheitskampagnen wie Diabetes und Hypertension Clubs, Impf- und Blutspendeaktionen, oder themenspezifische Aktionszeiträume, die ganz unter einem spezifischen Fokus stehen wie u.a. der „May Measurement Month“, „Hypertension Awareness Month“, „Diabetes Awareness Month“, „HIV Awareness Month“ und etliche mehr. Ergänzend dazu wird halbjährlich ein *Caravan of Service* bereitgestellt. Das ist eine mobile staatliche Initiative, die schwer erreichbare Gebiete mit grundlegenden Dienstleistungen versorgt. Diese Initiative, auch bekannt als *Serbisyo Caravan*, bringt wichtige staatliche Dienstleistungen in abgelegene Gebiete, in denen die Angebote sonst nicht verfügbar wären. Bei dem *Caravan of Service* werden eine breite Palette von Dienstleistungen angeboten, darunter Personenstandsregister, nationale Ausweisdienste und medizinische Versorgung, die in der Region nicht zur Verfügung steht, wie Röntgen oder zahnärztliche Behandlungen. Ohne dieses Angebot müssten

Menschen in diesen abgelegenen Gebieten in die Stadt, in diesem Falle Cebu City, reisen, um die Dienstleistungen zu erreichen, was für viele mit viel Aufwand und hohen Kosten verbunden wäre (vgl. DOH, 2024a, 2025a).

Die Grundprinzipien dieser Initiativen lassen sich in vier Punkten zusammenfassen: (1) niederschwelliger Zugang zu medizinischer Versorgung ohne hohe Kosten, (2) Eindämmung übertragbarer Krankheiten, (3) Prävention und (4) Förderung der Therapietreue der Patient*innen. Finanziert werden die Programme von der nationalen und provinziellen administrativen Ebene. Für die Bevölkerung ist jedoch oft schwer nachvollziehbar, welche Leistungen aus Steuergeldern und welche aus privaten Spenden finanziert werden, zumal sich Angebot und Umfang je nach Provinz deutlich unterscheiden können (vgl. DOH, 2025b).

Um die Vision einer guten Versorgung, auch bei chronischen Erkrankungen wie Diabetes, greifbar zu machen, stelle ich im Folgenden die *8-Point Action Agenda* als zentrale Leitlinie vor und zeige, wie sie den Arbeitsalltag des RHU prägt und die Handlungsorientierung der Mitarbeitenden bestimmt. Darauf aufbauend erläutere ich weitere Gesundheitsprogramme, wie der Health Summit in diesen Rahmen eingebettet ist und welche Verbindung dieser zu den Plänen des DOH hat (vgl. DOH, 2023).

8 Point Action Agenda

Im Jahr 2023 rief das *Department of Health* im Rahmen des Philippine Development Plan 2023–2028 eine neue Administrative Order unter dem Titel *8-Point Health Action Agenda* ins Leben. Dieser Agenda bin ich während meiner Feldforschung in unterschiedlichen Situationen und Gesprächen immer wieder begegnet. Die Verordnung beschreibt acht zentrale Schwerpunkte, die in der Arbeit der Gesundheitsfachkräfte gezielt gestärkt werden sollen (vgl. DOH, 2023; Philippine Information Agency, 2024).



Abbildung 5: 8-Point-Action-Agenda (© DOH)

Abbildung 5 zeigt die grafische Darstellung der 8-Point Action Agenda, wie sie auf der offiziellen DOH-Webseite zu finden ist, inklusive einer kurzen Erläuterung zu jedem Ziel. Die Agenda verfolgt das Ziel, eine flächendeckende und qualitativ hochwertige Gesundheitsversorgung für die gesamte Bevölkerung sicherzustellen. Zentrale Leitlinie ist der Primary-Health-Care-Ansatz, der gewährleisten soll, dass jede Person Zugang zu umfassenden medizinischen Leistungen hat – ohne finanzielle Härten in Kauf nehmen zu müssen (Punkt 1). Über den gesamten Lebensverlauf hinweg sollen hochwertige, sichere und patient*innenzentrierte Behandlungen ermöglicht werden (Punkt 2). Ein weiterer Schwerpunkt liegt auf der Prävention: Die

Agenda zielt darauf ab, gesundheitsfördernde Lebensumfelder zu schaffen und die Gesundheitskompetenz der Bevölkerung zu steigern (Punkt 5). Ein zentrales Handlungsfeld betrifft den Gesundheitssektor als Arbeitgeber: Faire Bezahlung, sichere Arbeitsbedingungen, klare Karrierewege und gezielte Fort- und Weiterbildungsangebote sollen sicherstellen, dass ausreichend qualifiziertes und motiviertes Personal zur Verfügung steht (Punkt 7). Schließlich sollen die Strukturen zur Prävention, Kontrolle und Bewältigung von Krankheitsausbrüchen gestärkt werden, um das Land auch auf künftige Pandemien vorzubereiten (Punkt 8) (vgl. DOH, 2023; Philippine Information Agency, 2024).

Die 8-Point Action Agenda ist nur eines von vielen Regierungsprogrammen und Administrative Orders des DOH, die im Alltag von Gesundheitsfachkräften umgesetzt werden müssen. Solche staatlichen Vorgaben werden in konkrete Governmental

Programs überführt, die nicht nur politische Ziele operationalisieren, sondern auch die Bevölkerung für bestimmte Gesundheitsprobleme sensibilisieren und mögliche Lösungsansätze aufzeigen sollen (vgl. Philippine Information Agency, 2024).

Health Programs

Durch diese Verordnungen und Administrative Orders wird auch die Ausführung verschiedener Gesundheitsprogramme angewiesen. Während meines Aufenthalts bin ich auf eine Vielzahl von staatlichen Gesundheitsprogrammen gestoßen: Allein bei der RHU Poro laufen gleichzeitig 38 Programme. Dazu zählen ein Immunisierungsprogramm, beispielsweise die Immunisierungs-Tour für Säuglinge, bei der ich die RHU Mitarbeitenden begleiten durfte, ein „Blood Donation Program“, bei dem die Bevölkerung angeregt wurde, Blut für die lokale Blutbank zu spenden, ein „May Measurement Month“, bei dem das RHU-Team Vorsorgeuntersuchungen mit u.a. BMI-, Blutdruck- und Blutzuckermessungen anbietet, und diverse andere Programme wie „Breastfeeding Program“, „Cancer Awareness Program“, „Hypertension Program“, „Diabetes Program“, „Tuberculosis Program“, um nur einige zu nennen. Es existieren verschiedene Clubs (z.B. Mental Awareness Clubs, Diabetes and Hypertension Clubs), die den Patient*innen Gruppentreffen und den Austausch untereinander ermöglichen sollen. Während meines Aufenthalts waren die dafür vorgesehenen Räumlichkeiten jedoch immer leer, unbenutzt und wurden teils als Lagerräume verwendet.

Ein besonderes Governmental Program, welches ich erst nach längeren Gesprächen mit Doc Levi als ein solches identifizieren konnte, ist der Health Summit.

Health Summit – ein Beispiel der Health Programs

Wie im vorherigen Kapitel beschrieben, ist die *8-Point Action Agenda* ein Regierungsprogramm, das vom *Department of Health* gemeinsam mit der nationalen Regierung initiiert wurde. Eines der erklärten Ziele ist es, der Bevölkerung einen leichteren und besseren Zugang zur medizinischen Versorgung zu ermöglichen. Dazu sollen die Municipal Health Officers (MHOs) die Barangay Health Workers (BHWs) gezielt anleiten, in ihren Puroks (Wohneinheiten in den Barangays) proaktiv auf

mögliche Krankheitsfälle zu achten und Personen mit ersten Symptomen direkt an die Ärzt*innen der Rural Health Units (RHUs) zu verweisen. Auf diese Weise möchte man die Zahl der Diagnosen erhöhen und die Dunkelziffer unerkannter Erkrankungen senken. Um dies zu fördern und Anreize für die Barangay Health Workers zu schaffen, wurde ein Punktesystem eingeführt: Für jeden erfolgreich überwiesenen und diagnostizierten Fall erhalten die BHWs Punkte. Diejenigen mit den höchsten Punktzahlen werden beim jährlichen Health Summit öffentlich geehrt und für ihren Beitrag zur „Gesundheit der Bevölkerung“ ausgezeichnet. Die Idee dahinter: Die öffentliche Anerkennung soll Motivation schaffen. Doch stellt sich die Frage, ob dieses Modell tatsächlich den gewünschten Effekt hat – ob es wirklich dazu beiträgt, Erkrankungen wie Diabetes wirksam zu behandeln, oder ob es am Ende eher ein wohlklingendes Programm bleibt, das für die Patient*innen selbst nur begrenzt spürbare Verbesserungen bringt.

Für Doc Levi ist die Organisation des Health Summits Bestandteil seiner postgradualen Ausbildung nach dem Medizinstudium und der bestandenen ärztlichen Zulassungsprüfung (engl. Bezeichnung *board exam*). In dieser mehrjährigen Praxisphase muss er eigenständig Projekte planen, umsetzen und evaluieren. Der Health Summit ist eines von mehreren Projekten, die er im Rahmen dieser Ausbildung durchführen muss.

Was ist der Health Summit?

Der Health Summit ist das Abschlussereignis des Programms, das darauf abzielt, mehr Erkrankungen zu diagnostizieren. Die DOH setzt dafür bei der ersten Anlaufstelle der Bevölkerung an: den Barangay Health Workers. Diese wurden beauftragt, in ihren Gemeinden gezielt nach möglichen Krankheitsfällen Ausschau zu halten und die Betroffenen an die RHU oder Ärzt*innen zu überweisen oder zu veranlassen, das lokale Health Center aufzusuchen. Für jede erfolgreich vermittelte Diagnose wurden Punkte auf einer persönlichen „Scorecard“ vermerkt. Dieses Punktesystem soll als Anreiz dienen, mehr Menschen zum Arztbesuch zu bewegen. Nach Ablauf des Programms findet der Health Summit statt – eine festliche Veranstaltung, zu der lokale und regionale Entscheidungsträger*innen eingeladen werden, darunter Mayor, Vice-Mayor, Gemeindeverwaltung, Gouverneur*innen, Sponsor*innen, Partnerorganisationen, Vereine sowie Vertreter*innen großer Unternehmen der Camotes. Im offiziellen Teil der

Veranstaltung wird zunächst die *8-Point Action Agenda* vorgestellt und die Bedeutung der Gesundheitsvorsorge betont. Anschließend werden die BHWs mit den besten Ergebnissen in verschiedenen Kategorien ausgezeichnet und unter öffentlicher Anerkennung für ihre freiwillige Arbeit gedankt.

Die zentrale Frage lautet jedoch: In welchem Maß verbessert ein solches Programm tatsächlich den Alltag der Menschen? Zweifellos kann die proaktive Rolle der BHWs den Zugang zum Gesundheitssystem erleichtern und so einen Beitrag dazu leisten, dass Erkrankungen früher erkannt werden. Doch grundlegende Barrieren – wie finanzielle Belastungen, fehlende Transportmöglichkeiten oder strukturelle Defizite im Gesundheitssystem – werden durch diese Programme nicht beseitigt. So entsteht der Eindruck, dass manche Gesundheitsinitiativen der DOH zwar auf dem Papier ambitioniert und gut durchdacht wirken, ihre Ziele in der praktischen Umsetzung jedoch nur begrenzt erreichen. Damit beschäftigen sich die folgenden Kapitel.

6 Empirie II Vermittlerrolle

Gesundheitsversorger*innen

Sowohl Health Action Agenda als auch andere Gesundheitsprogramme klingen in der Theorie vielversprechend. Die gesundheitspolitischen Ziele sind ambitioniert, die Anforderungen hoch. Aber in der Praxis birgt die Vision der Gesundheitspolitik etliche Engstellen und Probleme. In diesem Kapitel gehe ich auf die beobachteten Probleme und daraus resultierenden Unsicherheiten auf Seite der Versorger*innen ein.

6.1 Programme und Strukturen: Überforderung im Alltag

Wie im vorigen Kapitel beschrieben, entwickelt das *Department of Health* eine Vielzahl von Gesundheitsprogrammen, die auf lokaler Ebene durch die Rural Health Units (RHU) umgesetzt werden sollen. Dazu gehören themenspezifische Aktionen wie der „May Measurement Month“ oder der „Hypertension Awareness Month“, sowie dauerhafte Angebote in Form von Clubs, eine Art Selbsthilfegruppen, etwa zu den Themen wie Diabetes, Bluthochdruck, Stillberatung, mentale Gesundheit oder Ernährung. Die Patient*innen können sich in diese Clubs einschreiben, teilweise ist die Anmeldung sogar Voraussetzung, um regelmäßig Medikamente zu erhalten. Offiziell sollen diese Programme neben der Medikamentenvergabe auch Aufklärung, Austausch und gegenseitige Unterstützung ermöglichen. In der Praxis bleibt dieser Anspruch jedoch weitgehend unerfüllt: In der RHU Poro etwa existieren zeitgleich 38 Programme, doch viele Räume der vorgesehenen Clubs stehen leer und Treffen finden kaum statt. Aus Sicht der Befragten bleibt fraglich, ob die Vielzahl der Programme tatsächlich einen Nutzen für die Patient*innen entfaltet, oder ob sie eher den symbolischen Charakter staatlicher Fürsorge haben.

Für die Bevölkerung sind stattdessen kostenlose Medikamente, regelmäßige Kontrolluntersuchungen oder mobile Versorgungsangebote von zentraler Bedeutung. Die Mitarbeiter*innen der RHU haben dies erkannt und konzentrieren ihre Energie auf jene Programme, die den Menschen unmittelbar helfen, etwa Impfaktionen, Sport- und Aufklärungsangebote oder die strukturierte Versorgung von Diabetespatient*innen. So

führt das RHU-Team detaillierte Listen, in denen Personenzahl und sozioökonomische Lage der Patient*innen dokumentiert werden, um knappe Medikamentenvorräte gezielt an besonders Bedürftige weiterzugeben. Unterstützt durch Barangay Health Workers, die Informationen zu Ernährung und Lebensstil vermitteln, gelingt es den Mitarbeitenden zumindest teilweise, die Vielzahl staatlicher Vorgaben in eine für die lokale Bevölkerung sinnvolle Versorgungspraxis zu übersetzen.

6.2 Dezentralisierung: Zwischen Chancen und Unsicherheit

Im Gespräch schildert Nurse Rosalyn die spürbaren Auswirkungen der strukturellen Umstellungen im philippinischen Gesundheitssystem durch die Dezentralisierungs-Verordnung von 1991. In meinen Interviews mit ihr wurde deutlich, dass die Dezentralisierung seit 1991 schrittweise umgesetzt wird, und bis 2024 noch nicht abgeschlossen war, was weiterhin für große Unsicherheit sorgte. Durch diese Verordnung sind die Local Government Units nicht nur für die Instandhaltung der Gebäude und die Ausstattung der Health Centers verantwortlich, sondern auch für den Ankauf medizinischer Geräte, die Laborausstattung, die Gehälter von Teilen des Personals sowie die gesamte Medikamentenversorgung. Rosalyn fasst die Problematik wie folgt zusammen:

They told the LGU that the LGU will now purchase this kind of medicines, not just the hypertension and the diabetic medications, but also the family planning methods. The tetanus and diphtheria injection for the pregnant women, yes, it's the LGU now that is responsible to purchase. So, it's very hard to do the transition to manage the budget for this because we just have a limited budget for the whole year. And we have lots of programs! (...) Just for the department of health, I think it's 38 programs! (Rosalyn, 2024)

Das breite Spektrum an parallellaufenden Gesundheitsprogrammen stellt die Finanzierung vor immense Herausforderungen. Der leitende Arzt der RHU Poro beschreibt die Konsequenzen besonders eindrücklich: Das jährliche Budget, das die LGU erhält, muss für alle zentralen Bereiche aufkommen – Infrastruktur, Ausstattung,

Personal und Medikamente –; die Geldmittel reichen dafür aber bei Weitem nicht aus. Die prekäre Lage verschärfte sich nach den letzten schweren Taifunen im Jahr 2021. Das RHU-Gebäude wurde stark beschädigt, das Dach ist undicht, Bodenfliesen lösen sich, einige Geräte sind unbrauchbar geworden, der Lagerraum für Medikamente ist von Termiten befallen. Eine umfassende Renovierung wäre dringend nötig, würde jedoch einen Großteil des ohnehin knappen Budgets binden und es würde somit kein Budget für die Medikamentenversorgung übrigbleiben. Da sich viele Patient*innen Medikamente nicht selbst leisten können, droht eine untragbare Versorgungslücke. Um die Situation zu entschärfen, setzt der Arzt große Hoffnungen auf lokale Unterstützungs-Netzwerke. In Gesprächen mit dem Mayor und anderen Stakeholdern versucht er, u.a. über private Unternehmen oder NGOs zusätzliche Mittel zu mobilisieren. Nur wenn es gelingt, externe Finanzierung für die bauliche Sanierung zu sichern, bleibt die Grundversorgung der Bevölkerung gewährleistet.

Neben den finanziellen Engpässen im Bereich Medikamentenversorgung und Infrastruktur wirkt sich die Dezentralisierung auch unmittelbar auf die Beschäftigungssituation des Gesundheitspersonals aus. Zahlreiche Mitarbeitende der Rural Health Units, die zuvor über das *Department of Health* angestellt waren, verloren ihre Positionen, da ihre befristeten Jahresverträge nicht verlängert wurden. Stattdessen liegt es nun in der Verantwortung der LGUs, die Anstellung über ihr eigenes Budget sicherzustellen. Nurse Rosalyn schildert ihre persönlichen Erfahrungen mit diesem Umbruch:

I was employed in the Department of Health before, but in 2022, they have to lessen the nurses deployed. So that the LGU will employ them because of the devolution, because of the universal health care act. So the Department of Health renewed only – for example, we are 10 nurses – they just renewed 7 of us, and the 3 will be out of the contract... They'll be unemployed. They will not be renewed again. So it's... For example, me, I was now unemployed. Doc Levi called me and asked, can you work as a job order, in here, at the Municipality of Poro? And this is your daily salary. And if it's okay, you can please say yes or no? I said yes! Of course,

yes! So right now, I'm employed in the LGU as job order, special job order.

(Rosalyn, 2024)

An Rosalyn wird exemplarisch deutlich, wie die Dezentralisierung nicht nur Verwaltungsstrukturen verändert, sondern auch ganz konkrete Folgen für die Beschäftigungsverhältnisse hat. Ob eine langfristige und sozial abgesicherte Anstellung möglich ist, hängt allein von der finanziellen Lage der jeweiligen LGU ab. Trotz dieser Unsicherheiten entschied Rosalyn sich für die neue, prekäre Form der Anstellung. Als Grund dafür nennt sie ihre Verbundenheit mit den Kolleg*innen, die soziale Verpflichtung, die sie gegenüber ihren Patient*innen spürt, und den Wunsch, weiterhin zur lokalen Gesundheitsversorgung beitragen zu können. Ihr Fall zeigt, wie eng politische und finanzielle Zuständigkeiten mit der Stabilität der Gesundheitsversorgung in ländlichen Regionen verknüpft sind.

6.3 Ressourcenknappheit und Improvisation

Auch bei der Lieferung von Medikamenten und medizinischer Ausstattung zeigen sich die Probleme des dezentralisierten Systems. Früher wurden die RHUs zentral und regelmäßig vom *Department of Health* beliefert. Heute liegt die Verantwortung bei den LGUs, deren Budget oft nicht ausreicht, um die Versorgung der gesamten Bevölkerung sicherzustellen. Nurse Rosalyn beschreibt die Folgen: „*Before, we could provide each patient 30 tablets per month. Now, sometimes only 10 or 15 – because the budget must cover all programs.*“ Die Mitarbeitenden wissen zudem häufig nicht, wann und in welchem Umfang die nächste Lieferung eintreffen wird, was eine planvolle Versorgung nahezu unmöglich macht. Die unvorhersehbaren Lieferungen bedingen auch, dass eine Diabetes-Diagnose oft nicht möglich ist. Zwar stehen jeder RHU ein Blutzuckermessgerät zur Verfügung, jedoch erhalten sie keine Lieferungen von Teststreifen. Daher können Diabetes-Fälle weder zuverlässig diagnostiziert noch bei Folgeuntersuchungen kontrolliert werden. Manche Patient*innen nehmen Medikamente daher „blind“, ohne vorher ihre Blutzuckerwerte zu kontrollieren.

Die Lieferengpässe der Medikamente sind auch außerhalb der RHU spürbar. Viele Sari-Sari-Läden haben begonnen Medikamente illegal zu verkaufen, die sie laut meinen

Informationen günstig von Lieferant*innen bekommen, weil die Medikamente kurz vor dem Ablaufdatum stehen. Vor allem Personen, die die Medikamente normalerweise von der RHU beziehen und sich einen privaten Kauf in der Apotheke nicht leisten können, kaufen diese Medikamente oft illegal in den Sari-Sari-Läden. Patty, die Pharmazeutin im Westen der Insel San Francisco, berichtet darüber hinaus, dass es auf diesem Teil der Insel lange Zeit keine Apotheke gab. Die Menschen mussten bis in die Hauptstadt fahren, was für viele unmöglich war. Daher griffen sie auf den illegalen Verkauf in den Sari-Saris zurück. Diese Strategien verdeutlichen, wie sehr die Grundversorgung inzwischen von situativen Arrangements abhängt und wie fragil die Kontinuität der Versorgung geworden ist.

Um die Versorgungslücken abzufedern, versuchen die Mitarbeitenden der RHU die Medikamente so geschickt wie möglich auf die Bedürftigsten aufzuteilen. Darüber hinaus hoffen sie auf Unterstützung durch NGOs oder andere externe Akteur*innen, die Medikamente und Materialien bereitstellen können. Gleichzeitig versucht Doc Levi Ansehen beim Mayor von Poro zu gewinnen, um über enge Abstimmungen mit dem Mayor Einfluss auf die Budgetplanung gewinnen zu können, mit dem Ziel, so viele dringend benötigte Medikamente wie möglich zu beschaffen. Patient*innen wiederum gehen mit den Umständen dahingehend um, dass sie entweder andere Diagnose- oder Versorgungsmöglichkeiten, wie die Konsultation von Privatärzt*innen oder den Kauf von Medikamenten in Apotheken, wählen oder sich gezwungenermaßen nicht diagnostizieren lassen können. Auf die Sichtweise der Patient*innen gehe ich im nachfolgenden Kapitel (Kapitel 7) noch genauer ein.

6.4 Personalmangel und Ausgleichsstrategien

Die RHU auf der vorgelagerten Insel Pilar, die zur Inselgruppe der Camotes gehört, musste mehrere Monate ohne ärztliche Leitung auskommen. Nachdem die bisherige Ärztin in Pension gegangen war, fand das *Department of Health* keine Nachfolge, die bereit gewesen wäre, auf der abgelegenen Insel zu arbeiten. Damit lag die gesundheitliche Versorgung von rund 12.600 Einwohner*innen allein in den Händen des RHU-Teams. „We have no hospital, no other clinic, no private clinic – only one RHU here in Pilar,“ erklärt

die dort tätige Hebamme im Interview. Der Krankenpfleger ergänzt: *„For the 12,000 plus people, this is the only one RHU serving! And for many previous months, we have no doctor.“* In dieser Situation waren die Mitarbeitenden der RHU gezwungen, Aufgaben zu übernehmen, die eigentlich einer ärztlichen Fachkraft vorbehalten sind. Notfälle wie Motorradunfälle oder akute Erkrankungen mussten sie nach bestem Wissen selbst versorgen. Offiziell autorisiert waren sie dafür nicht, aber eine Alternative gab es nicht. Bis zu einem gewissen Teil konnte die Lücke durch ein ungewöhnliches Arrangement überbrückt werden: Ein Internist aus Ormoc, der ursprünglich aus Pilar stammt, bietet bei seinen Heimatbesuchen kostenlose Konsultationen in der RHU an. *„Sometimes he does a free consultation here,“* erzählt die Hebamme, *„We have a procedure in case of emergency. During the day, during working hours, we can call the doctor in Ormoc. (...) By message or call in a video call. So we have to picture the laboratories and then send the results.“* Auch wenn er privat praktiziert und nicht offiziell vom DOH entsandt wurde, war seine Unterstützung für das Team unverzichtbar. Zusätzlich einigten sich die Mayors der drei benachbarten Municipalities – Poro, San Francisco und Pilar – darauf, dass deren MHOs abwechselnd nach Pilar reisen, um die Versorgung wenigstens zeitweise zu sichern (Nurse, Hebamme und MedTech der RHU Pilar, 2024).

Besonders kritisch bleibt jedoch die Notfallversorgung. Offiziell dürfen Patient*innen nur in Krankenhäuser innerhalb der Provinz Cebu überwiesen werden. Das nächstgelegene größere Krankenhaus befindet sich in Cebu City. Die Anreise dorthin umfasst mehrere Transportmittel und dauert sechs bis sieben Stunden mit einem Bangka¹³, Fähre und Taxi. Kosten von etwa 2.000 PHP pro Fahrt und pro Person machen diesen Weg für viele unerschwinglich. *„Even though we should refer them to Cebu City because the municipality of Pilar belongs to Cebu,“* erklärt der Krankenpfleger, *„we are closer to Ormoc... therefore we transfer to Ormoc.“* Trotz der offiziellen Vorgaben wird die Mehrheit der Notfälle daher nach Ormoc auf der Nachbarinsel Leyte überwiesen, dessen Krankenhaus in zwei bis drei Stunden erreichbar ist.

¹³ Ein Bangka ist ein kleines Auslegerboot, das für die kurze Überfahrt zwischen der Insel Pilar und Poro verwendet wird.

Die Transportmöglichkeiten bleiben ein erhebliches Hindernis. Reguläre Bootsfahrten nach Ormoc gibt es nur zweimal täglich, morgens und abends. Für Notfälle außerhalb dieser Zeiten bleibt nur ein privates Boot, dessen Kosten bei bis zu 5.000 PHP pro Fahrt und Person liegen können – ein Betrag, der ein halbes Monatseinkommen vieler Familien übersteigt. Deshalb versucht das RHU-Team, Patient*innen in kritischem Zustand so weit zu stabilisieren, dass sie bis zur nächsten regulären Überfahrt warten können. „*If we can manage the patient here during the night, they can wait until the first trip in the morning*“, beschreibt die Hebamme das Vorgehen. Nur wenn es nicht anders geht, wird eine sofortige Überstellung mit einem teuren Privatboot organisiert.

Trotz dieser widrigen Umstände bemüht sich das Team, die Zahl der Notfälle so gering wie möglich zu halten. Regelmäßige Aufklärungsarbeit soll die Bevölkerung sensibilisieren, schon bei ersten Symptomen medizinische Hilfe aufzusuchen, um schwere Krankheitsverläufe zu vermeiden. Dennoch lassen sich strukturelle Probleme wie fehlende finanzielle Mittel, mangelnde Transportmöglichkeiten und unklare Zuständigkeiten nicht allein durch Prävention ausgleichen.

Das Beispiel Pilar verdeutlicht eindrücklich den Einfallsreichtum und die Resilienz der Mitarbeitenden: Sie übernehmen über ihre eigentliche Befugnis hinaus Aufgaben, stützen sich auf persönliche Netzwerke wie den aus Pilar stammenden Internisten und auf Absprachen zwischen benachbarten Municipalities oder provinzfremden Krankenhäusern. Zugleich offenbart sich die Schattenseite des medizinischen Systems: Die Gesundheitsversorgung basiert weniger auf stabilen Strukturen als auf Improvisation, persönlichem Engagement und gegenseitiger Verpflichtung.

6.5 Misstrauen der Patient*innen und fehlendes Wissen

Das Verhältnis zwischen Patient*innen und Ärzt*innen auf den Camotes ist von tiefgreifenden Ambivalenzen geprägt. Doc Levi erzählte mir in mehreren Gesprächen, dass er immer wieder spürt, wie zögerlich viele Menschen Vertrauen zu ihm fassen. Interviews mit dem RHU-Team deuten auf mögliche Ursachen: Seine Vorgängerin – eine erfahrene Ärztin, die kurz vor ihrer Pensionierung stand – hatte in den letzten Jahren ihrer Tätigkeit ihre Ordinationszeiten gekürzt und Patient*innen nicht selten

weggeschickt, selbst wenn diese weite und kostspielige Wege auf sich genommen hatten, um zur RHU zu gelangen. Sie berief sich häufig auf „paperwork“ und machte keine medizinischen Untersuchungen, obwohl der Warteraum voll war. Rosalyn beschreibt sie rückblickend als eine sehr gute Ärztin, die grundsätzlich sehr um das Wohl der Patient*innen besorgt war, betont aber zugleich, dass ihr harscher Umgangston viele Patient*innen verunsicherte. Rosalyn erwähnte eine Situation, die ihr in Erinnerung blieb. Sie berichtete davon, dass die Ärztin die Menschen zu frühzeitigeren Untersuchungen bewegen wollte, aber nicht die richtigen Methoden fand. Einmal wollte die Ärztin einen Patienten, der ihrem Empfinden nach viel zu spät zu einer Untersuchung kam, schockieren und dazu bewegen sie beim nächsten Mal früher aufzusuchen, indem sie ihm sagte *„Ha! You’re coughing for almost a month, oh you are going to die!“*, Rosalyn kichert, als sie erzählt. Sie berichtet weiter: *„But it’s intentional! For her it’s nothing! But you know, she is scaring the patients! (...) Sometimes we just laugh ‘Aaaah Doc, my God!’ (...) because we know her! (...) So we are ‘Oh my god, you are scaring the patients.’“*

Das Misstrauen gegenüber Mitarbeitenden im Gesundheitsbereich wird auch daran deutlich, dass Patient*innen ihre Entscheidungen oftmals stärker an den Ratschlägen von Familienmitgliedern ausrichten. Pharmazeutin Patty, die eine Apotheke an der Westküste von San Francisco betreibt, erklärt:

The patient asked us, if he could buy something for his wound. Then we talked to him. He said his neighbor said that “Ah I can pour some powder here in my wound” and we said “Huh? Powder?”, “Yes, it’s inside the capsule, then you just need to pour it” and we said “No, that’s an antibiotic!”. He didn’t listen and did it and then his wound became more severe! Because of what happened... We said, “You know, oral medicines are intended to be taken orally! There are typical medicines that are intended for those wounds. So don’t follow whatever they say!” (Patty, 2024)

Die Apothekerin schildert, dass Patient*innen häufig den Ratschlägen von Nachbar*innen oder Familienangehörigen mehr vertrauen als den Anweisungen von Fachpersonal. In dem von ihr beschriebenen Fall folgte ein Patient dem Hinweis einer

Nachbarin, das Pulver einer Antibiotika-Kapsel direkt auf eine Wunde zu streuen, anstatt das Medikament wie verschrieben oral einzunehmen. Dies führte zu einer Verschlimmerung der Wunde und verdeutlicht die problematischen Folgen solcher Laienratschläge. Sie beschreibt dieses Verhalten wie folgt:

So, it's like an old belief of them, that, you just need to pour that... Other people at first actually got mad with us! Even until now, they get mad. They will say "Oh, this is our body, we know what to do with it". They're like that.

I see, so, they're just trusting themselves and their...

Yeah! Themselves and their neighbors, or sisters or brothers! Because they say, "Oh, we always do that!". But we were like, "No, that's not the right thing to do". There, even other people would curse at us, like, say bad words in Visayas. And we are like, okay, whatever. (Patty, 2024)

In dieser Erzählung verdeutlicht die Apothekerin, dass mangelndes Vertrauen in medizinisches Fachpersonal oft mit unsachgemäßem Laienwissen und sich hartnäckig haltenden Annahmen verbunden sind. Zur Veranschaulichung schildert sie ein weiteres Beispiel: Eine Kundin kam mit einer langen Liste verschriebener Medikamente, darunter Antibiotika und mehrere Probiotika. Patty erklärte ihr, dass diese nicht gleichzeitig einzunehmen seien und dass gesunde Ernährung zumindest teilweise ein Ersatz für die Probiotika sein könne, wenn sie sich die Präparate nicht leisten könne. Die Kundin war dankbar für ihre Aufklärung, war aber überzeugt, dass der Arzt ihr nur „das Geld aus der Tasche ziehen wollte“. Solche Fälle interpretiert Patty als Missverständnisse, deren Ursache die fehlenden diagnostischen Möglichkeiten sind. Da RHUs keine Möglichkeiten haben die Patient*innen genauer zu untersuchen, verschreiben Ärzt*innen Medikamente oft auf Verdacht. Eine Praxis, die Patient*innen mit mangelndem medizinischen Wissen leicht als Ausbeutung missverstehen.

Das Resultat ist ein spürbarer Vertrauensverlust. Viele Menschen meiden die RHU seither und vertrauen stärker auf das medizinische Laienwissen von Familienmitgliedern,

Bekannten oder anderen Respektspersonen wie Lehrer*innen und beginnen ihre Symptome selbst zu deuten. Für die Apothekerin wird dies zunehmend zur Belastung, da die Patient*innen eine ärztliche Untersuchung oft verweigern, aber zugleich gefährliche Fehldiagnosen riskieren. Patty verknüpft den Vertrauensverlust auch mit unzulänglichem medizinischem Allgemeinwissen der Patient*innen. Sie beobachtet, wie Kund*innen sogenannte „Anti-Diabetes-Tees“ kaufen, die im Fernsehen und Radio beworben werden, trotz des klaren Hinweises „no therapeutic claims“, der am Ende der Radiowerbung sogar auf Tagalog verlesen wird, weswegen sie sprachliche Missverständnisse ausschließt.

Doc Levi erkannte das Problem, dass sich viele aufgrund des Vertrauensverlusts oder aus anderen Gründen nicht untersuchen lassen. Er möchte mehr Menschen zu Untersuchungen bewegen und versucht daher einerseits ihr Vertrauen zu gewinnen und andererseits die Zugangsbarrieren zum medizinischen System zu verringern. So entwickelt er gemeinsam mit seinem Team einen neuen Ansatz. Dazu gehören regelmäßige Visiten in den Barangays: Er selbst untersucht Patient*innen vor Ort oder macht Hausbesuche, während Nurses und Hebammen Impfungen durchführen und Medikamente aushändigen. Auf diese Weise will er zeigen, dass er die Lebensrealitäten der Menschen versteht und ihre Schwierigkeiten ernst nimmt, wie beispielsweise die hohen Fahrtkosten zur RHU oder die Angst vor abweisenden Erfahrungen. Auch innerhalb der RHU hat er Abläufe neu strukturiert, klarer abgegrenzt und für die Patient*innen vereinfacht. Ein Beispiel ist die Medikamentenversorgung: Früher mussten Patient*innen persönlich in die RHU kommen, um ihre Medikamente abzuholen, was ein finanzielles, zeitliches und logistisches Problem darstellt. Seit zwei Jahren führt das RHU-Team unter der Leitung von Doc Levi Listen über Patient*innen mit chronischen Erkrankungen wie Diabetes. Die zuständigen Nurses bringen die Medikamente einmal im Monat direkt in die Health Stations der Barangays. Christine, die MedTech der RHU Poro berichtet über die Änderung im System:

So, every month in our Barangays, the nurses, conduct meetings. After the meeting they give the medicines (to the patients) (...) because, you know, they do it like this: Before the patients had to go here to ask for

medicine, but now the nurses bring it to them, because their places are quite far from here. Did you try to visit the mountain part of Poro?

Yes, last week, they took me to the vaccination round, and we went to Santa Rita, and...

Yeah, yeah, those places, it's so, so far! That's why. Before the patients go here to ask for medicine, yeah. Now Doc Levi changed it. The nurses bring the medicine, and then they conduct meetings with the patients, they check for the blood pressure, for the sugar, and then after that, they give the medicines to the patients. It's Metformin for diabetes, and Captopril is for hypertension. (Christine, 2024b)

Gleichzeitig stärkt Doc Levi die Rolle der Barangay Health Workers. Sie sollen als erste Ansprechpersonen vor Ort dienen, Patient*innen beraten und rechtzeitig an die RHU weiterverweisen. Damit greift er nicht nur lokale Bedürfnisse auf, sondern setzt auch zentrale Vorgaben des DOH um, die eine bessere Verzahnung zwischen BHWs und Municipal Health Officers fordern.

Anhand dieser Beobachtungen wird deutlich: Das Vertrauen in die lokale Gesundheitsversorgung ist fragil und durch negative Erfahrungen, Missverständnisse und strukturelle Hürden geschwächt. Doc Levi begegnet diesem Misstrauen mit Nähe, Präsenz und Fürsorge und versucht durch eine Mischung aus organisatorischen Anpassungen, Aufklärungsarbeit und persönlichem Engagement das Vertrauen Schritt für Schritt zurückzugewinnen.

6.6 Fazit: Zwischen Vision und Realität

Die Gesundheitsversorger*innen – in meinem Fall die Mitarbeitenden der RHUs – stehen im Zentrum eines beständigen Spannungsfeldes. Sie vermitteln zwischen ambitionierten gesundheitspolitischen Visionen auf nationaler Ebene und den oft ernüchternden lokalen Realitäten. Einerseits sind sie verpflichtet, Programme und Vorgaben des DOH umzusetzen, die auf dem Papier große Versprechen enthalten, in der Praxis jedoch häufig

an Ressourcenmangel scheitern oder an den Bedürfnissen der Menschen vorbeigehen. Andererseits erleben sie tagtäglich die schwierig umzusetzende Notwendigkeit, Patient*innen mit dem zu versorgen, was tatsächlich gebraucht wird: Medikamente, kontinuierliche Betreuung, verlässlicher Zugang zu ärztlicher Expertise. Genau in diesem Zwiespalt entwickeln die Mitarbeiter*innen der RHUs eine bemerkenswerte Kreativität. Sie suchen Wege, den Engpässen zu begegnen, improvisieren, passen Programme an und versuchen, innerhalb enger Grenzen doch Lösungen zu schaffen.

An ihrem Umgang mit diesen Herausforderungen wird zugleich sichtbar, wie im medizinischen Alltag mit Unsicherheit verfahren wird. Ärzt*innen und Health Workers sind in einem Feld tätig, in dem klare Diagnosen oder ausreichende Untersuchungsmöglichkeiten nur bedingt verfügbar sind. Ihre Antwort darauf ist zweigeteilt: Wo es möglich ist, versuchen sie Unsicherheiten zu reduzieren: durch Diagnosen, durch Nachkontrollen, durch klare Strukturen. Wo sie wissen, dass Unsicherheiten unvermeidbar bleiben, lernen sie, diese anzunehmen. Nicht als Defizit, sondern als Bestandteile der Realität, die sie in ihre Praxis integrieren. Unsicherheit wird dadurch von einer Bedrohung zu einem neutralen Begleiter, mit dem sie gelernt haben umzugehen und der keine Verzweiflung mehr auslöst.

So zeigt sich im Spannungsfeld zwischen staatlichen Vorgaben und lokalen Möglichkeiten nicht nur der strukturelle Druck auf die RHUs, sondern auch ihre übersetzende, vermittelnde und gestaltende Rolle. Ihr Handeln offenbart eine alltägliche Praxis des Aushandelns, in der Pragmatismus, Empathie und Resilienz gleichermaßen zentral sind.

Während ich in den vorigen Kapiteln primär die staatliche und ärztliche Perspektive auf diese Strukturen dargestellt habe, wende ich mich nun der Sicht der Patient*innen zu. Hier rückt die Frage in den Vordergrund, wie sie mit diesen Bedingungen leben, welche Angebote sie tatsächlich erreichen und an welchen Hürden sie im Alltag scheitern.

7 Empirie III Patientliche¹⁴ Perspektive

7.1 Unzulängliche Versorgung als Zugangsbarriere

Ich sitze im Health Center in Adela, mir gegenüber sitzt der Councilor in seinem schwarz-weiß gestreiften Shirt. Sein Golfschläger, den er als Gehstock nutzt, lehnt an der Armlehne des weißen Plastiksessels, auf dem er kurz zuvor Platz genommen hat. Ich frage ihn, ob er Diabetes hat. Er lächelt mich an und antwortet, er habe „high blood“. Ich rätsle kurz, denn es könnte sowohl „high blood pressure“ als auch „high blood sugar“ heißen. Ich lasse ihn weitersprechen, vielleicht klärt sich die Sache im nächsten Satz.

Er fragt die am Schreibtisch sitzende BHW etwas auf Cebuano. Sie sieht zu ihm, nickt, steht auf, geht zum Regal im Eck, sucht einen Ordner heraus, öffnet ihn, liest nach und antwortet dem Councilor. Er übersetzt die Antwort der BHW und sagt, er habe 160. Ich nehme an, er meint Hypertonie, da ein Blutzuckerwert von 160 mg/dl bei Diabetes Typ II meist noch nicht als erwähnenswert erhöht angesehen wird. Die BHW fügt hinzu, diesmal direkt an mich gerichtet, ja der Councilor habe 150 zu 47, zuletzt gemessen im Oktober 2023. Nun kenne ich mich aus.

Ich frage, ob er zudem auch Diabetes hat. Er verneint. Von dem kurzen Kopfschütteln als Antwort überrascht, frage ich nach, ob er schon einmal seinen Blutzucker testen hat lassen. Er verneint wieder, er habe noch nie einen Blutzuckertest gemacht, sieht mich an, als wäre das eine äußerst logische Sache. Direkt anschließend sagt er, wo hätte er denn einen machen sollen(?), hier im Health Center gibt es keine Möglichkeit dazu.

Aus den Augenwinkeln sehe ich, dass die BHW uns beobachtet. Daher frage ich in Richtung beider, ob dieses Health Center derzeit ein Blutzuckermessgerät zur Verfügung hat. Stolz antwortet sie, ja, sie haben eins, aber leider keine Teststreifen dazu, die sind alle im letzten

¹⁴ Im Folgenden verwende ich den Begriff „patientlich“ (in Anlehnung an staatlich) als pragmatische Bezeichnung für die Perspektive von Patient*innen – in bewusster Abweichung vom sprachlichen Standard, um die strukturelle Gegenüberstellung klarer darzustellen.

Jahr abgelaufen und sie haben noch keine neue Lieferung erhalten. Ich frage, woher sie die Lieferungen bekommen, direkt vom Government? Sie antwortet, ja, sie werden direkt vom Government, also genauer genommen von der DOH an die RHU gesendet und diese teilt die Blutzuckerteststreifen dann auf die einzelnen Health Centers der Barangays auf.

*Ich frage nach, in welchem Abstand oder mit welcher Regelmäßigkeit sie die Lieferungen erhalten oder mit den Lieferungen rechnen können. Mit dieser Frage wollte ich herausfinden, ob es manchmal möglich ist, die Blutzuckerwerte der Patient*innen zu kontrollieren, oder ob Diabetiker*innen ohne jegliche Kontrolluntersuchungen auskommen müssen. Beide lächeln mich zaghaft an, aber keiner von ihnen antwortet. Ich fühle mich, als hätte ich eine unangebrachte Frage gestellt.*

*Um mich ein wenig zu erklären, dass ich nicht von äußerst regelmäßigen Lieferungen ausgehe, frage ich vorsichtig weiter, ob sie etwa einmal pro Jahr eine Lieferung bekommen, oder in manchen Jahren öfters oder seltener? Die BHW sieht mich weiterhin schweigend an. Der Councilor antwortet schließlich, langsam und bedacht, dass ich mir das nicht so vorstellen kann. Er erklärt, die Lieferungen kommen grundsätzlich nicht in regelmäßigen Abständen, mit denen sie hier rechnen können. Manchmal sendet das Government eine Lieferung, manchmal senden sie längere Zeit nichts. Man weiß nicht, ob und wann etwas ankommt. „Wir als Empfänger*innen haben kein Mitspracherecht“, erklärt er bedacht. Sie dürfen keine Erwartungen an regelmäßige Lieferungen haben und wissen nicht, wann die nächste Lieferung kommt und welche Medikamente und Equipment sie umfasst.*

Nun habe ich den Eindruck, als hätte ich ein unangenehmes oder unangebrachtes Thema angeschnitten. Ich sage, dass ich das verstehe und das schon von mehreren Seiten gehört habe, beispielsweise in der lokalen RHU oder auch in Health Centern auf anderen Inseln. Da alle Personen, mit denen ich bisher gesprochen habe, dieser Frage immer ausgewichen sind, versuche ich es dieses Mal direkter und frage, ob sie abschätzen können, wie oft sie in den letzten Jahren durchschnittlich Lieferungen der DOH bekommen haben. Damit möchte ich mir lediglich eine vage Vorstellung machen. Beide lächeln. Keiner antwortet.

Diese Vignette verdeutlicht eindrücklich, dass in den Health Centers und selbst in den RHUs oftmals keine verlässliche Möglichkeit zur Diagnose von Diabetes besteht. Zwar verfügte die lokale Health Station in diesem Fall über ein Blutzuckermessgerät, jedoch fehlten die notwendigen Teststreifen aufgrund unregelmäßiger und unzureichender Lieferungen durch das DOH beziehungsweise die zuständige LGU. Damit blieb die prinzipiell vorhandene Infrastruktur praktisch unbrauchbar. Ein alternativer Weg – etwa die Beschaffung von Teststreifen über Apotheken – wurde in den Gesprächen kaum thematisiert, da spontane Einkäufe nicht im Rahmen des LGU-Budgets vorgesehen sind. Stattdessen zeigt sich hier deutlich, wie die auf nationaler Ebene geplante Gesundheitsversorgung in der lokalen Realität auf strukturelle Grenzen stößt.

Die Konsequenz dieser prekären Versorgungslage ist eine allgegenwärtige Unsicherheit: Weder das medizinische Personal noch die Patient*innen können verlässlich wissen ob und wann neue Materialien eintreffen. Versprochene Tests werden wiederholt auf unbestimmte Zeit verschoben, wodurch Betroffene gezwungen sind, mit der Ungewissheit zu leben, ob eine Diagnose oder Kontrolle überhaupt möglich sein wird. In der Praxis nutzen Gesundheitsmitarbeitende und Patient*innen das, was ihnen jeweils verfügbar ist. So etwa im Fall des oben beschriebenen Councilors, der regelmäßig seinen Blutdruck kontrollieren lässt, während er eine mögliche Diabetesdiagnose aus Mangel an Testmöglichkeiten schlicht ausblendet und sich damit beruhigt, dass es ihm „eh gut“ gehe.

Diese Beobachtungen geben einen Einblick in die gelebte Realität medizinischer Versorgung und Medikamentenlogistik in ländlichen Gebieten der Philippinen. Auffällig ist dabei, dass die unzureichenden Lieferungen von den meisten Beteiligten nicht offen kritisiert werden. Stattdessen scheint sich eine Haltung des stillen Akzeptierens durchzusetzen. Möglicherweise Ausdruck des kulturellen Prinzips *bahala na*¹⁵, das eine Art pragmatisches Hinnehmen des Unabänderlichen beschreibt. Gleichzeitig könnte das Schweigen aber auch durch soziale und politische Faktoren beeinflusst sein. Einige

¹⁵ *Bahala na* ist ein philippinisches kulturelles Prinzip, das sich wörtlich aus dem Tagalog mit „Möge es (Bathala = Gott/Schicksal) richten“ übersetzen lässt.

Gesprächspartner*innen vermieden es spürbar, Kritik an DOH, LGU oder staatlichen Strukturen zu äußern – sei es aus Loyalität, aus Angst vor negativen Konsequenzen oder weil das Thema als heikel oder gar als Tabu wahrgenommen wird. Besonders im Gespräch mit mir als europäischer Forscherin könnte zudem die Sorge mitschwingen, dass ein offenes Eingeständnis von Missständen unangemessen wirken könnte. Diese Szene macht damit nicht nur die materiellen Engpässe sichtbar, sondern auch die subtilen Aushandlungen, mit denen Patient*innen und medizinisches Personal lernen, mit Unsicherheiten umzugehen – zwischen pragmatischer Anpassung, stiller Resignation und vorsichtigem Schweigen.

Ein zentrales Problem im philippinischen Gesundheitssystem besteht in der unzureichenden Versorgung mit Medikamenten und Materialien. Während das DOH grundsätzlich für die Bereitstellung von Diagnostik- und Behandlungsressourcen zuständig wäre, scheitert die Umsetzung häufig an fehlendem Vorrat, unregelmäßigen Lieferungen oder nicht nachvollziehbaren Lücken in der Verteilung. Interviewte Personen wiesen in diesem Zusammenhang auch auf klientelistische Strukturen im Gesundheitswesen hin, wie etwa die Entwendung von Medikamenten für den Eigengebrauch durch Mitarbeitende. Da es sich dabei jedoch um ein ausgesprochen sensibles Thema handelt, wurde dieses von vielen Gesprächspartner*innen nur angedeutet, ohne dass detailliertere Nachfragen möglich waren.

Diese strukturellen Defizite lassen sich in vier Bereichen beobachten:

(1) Fehlende Diagnostik: In zahlreichen Health Stations und RHUs war eine Diabetesdiagnose nicht möglich, da es entweder an Blutzuckermessgeräten mangelte oder keine Teststreifen verfügbar waren. In manchen Fällen war zwar beides vorhanden, jedoch fehlte geschultes Personal zur Anwendung. Besonders Barangay Health Workers berichteten, dass sie nicht in der Lage sind, ein Blutzuckermessgerät zu bedienen – sei es aus Angst, aus mangelnder Schulung oder aufgrund der Tatsache, dass das Durchstechen der Haut als medizinischer Eingriff gilt, für den ihnen rechtlich die Kompetenz fehlt. Diagnosen scheitern so nicht nur am Material, sondern auch an fehlenden Kapazitäten im Personalbereich.

(2) Fehlende Kontrolluntersuchungen: Auch bei bereits diagnostizierten Patient*innen können die notwendigen Kontrolluntersuchungen meist nicht durchgeführt werden. Ohne Testmöglichkeiten bleibt unklar, ob die verschriebenen Medikamente wirken, ob Dosierungen angepasst werden müssten oder ob Nebenwirkungen auftreten. Stattdessen verlassen sich Patient*innen auf ihr subjektives Befinden, um die Wirksamkeit einzuschätzen – ein Ansatz, der besonders problematisch ist, da die meisten keine Erfahrungswerte haben, um Veränderungen im Blutzuckerspiegel zu erkennen. Diese Lücken im Versorgungssystem führen dazu, dass Patient*innen keine Möglichkeit haben, überprüfen zu lassen, ob die verschriebenen Medikamente Wirkung zeigen. Ohne regelmäßige Kontrolluntersuchungen bleibt unklar, ob die verordneten Medikamente die gewünschte Wirkung erzielen, ob die Dosierung angemessen ist oder ob Anpassungen erforderlich wären. Dadurch entsteht ein Zustand medizinischer Unsicherheit, in dem die Betroffenen auf sich allein gestellt sind und langfristige gesundheitliche Risiken in Kauf nehmen müssen.

Die Aussagen zweier Krankenpfleger*innen aus Bantayan verdeutlichen dies sehr anschaulich:

Ich: And do the patients have to get to the RHU to have a regular check-up on the glucose levels? Or how does it work?

Nurse 1: Mh, no.

Nurse 2: No, no. They just only once. Only one. Once diagnosed with diabetes...

Nurse 1: They just take their medication, but they don't monitor it.

Nurse 2: No, they don't monitor themselves.

Nurse 2: They will just monitor it, if they get to the hospital if they feel something wrong.

Nurse 2: Yeah, that is really the thing what happens here.

Nurse 1: The real scenario!

Nurse 2: But the ideal is, once after check-up, the doctor will say "You have to go back after one week or after one month for the, to do your glucose monitoring!", or the doctor says "You have to do glucose monitor

every month or every week". But the number one problem is they don't have this glucometer! If they go to the barangay health station, the barangay health stations don't have a glucometer! And in case they do, if they do have the glucometer, there's no strip...

Nurse 1: No testing strip.

Nurse 2: And if they do have this kind of gadget, still no one can pick because the nurse or the midwife is not there. (Ich: Mh.) The one, the only one who is there, is the barangay health worker. Barangay health workers are like volunteers! They are not like professionals. So, they cannot perform this.

Ich: They cannot perform it?

Nurse 2: No, so they refer here, but... The patient's place is very, very far from here. So, they think "No, no, no, I will go back to my home" and no check-up.

Nurse 2: So for them, it's just a waste. So they just continue to get medication without monitoring their glucose levels.

Ich: Okay. So they actually do not quite know if the medication works...

Nurse 1: Yeah!

Ich: Or if it's the right amount...

Nurse 2: Yes.

Ich: Or if they feel better... (Nurses der RHU Santa Fé, 2024)

Die Diskrepanz zwischen idealem Ablauf und realer Praxis wird hier besonders deutlich: Patient*innen nehmen zwar Medikamente, haben aber keinerlei Möglichkeit, ihre Wirkung zu überprüfen.

(3) Lücken in der medizinischen Diagnosekette: Bereits der erste Schritt zur Diagnose erweist sich oftmals als problematisch. Da BHWs meist keine formale medizinische Ausbildung haben, können sie Symptome häufig nicht korrekt einschätzen. Manche Gesprächspartner*innen äußerten sogar den Verdacht, dass einzelne BHWs weniger aus altruistischen Motiven tätig seien, sondern mehr aus Eigeninteresse – insbesondere, um direkten Zugang zu Medikamenten für die eigene Familie zu erhalten. Auch wenn diese

Anschuldigungen nicht verifiziert werden konnten, verdeutlichen sie das Misstrauen, das in Teilen der Bevölkerung gegenüber den Strukturen des lokalen Gesundheitswesens besteht.

(4) Fehlende Medikamentenverfügbarkeit: Schließlich zeigt sich die Problematik auch im Bereich der Medikation. Selbst wenn eine Diagnose gestellt wurde und Patient*innen Anspruch auf kostenfreie Medikamente der *Philippine National Formulary* hätten, sind die entsprechenden Präparate in den RHUs häufig nicht verfügbar. Betroffene sind daher gezwungen, die notwendigen Medikamente auf eigene Kosten in Apotheken oder illegal in Sari-Sari-Stores zu erwerben, was insbesondere für einkommensschwache Patient*innen eine erhebliche Belastung darstellt.

7.2 Finanzielle Schwierigkeiten als Zugangsbarriere

Ich sitze im Health Center in Santa Rita. Mir wurde aufgetragen, hier an dem kleinen weißen Plastiktisch auf die Ankunft meines Patienten zu warten. Während ich warte verhalte ich mich ruhig und schreibe an meinen Notizen, um den Ablauf der Impfungen nicht zu stören. In der Mitte des Raumes steht ein größerer Holztisch. Rund um den Tisch sind die Nurses und Midwives versammelt und mit den Impfungen für die Säuglinge und Kleinkinder beschäftigt. Eine nach der anderen bitten sie die Mütter mit den Kleinkindern in den Raum, besprechen kurz, aktualisieren den Impfausweis der Kinder, und verabreichen ruhig, herzlich und konzentriert die Impfungen. Zu meiner Linken befindet sich ein Fenster, dessen Glaslamellen geöffnet sind, in der Hoffnung auf einen Luftzug im sonst stickigen Behandlungsraum. Es ist bereits später Nachmittag.

Ein Mann mittleren Alters in einem rostroten T-Shirt betritt das Health Center. Da er nicht in Begleitung eines Kindes für die Impfungen ist, nehme ich an, es könnte mein Patient sein. Midwife Nenita sieht von ihrer Arbeit auf, blickt zu mir und grüßt den Mann auf Cebuano. Meine Annahme verdeutlicht sich. Ich stehe auch auf, begrüße ihn, stelle mich vor und biete ihm an Platz zu nehmen. Er setzt sich auf den weißen Plastiksessel mir gegenüber und stellt sich mit Rizaldo Gonzales vor. Ein Gespräch über seine Diabetesdiagnose entsteht. Kurz darauf kommt eine Frau im selben Alter durch die Türe,

sie grüßt Midwife Nenita, stellt sich zu uns, hinter den Mann. Ich nehme an, die beiden gehören zusammen, begrüße die Frau und frage, ob ich da gerade ihren Ehemann zu Diabetes befrage. Beide nicken. Eine BHW gesellt sich zu uns, gleichzeitig neugierig über unser Gespräch und hilfsbereit manche Fragen zu übersetzen. Rizaldo Gonzales berichtet: Er hat Diabetes, seit mehr als 5 Jahren, und er muss Medikamente nehmen. Meine Frage, ob er die Medikamente von diesem Health Center beziehen kann, verneint er. Nein, sein Medikament gibt es leider nicht vom Health Center, er braucht zwar Metformin, aber ihm wurden „branded ones“ verschrieben, und da diese Marke nicht im Sortiment der RHU, also nicht in der Philippine National Formulary ist, muss er das Medikament in der Apotheke kaufen. Ich frage nach dem Preis. Eine Tablette kostet rund 30 Pesos. Ich bin erstaunt und frage aus meinem Erstaunen etwas direkt „Oh wow, 30 pesos a tablet, how is this manageable?“. Sie wirken überrascht von der Frage, etwas in Verlegenheit gebracht. Rizaldo Gonzales sitzt lächelnd und schweigend da. Zögernd und leise antwortet seine Frau, die mich auch freundlich anlächelt, ja, es funktioniert nicht gut. Ich frage, ob er die Marke des Metformins eventuell ändern könnte und erzähle, dass ich in verschiedenen Apotheken war, die Preise des Metformins gesehen habe, und eine große Bandbreite dazwischen liegt, von 3 Pesos pro Tablette bis 60 Pesos pro Tablette ist alles dabei. Er antwortet, nein, sein Arzt hat gesagt er müsse exakt dieses Medikament nehmen, diese Marke, und daher kann er die Marke nicht in der Apotheke aussuchen. Er betont noch einmal, dass er exakt dieses Medikament einnehmen müsse, da es ihm sein Arzt so vorgeschrieben habe.

Ich frage, wo er diagnostiziert wurde, vielleicht hier im Health Center oder in der RHU in Poro? Nein, sie waren bei einem Arzt in Cebu City. Das ist sehr weit weg, stelle ich fest, und versuche, nach den Kosten der Untersuchungen zu fragen, ob sie mir sagen wollen, wie viel sie für den Arzt bezahlen mussten. Rizaldo Gonzales erklärt, die Untersuchung habe etwa 600 Peso gekostet, schaut seine Frau an, sie nickt, Labor 5.000 Peso. Ich frage, ob ich richtig gehört habe, 5.000 Peso? Ja, 5.000. Und alles ist in Cebu City, also mussten sie die Fähre bezahlen, den Bus, die Übernachtung dort. Ich würde gerne mehr über die Ausgaben sprechen, aber befürchte, das Paar mit meinen finanziellen Fragen zu sehr in Bedrängnis zu bringen, daher frage ich, ob sie Kinder haben. Dadurch will ich herausfinden, ob sie eventuell nahe Familienangehörige haben, die sie finanziell für die Ausgaben der

Untersuchungen unterstützen könnten. Ja, zwei Söhne, 15 und 13 Jahre alt, sie gehen hier zur Schule. Um weitere eventuell unangenehme Fragen zu vermeiden, frage nicht weiter nach Unterstützung anderer Familienmitglieder.

*Ich bin immer noch erstaunt und verblüfft, wie viel die Untersuchungen von den Personen abverlangen, und frage die beiden direkt, wie sie sich diese Kosten leisten können? Sie sehen mich schweigend an. Ich entschuldige mich für diese unangenehm direkte Frage, das ist vermutlich keine Frage, die man stellen sollte, und versuche zu erklären, dass ich besorgt bin wegen der Kosten der Untersuchungen, die eine Familie hat, wenn jemand an Diabetes erkrankt ist. Ich erkläre, ich kann es mir einfach nicht vorstellen wie Familien mit normalem Einkommen von rund 15.000 bis 20.000 Peso im Monat, sich das leisten können. Und berichte, dass sich die Menschen in Österreich manche Arztbesuche auch nur schwierig bis gar nicht leisten können, und die Ärzt*innen oft viele teure Medikamente verschreiben, und auch ich oft zögere, alle verschriebenen Medikamente zu kaufen, weil ich es mir nicht gut leisten kann. Die BHW antwortet freundlich, dass die Frage okay ist, sie es nur nicht gewöhnt sind, so etwas gefragt zu werden. Im selben Moment antwortet die Frau, dass es einfach nicht bezahlbar ist und in manchen Fällen die Familie finanziell aushilft. Ich nicke und höre zu. Sie fährt fort und sagt, dass sie die Medikamente in Zeiten, in denen kein Geld zur Verfügung steht, einfach nicht kaufen können. Ihr Ehemann nickt langsam. Und schließt sich an, ja, dann kaufen sie sie nicht, aber manchmal, wenn sie mehr Geld zur Verfügung haben, dann kaufen sie die Medikamente wieder und können in seltenen Fällen sogar mehr kaufen und einen kleinen Vorrat zu Hause haben. Ich stimme ihnen zu, das verstehe ich vollkommen.*

Diese Vignette macht die Diskrepanz zwischen staatlichen Vorstellungen eines flächendeckenden Diabetesmanagements und den realen Handlungsmöglichkeiten der Patient*innen deutlich. Während offizielle Programme eine kostenlose und kontinuierliche Versorgung mit Medikamenten und Untersuchungen versprechen, zeigt sich in der Praxis, dass viele Betroffene aus strukturellen und finanziellen Gründen keinen Zugang zu diesen Leistungen haben.

Das Beispiel des Mannes im rostroten T-Shirt verdeutlicht dies besonders eindrücklich: Da in der Rural Health Unit oftmals keine ausreichenden Vorräte vorhanden sind, müssen

Patient*innen die notwendigen Medikamente privat in Apotheken erwerben. Eine finanzielle Belastung, die für viele schlicht nicht möglich ist. Der in der Vignette erwähnte Patient berichtete, dass er nur dann Medikamente kaufen könne, wenn gerade Geld vorhanden sei. An anderen Tagen bleibe er ohne Versorgung. Damit steht er exemplarisch für zahlreiche weitere Patient*innen, mit denen ich im Feld sprach und die mit ähnlichen Herausforderungen konfrontiert waren.

Grundsätzlich haben alle Diabetespatient*innen, denen Metformin verschrieben wurde und keine medizinischen Gründe dagegen sprechen, Anspruch auf eine kostenlose medikamentöse Versorgung mit diesem Medikament durch DOH und RHUs. In der Praxis jedoch verhindern unzureichende Lagerbestände eine verlässliche Vergabe. Da das Problem seit Jahren besteht, haben RHU-Mitarbeitende administrative Strategien entwickelt, um die knappen Vorräte nach ihrem Ermessen „gerecht“¹⁶ zu verteilen: Die Medikamente werden nach Bedürftigkeit zugeteilt, wobei sich Patient*innen dafür zu den „Diabetes Clubs“ anmelden müssen, bei denen sie ein Booklet erhalten, in das sie ihre Werte und Medikamente eintragen müssen. Mit diesen Booklets sind sie dann berechtigt, die kostenfreien Medikamente über die RHU zu beziehen. Die RHU-Mitarbeitenden führen zudem auch Listen aller Diabetespatient*innen mit der Anmerkung ihres finanziellen Status, sodass sie eine „gerechte“ Aufteilung vornehmen können. Diese Verwaltungsmechanismen sollen sicherstellen, dass vor allem als *indigent* eingestufte Personen – also einkommensschwache Haushalte – vorrangig versorgt werden. Dennoch bleibt die Realität, dass die RHUs fast nie in der Lage sind, den vollständigen Bedarf (30–60 Tabletten pro Monat, je nach Dosierung) zu decken. In den meisten Fällen erhalten die Patient*innen nur Teilrationen von 10–30 Tabletten und werden aufgefordert, die Differenz eigenständig in Apotheken zu kaufen.

Die Interviews zeigen, dass dies nur bedingt gelingt: Manche Patient*innen können den zusätzlichen Bedarf finanzieren, viele andere jedoch nicht. Oft müssen sie zwischen

¹⁶ Der Begriff „gerecht“ steht hier in Anführungszeichen, da er die Eigenbeschreibung der RHU-Mitarbeitenden wiedergibt. Im Rahmen meiner Forschung konnte nicht festgestellt werden, ob diese Form der Zuteilung tatsächlich als faire und für alle Patient*innen gleichermaßen zugängliche Methode zu bewerten ist.

grundlegender Nahrungsmittelversorgung und Medikamentenkauf abwägen, was nicht selten zum Abbruch der Behandlung führt. Wiederum andere priorisieren aus subjektiven Gründen andere Konsumgüter über ihre Medikamente, wie etwa Smartphones, Flatscreen Fernseher, Musikanlagen und ähnliches. Das verweist auf unterschiedliche Umgangsweisen mit Krankheit – von bewusster Verdrängung bis hin zu einer pragmatischen Neubewertung von Gesundheitsrisiken im Kontext knapper Ressourcen.

Gespräche mit Apotheker*innen haben ergeben, dass Diabetes-Medikationen in den Apotheken lagernd sind und eine breite Auswahl besteht – es werden sowohl Metformin als auch Mischformen und andere Wirkstoffe angeboten. Tabletten können einzeln, je nach Bedarf, gekauft werden. Die Preise pro Tablette belaufen sich beim günstigen Wirkstoff auf 2,50 PHP pro Tablette bis hin zu 64 PHP pro Tablette. Auf meine Frage, ob man den Wirkstoff tauschen könne, wenn dieser nicht bezahlbar wäre, antworteten viele Apotheker*innen: Wenn dies mit der*m behandelnden Arzt*Ärztin abgesprochen ist und der andere Wirkstoff auch wirkt, dann wäre das kein Problem.

Im Gespräch mit RHU-Mitarbeitenden wurde deutlich, dass Patient*innen, die sich ihre verschriebenen Medikamente nicht leisten können, jedoch oft keine Alternativen suchen oder hinterfragen, ob sie den Wirkstoff oder die Herstellerfirma wechseln könnten. Manche Patient*innen erklärten, sie hätten nie daran gedacht, ihre behandelnden Ärzt*innen nach einem alternativen Wirkstoff zu fragen; andere trauten sich nicht oder wussten nicht, dass das möglich sei. Viele Patient*innen brechen deshalb ihre Therapie ab oder setzen sie nur sporadisch fort, wenn Medikamente verfügbar sind. Dies kann gravierende gesundheitliche Folgen mit sich bringen, wie mir auch eine RHU-Mitarbeiterin im Interview bestätigte (vgl. Christine, 2024; Diabetiker Niedersachsen e.V., 2024; Jutta Pharma, 2024; Profil Institut für Stoffwechselforschung GmbH, 2024).

Diese Problematik lässt sich gut mit den Überlegungen von Alice Street (2014) verbinden, die beschreibt, wie Menschen mit unzureichender Gesundheitsversorgung und technologischen Defiziten umgehen. Trotz Versorgungslücken und Unsicherheiten entwickeln Patient*innen Strategien, um mit ihrer Situation umzugehen, und zeigen eine bemerkenswerte Resilienz. Sie lassen sich von fehlenden Diagnosen oder Therapielücken

nicht vollständig entmutigen, sondern versuchen, im Rahmen ihrer Möglichkeiten gesundheitliche Handlungsfähigkeit zu bewahren. Gleichzeitig bleibt diese Resilienz ambivalent: Sie stabilisiert den Alltag der Betroffenen, reproduziert aber zugleich die strukturelle Unterversorgung, die Unsicherheiten und gesundheitliche Risiken langfristig verschärft.

Auch wenn viele Patient*innen bereit wären, Medikamente selbst zu finanzieren, stellt sich im Alltag häufig die Frage der Priorisierung: Soll das knappe Haushaltsbudget in Medikamente investiert werden oder werden Lebensmittel für die Familie dringender benötigt? Oft fällt die Entscheidung zugunsten der Ernährung aus, da alle Familienmitglieder davon abhängig sind. Neben dieser grundlegenden Abwägung spielen auch soziale Normen und gesellschaftlicher Druck eine Rolle. Während medizinische Ausgaben oftmals als nicht leistbar empfunden werden, sind gleichzeitig Investitionen in Genussmittel wie Backwaren, süße Getränke oder Unterhaltungselektronik sichtbar. Dies verweist auf ein gesellschaftliches Bedürfnis, trotz ökonomischer Einschränkungen ein bestimmtes Statusbild aufrechtzuerhalten. Besonders bei Besuchen von Verwandten besteht die unausgesprochene Erwartung, Gastgeschenke mitzubringen – häufig in Form von Fast Food oder süßen Speisen. Solche Praktiken belasten das Haushaltsbudget zusätzlich. Neben den direkten Kosten für Medikamente entstehen weitere Belastungen durch Transport und Zeitaufwand: Nicht jede*r verfügt über ein eigenes Motorrad und die Bezahlung eines Habal-Habal- oder Tricycle-Fahrers ist nicht immer möglich. Um diese Hürden zu verringern, organisiert beispielsweise Doc Levi auf den Camotes regelmäßige Untersuchungsausfahrten in die Barangay Health Stations. Ziel ist es, das medizinische Angebot näher an die ländlich lebende Bevölkerung heranzutragen und so den Zugang zur Versorgung zu erleichtern.

Das in der Vignette erwähnte Fallbeispiel verdeutlicht, wie Menschen unter den Bedingungen wirtschaftlicher Unsicherheit und einer Inflation von rund 6–9 % alltäglich abwägen müssen: Soll das wenige Geld in die Ernährung der Familie fließen oder in den Erhalt der eigenen Gesundheit? Auffällig ist, dass viele Betroffene das bestehende System mit seinen Unzulänglichkeiten eher akzeptieren, als es offen zu kritisieren – zumindest im Gespräch mit mir. Ob sie untereinander anders darüber sprechen, bleibt offen.

Hinzu kommen strukturelle Unterschiede im Umgang mit Geld und Vorratshaltung. Gründe hierfür liegen unter anderem in der Lohnstruktur durch Auszahlungen im ein- bis zweiwöchigen Rhythmus. Zusätzlich spielen auch klimatische Bedingungen, die eine Lagerung von Lebensmitteln und Medikamenten erschweren, eine große Rolle. Auf Märkten wird deshalb meist nur für den aktuellen Tag eingekauft. Auch bei Medikamenten ist Vorratshaltung kaum üblich. Selbst wenn finanzielle Mittel vorhanden wären, wird selten auf Vorrat gekauft, mit wenigen Ausnahmen wie dem in der Vignette erwähnten Patienten Rizaldo Gonzales und seiner Ehefrau. Diese kulturell und strukturell geprägten Praktiken sind bei der Analyse der Versorgungslage wesentlich mitzudenken.

Ein weiteres Problem ist der unkontrollierte und teilweise illegale Handel mit Medikamenten. Wie die Apothekerin Patty im Interview schildert, werden Medikamente, die kurz vor dem Ablaufdatum stehen und bei Apotheken aussortiert wurden, oft illegal in Sari-Sari Läden weiterverkauft. Obwohl rechtliche Vorgaben existieren, fehlt eine konsequente Überwachung. Dadurch gelangen verschreibungspflichtige Medikamente ohne ärztliche Kontrolle in die Hände von Privatpersonen. In Kombination mit unzureichendem Gesundheitswissen entstehen riskante Praktiken, wie etwa das Zerstoßen von Antibiotika-Tabletten und das Auftragen des Pulvers auf offene und entzündete oder chronische Wunden.

Diese Beispiele zeigen, dass finanzielle Restriktionen ein zentraler, aber nicht der einzige Faktor sind, der den Zugang zu medizinischer Versorgung limitiert. Vielmehr wirken ökonomische Zwänge, soziale Erwartungen, infrastrukturelle Barrieren und unregulierte Medikamentenmärkte zusammen und führen dazu, dass Patient*innen in Unsicherheit leben müssen.

7.3 Fehlendes Vertrauen als Zugangsbarriere

(...) if the patients don't trust the doctor, they will never listen and never come! (Rosalyn, 2024)

Meine Beobachtungen sowie Interviews und informelle Gespräche zeigen, dass Vertrauen eine entscheidende Rolle im Gesundheitssystem spielt. Vor allem Nurses und Apotheker*innen berichten, dass viele Patient*innen wenig oder gar kein Vertrauen in die RHU und den MHO haben. Stattdessen vertrauen sie eher Familienmitgliedern oder gesellschaftlich höhergestellten Personen wie Lehrer*innen oder Polizist*innen.

Dieses Misstrauen gegenüber medizinischem Personal führt dazu, dass viele Patient*innen Selbstdiagnosen stellen oder sich auf Ratschläge aus ihrem sozialen Umfeld verlassen – selbst, wenn diese auf Pseudowissen beruhen. Ein Beispiel hierfür ist die Empfehlung, Antibiotika-Kapseln aufzubrechen und auf offene Wunden zu streuen oder Nahrungsergänzungsmittel als Diabetes-Behandlung einzusetzen. Solche Praktiken halten manche Patient*innen davon ab, ärztliche Untersuchungen in Anspruch zu nehmen – eine bewusste Entscheidung, in Unsicherheit zu leben. Auch Apotheker*innen berichten oft von einer gewissen „Sturheit“ von Patient*innen: Da Patient*innen ihnen nicht vertrauen, lehnen sie medizinisch fundierte Empfehlungen ab. Ein häufiger Grund für das mangelnde Vertrauen in Ärzt*innen ist das Gefühl, von ihnen ausgenutzt zu werden – sei es finanziell oder zeitlich. Viele Patient*innen berichten, dass Ärzt*innen ihnen zu wenig Aufmerksamkeit entgegenbringen oder sie nach einem langen, kostspieligen Weg zur RHU ohne gründliche Untersuchung wieder wegschicken. Dies vermittelt ihnen den Eindruck, nicht respektvoll behandelt zu werden.

Ein weiteres Problem ist die Verschreibungspraxis mancher Ärzt*innen. Manche Patient*innen empfinden es als nachteilig, dass ihnen zahlreiche Medikamente verordnet werden – besonders in öffentlichen, kostenlosen Untersuchungen. Dies geschieht häufig, weil Ärzt*innen aufgrund mangelnder Ausstattung und fehlender Labortests keine genaue Diagnose stellen können. Statt gezielter Tests versuchen sie, durch eine breite Verschreibung möglicher Medikamente alle Eventualitäten abzudecken. Das ist auch

eine Auswirkung medizinischer Unsicherheit – sie haben keine Möglichkeit zu testen, daher bleiben die MHOs in Unsicherheit, welche Diagnose die richtige ist, und entscheiden sich in der Hoffnung, dass etwas Passendes dabei ist, für eine Bandbreite an Medikation. Wenn sie Laboruntersuchungen machen könnten, dann müssten sie nicht so viel verschreiben, weil sie wissen würden, welche Medikamente der*die Patient*in braucht. In der Apotheke stellen Patient*innen dann oft fest, dass sie sich die gesamte Medikation nicht leisten können. Dies verstärkt das Gefühl, dass Ärzt*innen ihre finanzielle Situation nicht berücksichtigen oder sie gar ausnutzen. Das Misstrauen gegenüber Ärzt*innen führt in vielen Fällen dazu, dass Patient*innen medizinische Einrichtungen seltener aufsuchen oder sogar ganz meiden. Die Pharmazeutin Patty berichtet aus ihrer Arbeitspraxis, dass viele ihrer Kund*innen die Wahrnehmung teilen, „alle Ärzt*innen seien nur auf ihren eigenen Vorteil bedacht“. Dies ist ein weitverbreitetes Vorurteil, das durch negative Erfahrungen einzelner Patient*innen weiter verstärkt und aufrechterhalten wird.

Im Gespräch mit Patty sprechen wir lange über Vertrauen bei medizinischen Behandlungen. Sie berichtet von ihren Erfahrungen mit diesem Thema:

When they seek professional help, like if they go to the doctors, they think that ‘Oh, money again! They would just ask money from us, and we won't get well!’ I mean, we would say no, we would say to them that it's not because you're taking medicine you would heal immediately, it would usually take time! That's why doctors would say it takes one week to feel better. But then they say, ‘Oh, it's still my first day of taking the medicine and I'm still not better, not feeling well’. And we say, ‘No, you need to finish that one!’ Then, afterwards they would say, ‘But it's a lot of money, we need to buy this one, we need to buy that one...’ And we then we said, ‘That's part of healthcare, you really need to sometimes invest on that for you to get well.’ Because some would say that they will not finish the prescribed medicines given by the doctor, because they think the doctors are just taking advantage of them. But I can't blame, I can't blame them. Because there are also doctors who are really taking

advantage of people, that's why they would say, 'Oh, I'll go to the doctor, it is just the same, just wasting money, wasting my time'. So, they'd rather believe their family, or neighbors, their siblings, they would rather believe in them than the professionals, because that's what they think, that's on their mind, they are just taking advantage of us. It's like they have trust issues! (Patty, 2024)

Pattys Schilderungen zeigen, wie eng finanzielle Sorgen und fehlendes Gesundheitswissen miteinander verwoben sind. Dabei entsteht ein Spannungsfeld, das auch im nächsten Interviewausschnitt erneut zur Sprache kommt, diesmal anhand einer anderen Erzählung:

Yeah! Because they say that, 'Oh, my sister got better because of that...' so they believe that they will also get better with that. Then we say, 'You know, there's no... A person may have similar symptoms, but it doesn't mean that you exactly have the same disease. It's better to check on someone professional, who can assess! Because sometimes, yeah, she experienced cough and colds and you experience also cough and colds, but we don't know what's the reason behind it! It could be bacteria for her, but for you it may be a flu or a virus. We don't know! Maybe you really don't need antibiotics then'. But they will say then, 'No, I want that because my sister got it'. They would always have million reasons, they say 'no, antibiotics is really effective!'. And we are like, it's hard to educate people if they're that closed-minded. (Patty, 2024)

Patty berichtet von ihren Erfahrungen mit verschiedenen Verhaltensmustern von Patient*innen. Dabei wird deutlich welche Auswirkungen unzulängliches medizinisches Allgemeinwissen auf das Vertrauen hat, das Patient*innen den behandelnden Ärzt*innen und Apotheker*innen entgegenbringen. Im nächsten Abschnitt gehe ich noch deutlicher auf das lückenhafte medizinische Wissen der Bevölkerung ein.

7.4 Medizinisches Wissen

Wie bereits erwähnt, ist unzulängliches medizinisches Allgemeinwissen ein zusätzlicher großer Einflussfaktor. Zum einen könnte die in ländlichen Bereichen unzulängliche Schulbildung dafür ursächlich sein. Ein Großteil der ruralen Bevölkerung kann es sich finanziell nicht leisten die Kinder in weiterführende Schulen zu schicken, da sich diese Schulen meistens auf den größeren Inseln befinden, und ein Umzug der Kinder finanziell nicht möglich ist. Aus diesem Grund kann der Großteil der ländlichen Bevölkerung nur die Schule auf der eigenen Insel besuchen, die ein gymnasiales Level meistens nicht übersteigt; danach müssen sie einer Beschäftigung nachgehen. Daher ist die Qualität der Schulbildung und generellen Bildung auf kleinen Inseln im Vergleich zu größeren, urban geprägten Inseln unzureichend. Darüber hinaus sind viele Kinder gezwungen, bereits in jungen Jahren zu arbeiten, was ihre Konzentration auf die schulische Ausbildung erheblich einschränkt.

Zum anderen kann der Mangel an medizinischem Allgemeinwissen dadurch bedingt sein, dass die medizinischen Ratschläge oder das von Laien erhaltene Wissen zwar viele nützliche Kenntnisse über Phytomedizin (engl. Bezeichnung *herbal medicine*) beinhaltet, jedoch auch viel medizinisches Halbwissen, was ein Risiko darstellen kann. Als Sekundärquellen fungieren in diesem Kontext generell Personen, denen Vertrauen entgegengebracht wird, wie z.B. Familienmitglieder und Personen mit höherem gesellschaftlichem Status. Wie bereits im Kapitel 6.3 *Ressourcenknappheit und Improvisation* beschrieben, wurde mir in vielen Interviews von illegalem Verkauf von Medikamenten in Sari-Sari Stores berichtet. Interviewpartner*innen schilderten, dass gerade Personen, die medizinischem Halbwissen folgen, Medikamente in Sari-Sari-Stores kaufen und sie häufig falsch einnehmen. Als Beispiel wurde das Aufbrechen von Antibiotika-Kapseln oder das Zerstampfen von Antibiotika-Tabletten und das anschließende Auftragen des Pulvers auf offene, langsam oder scheinbar nicht heilende Wunden beschrieben. Vor allem Apotheker*innen klagen sehr über den unsachgemäßen Gebrauch von Antibiotika, da dies viele Komplikationen verursacht und die betroffenen Personen oft ins Krankenhaus müssen. Apotheker*innen berichten jedoch auch, dass sich manche Patient*innen, die die Antibiotika nicht gemäß den Vorgaben angewendet

haben, dennoch wundern, wieso ihre Einnahmemethode nicht die gewünschte Wirkung zeigt. Die Patient*innen geben den Medikamenten und dem medizinischen Personal die Schuld und verlieren somit mehr und mehr das Vertrauen in die medizinischen Gesundheitsanbieter*innen. Die inadäquate Anwendung medizinischer Mittel stellt einen weiteren Grund dar, wieso manche Personen kein Vertrauen in Ärzt*innen und Apotheker*innen haben.

Ein anderes Beispiel – mit ähnlichen Auswirkungen, wenn auch mit weniger schwerwiegende Folgen – ist die weitverbreitete Vorstellung, Nahrungsergänzungsmittel seien Medikamente. In Radio- oder Fernsehwerbespots werden unzählige Nahrungsergänzungsmittel für Diabetes beworben: zwar mit dem Hinweis „no therapeutic claim“, jedoch mit dem Versprechen der Heilung oder Symptomlinderung. In der Hoffnung auf Heilung kaufen viele Kund*innen speziell diese Nahrungsergänzungsmittel in Apotheken. Eine Apothekerin berichtet von ihren jahrelangen Beobachtungen dieses Phänomens. Sie könne es sich nicht erklären, wieso die Kund*innen so viel Hoffnung in die Nahrungsergänzungsmittel setzen, da diese teurer sind als Medikamente (Metformin in Apotheken oder kostenfreie Versorgung durch RHU) und sogar auf der Verpackung der Haftungshinweis „no therapeutic claim“ vermerkt ist. Sie sieht die fehlende medizinische Bildung als Grund für diesen Irrglauben. Ein weiteres Motiv könnte sein, dass diese Personen keine Medikamente einnehmen wollen und sich mit Nahrungsergänzungsmittel wohler fühlen, während sie gleichzeitig die gesellschaftliche Erwartung erfüllen, etwas für ihre Gesundheit zu tun.

7.5 Gewohnheiten

In manchen Interviews wurde deutlich, dass sich Patient*innen nicht immer an die Behandlungsvorgaben und Ratschläge der jeweiligen MHOs halten. Während der Gespräche wurde dieses Thema nie direkt aufgegriffen. Oft kam das Thema nur zur Sprache, wenn wir über die Herausforderungen und Hürden bei der Umstellung der Lebensgewohnheiten im Zusammenhang mit einer Diabetes-Diagnose sprachen. Patient*innen berichteten zu Beginn unseres Gesprächs, dass sie die empfohlenen Änderungen umgesetzt hätten. Erst als ich von meinen eigenen Erfahrungen mit

Diabetes erzählte und davon spreche, wie schwierig und mühsam es sein kann, sich konsequent an alle Vorgaben zu halten, stimmten sie mir erleichtert zu. Viele vergewisserten sich nochmals, dass ich diese Informationen nicht an ihre behandelnde Ärzt*in weitergeben würde, bevor sie offen davon berichteten, dass sie zwar versucht hatten, ihre Gewohnheiten zu ändern, jedoch schnell wieder in alte Muster zurückfielen. Dazu gehörte, dass sie ihre gewohnten Ernährungsweisen beibehielten, die empfohlenen Bewegungsroutinen nicht umsetzten oder ihre Medikamente unregelmäßig einnahmen. Manche brachen die Therapie sogar vollständig ab.

Ein möglicher Grund dafür liegt im kulturellen und sozialen Stellenwert alltäglicher Ernährungspraktiken und Gewohnheiten. Viele Patient*innen erklärten, dass Süßwaren, Softdrinks und die auf den Philippinen übliche, oft kohlenhydrat- und fettreiche Ernährung, und vor allem Essen in familiärer Gesellschaft, ein fester Bestandteil ihrer Identität und ihres sozialen Lebens sind. Der Verzicht darauf käme für sie einem zumindest partiellen Ausschluss vom gesellschaftlichen Leben gleich und würde mit dem Gefühl der Exklusion einhergehen. Diese sozialen Faktoren, kombiniert mit unzureichender Gesundheitsbildung und einem fehlenden Körperbewusstsein, könnten dazu führen, dass Menschen trotz Diagnose und ärztlicher Empfehlungen in alte Gewohnheiten zurückfallen.

Zusätzlich berichteten einige Patient*innen von ihrer Angst speziell vor den ärztlichen Behandler*innen. Sie fürchteten, ruppig oder empathielos behandelt zu werden oder durch Drohungen über die schweren Folgen unbehandelten Diabetes unter Druck gesetzt zu werden. Gleichzeitig fürchteten sich manche vor der Diagnose selbst, da Diabetes in der allgemeinen Bevölkerung häufig mit einem sicheren Todesurteil assoziiert wird. In Medien, familiären Gesprächen oder Erzählungen aus der Nachbarschaft ist es geläufig zu hören, dass jemand „an Diabetes gestorben ist“, was das Gefühl der Hoffnungslosigkeit weiter verstärken könnte.

7.6 Gesellschaftliche Erwartungen

Ein weiterer einflussreicher Faktor stellt der gesellschaftliche Druck von außen dar. Etliche Gesprächs- und Interviewabschnitte drehten sich um den stark spürbaren sozialen Druck mit der Forderung, sich gut um die eigene körperliche Gesundheit zu kümmern. Insbesondere geht es darum zu funktionieren, um so lange und so gut wie möglich für seine Mitmenschen und Familienangehörigen, speziell für Kinder und Eltern, da sein zu können – auch um sie im Falle der Notwendigkeit pflegen zu können. Die Menschen verspüren eine intensive soziale Verpflichtung gegenüber ihrer Familie. Das zeigt sich in vielen Situationen: Als Beispiel lässt sich anführen, dass im Rahmen des sozial geforderten, starken Familienzusammenhalts von Kindern, sowohl im Kindes- als auch Erwachsenenalters, implizit verlangt wird, sich den Meinungen der hierarchisch übergeordneten Erwachsenen anzupassen und auf ihre Eltern zu "hören".

Ergänzend spielt die weit verbreitete *bahala na*-Einstellung eine Rolle. Während der Interviews wurde mir mehrmals von schwierigen Themen erzählt, und diese dann eine *bahala na*-Haltung gerechtfertigt.

I've recognized that some topics are not really much talked about...

Yeah, because our grandparents really wanted us to be strong, to do all things, to accept all things, to understand everything. But we're just human... For us Filipinos, we have this 'Bahala Na' attitude. (...) The 'never mind' attitude. Or whenever we have problems, 'never mind it will just solve in itself', never mind this, never mind that. We have that never mind everywhere. That's why it's so hard, because people really tend to put everything aside first, before facing the real problem. Because here we really tend to work, we are programmed to work every day, programmed to do this, or programmed to do that, and when problems came, we tend to 'bahala na, never mind', maybe later we discuss, and that's why it's so hard. (Christine, 2024a)

Bahala na meint als kulturelles Prinzip, die eigenen Sorgen und Probleme nicht allzu ernst zu nehmen, und stattdessen fest darauf zu vertrauen, dass die Sorgen von allein, ohne persönliches Zutun, wieder verschwinden werden. Für manche Alltagssituationen scheint diese Haltung passend zu sein. In anderen Situationen, speziell bei existentiellen Sorgen oder psychischer und körperlicher Gesundheit, kann diese Haltung, verstärkt durch den dahinterstehenden Druck der Gesellschaft, verheerende Auswirkungen haben. Das Team der RHU Poro hat im Bereich der psychischen Gesundheit in Zusammenhang mit dieser weit verbreiteten Einstellung einen Anstieg an Suiziden unter Jugendlichen festgestellt. Die psychische Gesundheit der Jugendlichen wurde von den Eltern nicht ernst genommen, berichtet MedTech Christine. Auf ihre Sorgen wurde mit *bahala na* reagiert und sie wurden angehalten „stark zu sein“ und ihre Gedanken nicht ernst zu nehmen. Viele hatten das Gefühl, dass ihre Probleme nicht wahrgenommen wurden. Das RHU-Team deutet die *bahala na*-Haltung als einen von sicherlich etlichen Faktoren, wieso es vermehrt zu Suiziden kam.

7.7 Ernährung und *Sedentary Lifestyle*

Die Entstehung von Diabetes ist eng mit sozialen und wirtschaftlichen Faktoren verknüpft, wodurch eine vollständige Vermeidung für viele Menschen nicht umsetzbar ist. Armut und begrenzter Zugang zu gesunden Lebensmitteln spielen dabei eine zentrale Rolle. In städtischen Gebieten dominiert Convenience Food, wie „street vendors“ mit fahrbaren Grillern auf Marktplätzen und Märkten und in Städten existieren viele Fast-Food-Ketten. Für einen großen Teil der Bevölkerung sind dies willkommene Angebote, da ihnen aufgrund ihrer langen Arbeitszeiten zu wenig Zeit bleibt, um frische Mahlzeiten zuzubereiten. Zudem hat industriell verarbeitetes Essen einen sozialen Wert, da es mit Modernität und westlichem Lebensstil assoziiert wird, während traditionelle Gerichte oft als weniger prestigeträchtig gelten. Ein weiterer Faktor ist die kulturelle Vorliebe für Zucker. Süßes hat in der philippinischen Gesellschaft einen hohen Stellenwert und wird von vielen als essenzieller Bestandteil der Ernährung betrachtet. Gleichzeitig verändert sich die Arbeitswelt: Körperlich fordernde Tätigkeiten werden zunehmend durch Berufe, die im Sitzen ausgeführt werden (engl. *sedentary lifestyle*), ersetzt. Zudem hat motorisierte Mobilität eine soziale Bedeutung. Der Besitz eines Motorrads gilt als Symbol

für Wohlstand, während das Zu-Fuß-Gehen mit Armut assoziiert wird. Daher legen viele Menschen selbst kürzeste Strecken mit dem Motorrad zurück.

In einem Interview schildert MedTech Christine sehr eindrücklich, wie selbst alltägliche Handlungen wie Spaziergehen – in ihrem Falle, um ihren Kreislauf etwas anzuregen und ihre Ausdauer zu verbessern – durch gesellschaftliche Erwartungen und Zuschreibungen beeinflusst werden. Ihr Bericht verdeutlicht, wie stark der Besitz eines Motorrads auf den Camotes-Inseln mit Status und Wohlstand verknüpft ist:

Christine: (...) people here tend to discriminate people who are walking. (...) Before, I really wanted to walk outdoors. Actually now, I walk at the back of the RHU. Just back and forth. Just to get 7,000 or 10,000 steps. Because if I really just sit-down whole day, I'll just get around 3,000 4,000 steps a day. It's super sedentary. Before, my father used to fetch me here, because our house is so far. When my father was not punctual, arrived here around 5, I tend to walk.

Ich: Up the hill?

Christine: Yeah! Yeah! Because I feel heavy in the body when I don't walk. (...) But the moment that I stopped was because they (the passerby's) were seeing me wearing uniform and then they expected me 'oh you should have a car, you should have a motorcycle because you are a nurse or a MedTech'. It's kind of discrimination for me. That's why I stopped. I stopped walking! (...) I was so embarrassed. I really thought that it's fine. It's proactive. It's something that you should follow, because walking is really good for your health. But the people see it on the other way around. That's why it's so hard... Before I decided to walk, I really told myself: Just don't make it a big deal like that. It's so hard when a lot of people are saying that.

Ich: Are there are a lot of people stopping and asking?

Christine: Yes, lots, and usually they say something like: 'It's not good for you to go on. It's not normal for people to walk nowadays'. (Christine, 2024a)

Das Beispiel verdeutlicht, wie tief individuelle Handlungen in soziale Deutungsmuster eingebettet sind. Ein einfacher Spaziergang nach der Arbeit, aus gesundheitlichen Gründen völlig sinnvoll, gerät unter den Druck öffentlicher Erwartungen. Damit wird sichtbar, dass Mobilität – oder der Besitz eines Motorrads – weniger eine persönliche Entscheidung ist, sondern vielmehr als Symbol gesellschaftlicher Anerkennung und ökonomischer Leistungsfähigkeit verstanden wird. Selbst gesundheitsfördernde Routinen können so unterbrochen werden, wenn sie nicht in das Bild von Wohlstand und sozialem Status passen.

8 Empirie IV Unsicherheiten als Verbindendes Element

In den vorangegangenen Kapiteln wurden drei Perspektiven auf die Diabetesversorgung sichtbar – die staatliche, die patientliche sowie die durch medizinische Professionist*innen vermittelnde. Was sie trotz ihrer Unterschiede vereint, ist die Erfahrung und Bewältigung von Unsicherheiten, welche ich im Folgenden als zentrales Bindeglied in den Blick nehme.

In den vorhergegangenen drei empirischen Kapiteln stelle ich die staatliche Perspektive auf Diabetesversorgung mit ihren Zielsetzungen, Ansprüchen, Strukturen und Grenzen der alltäglichen Lebensrealität von Menschen, die mit einer potenziellen Diabetesdiagnose leben, kontrastiv gegenüber. Aus meinen Forschungsergebnissen lässt sich eine deutliche Diskrepanz ablesen: Während der Staat über Programme oder durch engagierte Akteur*innen wie Doc Levi und das Team der RHU Poro bemüht ist, medizinische wie soziale Klarheit zu schaffen – insbesondere durch frühzeitige Diagnosen und standardisierte Behandlungswege – stoßen diese Ansprüche auf alltägliche strukturelle Barrieren, die nur selten bis gar nicht überwindbar sind. Es ist genau diese Stelle, an der es für die Menschen "eng wird" und wo das System lückenhaft ist.

In diesem Kapitel werden die zentralen Aspekte des Bereichs zusammengefasst, in dem diese Diskrepanzen besonders greifbar werden: dem Umgang mit medizinischer Unsicherheit. Ich argumentiere, dass viele Menschen – sowohl Patient*innen als auch Mitarbeitende des Gesundheitsbereichs – gelernt haben, mit Unsicherheiten nicht nur zu leben, sondern sie auch produktiv in ihren Alltag zu integrieren. Dabei spannt sich ein Spektrum auf, entlang dessen sich unterschiedliche Haltungen zur Unsicherheit beobachten lassen. Auf der einen Seite stehen Menschen, die aufgrund struktureller Hindernisse keine andere Wahl haben, als in der Ungewissheit zu verbleiben – und gezwungenermaßen gelernt haben, damit umzugehen. Auf der anderen Seite finden sich Personen, die Unsicherheit aktiv aufrechterhalten, um sich strategisch vor finanzieller, emotionaler oder sozialer Überforderung zu schützen.

Die staatliche Perspektive, in meiner Forschung verkörpert durch Doc Levi und das Team der RHU Poro, versucht dieser Ungewissheit entschieden entgegenzutreten. Die Vorstellung ist klar biomedizinisch-westlich geprägt: Nur wer diagnostiziert ist, kann auch behandelt werden. Der Zugang zur Diagnose scheint aus dieser Perspektive einfach, denn ein Blutzuckertest genügt. Doch meine Feldforschung hat gezeigt, dass dieser Zugang durch zahlreiche strukturelle Hindernisse blockiert wird: fehlende Ressourcen, unregelmäßige Lieferungen, politische Umstellungen, Korruption auf verschiedenen Ebenen und eine mangelnde Nachvollziehbarkeit der Verteilungslogik medizinischer Güter. Zwar war es mir im Rahmen dieser Arbeit nicht möglich, die Mechanismen etwaiger klientelistischer Strukturen oder Korruption detailliert zu erfassen, denn in Gesprächen blieb sie meist nur angedeutet und unspezifisch, doch ihre Allgegenwart wurde von vielen Gesprächspartner*innen als teilweise Erklärung für das Versagen des Systems benannt. Die Anforderungen, die von staatlicher Seite an Patient*innen gestellt werden, sich regelmäßig untersuchen zu lassen, Medikamente einzunehmen, Lebensgewohnheiten umzustellen, werden unabhängig davon formuliert, ob diese für die Betroffenen realistisch umsetzbar sind. Annemarie Mol (2008) weist in ihrem Werk *The Logic of Care* darauf hin, dass chronisch Erkrankte wie Menschen mit Diabetes häufig nicht als Patient*innen, sondern als Konsument*innen adressiert werden, die „gute Entscheidungen“ treffen sollen. Gelingt dies nicht, wird ihnen die Verantwortung für „falsche Entscheidungen“ zugeschrieben. Damit lastet ein erheblicher Druck auf den Betroffenen, die „richtigen“ Entscheidungen zu treffen. Daraus entsteht eine spürbare Erwartung, die der Komplexität und Fluidität gesundheitlicher Versorgung sowie den vielschichtigen Abhängigkeiten im Alltag kaum gerecht werden kann (vgl. Mol, 2008; Bowlby, 2010).

Auf Seiten der Patient*innen zeigt sich im Umgang mit der Unsicherheit ein breites Repertoire an Strategien. Für manche ist die Ungewissheit ein erzwungener Zustand. Sie würden gerne wissen, ob sie krank sind, haben aber weder Zugang zu Diagnosen noch die finanziellen oder zeitlichen Mittel im Fall einer Diagnose entsprechend zu handeln. Sie akzeptieren diesen Zustand als gegeben, leben also damit – manchmal widerwillig, manchmal pragmatisch. Andere wiederum entscheiden sich aktiv dafür, im „Nicht-Wissen“ zu bleiben. Für sie bedeutet Unwissenheit nicht nur ein temporärer Aufschub,

sondern auch Schutz: Schutz vor emotionaler Überforderung, vor sozialem Stigma, vor finanzieller Belastung, vor der Herausforderung, das eigene Leben radikal umstellen zu müssen. In einem sozialen Umfeld, in dem gemeinsames Essen eine zentrale soziale Rolle spielt, kann allein die Vorstellung einer krankheitsbedingt notwendigen Diätumstellung bereits zum Gefühl sozialer Isolation führen. Die daraus resultierende Haltung gegenüber Unsicherheiten ist nicht als Verweigerung im klassischen Sinne zu verstehen. Vielmehr reflektiert sie eine pragmatische Entscheidung innerhalb eines komplexen Geflechts aus wirtschaftlichen Zwängen, sozialen Erwartungen und gesundheitspolitischen Realitäten. Für viele ist das bewusste Verbleiben in der Unsicherheit das kleinere Übel – eine Form der Selbstermächtigung innerhalb eines Systems, das ihnen kaum Alternativen lässt.

Im Folgenden möchte ich dieses Spektrum des Umgangs mit Unsicherheiten detaillierter beleuchten. Dabei werde ich zeigen, wie Menschen ihre Handlungsspielräume ausloten, kreative Wege im Umgang mit Unsicherheiten finden – und wie diese Wege sowohl Ausdruck von Resilienz als auch von systemischer Überforderung sind.

8.1 Spektrum Unsicherheit: Von strukturell beschränkten Handlungsmöglichkeiten...

Viele Menschen auf den Philippinen leben in einem Zustand der Ungewissheit, weil es ihnen faktisch nicht möglich ist, eine Diagnose zu erhalten. Die Gründe dafür sind vielfältig: keine verfügbaren Testmaterialien, unzulängliche Infrastruktur, fehlende finanzielle Mittel, keine Transportmöglichkeiten oder schlichtweg Zeitmangel.

Beispielhaft dafür steht die Lehrerin Evelyn aus Cagcagan, die nur aufgrund ihrer Anstellung an der Elementary School an einer Untersuchung teilnehmen konnte, bei der ihre Diabeteserkrankung festgestellt wurde. Für die gesamte Lehrbelegschaft ist es verpflichtend, nach Cebu City zu fahren, um sich einer Gesundheitsuntersuchung zu unterziehen, die Voraussetzung für die Erteilung der Lehrbefugnis ist. Ohne diese Untersuchung dürfte sie nicht weiter lehren. Andere Menschen außerhalb solcher institutionalen Kontexte haben diese Möglichkeit nicht. Die Lehrerin berichtete zudem,

dass sie fortan ihre Blutzuckerwerte kontrollieren lassen müsste, dies jedoch aufgrund von fehlenden Testmaterialien in der RHU Poro nicht möglich sei, und sie daher für die Untersuchung wieder nach Cebu City reisen müsste. Jedoch ist sie zeitlich an die Schulzeiten gebunden und hat dementsprechend nur während der Sommerferien im April und Mai die zeitlichen Ressourcen, um die Untersuchung durchführen zu lassen. Die strukturelle Abhängigkeit von externen Gelegenheitsfenstern – im Fall der Lehrerin Evelyn etwa die Schulferien, bei anderen Betroffenen u.a. das Wohlwollen der Arbeitgeber*innen oder stattfindende Gesundheitsmissionen – eröffnet lediglich eine zeitlich begrenzte und fragile Möglichkeit zur Diagnostik, die zudem jederzeit durch weitere Hürden zunichtegemacht werden kann.

In den meisten Barangays – so auch im Barangay San Jose – sind keine Blutzuckerteststreifen vorhanden. Alle Befragten gaben an, entweder keine Lieferungen erhalten zu haben oder die vorhandenen Teststreifen entsorgen zu müssen, da diese das Haltbarkeitsdatum überschritten hatten und sie nicht mehr verwendet werden dürfen. Auch wenn sie trotz abgelaufenen Haltbarkeitsdatums (aus eigener Erfahrung) noch nutzbar gewesen wären, wurden sie entsorgt. Eine Handlung, die sinnbildlich für die verlorenen Chancen auf medizinisches Wissen steht und auch Fragen bezüglich korrupten Verhaltens aufbringt. Selbst Menschen, die bereit wären, eine Diagnose zu erhalten, scheitern hier an äußeren, nicht beeinflussbaren Umständen.

Diese Form der Ungewissheit ist keine bewusste Entscheidung. Sie ist eine erzwungene Unwissenheit durch zeitliche, materielle und finanzielle Engpässe, die eine Art von struktureller Gewalt ergeben, die Menschen in Unsicherheit hält und damit auch ihre Handlungsmöglichkeiten blockiert.

8.2 ...über die Vermeidung von Diagnosen...

Ein zweiter, subtiler Zustand der Ungewissheit ist die aktive Vermeidung von Wissen – häufig motiviert durch Angst, Armut, dem Gefühl der Überforderung oder fehlende Handlungsoptionen im Falle einer Diagnose.

Die Gründe, warum Menschen sich bewusst dafür entscheiden, „es lieber nicht wissen zu wollen“, sind vielfältig: Viele Gesprächspartner*innen schildern große Angst vor der Krankheit, dem Sterben oder den damit verbundenen Einschränkungen im Alltag. Andere schildern Angst vor finanziellen Belastungen durch den Kauf von Medikamenten in Apotheken und die Transportkosten in größere Städte, um kostspielige Untersuchungen oder Laboruntersuchungen vornehmen zu lassen. Manche beschreiben auch Ängste vor dem Gefühl der sozialen Exklusion, wenn sie ihre Ernährung umstellen müssen und bei sozialen Familienessen nicht mehr alles wie gewohnt alles verzehren dürfen. Zudem äußern sie die Sorge von ihrem sozialen Umfeld verurteilt zu werden, wenn sie sich aus finanziellen oder anderen Gründen nicht in der gesellschaftlich erwarteten Weise um ihre Krankheit kümmern können. Dieser große emotionale Druck lastet auf vielen Menschen, mit denen ich während meines Feldaufenthaltes sprechen konnte. All diese Ängste sind nicht irrational, sondern eng an die Realität der Betroffenen gebunden. Denn was bringt Wissen, wenn es keine Handlungsoptionen gibt? Viele Befragte scheinen zu wissen: Eine Diagnose bedeutet nicht automatisch Heilung, sondern bringt häufig neue Sorgen.

Der in der Anfangsszene porträtierte Councilor verzichtet bewusst auf eine Diagnose und setzt stattdessen auf pflanzliche Medizin. Er lebt mit der Ungewissheit, integriert sie in seinen Alltag und arrangiert sich mit ihr. Auch dies ist eine Form der Resilienz: Ungewissheit wird nicht nur ertragen, sondern auch gestaltet, einbezogen, kontrolliert – zumindest insoweit das möglich ist.

8.3 ...bis hin zu Machtlosigkeit trotz Diagnose

Am dramatischsten wird Ungewissheit jedoch dort, wo sie mit Wissen kollidiert, ohne dass dieses Wissen in wirksames Handeln münden kann. Menschen haben eine Diagnose und kennen ihren Zustand – doch es fehlt ihnen an Mitteln, Unterstützung, Zugang oder Vertrauen, um adäquat handeln zu können.

Der Farmer Reynante aus Barangay Paz, den ich während der Impftour der RHU Poro zu seinem Gesundheitsstatus befragen durfte, berichtete von seiner Diabetesdiagnose. Er

erzählt anschaulich, er wusste, dass „etwas nicht stimmt“. Er fühlte sich über längere Zeit hinweg schwach und erschöpft. Er war verunsichert, als er es körperlich nicht mehr schaffte am Feld zu arbeiten oder seinem Alltag nachzugehen. Aus Angst und Verzweiflung suchte er schließlich Hilfe im Krankenhaus von San Francisco. Es wurde Diabetes mit einem Blutzuckerspiegel von 500 mg/dl diagnostiziert; ein Wert, der für unentdecktes Diabetes Typ II äußerst hoch ist, weswegen anzunehmen ist, dass er schon jahrelang darunter gelitten hat. Es wurde das Medikament Sitagliptin verschrieben, doch da es nicht in der RHU verfügbar ist, muss er diese selbst in der Apotheke kaufen, zum Preis von 32 PHP pro Tablette bei einer Dosierung von 60 Tabletten pro Monat. Das stellt für den Farmer aufgrund seiner geringen Einkünfte eine finanziell enorm große Belastung dar. Seine zögernde Antwort auf meine Frage, was er tue, wenn es sich die Medikamente in einem Monat nicht leisten könne – „dann kann ich sie in dem Monat einfach nicht kaufen“ – verdeutlicht sein Dilemma: Wissen verpflichtet zum Handeln, doch Armut sowie die Abhängigkeiten von einem lückenhaften und nicht funktionierenden System machen dieses Handeln häufig unmöglich.

Ein vergleichbares Bild zeigt sich bei Mam Grace, der BHW des Health Centers in Barangay Rizal, mit der ich während der Impftour der RHU Poro über ihre Diabetesdiagnose sprechen konnte. Sie verfügt über ein präzises Wissen bezüglich ihrer eingenommenen Medikation hat bei unserem Gespräch akribische darauf geachtet, dass ich die Namen der vielen Medikamente korrekt notiere. Doch auch sie muss einen Teil ihrer Medikamente selbst kaufen, obwohl sie als Barangay Health Worker Teil des Gesundheitssystems ist und guten Zugang zum lokalen Health Center und den Kontakten der Nurses, Midwives und von Doc Levi hat. Das staatliche Versorgungssystem bietet nur Metformin, nicht jedoch das ihr verschriebene Destogliptin. Die Kosten dafür muss sie selbst tragen: 24,50 PHP pro Tablette, zweimal täglich. Auch sie lebt mit einer ständigen Unsicherheit über Verfügbarkeit und Finanzierbarkeit der notwendigen Medikamente. Im Unterschied zum Farmer aus Barangay Paz erhält sie regelmäßig finanzielle Unterstützung von zwei ihrer fünf Töchter, die in Australien leben und ihr Geld senden. So kann sie ihre Medikamente beinahe jeden Monat kaufen.

8.4 Fehlendes Vertrauen als zusätzliche Schwierigkeit

Zentral in meiner Beobachtung ist auch das fehlende Vertrauen in das medizinische System. Folgende Aussage der Pharmazeutin Patty verdeutlicht dies eindrucksvoll:

When they seek professional help, like if they go to the doctors, they think that ‘Oh, money again! They would just ask money from us and we won't get well! (...) They are just taking advantage of us!’ (Patty, 2024)

Die Passage verdeutlicht, dass Patient*innen ärztliche Diagnosen, Verschreibungen und das vermittelte medizinische Wissen teilweise nicht als verlässliche Wahrheit, sondern als ökonomisch motiviertes Handeln interpretieren. Betroffene berichten, sie fühlen sich, als würden die Ärzt*innen ihre finanzielle Situation nicht wahrnehmen und sie mit der Verschreibung der Medikamente finanziell überfordern. Manche Patient*innen berichten, dass Ärzt*innen ihnen eine breite Palette an Medikamenten verschreiben. In der Apotheke erfahren sie jedoch, dass dies auf die fehlenden Diagnosemöglichkeiten zurückzuführen sei: Um „auf Nummer sicher zu gehen“, würden Ärzt*innen mehrere Präparate verschreiben, in der Hoffnung, dass zumindest eines davon wirke. Die Patient*innen bekommen daraufhin die Anweisung, zunächst mit einem Medikament zu beginnen und abzuwarten, ob es wirkt; nur im Falle des Ausbleibens einer Wirkung sollen die weiteren Präparate eingenommen werden.

Diese Vorgehensweise lässt betroffene Patient*innen in dem Glauben, vom der*dem behandelnden Ärzt*in, die*der eigentlich nur sichergehen wollte, finanziell ausgebeutet und schlecht behandelt zu werden. Die Kombination aus fehlender Transparenz, strukturell bedingter Armut und schlechter Gesundheitsaufklärung führt dazu, dass medizinische Ratschläge oft ignoriert, Medikamente nicht eingenommen, Medikamenteneinnahmen verfrüht abgebrochen und Kontrolluntersuchungen verweigert werden. Das System untergräbt sich selbst: Diagnosen, Medikamentenverschreibungen und Wissen erzeugen nicht automatisch Vertrauen, wenn, sie nicht von Fürsorge, Nachvollziehbarkeit und finanzierbarer Umsetzung begleitet werden, – stattdessen entstehen Misstrauen und Distanz.

Auch die folgende Aussage der Pharmazeutin Patty zu Medikamentenverschreibung durch Ärzt*innen verweist auf die Lücken zwischen ärztlichem Anspruch und realem Alltag aus sicher von Patient*innen:

They can prescribe you with any kind of medicines... but if you won't help yourself, those medicines are useless! No, your medicines for diabetes, it would be useless if you keep on eating high sugar content food. So, it's still up to you, I would say then to them. And there are like, 'No, I'm afraid already'. This is the time their realization sinks in. They're scared already! (Patty, 2024)

Ärzt*innen fordern Verhaltensänderungen, gesunde Ernährung, Bewegung, doch viele Menschen können sich weder gesunde Lebensmittel leisten, noch wissen sie genug, um eigenverantwortlich gute Entscheidungen zu treffen. Das System ist für beide Seiten unzureichend.

8.5 Resilienz aus Mangel an Alternativen

Ungewissheit ist ein ständiger Begleiter im Leben vieler Menschen mit Diabetes – sei es durch strukturelle Zwänge, durch bewusste Entscheidungen oder schlicht durch das Fehlen realer Handlungsoptionen. Doch inmitten dieser Unsicherheit zeigt sich etwas anderes, ebenso Eindrückliches wie Bewundernswertes: eine bemerkenswerte Resilienz von beteiligten Akteur*innen. Meine Beobachtungen haben deutlich gemacht, dass die Menschen nicht nur lernen, mit Ungewissheit zu leben, sondern sie aktiv tragen, formen, damit umgehen und diese im Alltag immer wieder neu aushandeln.

Diese Resilienz ist nicht auf einzelne Patient*innen beschränkt, sondern durchzieht das gesamte Forschungsfeld. Sowohl Mitarbeiter*innen im Gesundheitswesen als auch Betroffene selbst zeigen eine bemerkenswerte Fähigkeit, mit den vorhandenen Mitteln das Bestmögliche zu erreichen. Sie passen ihre Handlungen flexibel an, schöpfen die gegebenen Möglichkeiten konsequent aus und finden auf kreative Weise Lösungen, obwohl die Strukturen eigentlich kaum Spielraum lassen. Besonders eindrücklich ist für mich, dass diese Haltung nicht mit offener Kritik am System einhergeht. Statt die Defizite

der staatlichen Gesundheitsversorgung anzuklagen, begegnen ihr viele Menschen mit einer erstaunlichen Gelassenheit; manchmal vielleicht aus Dankbarkeit dafür, dass überhaupt kostenfreie Untersuchungen und Medikamente zur Verfügung stehen; manchmal wohl auch, weil es gesellschaftlich nicht üblich ist, sich laut über strukturelle Mängel zu beklagen. Ob Dankbarkeit, gesellschaftliches Tabu oder kulturelle Zurückhaltung: Menschen sehen und akzeptieren die Grenzen des Systems und finden dennoch Wege, um ihre Zuversicht und Hoffnung aufrechtzuerhalten.

Diese Kombination aus Resilienz, Pragmatismus und stillem Optimismus empfinde ich persönlich als tief beeindruckend. Gerade angesichts der widrigen Lebensumstände, unter denen die Betroffenen leben, verdient diese Haltung nicht nur Anerkennung, sondern auch Respekt. Sie zeigt, dass Resilienz nicht bloß ein theoretisches Konzept ist, sondern eine gelebte Praxis, die den Alltag prägt und die Menschen trotz Unsicherheit handlungsfähig bleiben lässt.

9 Conclusio

Die vorliegende Arbeit widmete sich dem sozialen Phänomen unvermeidbarer Unsicherheiten im Kontext der öffentlichen Gesundheitsversorgung auf den Philippinen. Dieses wurde am Beispiel von Diabetes Typ II in ländlichen, teilweise isolierten Inselregionen mit geringer wirtschaftlicher Stabilität und damit eingeschränkter staatlicher Unterstützung untersucht. Ausgangspunkt war die Beobachtung, dass Unsicherheit – in Bezug auf Diagnosen, Behandlungsmöglichkeiten oder Zukunftsaussichten – ein wiederkehrendes Thema für alle Beteiligten darstellt: für Patient*innen, ihre Angehörige, das lokale Gesundheitspersonal und die staatlichen Institutionen.

Die Grundlage der Analyse bildeten zwei ethnographische Feldaufenthalte auf den Philippinen: Ein vorbereitendes zweimonatiges Praktikum im Jahr 2020, das mir grundlegende Einblicke in Strukturen und Routinen des philippinischen Gesundheitssystems ermöglichte, sowie ein weiterer zweimonatiger Forschungsaufenthalt Anfang 2024, in dem ich gezielt zu Diabetes und seinen sozialen, ökonomischen und politischen Dimensionen forschte. Das Feld umfasste drei Inseln – Camotes, Bantayan und Malapascua – die alle durch eine gewisse geographische Abgeschlossenheit, prekäre infrastrukturelle Anbindung und stark eingeschränkte medizinische Ressourcen gekennzeichnet sind.

Mittels ethnographischer Methoden – teilnehmender Beobachtung, informeller Gespräche und Interviews – erhob ich Daten, die nach Grundsätzen der *Grounded Theory* mit medizinanthropologischen Konzepten organisiert und analysiert wurden. Die leitende Forschungsfrage lautete: Wie erleben und interpretieren Menschen medizinische Unsicherheit in einem von strukturellen Barrieren geprägten Kontext? Welche Strategien entwickeln sie, um mit dieser Unsicherheit im Alltag umzugehen – und warum entscheiden sich manche dafür, im Nicht-Wissen zu verbleiben?

Im empirischen Teil suche ich zu zeigen, dass sich der Umgang mit Diabetes und den damit verbundenen Unsicherheiten auf drei Ebenen unterschiedlich gestaltet. Erstens zeigt sich auf staatlicher Ebene der Versuch, mit limitierten Mitteln eine

Grundversorgung bereitzustellen, der jedoch von Ressourcenknappheit, klientelistischen Abhängigkeiten und administrativen Barrieren begleitet wird. Zweitens beleuchtete ich die Perspektive des Gesundheitspersonals, das in seiner Vermittlerrolle zwischen staatlichen Vorgaben und den Lebensrealitäten der Patient*innen steht und tagtäglich kreative Wege finden muss, um mit Lücken und Widersprüchen umzugehen. Drittens untersuchte ich die Perspektive von Patient*innen, die eine Vielzahl an Umgangsformen mit Unsicherheit sichtbar machte. Hier traten drei zentrale Muster hervor, die ich in Form eines Spektrums beschrieben habe. An einem Ende des Spektrums steht das erzwungenes Nicht-Wissen: Menschen suchen aktiv nach Sicherheit und Diagnosen, finden jedoch aufgrund fehlender Infrastruktur oder unerschwinglicher Kosten keine Möglichkeit dazu. In der Mitte des Spektrums liegt das bewusste Abwenden von Sicherheiten. Hier ziehen es Betroffene vor, nicht zu wissen, ob sie krank sind, sei es aus Angst, aus Überforderung oder weil eine Diagnose etliche soziale und finanzielle Verpflichtungen nach sich ziehen würde, die sie nicht erfüllen können. Am anderen Ende des Spektrums schließlich steht das Leben mit einer Diagnose, jedoch ohne Handlungsspielraum. Hier wissen Menschen um ihre Krankheit, können sich jedoch aus ökonomischen oder politischen Gründen keine angemessene Behandlung leisten. Das erzeugt ein ständiges Spannungsfeld zwischen Wissen und Handlungsunfähigkeit. Diese Ergebnisse machen deutlich, dass Unsicherheit im medizinischen Alltag nicht nur ein Mangel ist, der überwunden werden muss, sondern ein allgegenwärtiges Erfahrungsfeld, das unterschiedlich gedeutet und bearbeitet wird.

Zur Analyse griff ich auf die argumentative Position des *Embracing Uncertainty* von Sjaak van der Geest (2024) zurück. Dieses versteht medizinische Unsicherheit nicht allein als Defizit, sondern auch als produktiven Raum, in dem Reflexion, Handlungsspielräume und Hoffnung entstehen können. Unsicherheit ist demnach nicht nur etwas, das „eliminiert“ werden sollte, sondern ein integraler Bestandteil von Medizin und Alltag. Im Vergleich zu westlichen biomedizinischen Kontexten, in denen häufig ein Ideal weitgehender Gewissheit verfolgt und Unsicherheit durch das „Behaupten von Gewissheit“ verdeckt wird, zeigt sich im philippinischen Setting ein anderer Umgang. Hier wird Unsicherheit offener anerkannt – nicht unbedingt aus freien Stücken, sondern aufgrund der gegebenen Umstände. Menschen lernen, mit ihr zu leben, und entwickeln

pragmatische Strategien, um sie in ihren Alltag zu integrieren. Dies zeigt, dass Unsicherheit nicht nur durch Wissen aufgelöst wird, sondern ebenso durch Praktiken des Aushaltens, des Nicht-Wissens und der situativen Anpassung.

Auch andere medizinanthropologische Arbeiten unterstützen diese Sichtweise. Alice Street (2011) betont, dass Unsicherheit ein Motor für Wissensproduktion sein kann. Annemarie Mol (2008) hebt hervor, dass medizinische Praxis nicht auf einem einheitlichen Wahrheitsanspruch beruht, sondern auf einer Vielzahl von Handlungslogiken, die nebeneinander bestehen. Murray Last (2007) und Arthur Kleinman (1989) zeigen, dass Unsicherheit für Patient*innen auch eine Ressource sein kann, um Hoffnung und Sinn im Umgang mit Krankheit zu bewahren. In ähnlicher Weise beschreibt Anna Versfeld (2023), wie Menschen Unsicherheit strategisch einsetzen, um mit Überforderung umzugehen.

Meine Ergebnisse fügen dieser Debatte eine spezifische Perspektive hinzu: Sie zeigen, dass der Umgang mit Unsicherheit auch ein Abwägen darstellen kann. Es geht darum, ob sich der Gewinn von Wissen tatsächlich lohnt – oder ob das Aushalten von Unwissenheit die weniger belastende Option ist. Dieses Abwägen ist nicht nur individuell, sondern auch strukturell geprägt: Ökonomische Ressourcen, staatliche Vorgaben, familiäre Verpflichtungen und soziale Erwartungen spielen eine entscheidende Rolle dabei, welche Strategien als „machbar“ erscheinen.

Die Relevanz dieser Arbeit reicht damit über den philippinischen Kontext hinaus. Sie zeigt, dass der Umgang mit Unsicherheit stets kulturell geformt ist und zugleich von politischen und ökonomischen Rahmenbedingungen abhängt. Indem Patient*innen, Angehörige und Gesundheitspersonal lernen, Unsicherheiten nicht zu eliminieren, sondern mit ihnen zu leben, offenbaren sie eine Form der Resilienz, die für globale Debatten um Gesundheit, Krankheit und Fürsorge von hoher Bedeutung ist.

Gleichzeitig markiert diese Arbeit auch die Grenzen meiner Forschung. Als außenstehende Beobachterin konnte ich nur jene Ausschnitte erfassen, die mir zugänglich waren, und diese durch die „Brille“ meiner eigenen Erfahrungen wahrnehmen und kulturelle Prägungen interpretieren. Das bedeutet, dass meine Darstellung

unvermeidbar unvollständig ist und dass andere Forscher*innen, insbesondere aus dem lokalen Kontext, möglicherweise andere Schwerpunkte setzen würden.

Für zukünftige Studien eröffnet sich daher eine Reihe von Anschlussmöglichkeiten. Ein Thema, das mich bereits bei meinem Aufenthalt immer wieder beschäftigt hat und auch während der Datenauswertung und Analyse begleitet hat, sind die politische Dimensionen. Wichtig erscheint hier ein vertiefender Blick auf die Rolle von Gesundheitspolitik, staatlicher Ressourcenverteilung und internationalen Abhängigkeiten. Dadurch ließe sich besser nachvollziehen, wie Unsicherheiten systematisch erzeugt oder verstärkt werden. Zudem stellt sich die Frage, welche politischen Strategien entwickelt werden, um Unsicherheit zu regulieren, und welche Gruppen von diesen Strategien profitieren oder ausgeschlossen bleiben. Ebenso relevant ist ein genauerer Blick auf Macht- und Hierarchiebeziehungen. Das Gesundheitssystem ist nicht nur von materieller Knappheit geprägt, sondern auch von komplexen Machtgefügen. Es wäre lohnend zu untersuchen, wer innerhalb dieser Strukturen darüber entscheidet, wie Unsicherheiten gehandhabt werden, und wie diese Entscheidungen den Alltag der Betroffenen prägen. Darüber hinaus wäre es gewinnbringend, sich mit emotionalen, moralischen und spirituellen Dimensionen zu beschäftigen. Denn Hoffnung, Vertrauen, Zweifel, Resignation oder religiöse Praktiken spielen eine große Rolle im Umgang mit Krankheiten und Unsicherheiten im medizinischen Kontext. Diese Dimensionen wurden in meiner Forschung zwar sichtbar, konnten aber nicht umfassend analysiert werden. Eine intensivere Auseinandersetzung damit könnte verdeutlichen, wie tief Unsicherheit mit grundlegenden Fragen von Sinn, Gemeinschaft und Lebensführung verbunden ist.

Insgesamt zeigt die Arbeit, dass Unsicherheit im medizinischen Kontext nicht einfach als Problem zu verstehen ist, sondern als eine Bedingung menschlichen Lebens, die durch kulturelle, politische und ökonomische Strukturen geprägt wird. Der Umgang mit ihr erfordert sowohl individuelle Kreativität als auch kollektive Aushandlungen und findet immer in einem Spannungsfeld statt.

Literaturverzeichnis

- Bowlby, S. (2010) „The logic of care: health and the problem of patient choice – By Annemarie Mol Thoughts on ‘geographies of care’ prompted by reading Annemarie Mol’s *The logic of care: health and the problem of patient choice*“, *Area*, 42(1), S. 135–136. Verfügbar unter: https://doi.org/10.1111/j.1475-4762.2009.00935_1.x.
- Diabetiker Niedersachsen e.V. (2024) *Studie: Diabetes-Medikamente (Metformin) oft ohne Rücksprache abgesetzt*. Verfügbar unter: <https://www.diabetiker-nds.de/news/meldung/news/viele-setzen-ihre-medikamente-ohne-ruecksprache-ab> (Zugegriffen: 16. November 2024).
- DOH (2011) *National Objectives for Health 2011-2016*.
- DOH (2013) *Revised Organizational Structure and Staffing Standards for Government Hospitals*.
- DOH (2021) *National Human Resources for Health Master Plan 2020-2040 [Updated as of 12 Nov 2021]*.
- DOH (2022) *The Central Visayas Health Referral System*.
- DOH (2023) „Secretary of Health’s 8-Point Action Agenda“, *Department of Health*. Verfügbar unter: <https://doh.gov.ph/uhc/8-point-agenda/> (Zugegriffen: 7. Februar 2025).
- DOH (2024a) „Health Celebrations 2024 DOH-CHD-CARAGA“, *Department of Health*, 1. Dezember. Verfügbar unter: https://caraga.doh.gov.ph/category/health_celebrations/ (Zugegriffen: 11. August 2025).
- DOH (2024b) *Philippine National Formulary Essentials Medicine List*. Philippines: DOH.

- DOH (2025a) „Health Programs“, *Department of Health*. Verfügbar unter: <https://doh.gov.ph/uhc/health-programs/> (Zugegriffen: 11. August 2025).
- DOH (2025b) „Universal Health Care Act DOH“, *Department of Health*. Verfügbar unter: <https://doh.gov.ph/uhc/> (Zugegriffen: 11. August 2025).
- Eckert, N. (2023) *Virusinfekte als Trigger: Prävention des Typ-1-Diabetes*, *Deutsches Ärzteblatt*. Verfügbar unter: <https://www.aerzteblatt.de/archiv/235614/Virusinfekte-als-Trigger-Praevention-des-Typ-1-Diabetes> (Zugegriffen: 14. Dezember 2024).
- Ferzacca, S. (2012) „Diabetes and Culture“, *Annual Review of Anthropology*, 41(1), S. 411–426. Verfügbar unter: <https://doi.org/10.1146/annurev-anthro-081309-145806>.
- Ghisi, G.L.D.M. u. a. (2022) „Patient education for people living with diabetes in the Philippines: A scoping review of information needs, diabetes knowledge and effectiveness of educational interventions“, *Diabetes & Metabolic Syndrome: Clinical Research & Reviews*, 16(5), S. 102494. Verfügbar unter: <https://doi.org/10.1016/j.dsx.2022.102494>.
- International Diabetes Federation (2024a) *Diabetes Atlas: Philippines Diabetes Report 2000-2045, IDF Diabetes Atlas 10th Edition 2021 Philippines*. Verfügbar unter: <https://diabetesatlas.org/data/> (Zugegriffen: 28. Oktober 2024).
- International Diabetes Federation (2024b) *Facts & Figures about Diabetes, International Diabetes Federation*. Verfügbar unter: <https://idf.org/about-diabetes/diabetes-facts-figures/> (Zugegriffen: 28. Oktober 2024).
- International Diabetes Federation (2025) „Diabetes in the Philippines“, *International Diabetes Federation*. Verfügbar unter: <https://idf.org/our-network/regions-and-members/western-pacific/members/the-philippines/> (Zugegriffen: 9. August 2025).

- Juta Pharma (2024) *Infos über Metformin*, Juta Pharma. Verfügbar unter:
<https://www.jutapharma.de/blog/neuigkeit/infos-ueber-metformin-1>
 (Zugegriffen: 16. November 2024).
- Kirmayer, L.J. (1989) „Abstracts and Reviews : The Illness Narratives: Suffering, Healing and the Human Condition by Arthur Kleinman. New York: Basic Books (1988)“, *Transcultural Psychiatric Research Review*, 26(3), S. 202–204. Verfügbar unter:
<https://doi.org/10.1177/136346158902600303>.
- Kleinman, A. (1989) *The illness narratives: suffering, healing, and the human condition*. New York: Basic Books.
- Last, M. (2007) „The Importance of Knowing about not Knowing“, in R. Littlewood (Hrsg.) *On Knowing and Not Knowing in the Anthropology of Medicine*, S. 1–17.
- Manderson, L. und Smith-Morris, C. (2010) *Chronic Conditions, Fluid States : Chronicity and the Anthropology of Illness*. New Brunswick: Rutgers University Press (Studies in Medical Anthropology). Verfügbar unter:
<https://research.ebsco.com/linkprocessor/plink?id=350be537-4ce2-3fa5-9a8d-382540f575eb> (Zugegriffen: 8. April 2025).
- Mapa, D. (2022) *Highlights of the 2018 Municipal and City Level Poverty Estimates*. Philippine Statistics Authority.
- Mol, A. (2008) *The logic of care: health and the problem of patient choice*. London: Routledge.
- PhilAtlas (2025a) *Bantayan - Province of Cebu*, PhilAtlas. Verfügbar unter:
<https://www.philatlas.com/visayas/ro7/cebu/bantayan.html>.
- PhilAtlas (2025b) *Barangays*. Verfügbar unter:
<https://www.philatlas.com/barangays.html> (Zugegriffen: 9. August 2025).

PhilAtlas (2025c) *Daanbantayan - Province of Cebu, PhilAtlas*. Verfügbar unter:
<https://www.philatlas.com/visayas/ro7/cebu/daanbantayan.html>.

PhilAtlas (2025d) *Logon - Municipality of Daanbantayan, Province of Cebu, PhilAtlas*.
Verfügbar unter:
<https://www.philatlas.com/visayas/ro7/cebu/daanbantayan/logon.html>.

PhilAtlas (2025e) *Madridejos - Province of Cebu*. Verfügbar unter:
<https://www.philatlas.com/visayas/ro7/cebu/madridejos.html> (Zugegriffen: 9.
August 2025).

PhilAtlas (2025f) *Poron - Province of Cebu, PhilAtlas*. Verfügbar unter:
<https://www.philatlas.com/visayas/ro7/cebu/poron.html>.

PhilAtlas (2025g) *Santa Fe - Province of Cebu*. Verfügbar unter:
<https://www.philatlas.com/visayas/ro7/cebu/santa-fe.html> (Zugegriffen: 9.
August 2025).

PhilHealth (2022) *PhilHealth concept and coverage*.

PhilHealth (2025) *PhilHealth*. Verfügbar unter: <https://www.philhealth.gov.ph/>
(Zugegriffen: 13. September 2025).

Philippine Information Agency (2024) „Health officials to unveil 8-Point Action Plan“,
Philippine Information Agency, 1 Juli. Verfügbar unter: [https://pia.gov.ph/health-](https://pia.gov.ph/health-officials-to-unveil-8-point-action-plan/)
[officials-to-unveil-8-point-action-plan/](https://pia.gov.ph/health-officials-to-unveil-8-point-action-plan/) (Zugegriffen: 7. Februar 2025).

Porter, R. (1989) „The Illness Narratives: Suffering, Healing, and the Human Condition.
Arthur Kleinman (Book Review)“, *Bulletin of the History of Medicine*, 63(1), S. 168–
169. Verfügbar unter: <http://www-jstor-org.uaccess.univie.ac.at/stable/44451072>
(Zugegriffen: 18. April 2025).

Profil Institut für Stoffwechselforschung GmbH (2024) *Metformin zur Diabetes-*
Behandlung von Typ 2 Diabetes, Metformin. Verfügbar unter:

- <https://www.profil.de/ueber-diabetes/metformin> (Zugegriffen: 16. November 2024).
- Silva, S. (2001) „Review of Questioning Misfortune: The Pragmatics of Uncertainty in Eastern Uganda“, *American Ethnologist*, 28(1), S. 216–217. Verfügbar unter: <https://www.jstor.org/stable/3095129> (Zugegriffen: 5. September 2025).
- Strauss, A.L., Corbin, J.M. und Legewie, H. (1996) *Grounded Theory: Grundlagen Qualitativer Sozialforschung*. Übersetzt von S. Niewiarra. Weinheim: Beltz, PsychologieVerlagsUnion.
- Street, A. (2011) „Artefacts of not-knowing: The medical record, the diagnosis and the production of uncertainty in Papua New Guinean biomedicine“, *Social Studies of Science*, 41(6), S. 815–834. Verfügbar unter: <https://doi.org/10.1177/0306312711419974>.
- Street, A. (2014) *Biomedicine in an unstable place: infrastructure and personhood in a Papua New Guinean hospital*. Durham: Duke University Press (Experimental futures : technological lives, scientific arts, anthropological voices).
- SunStar Publishing (2021) *P1.88-M waste storage facility in Camotes hospital inaugurated*, SunStar Publishing Inc. Verfügbar unter: <https://www.sunstar.com.ph/cebu/local-news/p188-m-waste-storage-facility-in-camotes-hospital-inaugurated> (Zugegriffen: 14. November 2024).
- Tan, G.H. (2016) „Diabetes Care in the Philippines“, *Annals of Global Health*, 81(6), S. 863. Verfügbar unter: <https://doi.org/10.1016/j.aogh.2015.10.004>.
- TESDA-GOV (2019) *Barangay Health Services NC II*. Verfügbar unter: <https://e-tesda.gov.ph/course/index.php?categoryid=78>.
- Totesora, D. u. a. (2019) „Association of Diabetes-related Emotional Distress with Diabetes Self-care and Glycemic Control among Adult Patients with Type 2 Diabetes at a Tertiary Hospital in Manila, Philippines“, *Journal of the ASEAN*

- Federation of Endocrine Societies*, 34(2), S. 189–196. Verfügbar unter:
<https://doi.org/10.15605/jafes.034.02.10>.
- Van der Geest, S. (2007) „Chapter 6: Not Knowing about Defecation“, in R. Littlewood (Hrsg.) *On Knowing and Not Knowing in the Anthropology of Medicine*.
- Van der Geest, S. (2017) „Biomedicine in an Unstable Place: Infrastructure and Personhood in a Papua New Guinean Hospital by Alice Street“, *Bulletin of the History of Medicine*, 91(2), S. 462–463. Verfügbar unter:
<https://doi.org/10.1353/bhm.2017.0051>.
- Van der Geest, S. (2024) „Embracing Uncertainty“, in B. Hadolt und A. Stöckl (Hrsg.) *Hope and Uncertainty in Health and Medicine - Imagining the Pragmatics of Medical Potential*.
- Versfeld, A. (2023a) *Making Uncertainty*.
- Versfeld, A. (2023b) *Making uncertainty: tuberculosis, substance use, and pathways to health in South Africa*. New Brunswick: Rutgers University Press (Medical anthropology).
- WHO (2004) „Diabetes Action Now“. Verfügbar unter:
<https://www.who.int/publications/i/item/diabetes-action-now>.
- WHO (2016) „Global report on diabetes“. World Health Organization. Verfügbar unter:
<https://apps.who.int/iris/handle/10665/204871> (Zugegriffen: 11. Mai 2023).
- Wiedman, D. (2010) „Globalizing the Chronicities of Modernity: Diabetes and the Metabolic Syndrome“, in L. Manderson und C. Smith-Morris (Hrsg.) *Chronic Conditions, Fluid States*. Rutgers University Press, S. 38–53. Verfügbar unter:
<https://doi.org/10.36019/9780813549736-004>.

Wikipedia (2021) „Poró (Cebu)“, *Wikipedia*. Verfügbar unter:

[https://de.wikipedia.org/w/index.php?title=Poró_\(Cebu\)&oldid=217416778](https://de.wikipedia.org/w/index.php?title=Poró_(Cebu)&oldid=217416778)

(Zugegriffen: 17. November 2024).

Wilson, R.P. (2000) „Review of Questioning Misfortune: The Pragmatics of Uncertainty in East Uganda“, *Canadian Journal of African Studies*, 34(2), S. 488–489. Verfügbar unter: <https://doi.org/10.2307/486445>.

Zaner, R.M. (1989) „The Illness Narratives: Suffering, Healing, and the Human Condition. Arthur Kleinman (Book Review)“, *The Quarterly Review of Biology*, 64(1), S. 101–102. Verfügbar unter: <https://doi.org/10.1086/416207>.

Interviewverzeichnis

Angelica Rose, Pharmazeutin bei Generica Pharmacy, Santa Fé, Bantayan. Persönliches Interview, Santa Fé, 22. Jänner 2024

Arceli Ceniza, Barangay Health Worker and Nutritional worker, Barangay Paz, Camotes. Persönliches Interview, Camotes, 7. Februar 2024

Brian, Nurse der RHU Poro, Camotes. Persönliches Interview, Poro, 18. Jänner 2024

Christine, MedTech der RHU Poro, Camotes. Persönliches Interview, Camotes, 12. Februar 2024a

Christine, MedTech der RHU Poro, Camotes. Persönliches Interview, Camotes, 13. Februar 2024b

Counsilor Ernesto und Barangay Health Worker von Health Center Barangay Adela, Camotes. Persönliches Interview, Camotes, 7. Februar 2024

Doc Levi, Medical Health Officer der RHU Poro. Informelles Gespräch zum Health Summit Poro. Informelles Gespräch, Poro, 16. Februar 2024

Doc Levi, Medical Health Officer der RHU Poro. Informelles Gespräch, Camotes, 18. Jänner 2024 (Über meine Forschung)

Doc Mari, Medical Health Officer von Pilar und Doc Levi, Medical Health Officer von Poro. Informelles Gespräch, Pilar, 20. Februar 2024

Evelyn, Lehrerin der Elementary School Barangay Cagcagan, Camotes. Persönliches Interview, Camotes, 7. Februar 2024

Jayven, Mitarbeiterin von Devozen Hotel Malapascua. Persönliches Interview, Logon, 28. Jänner 2024 und 29. Jänner 2024

Joan, Mitarbeiterin bei Herbal Medicine Center Camotes. Informelles Gespräch, Camotes, 11. Jänner 2024

Mam Carol, Barangay Health Worker von Health Center Barangay Cansabusab, Camotes. Persönliches Interview, Camotes, 7. Februar 2024

Mam Grace, Barangay Health Worker von Health Center Barangay Rizal, Camotes. Persönliches Interview, Camotes, 7. Februar 2024

Mam Lucille, Patientin von Health Center Barangay St. Rita, Camotes. Persönliches Interview, Camotes, 7. Februar 2024

Mam Mari, Gastgeberin von Unterkunft, Malapascua. Informelles Gespräch, Malapascua, 4. Februar 2024

Mam Maricarmen, Barangay Health Worker von Health Center Barangay San José, Camotes. Persönliches Interview, Camotes, 7. Februar 2024

Marilou midwife, Barangay Health Worker und vier Patient*innen von Health Center Malapascua. Persönliches Interview, Logon, 29. Jänner 2024

Marilou, midwife von Health Center, Malapascua. Persönliches Interview, Logon, 26. Jänner 2024

Municipality Secretary, Santa Fé, Bantayan. Persönliches Interview, Santa Fé, 23. Jänner 2024

Nurse, Hebamme und MedTech der RHU Pilar, Camotes. Persönliches Interview, Pilar, 20. Februar 2024

Nurses der RHU Santa Fé, Bantayan. Persönliches Interview, Santa Fé, 23. Jänner 2024

Patty, Pharmazeutin bei 1N2 Pharmacy, Camotes. Informelles Gespräch, Consuelo, 15. Jänner 2024

Patty, Pharmazeutin bei 1N2 Pharmacy, Camotes. Persönliches Interview, Consuelo, 16. Jänner 2024

Reynante, Farmer und Patient von Health Center Barangay Paz, Camotes. Persönliches Interview, Camotes, 7. Februar 2024

Rizaldo Gonzales und Ehefrau, Patient von Health Center Barangay St. Rita, Camotes. Persönliches Interview, Camotes, 7. Februar 2024

Ronal, Restaurantbetreiber auf Malapascua. Informelles Gespräch, Malapascua, 3. Februar 2024

Rosalyn, Nurse bei RHU Poro, Camotes. Persönliches Interview, Camotes, 19. Februar 2024

Thelma Salis, Patientin bei Health Center Barangay Cansabusab, Camotes. Persönliches Interview, Camotes, 7. Februar 2024

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Grafische Darstellung der hierarchischen Struktur des Gesundheitssystems	25
Abbildung 2: Kartenausschnitt der Region Central Visayas, der Insel Cebu und den drei dazugehörigen Inseln Malapascua, Bantayan und Camotes Islands (© OpenStreetMaps Contributors 2025)	32
Abbildung 3: Kartenausschnitt der Camotes Islands mit den Inseln Pacijan, Poro, Ponson und Tulang Diot (© OpenStreetMaps Contributors 2025)	33
Abbildung 4: Kartenausschnitt von Bantayan am nordwestlichen Ende und Logon (Malapascua) am nordöstlichen Ende von Cebu (© OpenStreetMap Contributors 2025)	36
Abbildung 5: 8-Point-Action-Agenda (© DOH)	61

Abkürzungsverzeichnis und Glossar

PH	Philippines
DOH	Department of Health, philippinisches Gesundheitsministerium
PhilHealth	PhilHealth ist die 1995 gegründete, staatliche Gesundheitsversorgung der Philippinen, welche für stationäre Aufenthalte in öffentlichen Krankenhäuser aufkommt.
LGU	Local Government Unit, ist die zentrale Verwaltungseinheit einer Municipality und wird vom Bürgermeister geleitet (siehe Kapitel 2.3 Das philippinische Gesundheitssystem)
RHU	Rural Health Unit, lokales Gesundheitszentrum einer Municipality
BHW	Barangay Health Worker, freiwillige Mitarbeitende im medizinischen System und erste Ansprechperson für Patient*innen
DOH physician	Über das <i>Department of Health</i> angestellte Ärzt*in
MHO	Municipal Health Officer, ist die vom Department of Health bestellte ärztliche Leitung einer RHU
HMO	Health Maintaining Organization, private Organisation, welche Gesundheitsversicherungen anbietet

Generelle Begriffe

Bangka	Kleines Auslegerboot
Bahala na	Bahala na ist ein philippinisches kulturelles Prinzip, das sich wörtlich aus dem Tagalog mit „Möge es (Bathala = Gott/Schicksal) richten“ übersetzen lässt.
Habal Habal	Ein Motorradfahrer, den man für die Beförderung einer zweiten Person bezahlen kann, wird als öffentliche Mitfahrgelegenheit genutzt
PHP	philippinische Pesos, Währung
Sari Sari	Kleiner Laden am Straßenrand, verkauft Lebensmittel und Produkte des alltäglichen Bedarfs
Tricycle	Motorrad mit seitlichem Anhänger für den Transport von 1-6 Personen geeignet