

MASTERARBEIT / MASTER'S THESIS

Titel der Masterarbeit / Title of the Master's Thesis

Sorge am Krankenbett

Praktiken und Normen in einem philippinischen Krankenhaus

verfasst von / submitted by

Julia Malik, BA

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

Wien, 2021 / Vienna 2021

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:

Univ.-Prof. Dr. Tatjana Thelen, M.A.

DANKSAGUNG

Diese Masterarbeit konnte nur aufgrund der vielfältigen Sorge entstehen, die mir von UnterstützerInnen in Österreich und den Philippinen zuteilwurde. Der größte Dank geht an meine Betreuerin Tatjana Thelen, die mir in allen Phasen der Entstehung dieser Arbeit mit großem Engagement, wertvollen Ideen und ausführlichem Feedback zur Seite gestanden ist. Außerdem bedanken möchte ich mich bei Bernhard Hadolt, der das dreiwöchige Feldpraktikum organisiert hat, in dessen Rahmen ich meine Feldforschung begonnen habe, und der meine Forschungsvorbereitung und -durchführung begleitet hat. Ein Dank geht auch an die Mitglieder des CaSt-Teams in Wien, insbesondere an Nina Haberland, sowie an Marlene Persch, Milo Strauss und Saskya Tschebann, die mit Kommentaren zu Textentwürfen maßgeblich zur Verbesserung dieser Arbeit beigetragen haben. Bei Florian Lüftner, Julia Ehgartner und Shelby West bedanke ich mich für das Korrekturlesen der Arbeit.

In den Philippinen gilt mein Dank der Leitung des Josefa G. Jara Martinez Memorial Hospital, die meine Feldforschung im Krankenhaus möglich gemacht hat, sowie sämtlichen MitarbeiterInnen, PatientInnen und Angehörigen, die mir Einblicke in ihren Alltag im Krankenhaus gewährt haben. Besonders bedanken möchte ich mich bei Leila und ihrer Familie für ihre warmherzige Gastfreundschaft und Unterstützung. Ein großer Dank geht auch an die SozialarbeiterInnen Joel, Mary und Mam Cyril, die mich in ihr Büro aufgenommen, sich liebevoll um mich gekümmert und mir meinen Einstieg sowohl ins Feld als auch ins Leben vor Ort erleichtert haben.

Meinem Partner und meinen Eltern danke ich für ihre kontinuierliche Unterstützung auf meinem Weg durch das Studium und den Masterarbeitsprozess.

INHALTSVERZEICHNIS

EINLEITUNG	1
Anthropologische Debatten zu Sorge und Krankenhaus.....	6
Mein Weg durchs Martinez Krankenhaus	11
TEIL 1 „FOLKS, FOLKLESS, TOXIC FOLKS“: VERWANDTSCHAFTLICHE SORGE IM KRANKENHAUS .	18
Begleiten, bewachen, pflegen: Grenzziehungen durch Sorgepraktiken	20
„Caring Filipino/as“: Sorge als ‚Kultur‘	30
„Folkless“: Das ‚Problem‘ von ‚zu wenig‘ Verwandtschaft.....	36
„Toxic folks“: Das ‚Problem‘ von ‚zu viel‘ Verwandtschaft.....	45
CODA ZU TEIL 1	49
TEIL 2 ‚ERZIEHEN‘ UND SCHREIBEN: SORGEPRAKTIKEN DER PFLEGERINNEN	51
Hierarchische Beziehungen und das Selbstverständnis von PflegerInnen.....	54
Überwachen und Responsibilisieren von PatientInnen und <i>folks</i>	58
‚Erziehung‘ zu ‚angemessener‘ Verwandtschaft als Sorge	62
Stillen und das Formen zu ‚guten‘ Müttern, Sorgenden und BürgerInnen	70
Bürokratisches Schreiben als Sorge	76
CODA ZU TEIL 2	85
CONCLUSIO	87
BIBLIOGRAFIE	92
ABSTRACT DEUTSCH	96
ABSTRACT ENGLISH	97

EINLEITUNG

An meinem ersten Tag im Martinez Krankenhaus gibt mir der Mitarbeiter Joel, der mir als verantwortliche Ansprechperson zugeteilt worden ist, eine Führung durch die gesamte Einrichtung. Gemeinsam gehen wir an den zahlreichen Wartenden vor den diversen Anmelde- und Verwaltungsfenstern, der Notaufnahme und dem Röntgenraum vorbei und biegen in den Gang zum hinteren Teil des Krankenhauses ein. Durch eine offenstehende Glasflügeltür, über der ein grünes Schild mit der weißen Aufschrift „ENTRANCE“ angebracht ist, betreten wir den Bettenbereich. Gleich hinter dieser Tür stehen die ersten Krankbetten am Gang, auf denen Kinder und Jugendliche mit jeweils ein oder zwei Erwachsenen sitzen oder liegen. Den gesamten Gang entlang sind belegte Betten oder unbequem aussehende, niedrige Faltriegen an den Wänden platziert. Links und rechts zweigen halb offenstehende Türen zu den Krankenzimmern ab. Drinnen sehe ich je vier bis neun Betten – alle belegt.

Sogleich fallen mir die zahlreichen anwesenden Menschen in Alltagskleidung auf. Rings um die jungen PatientInnen stehen oder sitzen BegleiterInnen. In vielen der Krankbetten liegen zwei oder mehr Personen. Keine/r der PatientInnen scheint allein hier zu sein. Auf Ablageflächen, Stühlen und Fensterbrettern türmen sich sauberes und schmutziges Geschirr, leere und volle Wasserkanister, Plastikflaschen, Tupperdosen, Handtücher, Windeln, Obst und Plastiktüten mit Chips oder Süßigkeiten. Unter vielen Betten stehen große Taschen. Auf den Betten selbst liegen neben der grün gemusterten Krankenhausbettwäsche noch zusätzliche bunte Pölster und Laken in verschiedenen Formen und Größen. Die vielen Menschen und Dinge rufen in mir ein Gefühl der Gedrängtheit hervor. Trotz alledem ist die Atmosphäre nicht sonderlich geschäftig oder chaotisch. Obwohl sich einige Personen unterhalten und manche lachen, hält sich der Geräuschpegel in Grenzen. Die Stimmung wirkt auf mich seltsam entspannt, die meisten Angehörigen sitzen ruhig an der Seite der PatientInnen, so als würden sie bereits länger dort sitzen und diesen Platz so schnell nicht wieder verlassen.

Joel und ich gehen von der Kinderstation weiter zur Erwachsenenstation, wo sich das Bild der zahlreichen Begleitpersonen und Dinge fortsetzt. Es ist heiß und schwül. Ich bemerke, dass sämtliche Fenster geöffnet sind, ein Luftzug ist trotzdem nicht spürbar. Die medizinische Gesichtsmaske, die Joel mir vorhin überreicht hat, mit der Anweisung, diese im Bettenbereich aufgrund der infektiösen PatientInnen stets zu tragen, lässt meine Brille anlaufen und der seltsame Geruch ihres Stoffes liegt mir in der Nase. Von den Angehörigen hat niemand eine

solche medizinische Maske auf, vereinzelt tragen sie eine bunte Stoffmaske oder halten sich ein Tuch vor das Gesicht. Als wir nah an den Krankenbetten der Erwachsenen vorbeigehen, steigt mir zusätzlich ein unangenehmer, muffiger Geruch und vereinzelt jener von Urin in die Nase. Viele der PatientInnen hier bewegen sich nicht oder kaum und haben die Augen geschlossen. Bei manchen von ihnen bin ich mir nicht sicher, ob sie bei Bewusstsein sind.

Direkt gegenüber der PflegerInnenstation dieser Abteilung liegt in einem der Betten ein regungsloser, ausgemergelter, sehr alt aussehender Mann. In seinem Mundwinkel ist mit Klebeband ein Schlauch befestigt, der in seinen Rachen zu führen scheint. Auf einem Sessel vor seinem Bett sitzt ein Mann Anfang zwanzig in T-Shirt und Shorts. Er hält einen Plastikbeutel in den Händen, der mit dem in den Mund des Patienten führenden Schlauch verbunden ist. Leicht nach vorne gebeugt sitzend, seinen Oberkörper zum betagten Mann hingeneigt, drückt der junge Mann regelmäßig, ungefähr im Sekundentakt, beidhändig den Beutel zusammen. Anschließend lässt er ihn wieder locker und der Beutel füllt sich erneut mit Luft und bläht sich auf. Jedes Mal, wenn er den Beutel zusammenpresst, ertönt ein einmaliges dumpfes Klopfen. Mit leicht gesenktem Kopf blickt der junge Mann ausdruckslos ins Nichts und führt monoton die Bewegung durch. Auf einem Stuhl am Bettende des Patienten sitzt ein weiterer junger Mann. Eine Frau mittleren Alters steht am Bettrand und streichelt wiederholt die entblößten Beine des Patienten. Gerade kommt noch eine Frau zu dem Bett hin. Sie hält ein Smartphone vor ihr Gesicht und spricht aufgeregt mit jemandem über Videotelefonie. Während sie redet, hält sie das Handy so über das Krankenbett, dass der betagte Mann von der Kamera erfasst wird. Der Frau steigen Tränen in die Augen.

Joel und ich sind neben der PflegerInnenstation stehen geblieben. Wohl angesichts meines bestürzten Blickes, der wiederholt zu dem intubierten Patienten hinüber wandert, erklärt mir eine der KrankenpflegerInnen, dass der Patient aufgrund seiner Unfähigkeit, selbst zu atmen, manuell beatmet werden müsse. Sie würden hier nämlich über keine Beatmungsgeräte verfügen. Sie sagt irgendetwas über einen „ambu-bag“, ich nehme an, dass sie damit den Beatmungsbeutel meint. Ich nicke schweigend und die Pflegerin fährt fort, dass man unaufhörlich Luft durch den Intubationsschlauch pumpen müsse, der in die Lunge führt. Deshalb würden sich die Angehörigen des Patienten damit abwechseln. Verblüfft sehe ich sie an: „The relatives do the ventilation?“. Die Pflegerin nickt und meint „Yes, yes, the folks do it. They have to pump 24/7.“

Szenenwechsel. Ungefähr zwei Wochen nach dem Beginn meiner Forschung sitze ich mit den drei diensthabenden KrankenpflegerInnen und der Pflegeassistentin¹ auf der Station der Abteilung für Geburtshilfe und Gynäkologie. Die MitarbeiterInnen sind in das Schreiben von PatientInnenakten vertieft. Gerade nähert sich eine Frau der Station und spricht dann an die Theke gelehnt die Runde der Pflegekräfte an. Diese blicken von ihren Schreibtätigkeiten auf und hören ihr für einige Momente zu. Dann lacht eine Pflegerin kurz auf, alle anderen lächeln ebenfalls und antworten der Frau durcheinander und sichtlich erheitert. Das Anliegen der Frau hat scheinbar allgemeine Amüsiertheit ausgelöst. Als die Frau nach dem kurzen Gespräch wieder gegangen ist, wechseln die Pflegekräfte lachend noch ein paar Worte untereinander, während sie sich wieder den Papier- und Mappenstößen zuwenden.

Die Pflegeassistentin Mary Grace dreht sich zu mir hin und erklärt mir, dass diese Patientin geglaubt habe, dass sie automatisch schon entlassen sei, nur weil der Arzt ihr gestern Abend mitgeteilt habe, dass sie nach Hause gehen könne. Für Mary Grace ist das sichtlich absurd, sie zieht vielsagend ihre Augenbrauen hoch und schüttelt den Kopf. Die Frau habe jetzt gleich einfach heimgehen wollen, „without a discharge slip!“ Dabei müsse ihre Begleitung doch zuerst das Entlassungspapier hier auf der Station holen und damit die einzelnen Abteilungen im Krankenhaus abgehen, um sich überall die notwendigen Unterschriften abzuholen. Mary Grace fährt bedeutungsvoll fort: „You have to be patient with the patients.“ Sie lacht. Manche von ihnen verstünden die Vorschriften und Anforderungen nicht, verstünden nicht, was sie zu tun hätten. Mary Grace fügt hinzu: „And then some get angry with the nurses for not doing everything.“ Man müsse ihnen immer genau erklären, was sie tun müssen. Schritt für Schritt müsse man es ihnen erklären.

Diese zwei Szenen aus einem philippinischen Krankenhaus eröffnen einen ersten Einblick in die zentralen Themen dieser Masterarbeit. Beide Situationen handeln von Sorge, rücken jedoch unterschiedliche Aspekte davon in den Fokus. Während die erste Szene auf die Bedeutung von Verwandtschaft im Krankenhaus und Zuschreibungsprozesse von Sorgeverantwortlichkeiten

¹ Als PflegeassistentInnen bezeichne ich in dieser Arbeit die im Krankenhaus *nursing attendants* genannten Pflegekräfte, die in der Krankenhaus-Hierarchie den *nurses* untergeordnet waren. Zu jedem Zeitpunkt arbeitete pro Bettenstation ein/e PflegeassistentIn und kümmerte sich in erster Linie um die Messungen und Aufzeichnungen der Vitalwerte von PatientInnen, das Beziehen von Betten, die Inventarisierung und Besorgung des Bettzeugs und des auf der Station vorhandenen medizinischen Zubehörs sowie das Waschen von Neugeborenen auf der Geburtsstation.

hinweist, stehen in der zweiten Szene Sorgebeziehungen zwischen PflegerInnen/PflegeassistentInnen und PatientInnen/Angehörigen im Mittelpunkt.

Meine Überraschung während der Krankenhaus-Tour über die zahlreichen anwesenden Angehörigen und Objekte von zuhause deutet darauf hin, dass Personen und Objekte, die ich nicht auf diese Weise dort vermutet hätte, integraler Bestandteil des öffentlichen Martinez Krankenhauses waren. Menschen und Dinge, die ich intuitiv der ‚privaten‘ oder ‚verwandtschaftlichen‘ und nicht der ‚medizinischen‘ oder ‚öffentlichen‘ Sphäre zugeschrieben hätte, stellten sich als zentral in den Sorgekonfigurationen für PatientInnen heraus. Besonders sichtbar wurde dies in der Szene, in welcher der junge Begleiter seinen schwerkranken Angehörigen beatmete. Er und die anderen Verwandten des Patienten waren maßgeblich in seinen Krankenhausaufenthalt und die Sorge für ihn eingebunden. Die hier erkennbar werdenden Sorgepraktiken von Angehörigen innerhalb der staatlich bereitgestellten medizinischen Versorgung deuten auf ein bestimmtes Verständnis von Sorge und Verantwortlichkeiten im Gesundheitsbereich hin. Wie sich in meiner Überraschung über den jungen Mann zeigt, der die Beatmung seines Verwandten durchführte, verlaufen die Grenzziehungen zwischen ‚medizinisch-öffentlich‘ und ‚verwandtschaftlich-privat‘ im Martinez Krankenhaus an einer Stelle, die nicht meinen Erwartungen entsprach. Ein zentrales Thema dieser Masterarbeit wird sein, wie lokale AkteurInnen unterschiedliche Sorgetätigkeiten bestimmten Personengruppen und gesellschaftlichen Bereichen zuschreiben und wie dadurch Grenzen zwischen ‚Medizin‘ und ‚Verwandtschaft‘ gezogen, verschoben und überschritten werden.

In der zweiten oberhalb beschriebenen Szene auf der PflegerInnenstation stehen die Sorgepraktiken von KrankenpflegerInnen/PflegeassistentInnen und deren Interaktionen mit PatientInnen/Angehörigen im Vordergrund, das zweite Kernthema dieser Arbeit. Zunächst erschließt sich durch das am Tisch sitzende schreibende Pflegepersonal der hohe Stellenwert des Schreibens im Krankenhausalltag. Die Omnipräsenz von Schreibtätigkeiten in Form von Akten, Aufzeichnungen und Formularen verweist auf die Relevanz des bürokratischen Schreibens für die Sorgearbeit von KrankenpflegerInnen und PflegeassistentInnen. Darüber hinaus beleuchtet diese Szene die Beziehungen zwischen PflegerInnen/PflegeassistentInnen und PatientInnen/Angehörigen. Die Art und Weise, wie Mary Grace im Anschluss an die Anfrage der Patientin bezüglich ihrer Entlassung die Notwendigkeit von Geduld und schrittweisen Erklärungen kommentierte, erinnerte mich an eine Lehrerin, die über ihren Bildungsauftrag und ‚schwer belehrbare‘ Kinder spricht. Diesen edukativen Charakter der

Beziehungen im Krankenhaus werde ich ebenso wie die Schreibtätigkeiten des Pflegepersonals als zentrale Aspekte dessen diskutieren, wie Pflegekräfte ‚gute‘ Sorge herstellen und sich als ‚gute‘ Sorgende positionieren.

Beiden eingangs beschriebenen Situationen gemein ist das Thema der Aushandlungsprozesse von Sorge, welches sich durch diese Masterarbeit hindurchzieht. Innerhalb dieses Rahmens werde ich während meiner Forschung zum Vorschein gekommene Normen der Sorge, Sorgepraktiken und Sorgebeziehungen näher in Augenschein nehmen. Grundlage hierfür bildet eine sechswöchige ethnographische Feldforschung im Jänner und Februar 2020 im philippinischen Josefa G. Jara Martinez Memorial Hospital², vor Ort schriftlich meist als JGJMMH und mündlich als Martinez Hospital abgekürzt. Durch das Krankenhaus bewegte ich mich geleitet von den Fragestellungen, was ‚gute‘ Sorge ausmacht, welche Formen von Sorge anzutreffen sind, welche unterschiedlichen AkteurInnen in Sorgeprozesse eingebunden sind und wie Verantwortungszuschreibungen vollzogen werden. In diesem Rahmen eröffneten sich auch Fragen nach den Verständnissen von ‚guter‘ Verwandtschaft, von ‚guter‘ Medizin und Pflege und von ‚privat‘ und ‚öffentlich‘.

In der folgenden Auseinandersetzung mit Sorgepraktiken unterschiedlicher AkteurInnen, Bedeutungen ‚guter‘ Sorge und Verhandlungen von Sorge zwischen verschiedenen gesellschaftlichen Domänen werde ich die Relevanz von Verwandtschaft, ‚Erziehung‘ und bürokratischem Schreiben im Krankenhaus aufzeigen. Ich werde erstens darlegen, welche zentrale Rolle verwandtschaftlichen AkteurInnen in der Sorgekonfiguration für PatientInnen zufällt. Zweitens werde ich argumentieren, dass ‚angemessene‘ Sorge von Seite der KrankenpflegerInnen die Erfüllung eines edukativen Auftrags sowie Schreibpraktiken beinhaltet. Somit steht im Mittelpunkt dieser Arbeit, was ‚gute‘ Sorge im Martinez Krankenhaus bedeutet, wie diese von unterschiedlichen AkteurInnen produziert wird und wie sich Angehörige von PatientInnen sowie KrankenpflegerInnen als ‚gute‘ Sorgende darstellen.

Diese Arbeit gliedert sich in zwei große Teile. In Teil 1 stehen die verwandtschaftlichen BegleiterInnen der PatientInnen im Vordergrund. Hier werde ich den Sorgepraktiken von Angehörigen im Krankenhaus sowie allgemeineren Normen und Diskursen zu verwandtschaftlicher Sorge folgen. Dadurch werde ich die zentrale Rolle, die Verwandte in

² Der Name des Krankenhauses ist auf Wunsch der Krankenhausleitung pseudonymisiert. Auch für sämtliche in meiner Arbeit vorkommenden Personen verwende ich Pseudonyme. Außerdem wird die örtliche Lage des Krankenhauses in dieser Arbeit nicht angegeben, um dessen Wiedererkennen angesichts der überschaubaren Anzahl staatlicher Krankenhäuser in den einzelnen Regionen der Philippinen zu verhindern.

Sorgeprozessen rund um PatientInnen einnehmen illustrieren und kontextualisieren. Außerdem werde ich den Blick dorthin richten, wo verwandtschaftliche Sorge im Krankenhaus nicht der Norm entsprechend ‚funktioniert‘ oder aus Sicht der Pflegekräfte zum ‚Problem‘ wird, wenn PatientInnen über ‚zu wenig‘ oder ‚zu viel‘ Verwandtschaft verfügen. Teil 1 wird zeigen, wie Verwandte in die Produktion ‚guter‘ Sorge im Martinez Krankenhaus eingebunden sind, wie Sorgeverantwortlichkeiten jeweils verwandtschaftlichen und medizinischen AkteurInnen zugeschrieben werden und dass verwandtschaftliche Sorge für PatientInnen keine Selbstverständlichkeit, sondern Gegenstand ständiger Aushandlungen ist. Ich werde erstens argumentieren, dass die Norm der verwandtschaftlichen Sorge für PatientInnen Ambivalenzen beinhaltet und zweitens aufzeigen, wie und wo im Krankenhaus Grenzen zwischen der ‚verwandtschaftlich-privaten‘ und ‚medizinisch-öffentlichen‘ Sphäre gezogen werden.

Teil 2 dieser Arbeit beschäftigt sich mit den Sorgepraktiken von KrankenpflegerInnen und PflegeassistentInnen sowie deren Beziehungen mit PatientInnen und Angehörigen. Im Zentrum stehen das Selbstverständnis der PflegerInnen/PflegeassistentInnen von ihrer eigenen Rolle sowie ihre Interaktionen mit PatientInnen und Angehörigen, in denen sie diese zu Eigenverantwortlichkeit, ‚besserer‘ Verwandtschaft, ‚besseren‘ Sorgepraktiken und ‚besseren‘ Personen ‚erziehen‘. In diesem Rahmen werde ich argumentieren, dass es sich bei den Beziehungen im Krankenhaus um edukative und hierarchische handelt, die ich als Sorgebeziehungen verstehe. Außerdem werde ich zeigen, dass ‚gute‘ Sorge von Pflegekräften neben dieser Erfüllung eines edukativen Auftrags auch bürokratische Schreibpraktiken beinhaltet, die einen wesentlichen Anteil der von ihnen bereitgestellten Pflege ausmachen.

Bevor ich mich diesen beiden ethnographischen Teilen zuwende, gehe ich im Rest der Einleitung zunächst auf die theoretische Einbettung der Arbeit und im Anschluss auf meinen methodologischen Zugang während der Feldforschung ein.

Anthropologische Debatten zu Sorge und Krankenhaus

Diese Arbeit ist primär in kultur- und sozialanthropologischen Diskursen zu Sorge verortet. Zugleich streift sie auch Auseinandersetzungen innerhalb der Medizinanthropologie, deren Gebiet der *hospital ethnography* für meine Zwecke besonders relevant ist. Krankenhäuser zogen vergleichsweise spät das Interesse der Anthropologie an. Da für lange Zeit in erster Linie vermeintlich ‚exotische‘ und ‚traditionelle‘ Gruppen als Zuständigkeit der Anthropologie angesehen wurden, galten Krankenhäuser als Institutionen der ‚eigenen‘ Lebenswelt als zu nah

und vertraut. Erst als der Blick vermehrt auch auf ‚das Eigene‘ gerichtet wurde, entwickelte sich innerhalb der Medizinanthropologie schrittweise das, was heute oft *hospital ethnography* genannt wird (Long, Hunter und van der Geest 2008: 71). Auch in den 1990ern waren Forschungen zu Krankenhäusern trotz der bereits zunehmenden Beschäftigung mit ‚westlicher‘ Biomedizin selten, möglicherweise da Krankenhäuser mit ihrer scheinbar uniformen Organisation und technischen Ausrüstung den Anschein erweckten, einander überall auf der Welt zu ähneln. Erst nach und nach begannen AnthropologInnen, die Vielfalt von Krankenhäusern zu erforschen (van der Geest and Finkler 2004: 1995).

In der rezenten Literatur wird zwischen zwei zentralen theoretischen Zugängen zu Krankenhäusern unterschieden, die sich im Zuge der Entwicklung der *hospital ethnography* herausgebildet haben (Long, Hunter und van der Geest 2008; Street und Coleman 2012; Zaman 2013). Long, Hunter und van der Geest nennen diese beiden unterschiedlichen Ansätze „hospital-as-island“ und „hospital-as-culturally-embedded“ (2008: 72). Der erste Ansatz beinhaltet vor allem frühe *hospital ethnographies*, in denen Krankenhäuser als isolierte und distinkte soziale Welten mit einer eigenen Subkultur begriffen wurden (ebd.). Diese Perspektive wurde vor allem von SoziologInnen geprägt, die in den 1950er und 1960er Jahren in europäischen und nordamerikanischen Krankenhäusern ethnographische Forschungen durchführten. Krankenhäuser galten als vom alltäglichen sozialen Leben abgeschottete Orte, die primär durch medizinische Konfigurationen und Prozesse definiert waren (Street und Coleman 2012: 6).

Dem gegenüber stehen spätere Arbeiten, die ihre Aufmerksamkeit auf die Beziehung des Krankenhauses zum größeren gesellschaftlichen Kontext richteten und das Krankenhaus als von Werten, Ideen und Regeln ‚von außen‘ geprägt sahen (Long, Hunter und van der Geest 2008: 279; Zaman 2013: 279). Diese AutorInnen verwiesen auf die Durchlässigkeit von Krankenhäusern und verstanden Krankenhäuser als „continuations and condensations of society at large“ (Street und Coleman 2012: 7). Street und Coleman (ebd.) sehen in diesen Perspektiven jedoch die Gefahr, die spezifische Beschaffenheit und „Andersartigkeit“ von Krankenhäusern auszuklammern.

Während auch andere AutorInnen einen Mittelweg zwischen den beiden soeben dargelegten theoretischen Polen fordern und ihre eigene Position als eine beschreiben, die sowohl Abgesondertheit als auch Durchlässigkeit berücksichtigt (Long, Hunter und van der Geest 2008: 72–73; Zaman 2013: 279), präsentieren Street und Coleman (2012) eine besonders vielversprechende Alternative. Die beiden AutorInnen heben den scheinbaren Widerspruch der

gleichzeitigen Begrenztheit *und* Offenheit als zentrale konstituierende Eigenschaft von Krankenhäusern hervor. Somit rücken sie die Ambiguität in der Beziehung zwischen Krankenhäusern und dem sozialen Leben ‚außerhalb‘ in den Mittelpunkt ihrer Konzeptualisierung. Eben dieses Paradox der gleichzeitigen Begrenztheit und Durchlässigkeit sehen sie als jenen Aspekt, der Krankenhäuser als spezifische Orte ausmacht (ebd.: 5, 7–9). Street und Coleman betonen, dass Krankenhäuser nicht nur aus medizinischen Strukturen bestehen, sondern von „multiple and often incongruous processes of social ordering“ durchwoben sind (ebd.: 9). Genau diese Multiplizität von sowohl (bio)medizinischen als auch anderen „orderings“ sei es, was Krankenhäuser konstituiere (ebd.).

Mein Fokus in dieser Arbeit liegt auf eben jenen „multiple orderings“: den unterschiedlichen Bereichen von Sozialität, denen ich im Martinez Krankenhaus begegnet bin, den diversen medizinischen und nicht-medizinischen AkteurInnen, Objekten, Räumen und Normen. Die vorliegende Arbeit ist dementsprechend ebenfalls in dem von Street und Coleman (2012) vorgeschlagenen Mittelweg zwischen Konzeptualisierungen von Krankenhäusern als *entweder* „island“ *oder* „mainland“ angesiedelt. Die Bedeutung von Verwandten als Sorgende im Martinez Krankenhaus macht deutlich, wie sich Beziehungen und Praktiken ‚von außerhalb‘ im Krankenhaus wiederfinden. Gleichzeitig ist der Krankenhausalltag dennoch stark von krankenhausspezifischen AkteurInnen und Praktiken geregelt.

Diese unterschiedlichen Praktiken und Normen im Martinez Krankenhaus betrachte ich durch die analytische Linse der Sorge. Das Interesse an Sorge ist innerhalb der Anthropologie im Verlauf der letzten Jahrzehnte stark angestiegen (Alber und Drotbohm 2015: 1; Buch 2015: 279; Thelen 2015: 497). Dementsprechend divers gestalten sich auch die Diskurse zu und Definitionen von Sorge sowie die thematischen Schwerpunkte der AutorInnen. In einigen gegenwärtigen anthropologischen Arbeiten wird insbesondere die Nützlichkeit von Sorge als theoretisches Konzept hervorgehoben, welches eine Auseinandersetzung mit sozialen Phänomenen diverser Art ermöglicht (Alber und Drotbohm 2015; Brown 2010; Liebelt 2011; Thelen 2015). Tatjana Thelen (2015) zeigt in diesem Sinne auf, dass Sorge grundlegend für soziale Organisation ist, da durch Sorgepraktiken soziale Beziehungen konstruiert, aufrechterhalten und auch aufgelöst werden. Sie konzeptualisiert Sorge als „open-ended process which, as a dimension of social security, connects a giving and receiving side in practices aimed to satisfy socially recognized needs“ (ebd.: 509). Dieses prozessuale und relationale Verständnis von Sorge erlaubt es mir, den Fokus auf Aushandlungen, Interaktionen

und Beziehungen zwischen unterschiedlichen, in die Sorge von Kranken eingebundenen Personen zu legen.

In der Einleitung zu ihrem Sammelband zu anthropologischen Perspektiven auf Sorge identifizieren Erdmute Alber und Heike Drotbohm (2015) Arbeit, Verwandtschaft und Lebensverlauf (*life-course*) als zentrale Themen, um die sich einschlägige anthropologische Arbeiten häufig drehen. Sie sehen diese drei Konzepte als nützlich, sowohl um zwischen bestehenden Ansätzen zu Sorge differenzieren zu können (ebd.: 1) als auch um der Komplexität von Sorge gerecht zu werden und unterschiedliche Kategorien miteinander in Dialog zu bringen (ebd.: 14). Die Verknüpfung dieser drei Bereiche Arbeit, Verwandtschaft und Lebensverlauf ermöglicht es, unterschiedliche Aspekte von Sorge im Martinez Krankenhaus zu beleuchten und miteinander in Beziehung zu setzen.

In Bezug auf KrankenpflegerInnen und PflegeassistentInnen ist die Dimension der bezahlten Sorgearbeit besonders relevant. Laut Alber und Drotbohm (2015: 2) ist in vielen sozialwissenschaftlichen Studien *care work* ein zentrales Konzept, um Sorge zu analysieren. Krankenpflege ist neben diversen anderen Tätigkeiten, wie beispielsweise bezahlter und unbezahlter Altenpflege oder Kinderbetreuung, ein Bereich, der häufig unter dem Begriff der Sorgearbeit diskutiert wird. Im Rahmen von Sorgearbeit im Allgemeinen, und auch von Krankenpflege im Speziellen, spielt Gender eine bedeutende Rolle. AutorInnen haben auf die Feminisierung von sowohl bezahlter als auch unbezahlter Sorgearbeit, insbesondere im Rahmen der globalisierten Weltwirtschaft, hingewiesen (ebd.: 2–3). Sowohl in wissenschaftlichen Auseinandersetzungen als auch in Alltagsdiskursen wurde Sorge oftmals als ‚weiblicher‘ Beruf oder ‚weibliche‘ Verpflichtung angesehen und als inhärente Eigenschaft von Frauen naturalisiert (Thelen 2015: 501). Auch im Martinez Krankenhaus war diese Dimension von Gender sichtbar. Obwohl dort einige Männer als Krankenpfleger arbeiteten und auch Männer als Begleiter von PatientInnen fungierten, war der Beruf ebenso klar weiblich dominiert, wie die Rolle der sorgenden Angehörigen.

Auch die zweite von Alber und Drotbohm (2015) angesprochene Dimension, Verwandtschaft, spielt in der vorliegenden Arbeit eine große Rolle. Verwandte sind maßgebliche AkteurInnen in den Sorgeprozessen rund um PatientInnen. Dies steht mit allgemeineren gesellschaftlichen Normen zu Sorgeverpflichtungen gegenüber Verwandten in Zusammenhang. Eng verwoben damit ist auch Alber und Drotbohms (ebd.) dritter Aspekt, jener des Lebensverlaufs. Dieser verweist auf die Relevanz von Temporalität im Kontext von Sorge und ist nützlich, um Sorgeverpflichtungen, die mit Generationalität und vergangenen

Sorgetätigkeiten zusammenhängen, zu erfassen. Auch im Martinez Krankenhaus offenbarten sich intergenerationelle Sorgeverpflichtungen und verzögerte Reziprozität als wesentlich.

Die Verbindung dieser drei Aspekte von Arbeit, Verwandtschaft und Lebensverlauf zeigt bereits, wie sich durch Sorge unterschiedliche Themen und Bereiche miteinander verknüpfen lassen. Dieses in verschiedenen Hinsichten grenzüberschreitende Potential des Konzepts der Sorge wird in der anthropologischen Literatur als wertvoll hervorgehoben. Einerseits erlaubt Sorge die Überquerung von Grenzen der anthropologischen Subdisziplinen und somit die notwendige Zusammenführung getrennter fachlicher Diskurse zum Thema (Alber und Drotbohm 2015: 10, 14; Thelen 2015: 510). Andererseits macht es Sorge möglich, konventionelle Dichotomien wie beispielsweise privat/öffentlich und Verwandtschaft/Staat zu überwinden (Thelen 2015: 498). In diesem Sinne plädiert Thelen (ebd.: 508) dafür, Sorge von der Sphäre der Verwandtschaft und des Privaten, mit der sie klassischerweise assoziiert wird, zu lösen und andere Formen der Sorge zu berücksichtigen. Auch Hannah Brown (2010: 126) betont, dass Sorge das Potential hat, gängige konzeptionelle Grenzen zu überschreiten, und fordert dazu auf, über binäre und kontrastierende Vorstellungen wie emotionale *contra* technische Sorge oder medizinische *contra* familiäre Sorge hinauszugehen. In meinen Auseinandersetzungen steht die Infragestellung von gängigen Zuordnungen von Sorge an bestimmte soziale Domänen und von damit einhergehenden normativen Bildern im Mittelpunkt. Über diese etablierten Kategorien hinauszugehen, ermöglicht es, den Blick darauf zu richten, wie vor Ort ‚gute‘ Sorge hergestellt wird und wie Kategorien im empirischen Kontext (re)produziert und Grenzziehungen dazwischen vollzogen werden.

Neben der Hinterfragung von festgelegten konzeptuellen Kategorien ist auch jene von moralischen Klassifizierungen in Verbindung mit Sorge wesentlich. In Anbetracht des Großteils der sozialwissenschaftlichen Arbeiten, die – ebenso wie Alltagsdiskurse – Sorge primär als etwas Positives ansehen und darstellen, betont Thelen: „care should be released from the overly positive normative framework and seen as a process with an open outcome“ (2015: 508). Auch negative Aspekte von Sorgeprozessen sollen Beachtung finden, sowie die Option, dass Sorge nicht nur zur Schaffung und Aufrechterhaltung sozialer Beziehungen führen kann, sondern gleichermaßen zu deren Auflösung (ebd.). Insbesondere im Vergleich der Sorge von Verwandten mit jener von anderen AkteurInnen oder in Institutionen sind auch in anthropologischen Diskursen oftmals normative Bilder am Werk. Sorge von Verwandten wird häufig automatisch mit Konnotationen wie ‚gut‘, ‚warm‘ und ‚echt‘ belegt und anderen Formen der Sorge als ‚überlegen‘ gegenübergestellt (ebd.: 510).

Auch Brown (2010) warnt vor vorgefassten Annahmen darüber, was ‚gute‘ Sorge ist. Gängige Assoziationen von Sorge mit Nähe und Emotionalität müssen hinterfragt werden, da ‚gute‘ Sorge „relational und kontextuell bedingt“ ist und dementsprechend unterschiedliche Formen annehmen kann, die nicht unbedingt Bildern von Intimität und Affekt entsprechen (ebd.: 130). Wie Alber und Drotbohm am Rande erwähnen, wird von AutorInnen beispielsweise bei der Kategorisierung von Sorgearbeit als spezifische Form der Arbeit oft „bodily as well as **emotional proximity**“ als Charakterisierungsmerkmal genannt (2015: 2, meine Hervorhebung). In meinen Ausführungen über Sorgearbeit von KrankenpflegerInnen wird diese Annahme von emotionaler Nähe als Teil von Sorge in Frage gestellt.

Mein Weg durchs Martinez Krankenhaus

Das Josefa G. Jara Martinez Memorial Hospital ist ein kleines, staatliches Krankenhaus in den Visayas, einer der drei philippinischen Hauptinselgruppen. Es liegt in einem vorwiegend ländlichen Bezirk, welcher knapp 30 *barangays*³ umfasst. Das Krankenhaus befindet sich etwa eine Stunde von der nächstgelegenen größeren Stadt entfernt, aus der einige KrankenhausmitarbeiterInnen zur Arbeit pendeln. Das Martinez Krankenhaus wird vom *Department of Health* (DOH), der nationalen Gesundheitsbehörde, betrieben, finanziert und überwacht. Als solches ist es eines von zwölf DOH-Krankenhäusern in den von rund 19 Millionen EinwohnerInnen bewohnten Visayas (DOH 2020: iii; Philippine Statistics Authority 2015). Demgegenüber steht ein stark ausgeprägter privater Gesundheitssektor, zu dem im Jahr 2016 rund 65 % aller philippinischen Krankenhäuser gehörten, der mit seinen Gesundheitsleistungen jedoch lediglich etwa 30 % der Bevölkerung erreichte (Dayrit et al. 2018: 7). In Anbetracht dieser Umstände ist es wenig verwunderlich, dass die meisten PatientInnen im öffentlichen und somit günstigeren bzw. kostenfreien Martinez Krankenhaus aus der unmittelbaren, ländlichen Umgebung stammen und einer sozioökonomisch schwachen Bevölkerungsgruppe angehören.

Das Martinez Krankenhaus ist offiziell für 50 Betten zugelassen, es war jedoch während meines Forschungsaufenthaltes selbstverständlich, dass sich stets mehr Kranke darin befanden. Die mehr als 100 tatsächlich belegten Betten wurden je nach Bedarf mit zusätzlichen der eingangs erwähnten faltbaren Liegen ergänzt, sodass rund 140 stationäre PatientInnen die Normalität darstellten. Das Krankenhaus gehört zur Kategorie „Level 1“. Je nach

³ *Barangays* sind die kleinsten politischen Verwaltungseinheiten in den Philippinen. Heute sind sie vergleichbar mit Dörfern oder Stadtvierteln (Porio und Roque-Sarmiento 2019).

Servicekapazität, angebotenen Leistungen, baulicher Infrastruktur und Personalbestand wird zwischen drei unterschiedlichen Stufen von Krankenhäusern, Level 1, Level 2 und Level 3, oder auch *primary*, *secondary* und *tertiary*, unterschieden. Level 1 bezeichnet die niedrigste Kategorie, in welcher grundlegendste medizinische Behandlungen und Eingriffe durchgeführt werden und beispielsweise keine Intensivstation vorhanden sein muss. Neben einer Ambulanz und einem *family planning center* verfügt das Martinez Krankenhaus über vier verschiedene Bettenstationen, je einen Operations- und Geburtssaal, eine Röntgenstation, ein Labor und eine hauseigene Apotheke. Den Großteil meiner sechs Wochen im Martinez Krankenhaus verbrachte ich in den vier stationären Abteilungen.

Der Zugang von AnthropologInnen zu Krankenhäusern gilt im Allgemeinen als schwierig, da in vielen Fällen Ethikkommissionen Forschungsgenehmigungen verwehren. Krankenhausleitungen stehen externen BeobachterInnen – und im Speziellen jenen, die ethnographisch arbeiten – aufgrund von Problematiken der Vertraulichkeit und des Schutzes von PatientInnen oftmals skeptisch gegenüber (Long, Hunter und van der Geest 2008: 71–72; van der Geest und Finkler 2004: 1996, 1999). Dementsprechend unsicher war ich während des E-Mail-Austausches mit MitarbeiterInnen des Martinez Krankenhauses, der meinem Forschungsaufenthalt vorausging. Auch nach der auf diesem Wege erhaltenen Zusage für meine Forschung hatte ich weiterhin Zweifel, ob ich bei meiner Ankunft tatsächlich ethnographisch forschen würde dürfen.

Umso erfreuter war ich, als mich das Management des Martinez am verabredeten Tag mit offenkundiger Vorfreude und ausgearbeiteten Antworten hinsichtlich Forschungsberechtigung und Detailfragen erwartete. Vom Leiter des Krankenhauses bekam ich die offizielle Erlaubnis, mich frei im Krankenhaus zu bewegen und mit allen Anwesenden zu sprechen. Ich erhielt auch eine schriftliche Forschungsgenehmigung der Leitung sowie einen Ausweis zum Umhängen, der in seiner Form den Personal-IDs glich, mich als *researcher* auswies, und den ich stets zu tragen hatte. Wie erwartet, waren Fragen des PatientInnen- und Datenschutzes zentral. Ich wurde angewiesen, keine demographischen Daten, wie Nachname, Geschlecht, Adresse und Alter von Personen zu sammeln oder zu veröffentlichen und keine Fotos von PatientInnen zu machen.

Die positive Stimmung meiner Forschung gegenüber stand wohl auch damit in Zusammenhang, dass sich der Leiter des Krankenhauses ebenfalls einen Nutzen daraus versprach. Er drückte seine Hoffnung aus, dass meine Ergebnisse dem Krankenhaus hinsichtlich bestehender Probleme und möglicher Verbesserungen dienlich sein würden,

obwohl ich betonte, dass ich keine Leistungsevaluierung oder Handlungsvorschläge im Sinn hatte. Auch andere MitarbeiterInnen äußerten sich hoffnungsvoll über etwaige positive Auswirkungen meiner Forschung. Sie sahen in meinen vor Ort gesammelten Erfahrungen und meiner schriftlichen Arbeit das Potential, die vorhandenen Probleme und schwierigen Bedingungen in den Philippinen aufzuzeigen und an andere ÖsterreicherInnen zu verbreiten. In diesem Zusammenhang wurde ich auch ein paar Mal scherzhaft daran erinnert, das Krankenhaus und die Philippinen mir bekannten reichen PhilanthropInnen zu empfehlen.

Während ich den offenen und unterstützenden Empfang des Krankenhausleiters als äußerst positiv empfand, bemerkte ich im Laufe der Forschung ein hohes Interesse seinerseits daran, *auf welche Art* ich meine Forschung durchführte. Ich wurde regelmäßig nach einem genauen Zeit- und Forschungsplan, meinen Vorhaben für die kommenden Tage, meinen genauen Aufenthaltsorten innerhalb des Krankenhauses und den Zeitpunkten meiner geplanten und tatsächlichen Ankunft im Krankenhaus gefragt. Dies äußerte sich meist in beiläufigen Fragen des Managements, warum ich denn am Vortag nicht die ganze Nachmittagsschicht geblieben sei oder mit wem ich denn heute sprechen wolle. Obwohl diese Fragen mir stets in freundlichem und lockerem Ton begegneten und ich nie zu definitiven Antworten gedrängt wurde, erkannte ich darin doch den Versuch, mich und meine Forschungstätigkeiten zu kontrollieren und regulieren. Mein für ethnographische Forschungen typisches offenes und flexibles Vorgehen, ohne vorherigen detaillierten Plan und im Vorhinein ausgearbeitete Interviewfragen, schien Unsicherheit auszulösen.

Das Bestreben, mich, und mutmaßlich auch KrankenhausmitarbeiterInnen, im Blick zu behalten, offenbarte sich überdies darin, dass das Sekretariat des Leiters mir am dritten Tag meines Aufenthalts mitteilte, dass dieser erwarte, meine „rohen Daten“ zu bekommen. Die Rede war von allem, was ich täglich „sammelte“, sprich, allen meinen Notizen. Dies wurde als notwendige Voraussetzung für meine Forschung präsentiert, welche der Leiter bei unserem ersten Gespräch zu erwähnen vergessen habe. Da ich dies sowohl aus ethischen Bedenken gegenüber meinen GesprächspartnerInnen als auch aus Gründen des Schutzes meiner eigenen Daten als meine primäre Ressource unbedingt vermeiden wollte, bat ich verzweifelt um Bedenkzeit. Nach Rücksprache mit meiner Betreuerin und dem Leiter des Feldpraktikums brachte ich am nächsten Tag den Vorschlag vor, stattdessen täglich kurze stichwortartige Berichte speziell für die Leitung zu verfassen, in denen ich keine Namen von Personen oder genauen Orten erwähnen würde. Das Argument des Schutzes meiner InformantInnen stieß

kombiniert mit der Beteuerung, dass nicht nur ich, sondern auch meine Professorin die Herausgabe der „Rohdaten“ für äußerst problematisch halte, schließlich auf Verständnis.

Meine Forschungserlaubnis wurde gemeinsam mit der Bitte an alle MitarbeiterInnen, sie mögen mich nach Kräften bei meinem Vorhaben unterstützen, an die Belegschaft verbreitet. Bei gleichzeitiger Dankbarkeit gegenüber der Hilfe der Krankenhausleitung stellte sich dies im Forschungsverlauf auch als ein Hindernis heraus. Teils bekam ich den Eindruck, dass MitarbeiterInnen sich dazu gezwungen fühlten, mit mir zu sprechen. Ich befürchte, dass mein Vorstellen von Seiten der Leitung und ihre Unterstützungserklärung in manchen Fällen dazu geführt haben könnten, dass ich als zum Management gehörig wahrgenommen wurde. Indem ich betonte, dass es nicht meine Absicht sei, die Arbeit der MitarbeiterInnen zu kontrollieren oder zu bewerten, versuchte ich, dem entgegenzuwirken.

Überdies wurde mir beim Kennenlerngespräch ein „Verantwortlicher“ zur Seite gestellt, den ich bereits in der Eingangsvignette erwähnt habe. Joel von der *Medical Social Services Unit* (MSSU)⁴ sollte mir nach Kräften behilflich sein, beispielsweise beim Zurechtfinden im Krankenhaus und bei auftretenden Fragen. Mir wurde auch ein provisorischer Arbeitsplatz in der MSSU zur Verfügung gestellt. Joel und die anderen beiden Mitarbeiterinnen der MSSU waren für meine Forschung, vor allem zu Beginn, außerordentlich hilfreich. Sie führten mich durch das Krankenhaus, erklärten mir Abläufe und informierten mich über möglicherweise interessante Veranstaltungen und Sitzungen. Außerdem kümmerten sie sich auch um meine persönlichen Bedürfnisse, zeigten mir das Dorf, halfen mir mit Besorgungen und luden mich zu ihren sozialen Zusammenkünften ein. Überdies arrangierte eine der MSSU-MitarbeiterInnen, Mary, eine Unterkunft in jenem Haus für mich, in dem sie ebenfalls ein Zimmer mietete. Mit Mary, Joel und Mam Cyril⁵ entwickelte sich während meines Aufenthalts eine vertraute Beziehung. Wie die drei sich um mich kümmerten, brachte jedoch auch gewisse

⁴ Die *Medical Social Services Unit* ist ein Büro im administrativen Bereich des Krankenhauses, in der zum Zeitpunkt meiner Forschung drei sogenannte *medical social workers* arbeiteten. Die MSSU ist eine jener Servicestellen im Krankenhaus, die von verantwortlichen Angehörigen der PatientInnen im Rahmen des Aufnahme- und Entlassungsprozesses aufgesucht werden müssen. Dort werden die Ansprüche von PatientInnen auf Kostennachlässe für ihre Spitalsrechnung anhand der Einteilung in unterschiedliche Einkommenskategorien ermittelt. Außerdem werden PatientInnen, die noch nicht bei der gesetzlichen Krankenversicherung angemeldet sind, als Notfälle für zahlende oder nicht zahlende Versicherungskategorien registriert.

⁵ Die meisten Personen in dieser Arbeit treten mit Vornamen auf, was dem entspricht, wie ich sie während der Feldforschung angesprochen habe. Der Zusatz „Mam“ bzw. „Sir“ vor dem Vornamen spiegelt die Verwendung lokaler AkteurInnen im Feld wider. Diese Anrede wurde als Zeichen des Respekts verwendet, insbesondere, aber nicht nur, für ältere oder vorgesetzte Personen. Wie Personen adressiert wurden, variierte, so wurde auch ich wechselweise mit „Julia“ oder mit „Mam Julia“ angesprochen. Für jene Personen, für die KollegInnen in meiner Anwesenheit ausschließlich die respektvolle Form der Anrede benutzten, verwende ich sie in dieser Arbeit ebenfalls.

Schwierigkeiten mit sich, da sie hinsichtlich der Unterstützung meiner Forschung teils ‚zu fürsorglich‘ handelten. Um meine Forschung voranzubringen, wollten sie mir immer wieder zu Interviews „verhelfen“ oder meinen Einstieg in andere Abteilungen „erleichtern“, indem sie Treffen mit MitarbeiterInnen für mich arrangierten oder mich zu anderen Abteilungen begleiteten. Während ich dies für manche Bereiche als hilfreich empfand, nahm es mir teils die Möglichkeit, mein Kennenlernen mit Personen selbst zu gestalten und mündete in unbeholfenen Situationen.

Von den meisten MitarbeiterInnen im Krankenhaus wurde ich freundlich und mit offenkundigem Interesse empfangen. Dennoch nahm ich einen deutlichen Unterschied zwischen dem wahr, wie mir administratives Personal einerseits und Pflegepersonal andererseits entgegentrat. Während sich MitarbeiterInnen in den Büros in der Regel viel Zeit für Gespräche mit mir nahmen, begegneten mir viele Pflegekräfte vor allem zu Beginn reservierter und ausweichender. Sowohl in stressreichen als auch in ruhigeren Momenten hatten einige PflegerInnen und PflegeassistentInnen offenkundig keine Lust, meine Fragen zu beantworten oder sich mit mir zu unterhalten, und meine Anwesenheit schien eine zusätzliche Belastung für sie zu bedeuten.

Anfangs bereitete mir vor allem auch das Rotieren des Pflegepersonals Probleme, da ich dadurch nicht in einer bestimmten Station oder einem bestimmten Team Fuß fassen konnte. Da PflegerInnen und PflegeassistentInnen alle zwei Tage auf einer anderen Station und mit anderen KollegInnen arbeiteten, lernte ich ständig neue Menschen kennen und brauchte lange, um vertrauensvolle Beziehungen aufzubauen. Ich versuchte deshalb, einzelnen Personen, zu denen ich bereits Kontakt hatte, auf ihre Schichten und Stationen zu folgen. Eine dieser Personen war die Krankenpflegerin Leila, die mir auch großzügig anbot, bei ihr und ihrer Familie unterzukommen. Für die letzten zwei Wochen meines Aufenthalts wohnte ich schließlich bei ihr zuhause und gewann dadurch nicht nur neue FreundInnen, sondern auch Einblicke in ihren Alltag abseits des Krankenhauses und ihren Haushalt.

Meine Interaktionen mit PflegerInnen und PflegeassistentInnen wurden abgesehen von Zeitknappheit und Desinteresse ihrerseits auch durch fehlende Sprachkenntnisse meinerseits erschwert. Gespräche der Pflegekräfte untereinander konnte ich weder verstehen noch an ihnen teilnehmen und nicht immer war jemand in der Nähe, der/die gewillt war, zu übersetzen. Die Sprache für sämtliche offizielle Bezeichnungen, schriftliche Aufzeichnungen und medizinische Begriffe im Krankenhaus war zwar Englisch und fast alle MitarbeiterInnen sprachen fließendes

Englisch,⁶ dennoch benutzten sie untereinander und in Gesprächen mit PatientInnen und Angehörigen die Lokalsprache.⁷ Meine Sprachdefizite stellten sich auch in Interaktionen mit PatientInnen und Angehörigen in einigen Fällen als Barriere heraus, da zwar viele gut und die allermeisten zumindest ein wenig Englisch verstanden, aber nicht alle es sprechen konnten oder wollten.

Limitierungen ergaben sich zudem daraus, dass sich der Teilnahme-Aspekt der teilnehmenden Beobachtung nicht in die Tat umsetzen ließ, eine gängige Herausforderung in Forschungen in Krankenhaussettings (van der Geest und Finkler 2004: 1998–1999). Nahezu meine gesamte Forschung bestand aus *hanging around*. Auf mich traf keine der drei von van der Geest und Finkler (ebd.) identifizierten Möglichkeiten der „natürlichen“ Anwesenheit und Teilnahme im Krankenhaus zu: Weder war ich Mitarbeiterin noch Patientin noch Besucherin. Trotz meiner Versuche, möglichst die Rolle einer unwissenden und lernbegierigen Studentin einzunehmen, ließ sich dies aufgrund des Fehlens der dazugehörigen Aktion und des medizinischen Hintergrunds nur sehr beschränkt realisieren. Ich blieb hingegen, markiert mit der dementsprechenden Ausweiskarte, eindeutig Forscherin, auch wenn ich von einigen PatientInnen und Angehörigen auf den ersten Blick als zur Belegschaft gehörig wahrgenommen wurde. Trotz der Unmöglichkeit der Teilnahme normalisierte sich meine Anwesenheit zusehends und nach einer Weile waren zumindest MitarbeiterInnen es gewohnt, dass ich mich durchs Krankenhaus bewegte, neben ihnen saß oder ihnen hinterherging.

Die meiste Zeit über saß ich, wie auch die PflegerInnen und PflegeassistentInnen selbst, auf der Station. Ich begleitete sie, wenn sie zu PatientInnen gingen, und folgte ihnen auf anderen Wegen im Krankenhaus. Ich beobachtete sie in ihrem Arbeitsalltag, stellte Fragen zu ihrem Beruf, PatientInnen und Krankenhausabläufen und unterhielt mich mit ihnen. In einzelnen Fällen führte ich zudem Gespräche mit ÄrztInnen, wenn diese auf die PflegerInnenstationen kamen. Während der ersten beiden Wochen meiner Feldforschung besuchte ich auch andere Krankenhausabteilungen, wie diverse administrative Stellen, die Ambulanz, die KrankentransporteurInnen, die Notaufnahme und den Entbindungsraum.

⁶ Englisch ist in den Philippinen neben Filipino eine der beiden Amtssprachen. Als solche wurde Englisch im Rahmen der US-amerikanischen Annexion der Philippinen eingeführt. Auch nach der Unabhängigkeit behielt Englisch eine bedeutende Rolle bei und fungiert heute beispielsweise in Schulen und Hochschulen als Unterrichtssprache.

⁷ Ich führe den Namen der Lokalsprache nicht an, da ansonsten die Region und im Folgenden das Krankenhaus identifizierbar wären.

Vor allem in den letzten beiden Wochen verbrachte ich außerdem mehr Zeit mit PatientInnen und Angehörigen. Anfangs fand ich es schwierig, mich ohne Aufgabe oder offensichtlichen Grund für längere Zeit in den Krankenzimmern aufzuhalten. Ich versuchte, verschiedene Menschen in den Zimmern anzusprechen, was sowohl in Freude als auch in Ablehnung münden konnte. Ich nutzte daraufhin vermehrt jene Situationen, in denen PatientInnen oder Angehörige von sich aus Interesse an mir zeigten. Beispielsweise grüßten mich einige oder riefen mir Fragen zu, während ich mit Pflegekräften in Krankenzimmern unterwegs war. Sodann erwiderte ich ihren Gruß, antwortete auf ihre Fragen und erkundigte mich, ob ich eine Weile bei ihnen bleiben dürfe. Ich saß mit den Angehörigen neben den Krankenbetten und führte informelle Gespräche mit ihnen und den PatientInnen. Zudem begleitete ich einige Angehörige während ihrer Abwicklung des Aufnahme- und Entlassungsprozesses von PatientInnen.

Auch in jenen Fällen, in denen Angehörige und PatientInnen mich erfreut willkommen hießen und ich über den Verlauf mehrerer Tage hinweg wiederkehrend Zeit mit ihnen verbrachte, hatte ich den Eindruck, dass meine Anwesenheit in bestimmten Situationen unerwünscht war. Indem Angehörige Entschuldigungen aussprachen, dass sie nun den PatientInnen auf die Toilette helfen, ihnen beim Inhalieren behilflich sein oder sie waschen müssten, gaben sie mir zu verstehen, dass es für mich an der Zeit war, zu gehen. Sie vermittelten mir, dass ich kein Teil dieser Tätigkeiten sein sollte, derer sie sich nun widmen würden. Wenngleich es kein Problem zu sein schien, dass ich mich im selben Raum oder am benachbarten Bett aufhielt, während beispielsweise körperliche Pflegeleistungen durchgeführt wurden, zeigten mir jene Angehörigen, mit denen ich mich gerade in direkten Unterhaltungen befand, dass bestimmte Sorgetätigkeiten eine Sphäre markierten, zu der ich nicht gehörte. Überdies wurde ausnahmslos meine Mithilfe abgelehnt, auch wenn es nur um Kleinigkeiten wie das Tragen eines Gepäckstückes ging. Ich empfand dies zunächst als Abweisung und Limitierung meiner Teilnahme. Jedoch lassen sich diese Erfahrungen auch als Einblicke verstehen, die verdeutlichen, was Angehörige und PatientInnen für mich als Außenstehende und Forscherin für ‚angemessen‘ hielten und was nicht.

TEIL 1

„FOLKS, FOLKLESS, TOXIC FOLKS“: VERWANDTSCHAFTLICHE SORGE IM KRANKENHAUS

In der zweiten Woche meiner Forschung sitze ich während der Nachtschicht zu später und ruhiger Stunde mit zwei der vier diensthabenden Krankenpflegerinnen auf der PflegerInnenstation der Kinderabteilung. Die beiden stellen mir Fragen zu Krankenhäusern in Österreich, deren Ausstattung und Gehältern von KrankenpflegerInnen. Sie beklagen sich über die schlechte Ausstattung vor Ort und dass man hier alles manuell machen müsse, weil es an den notwendigen Geräten fehle. Dann erkundigt sich die Pflegerin Mariel: „In other countries it is different, right? Because here we have the folks of the patients“. Ich stimme zu, dass in Österreich nicht so viele Verwandte im Krankenhaus anzutreffen sind und diese nur zu einer bestimmten Besuchszeit kommen. Mariel nickt bestätigend: „It’s because we have very close family ties here“. Sie fährt fort: „Every patient needs to have a folk who takes care of all their needs.“

Szenenwechsel. Zwei Tage später sitze ich mit Mark und seinem hospitalisierten, betagten Vater an dessen Bett auf der Station für nicht-infektiöse Erwachsene. Zwei der Angehörigen von anderen Patienten, die wie wir auf Plastikstühlen neben den jeweiligen Betten sitzen, beteiligen sich zwischendurch ebenfalls an unserem Gespräch. Die übrige Zeit hören sie uns zu, lachen vereinzelt und geben Kommentare in der Lokalsprache ab. Nachdem Mark sich zuvor als „watcher“ seines Vaters vorgestellt hat, unterhalten wir uns über Marks Kinder, meinen Aufenthalt hier im Dorf, philippinisches Essen und meine Herkunft. Nach einer Weile unterbricht er unvermittelt unser Gespräch und wedelt mit einem kleinen Fläschchen in seiner Hand herum. Lachend sagt er: „Excuse me for a while, I have to perform my duties as a nurse now.“ Es sei nun an der Zeit für seinen Vater, zu inhalieren.

Mark zieht den vom Krankenhaus bereitgestellten, recht großen und unhandlichen Inhalationsapparat unter dem Bett hervor. Der Anblick des Apparats ist mir bereits vertraut, da sich davon je zwei bis vier auf jeder Abteilung befinden, die abwechselnd von den Angehörigen benutzt werden. Mark befestigt den Behälter mit der Inhalationsflüssigkeit sowie das Gesichtsstück am Apparat, bevor er näher an das Bett heranrückt und das Gesichtsstück über Mund und Nase seines Vaters platziert. Er schaltet den Apparat ein, der laute keuchende und

ratternde Geräusche von sich gibt, und hält das Gesichtsstück an der dafür vorgesehenen Stelle fest. Obwohl er mich während der Vorbereitungen lachend dazu angewiesen hat, mich nun mit den anderen Anwesenden im Zimmer zu unterhalten, redet er doch weiter und stellt mir Fragen über Zustand von und Vorgänge in österreichischen Krankenhäusern.

Als ich irgendwann anmerke, dass ich es interessant finde, wie sehr Verwandte hier in den Krankenhausaufenthalt eingebunden sind, nickt Mark angeregt und meint: „It’s what we have to do, it’s our duty as a relative.“ Er erzählt, dass man in dem Moment, in dem man höre, dass ein/e Verwandte/r ins Krankenhaus müsse, bereits wisse, dass man ebenfalls dort erscheinen müsse, um sich um ihn oder sie zu kümmern. Während er spricht, scheint er selbst weiter darüber nachzudenken und meint dann: „It’s just what we do. It’s already our practice. Being a watcher, you are the one who takes care of your relatives.“ Die KrankenpflegerInnen würden dies nicht machen, sondern, „you are responsible for the personal needs of your relative, not the nurses. You always have to be here for everything he needs.“ Nach kurzem Überlegen fährt er fort: „It’s bad here if you don’t do it. It’s just the practice here, it’s just what you do.“ Als ich frage, was genau seine Aufgaben als *watcher* seien, scheint er nicht zu verstehen, was ich meine. Er wiederholt lediglich mehrmals, dass es seine Pflicht sei und dass man für die Verwandten sorgen müsse: „take care of everything“. Einige Wochen später wird mir Arlie, die Tochter und Begleiterin einer betagten Patientin auf dieselbe Frage nach den Tätigkeiten der Angehörigen die Antwort geben: „We feed, we love – mostly we love, love is the most important thing. If you don’t love them, you leave. It’s love for your mother why you are here.“

Sowohl in den Aussagen der Pflegerin Mariel als auch in jenen der Angehörigen Mark und Arlie manifestiert sich die Relevanz und Selbstverständlichkeit von verwandtschaftlicher Sorge im staatlichen Martinez Krankenhaus. Die unter den KrankenpflegerInnen gängige Bezeichnung für Angehörige, „folks“, fiel häufig im Krankenhaus. Wenn es um einzelne BegleiterInnen ging, wurde auch „bantay“ oder die englische Übersetzung davon, „watcher“, benutzt. Mein anfängliches Erstaunen über die starke Einbindung von Verwandten in den Krankenhausaufenthalt legt meine eigenen Vorannahmen über Krankenhäuser als Räume dominiert von medizinischen AkteurInnen und Sorgeprozessen offen. Diesen Überraschungsmoment nutze ich als Ausgangspunkt, um zu erkunden, an welcher Stelle im Martinez Krankenhaus die Grenze zwischen ‚medizinisch-öffentlich‘ und ‚verwandtschaftlich-privat‘ verortet wird.

Mariel, Mark und Arlie zeichnen Bilder von ausgeprägter verwandtschaftlicher Kohäsion und Sorge, wenn sie von „close family ties“, „your duty as a relative“ und „love“

sprechen. Während Mark in seiner Erzählung über Sorge für Verwandte den Aspekt der Verpflichtung hervorhebt, spricht Arlie primär von Liebe. In den Aussagen aller drei schwingen Vorstellungen von verwandtschaftlicher Fürsorge als ‚philippinische Kultur‘ mit. Dadurch grenzen sie sich von anderen Ländern und deren Praktiken der Sorge für Kranke ab. Es wird ein Gegensatz zwischen einem kollektiven ‚Wir‘, gleichbedeutend mit mangelnder Ausstattung, aber sorgenden Verwandten, und den ‚anderen‘ mit mehr Ressourcen, aber weniger Familie, geschaffen.

In diesem Kapitel werde ich die scheinbar offensichtliche und eindeutige Norm der verwandtschaftlichen Sorge im Martinez Krankenhaus näher in Augenschein nehmen. Zunächst werde ich auf die Grenzziehungsprozesse zwischen ‚medizinisch-öffentlich‘ und ‚verwandtschaftlich-privat‘ eingehen, die ich anhand der Sorgepraktiken von Verwandten und anhand der Zuschreibungen von Verantwortlichkeiten an bestimmte Personengruppen diskutiere. Im Anschluss werde ich den Blick auf Diskurse zu verwandtschaftlicher Sorge, intergenerationellen Verpflichtungen und Sorge als ‚Kultur‘ richten. Danach stehen die in der Norm der verwandtschaftlichen Sorge für PatientInnen enthaltenen Ambivalenzen im Mittelpunkt. Ich werde illustrieren, wo verwandtschaftliche Sorge im Krankenhaus nicht wie vorgesehen funktioniert und welche Spannungen Verwandtschaft auslösen kann. Der Fokus liegt hier darauf, zu zeigen, dass sowohl ‚zu wenig‘ als auch ‚zu viel‘ Verwandtschaft als problematisch angesehen werden können.

Begleiten, bewachen, pflegen: Grenzziehungen durch Sorgepraktiken

Die Pflegerin Suzanita und ich befinden uns gerade auf ihrer *ward round*⁸. Suzanita ist heute für die beiden Krankensäle für Männer und Frauen auf der Station für Erwachsene mit Infektionskrankheiten, insgesamt 17 PatientInnen, verantwortlich. Direkt hinter ihr betrete ich den Krankensaal für weibliche Patientinnen. Suzanita grüßt die Patientinnen und *folks* mit einem lauten „Guten Nachmittag!“ in der Lokalsprache und ich folge ihrem Beispiel. Im Zimmer ist die Luft ein wenig besser als draußen am Gang, dennoch ist es stickig, und unangenehme, süßliche Gerüche liegen in der Luft. Acht der neun Betten sind belegt. Abgesehen von einer Patientin, die um die 40 Jahre alt aussieht, handelt es sich ausschließlich

⁸ *Ward rounds* sind jene Visiten, die KrankenpflegerInnen zu Beginn ihrer Dienstzeit durchführen. Nachdem sie von der vorherigen Schicht über den Status der PatientInnen informiert worden sind, besuchen die neuangekommenen PflegerInnen zunächst alle PatientInnen, für die sie an dem Tag zuständig sind. Währenddessen warten die PflegerInnen der vorangegangenen Schicht auf der Station. Nachdem bestätigt wird, dass alles in Ordnung ist und nichts vergessen oder falsch gemacht wurde, dürfen diese nach Hause gehen.

um ältere Frauen. Auch die anwesenden Angehörigen sind größtenteils Frauen, manche mittleren Alters, manche selbst Seniorinnen. Nur zwei der *folks* sind Männer und neben einer Patientin sitzt ein ungefähr 13 Jahre alter Jugendlicher auf dem Bett. Neben vier der Patientinnen sitzt nicht nur eine Person, sondern zwei bis drei Angehörige.

Suzanita nähert sich dem ersten Bett gleich neben der Tür, spricht die Begleiterin der betagten, bei vollem Bewusstsein scheinenden Patientin an und stellt ihr einige Fragen. Die Begleiterin antwortet prompt und deutet zwischendurch auf die Patientin. Die Patientin selbst sagt nichts, einmal nickt sie, während die anderen beiden sprechen, und auch Suzanita wendet sich nicht direkt an sie. Als wir die beiden verlassen, höre ich Begleiterin und Patientin hinter uns angeregt miteinander sprechen. Während Suzanita sich dem nächsten Bett zuwendet, schaue ich mich eingehender im Raum um. Die Stimmung wirkt überraschend lebendig und fröhlich auf mich. In der hinteren Ecke des Raumes scheinen die *folks* mehrerer Patientinnen in ein Gespräch verwickelt, es wird laut miteinander und durcheinander gesprochen und gelacht. Mir ist nicht ganz klar, wer von ihnen zu wem gehört. Als Suzanita und ich uns diesen hinteren Betten nähern, blicken die Angehörigen interessiert zu mir herüber, deuten mit dem Kopf in meine Richtung und unterhalten sich augenscheinlich über mich. Ich grüße sie und sie geben den Gruß lächelnd zurück, während sie aufgeregt weiter plaudern. Dann fragt mich eine von ihnen, woher ich komme. Als ich antworte, scherzt der einzige Mann in der Runde, ob ich nicht einen Mann aus Österreich für seine Nichte hätte. Dabei deutet er auf die junge Frau, die auf einem der Betten neben einer betagten Patientin liegt und ausgelassen lacht. Nachdem ich über meine Forschung hier erzählt habe und sie sich der Reihe nach vorgestellt haben, wird mir ein freier Plastikhocker zugewiesen. Suzanita setzt die Visite allein fort und ich bleibe für den restlichen Nachmittag im Krankenzimmer.

Enthusiastisch erzählen sie mir, wer zu welcher Patientin gehört, wer wie verwandt ist und wer schon wie lange hier im Krankenhaus ist. Die zwei älteren Frauen neben dem hintersten Bett sind die Töchter einer betagten Frau, die sich kaum bewegen kann. Eine der beiden, Mary, erzählt, dass sie schon seit zehn Tagen hier seien und dass sie gerade darauf warten würden, nach oben auf die nicht-infektiöse Station verlegt zu werden. Nahtlos geht sie dazu über, dass ihre Mutter „three units of blood“ brauche und dass sie deshalb morgen in die Stadt fahren werde, um bei der Blutbank Blut zu holen. Verwirrt, dass sie als Angehörige das Blut holen wird, frage ich, wie das denn funktioniere. Mary erzählt, dass ein Freund von ihr spenden werde und sie deshalb zur Blutbank in der Stadt fahren würden. Für die Prozedur, also die Entnahme und so weiter, müsse sie die Blutbank bezahlen und anschließend werde sie das Blut

hierherbringen. Während wir uns unterhalten, steht Marys Schwester mehrmals auf und kramt in den am Fensterbrett liegenden Taschen herum oder richtet etwas am Bett. Sie zieht das Laken zurecht, kurbelt den Kopfteil des Bettes wiederholt hoch und hinunter und bringt die Luftschläuche in Position, die in die Nase ihrer Mutter führen. Die restliche Zeit über sitzt sie nah neben ihrer Mutter und streichelt mit den Fingerspitzen sanft ihre Stirn. Mary erzählt, dass ihre Schwester „the one staying the whole time“ sei, während sie selbst jeden Morgen herkomme und bis sechs Uhr abends bleibe. Später, als Mary bereits nach Hause gegangen ist und ihre Schwester für einen kurzen Moment das Zimmer verlassen hat, steht die Begleiterin der Patientin vom Nachbarbett wortlos auf, nimmt die verrutschten Luftschläuche von Marys Mutter in die Hand und bringt das Nasenstück davon wieder richtig an.

Während ich mich mit Mary unterhalte, hören die anderen *folks* uns zu, plaudern untereinander und werfen zwischendurch Kommentare ein. Am Nebenbett scherzen der zuvor erwähnte Mann, Rafael, und die junge Frau, Rose, weiter über ihr Singledasein und potenzielle ausländische Partner. Rafael ist der Bruder der 72-jährigen Patientin. Rose wird von ihnen beiden im Gespräch als „apo“, Enkelin, bezeichnet. Später erklären sie mir dann, dass Roses Vater der Neffe der beiden sei. Rafael meint mit einem Zwinkern und einem verschmitzten Blick auf seine kranke Schwester: „She is a single, she has no husband, no kids.“ Alle drei lachen und Rafael fährt fort, dass Rose diejenige sei, die die ganze Zeit über bei ihrer Großmutter bleibe. Rose nickt und fügt erklärend hinzu, dass sie gerade nach Abschluss ihres Studiums noch auf Jobsuche sei, während die anderen beschäftigt seien. Als ich frage, wo sie denn seit dem fast einwöchigen Krankenhausaufenthalt ihrer Großmutter schlafe, lacht Rose und ruft: „Here!“ Sie deutet auf das Bett und meint lachend: „I adjust my body. I adjust it so the patient doesn’t fall out“, während sie vorzeigt, wie sie sich am Bettende zusammenrollt. Nach ungefähr einer Stunde steht Roses Großmutter langsam auf. Scheinbar ohne etwas Diesbezügliches zu sagen und während sie noch mit mir redet, erhebt sich Rose ebenfalls, nimmt den Infusionsbehälter von dem Gestell neben dem Bett herunter und trägt ihn hinter ihrer Großmutter her. Die beiden verschwinden im Badezimmer. Nach einer kurzen Weile kommt Rose allein wieder heraus, holt ein Handtuch und eine Seife in einem Plastikbeutel unter dem Bett hervor und entschuldigt sich bei mir. Sie erklärt: „My grandmother wants to take a bath“, woraufhin sie sich erneut Richtung Badezimmer entfernt.

An einem anderen Bett weiter vorne ist eine Frau mittleren Alters gerade dabei, mühevoll eine regungslose Patientin auf ihre Seite zu drehen. Dann reinigt sie mit einem Plastikhandschuh und Papiertüchern eine große wundgelegene Stelle an ihrem Gesäß. Rund um

dieses Bett herum befinden sich besonders viele Taschen, Fläschchen und Behälter. Anschließend wischt sie das Gesicht der Patientin mit einem feuchten Stofftuch ab und kramt weiter in den Taschen herum. Während der ganzen Zeit, die ich mich im Zimmer aufhalte, wirkt sie äußerst geschäftig.

Nachdem nach einiger Zeit das Abendessen geliefert worden ist, sehe ich bei einem Bett weiter vorne die betagte Begleiterin einer älteren Patientin Pölster und Gewand zu einem kleinen Berg aufstapeln. Anschließend greift sie unter die Arme der Patientin und versucht, sie hochzuziehen, um sie an den Stapel anzulehnen. Die Patientin kippt ein wenig zur Seite, sie ist zwar bei Bewusstsein, kann sich jedoch nicht selbst aufrecht halten und ihr Körper zuckt unkontrolliert. Eine andere Patientin erhebt sich und dreht unter Mühen die Kurbel am Bettende, um den Kopfteil des Bettes hochzustellen. Auch der jugendliche Begleiter einer anderen Patientin springt auf und hilft beim Kurbeln mit. Die Patientin sitzt nun eingesunken, aber halbwegs aufrecht an den Kleidungsstapel und das Bett gelehnt. Ihre Begleiterin nimmt einen Teller und Löffel vom Regal, da beim Essen kein Besteck mitgeliefert wird, befördert den Reis vom Tablett auf den Teller und füttert die Patientin.

Die diversen Sorgetätigkeiten der *folks* im Krankensaal an diesem Nachmittag verdeutlichen, zu welchem Ausmaß nicht medizinisch ausgebildete AkteurInnen in die Sorge für PatientInnen im staatlichen Krankenhaus eingebunden sind. In all den von mir beobachteten Fällen handelte es sich dabei um Verwandte, oft um EhepartnerInnen, Kinder, Eltern oder Geschwister, aber auch um Enkeln, Cousins und Cousinen, Nichten und Neffen. Während auch Männer, vor allem Ehemänner und Väter, die Rolle eines *bantay* einnahmen, war der Großteil der *folks* weiblich. Darüber hinaus wird in den beschriebenen Interaktionen im Krankensaal sichtbar, dass nicht nur ‚eigene Verwandte‘ in die Sorge für PatientInnen involviert sind. Sowohl PatientInnen untereinander als auch die *folks* unterschiedlicher PatientInnen unterstützten sich gegenseitig. Häufig unterhielten sie sich miteinander und vertrieben sich gemeinsam die Zeit. Rose erzählte mir beispielsweise, sie würde die meiste Zeit damit verbringen, zu schlafen und mit den benachbarten Patientinnen und Angehörigen zu plaudern und herumzualbern, auch weil die Internetverbindung im Zimmer so schlecht sei, dass sie immer nach draußen gehen müsse, um mit Familie oder FreundInnen chatten zu können. Ein paar Tage nach dem soeben beschriebenen Nachmittag erzählte mir Rose, dass sie in einigen Wochen am Begräbnis der Patientin vom Nachbarbett, Marys betagter Mutter, teilnehmen werde. Marys Mutter, der Rose in meiner Anwesenheit die Luftschläuche zurechtgerückt hatte, war am Tag nach meinem Besuch überraschend verstorben.

Im Hinblick auf die in der Einleitung vorgestellte Debatte der *hospital ethnography* zur Position von Krankenhäusern in der breiteren Gesellschaft, zeigen die Sorgepraktiken der *folks*, dass Krankenhäuser keineswegs vom alltäglichen sozialen Leben abgeschieden sind. Vielmehr sind sie durchdrungen von Personen und Dingen, die ich nicht als Teil dieser Institutionen vermutet hätte. Obwohl es sich beim Martinez Krankenhaus um eine öffentliche Gesundheitseinrichtung handelt, von der ich erwartet hätte, dass sie den Einfluss und die Teilhabe ‚privater‘ und ‚externer‘ AkteurInnen zu mindern versucht, ist im Martinez Krankenhaus die Anwesenheit und Mithilfe von Verwandten Normalität und Norm. Wie oben dargelegt, reichen die Sorgepraktiken der *folks* von klassisch pflegerischen Tätigkeiten wie Essensverabreichung, Körperpflege, Wundreinigung und Wundbehandlung über emotionale und soziale Sorge bis hin zum Inhalieren, zur Verabreichung von oralen Medikamenten und zur manuellen Beatmung. Während die Ausführung dieser Tätigkeiten durch Verwandte möglicherweise den Anschein erweckt, dass im Martinez Krankenhaus keine Trennlinie zwischen ‚Verwandtschaft‘ und ‚Medizin‘ gezogen wird, verläuft die Grenze zwischen den beiden vielmehr an einer anderen, für mich unerwarteten Stelle.

Dass Grenzen zwischen ‚Verwandtschaft‘ und ‚Medizin‘ in verschiedenen Kontexten unterschiedlich gezogen werden, zeigt sich auch in einem Vergleich der Interaktionen zwischen medizinischem Personal und Angehörigen im Martinez Krankenhaus mit jenen in dem von Shahaduz Zaman (2013) untersuchten Krankenhaus in Bangladesch. Wie zu Beginn der Visite mit Suzanita sichtbar wurde, fungieren die *watcher* von PatientInnen im Martinez Krankenhaus auch als direkte GesprächspartnerInnen für MitarbeiterInnen. Sowohl PflegerInnen und PflegeassistentInnen als auch ÄrztInnen adressierten in den meisten Fällen die Angehörigen und nicht die PatientInnen selbst. Auch umgekehrt waren die *folks* diejenigen, die Antworten und Informationen zu PatientInnen gaben, dem Personal Fragen stellten und mit Anliegen zur PflegerInnenstation kamen. Nur in seltenen Fällen meldeten sich PatientInnen von sich aus zu Wort oder richteten MitarbeiterInnen Fragen direkt an PatientInnen. Es sind auch Angehörige, die die Aufnahme und Entlassung von PatientInnen abwickeln und sämtliche administrative Stellen im Krankenhaus aufsuchen, um Formulare auszufüllen, Fragen zu beantworten und mit MitarbeiterInnen über Krankenversicherung und Bezahlung zu sprechen.

Im Unterschied dazu beschreibt Zaman (2013: 281–283) für das Krankenhaus in Bangladesch, dass über medizinische Inhalte ausschließlich mit PatientInnen selbst gesprochen wird, obwohl Verwandte ebenfalls integraler Bestandteil des Krankenhausalltags sind. Alle betreuenden Familienmitglieder mussten jeden Morgen die Station verlassen, bevor der

„professor“ seine Visite durchführe. Währenddessen sei die Anwesenheit von Verwandten streng verboten, weshalb das Personal die widerwilligen Verwandten zuvor unter großer Anstrengung einschließlich Geschrei, Schelte und zuweilen physischer Maßregelung dazu bewege, den Raum zu verlassen. Die Verwandten würden dann in der Lobby vor verschlossenem Tor zur Station warten. Auch nachdem der Arzt seine Visite bereits abgeschlossen habe, halte der Wärter das Tor noch eine Weile geschlossen, sodass das medizinische Personal die Station für sich habe. Abends würden stets mehr Verwandte zu Besuch kommen, die sich dann ohne strenge Regulierungen relativ frei auf der Abteilung aufhalten könnten, während sich die KrankenhausmitarbeiterInnen in dieser Zeit zurückziehen.

Dieses bangladeschische Krankenhaus ist somit auf einer temporalen Achse so organisiert, dass die Station zu bestimmten Zeiten mehr den ‚medizinischen‘ und zu anderen Zeiten mehr den ‚verwandtschaftlichen‘ AkteurInnen gehört. In gewissen Situationen wird Verwandtschaft regelrecht aus der medizinischen Sphäre ‚verbannt‘ und vom Inbegriff der Medizin, dem Arzt, ferngehalten. Im Martinez Krankenhaus wurde hingegen Wert auf die ununterbrochene Anwesenheit einer/s *bantay* gelegt und Gespräche zwischen medizinischem Personal und den Verwandten stellten die Norm dar. Dies zeigt, wie in verschiedenen lokalen Kontexten die Grenzen zwischen ‚medizinisch-öffentlich‘ und ‚verwandtschaftlich-privat‘ unterschiedlich gezogen werden.

Ein Bereich, an dem im Martinez Krankenhaus der Verlauf der Trennlinie zwischen ‚Verwandtschaft‘ und ‚Medizin‘ deutlich erkennbar wurde, waren Geburten. Im Kreißsaal sind keine Verwandten oder sonstigen BegleiterInnen erlaubt. Vor dem tatsächlichen Geburtsvorgang werden Frauen je nach gesundheitlichem Zustand von Mutter und Baby für einige Minuten bis zu vielen Stunden im *labor room* untergebracht. Kurz vor dem Moment der Entbindung begeben sich die Frauen zum Gebärstuhl in den angrenzenden *delivery room*. Beide Räumlichkeiten dürfen grundsätzlich nicht von den Vätern betreten werden. Auf Nachfrage wurde mir erklärt, dass Väter nur bei der Geburt dabei sein dürften, wenn sie ein Zertifikat über das Ablegen eines Geburtsvorbereitungskurses vorweisen können. In privaten Krankenhäusern sei ihr Beisein zwar möglich und durchaus üblich, aber hier im Martinez Krankenhaus komme es in der Praxis nicht vor. Auch weiblichen Verwandten der Gebärenden bleibt der Zugang zu diesen Orten verwehrt.

Für zwei Frauen, die eine längere Zeit im *labor room* verbrachten, weil sie mittels Infusionen Medikamente zur Geburtseinleitung verabreicht bekamen, brachten ihre Männer während meiner Anwesenheit zur Mittagszeit Essen vorbei. Die Männer durften durch die erste

Tür in den Vorraum des *labor rooms* eintreten und sich im vordersten Eingangsbereich hinter einer roten Bodenmarkierung aufhalten, die den Beginn der sterilen Zone markieren sollte. Die Frauen bewegten sich mitsamt ihrer Infusionsgestelle ebenfalls in den Vorraum hinaus, setzten sich dort auf einen Hocker und aßen, während die Männer an ihrer Seite warteten. Der Ausschluss von Angehörigen aus dem Kreißsaal und der Geburtssituation veranschaulicht, wie, wo und wann Verwandte vom medizinischen Bereich getrennt werden. Obwohl es im Martinez Krankenhaus zum Teil scheint, als gäbe es überhaupt keine Grenze zwischen ‚Medizin‘ und ‚Verwandtschaft‘, wird diese vielmehr an einer anderen Stelle gezogen. Auch im Fall der Männer, die das Essen vorbeibrachten, wurde die Grenze zwar ein kleines Stück weit verschoben, blieb aber dennoch aufrecht. Materialisiert in Form der roten Linie am Boden, mussten die Männer ‚außerhalb‘ bleiben.

Eine Grenzziehung zwischen ‚medizinisch-öffentlicher‘ und ‚verwandtschaftlich-privater‘ Sorge und Domäne findet im Martinez Krankenhaus auch über die Zuschreibungen bestimmter Sorgetätigkeiten an bestimmte Personen statt. Wie Hannah Brown (2012: 20, 22) für ein Krankenhaus in Kenia zeigt, werden durch die Verhandlungen von Sorgeverantwortlichkeiten zwischen medizinischen und familiären AkteurInnen die „domestic“ und „biomedical“ Sphäre und die Grenzen zwischen den beiden ständig neu ausverhandelt. Sie beobachtete in ihrer Forschung im Krankenhaus ebenfalls, dass sich Personen, Symbole, Objekte, Räume und Sorgepraktiken, die üblicherweise mit der medizinischen Sphäre assoziiert werden, mit jenen überschneiden, die der verwandtschaftlichen Sphäre zugerechnet werden. Sie argumentiert deshalb, dass im Krankenhaus, das gewöhnlich ausschließlich mit „biomedical“ Sorge und Autorität assoziiert wird, eine zweite, ebenso wichtige Form von Sorge existiert, die sie „familial“ bzw. „domestic“ nennt (ebd.: 18).

Weiter argumentiert sie, dass dabei bestimmte Formen der Sorge normativ mit bestimmten AkteurInnen und sozialen Domänen verbunden werden. Es gebe klare geteilte Vorstellungen darüber, welche Personen für welche Sorgetätigkeiten angemessen seien. Brown spricht hier davon, dass KrankenpflegerInnen und Familienmitglieder übereinstimmend zwischen einem „biomedical“ und einem „familial“ Körper der PatientInnen unterscheiden, der jeweils verschiedene Formen von Sorge verlange: „[T]hey delineated care in ways that distinguished between a type of care that was domestic/close/involved with the body from another that was biomedical/distant[/]protected from the body“ (ebd.: 22). Eine angemessene Sorge des „familial body“ erfordere, dass sich Personen aus dem persönlichen Umfeld von PatientInnen darum kümmern. Durch diese Zuschreibungen von Verantwortung an bestimmte

AkteurInnen werde innerhalb des Krankenhauses die „domestic“ Sphäre reproduziert, aber auch neu konfiguriert und die Grenze zwischen „familial“ und „biomedical“ Sorge gezogen, aufrechterhalten und betont (ebd.: 22–23).

Auch in den Sorgeprozessen rund um PatientInnen im Martinez Krankenhaus wird die Grenze zwischen ‚medizinisch-öffentlich‘ und ‚verwandtschaftlich-privat‘ über Zuschreibungen bestimmter Sorgetätigkeiten jeweils an das Pflegepersonal und an die *folks* gezogen. Wie in den Beschreibungen der Tätigkeiten der *folks* bereits sichtbar wurde, waren Sorgeverantwortlichkeiten zwischen Verwandten und KrankenpflegerInnen/PflegeassistentInnen relativ klar aufgeteilt: Körperliche, persönliche und soziale Sorge galt als Aufgabe der Angehörigen, während sich Pflegekräfte um distanziertere, technisch-medizinische Tätigkeiten wie Medikamente, Infusionen und Aufzeichnungen kümmerten. In dieser Aufteilung resoniert eine gängige Assoziation von persönlicher, naher und intimer Sorge mit der Sphäre der Verwandtschaft (Thelen 2015: 489–499). Somit scheint die Zuordnung von körperlichen und nahen Sorgetätigkeiten an Verwandte sowie von distanzierten und medizinisch-technischen Sorgetätigkeiten an Pflegekräfte die gängige Dichotomie von ‚warmer‘ und ‚natürlich besserer‘ Sorge von Verwandten widerzuspiegeln (ebd.: 510). Jedoch bedeutet die im Krankenhaus vorherrschende Aufteilung nicht, dass Sorgepraktiken von PflegerInnen und PflegeassistentInnen ‚kälter‘ bzw. ‚schlechter‘ waren oder als solche angesehen wurden. Vielmehr handelt es sich um vor Ort als distinkt verstandene, sowohl für *folks* als auch für Pflegekräfte normalisierte, Verantwortungsbereiche.

Parallel zu dieser Norm der Zuständigkeit von Verwandten für körpernahe Pflegeleistungen erzählten KrankenpflegerInnen im Martinez Krankenhaus aber auch, dass genau diese Aufgaben „eigentlich“ in ihren Zuständigkeitsbereich fallen würden. Ähnlich wie die PflegerInnen in Browns (2012: 22) Forschung, deuteten sie an, dass körperliche Pflegeleistungen „theoretisch“ durchaus ihre Verantwortung seien. Dass diese theoretische Verantwortlichkeit nicht in die Praxis umgesetzt wird, erklärten PflegerInnen im Martinez Krankenhaus damit, dass dies unter den gegebenen Umständen nicht möglich sei. Ein Pfleger erwähnte einmal, als wir während einer Visite zum ersten Bett gingen: „In a tertiary hospital, you would really introduce yourself now“, man würde den eigenen Namen nennen und die PatientInnen informieren, dass man für diesen und jenen Zeitraum der/die zuständige PflegerIn sei. „There, you would also do more bed-side care. But here, there are so many patients that you don’t have enough time for it, and you only do it very briefly.“

Ein anderer Pfleger sagte, als er versuchte, mir zu erklären, was *functional nursing*⁹ sei: „You know, we are a Third World Country, and that’s why we do the functional nursing. Because the nurse-to-patient ratio is very bad here.“ Da das Zahlenverhältnis in anderen Ländern niedriger sei, „you do more holistic care there, more bed-side care.“ Dort verbringe man mehr Zeit bei den PatientInnen und man wasche und füttere sie auch. Die hohe Anzahl von PatientInnen pro PflegerIn vor Ort erlaube es allerdings nicht, diese Art der Sorge durchzuführen. Somit galten (mehr) „hands-on care“ und „bed-side care“ aufgrund der Knappheit von Zeit, Arbeitskräften und Ressourcen als Unmöglichkeit. Jedoch fiel mir auf, dass PflegerInnen diese Tätigkeiten auch zu jenen Zeitpunkten nicht ausführten, in denen sie gerade nicht viel zu tun hatten oder sich weniger PatientInnen auf der Station befanden. Dies verweist auf eine aktive Grenzziehung von Seiten der PflegerInnen, mithilfe derer sie den Bereich ihrer eigenen Sorgeverantwortlichkeiten von jenem der verwandtschaftlichen Sorge differenzieren.

Wie normalisiert Verwandte im Krankenhaus sind, zeigt sich darin, dass die Vorschrift zur Erforderlichkeit einer/s *bantay* lediglich angesprochen wurde, wenn ich eine Frage dazu stellte oder wenn die Regel nicht eingehalten wurde. Selbst eine hochrangige Mitarbeiterin in einer leitenden Position des Pflegedienstes konnte nicht mit Sicherheit sagen, ob es diesbezüglich eine schriftliche Regel im Martinez Krankenhaus gibt. Im Interview erklärte Mam Jasmine mir zunächst: „In fact, here, there is like a policy that you cannot leave your patient, you have to stay here, you cannot go out. ... You will be, you will be reprimanded if you’re going to go home and then nobody is left.“ Als ich daraufhin wiederholte, ob es sich also um eine „policy“ des Krankenhauses handle, antwortete sie lachend: „I don’t know if we have really a written policy, I’m not so sure.“ Im Anschluss an diese Aussage ging Mam Jasmine nahtlos zu Erläuterungen bezüglich der Notwendigkeit der *folks* für das Funktionieren des Krankenhauses über: „Because like, if the patients are left alone, then the nurses have so

⁹ Der Begriff *functional nursing* fiel einige Male, wenn PflegerInnen mir erklärten, was sie machen, ohne dass er näher erläutert wurde. Auf meine explizite Nachfrage erhielt ich keine klare Antwort und die PflegerInnen hatten sichtlich Probleme, es mir zu erklären. Ein Pfleger suchte schließlich auf Wikipedia nach unterschiedlichen Typen der Pflege und gab mir den Eintrag zu lesen: Als *functional nursing* wird jenes Pflegemodell bezeichnet, bei dem Aufgaben unter den PflegerInnen aufgeteilt werden, sodass ein/e PflegerIn beispielsweise ausschließlich für die Medikation aller PatientInnen zuständig ist. Außerdem wird die Kommunikation als „hierarchisch“ beschrieben: PflegerInnen geben Informationen mittels Aufzeichnungen an eine/n leitende/n PflegerIn weiter, der/die als Ansprechperson für ÄrztInnen fungiert. Das Gegenstück, das als Ideal gilt und personell besser ausgestatteten Krankenhäusern zugeschrieben wird, wird *primary nursing* genannt. In diesem Modell werden nicht einzelne Aufgaben, sondern PatientInnen aufgeteilt, sodass ein/e PflegerIn für den gesamten Krankenhausaufenthalt einer Gruppe von PatientInnen zuständig ist und sämtliche Kommunikation für diese Gruppe übernimmt (Primary Nursing 2021).

many patients. I think they will not be able to function well. ... So I think it will be very detrimental if the family would leave.“ In ähnlicher Weise stellte eine Stationspflegerin das schlechte zahlenmäßige Betreuungsverhältnis von PflegerInnen zu PatientInnen als den Grund dafür dar „why the folks are so important here. We need them to assist the patients and also as a way of monitoring.“ Die *folks* würden ihnen immer gleich mitteilen, wenn etwas mit den PatientInnen nicht stimme.

Mit diesen Erläuterungen greifen Mam Jasmine und die andere Krankenpflegerin zur Rationalisierung der Anwesenheit und Mithilfe der *folks* auf eine funktionalistische Erklärung zurück. Solche Erklärungsmodelle, die ökonomische und materielle Faktoren wie Ressourcenmangel als Grund für die Teilhabe der Verwandten in den Vordergrund rücken, wurden häufig von KrankenpflegerInnen genutzt. In Browns Forschung (2012: 24) wurde ein solches „economic model of explanation“ insbesondere von sich kümmernden Verwandten verwendet, die betonten, dass ihre PatientInnen aufgrund der mangelhaften Ausstattung und Krankenpflege ohne sie nicht ordentlich versorgt würden. Im Martinez Krankenhaus hoben hingegen PflegerInnen hervor, dass sie die *folks* deshalb im Krankenhaus bräuchten, weil sie zu wenig Pflegekräfte für zu viele PatientInnen seien.

In diesen Diskursen über im Krankenhaus vorherrschende Mängel wurde häufig ein Vergleich zu anderen Ländern und Krankenhäusern hergestellt. Neben dem schlechten Zahlenverhältnis von Pflegekräften zu PatientInnen wurden oft auch die geringen zur Verfügung stehenden finanziellen Mittel und fehlende technische Ressourcen zum Gegenstand dieses Vergleichs mit ‚den anderen‘. Die Repräsentationen des Martinez Krankenhauses als in diesen Belangen ‚rückschrittlich‘ waren eingebettet in global zirkulierende Diskurse zu ‚hochwertiger‘ und ‚moderner‘ Krankenpflege und technologischem Fortschritt. Einer der zahlreichen PflegerInnen, die den als äußerst schlecht geltenden zuvor erwähnten *nurse-to-patient ratio* beklagten, meinte, dass ein/e PflegerIn in den Philippinen aufgrund des MitarbeiterInnenmangels für rund zehn PatientInnen zuständig sei. An jenem Tag beispielsweise seien sie auf seiner Station für 26 PatientInnen nur zu dritt. In anderen Ländern wie Deutschland oder den USA sei das Betreuungsverhältnis viel besser, ein/e PflegerIn sei dort nur für ein bis zwei PatientInnen zuständig. In dieser Gegenüberstellung schwingen gängige und global zirkulierende Bilder des ‚erfolgreichen‘ und ‚modernen‘ ‚Westens‘ und Zuschreibungen darüber, was diese ‚Modernität‘ ausmacht, mit, ungeachtet dessen, dass der durchschnittliche *patient-to-nurse ratio* in Deutschland beispielsweise ebenfalls 10:1 beträgt (Rafferty et al. 2019: 47).

Wie sich in den normativen Zuschreibungen von bestimmten Sorgeverantwortlichkeiten an Verwandte einerseits und an Pflegekräfte andererseits gezeigt hat, bieten diese von KrankenpflegerInnen häufig herangezogenen materiellen Begründungen keine hinreichende Erklärung für die Rolle der *folks* im Krankenhaus. Während laut Brown (2012: 24) in vielen wissenschaftlichen Studien die Präsenz von Angehörigen in außereuropäischen Krankenhäusern auf eine bloße Folge des schlechten Gesundheitssystems reduziert wird (siehe z. B. Chang 2001), sind Verwandte im Martinez Krankenhaus mehr als das: Dass sie PatientInnen im Krankenhaus begleiten, bewachen und pflegen, ist Bestandteil des lokalen Verständnisses von ‚guter‘ Sorge. Im nächsten Abschnitt werde ich näher auf solche Normen und allgemeinere Diskurse in Hinblick auf verwandtschaftliche Sorge eingehen, mit denen Sorge für Verwandte im Krankenhaus in Zusammenhang steht.

„Caring Filipino/as“: Sorge als ‚Kultur‘

Während einer Frühschicht Ende Jänner begleite ich zum ersten Mal die Pflegeassistentin Mary Grace auf ihrer *vital signs check round*¹⁰ auf der Station für Geburtshilfe und Gynäkologie. Währenddessen erzählt Mary Grace mir über die gesundheitlichen Probleme der Babys und ihrer Mütter sowie über allgemeine Schwierigkeiten hier im Krankenhaus. Gerade deutet sie auf ein Baby und erklärt mir, dass es wegen seiner gelblichen Hautfarbe mit einer speziellen Lampe beleuchtet werden müsse. Danach fährt sie mit den großen Herausforderungen für Frühgeborene fort. Diese hätten es hier besonders schwer, weil es im Krankenhaus keine Brutkästen gebe. Man habe hier auch keinen sterilen Raum, in welchem man sie vor Bakterien schützen könne. Als wir das Krankenzimmer verlassen, sagt Mary Grace mit einem langen Blick zu mir: „You are lucky because you live in Austria, because it is one of the richest countries.“

Wir setzen den Kontrollgang fort. In einem der Zimmer liegt eine Frau mit Brustkrebs im Endstadium, mit der sich Mary Grace für eine Weile unterhält. Im Anschluss daran erzählt sie mir, dass es sehr schwer sei, weil es kein Heilmittel gebe und die Frau alles in die Hände Gottes legen müsse. Die Frau sei sehr besorgt wegen ihrer jüngsten Tochter, weil diese noch zur Schule gehe. Mary Grace meint, dass sie der Frau gesagt habe, dass die zwei älteren Töchter,

¹⁰ *Vital signs check rounds* stellen eine der Hauptaufgaben von PflegeassistentInnen dar. Pro Schicht wird dieser Rundgang auf jeder Station einmal von der/dem jeweils zuständigen PflegeassistentIn durchgeführt. Im Zuge dessen messen sie Blutdruck, Temperatur und Sauerstoffsättigung des Blutes aller PatientInnen einer Station, fragen nach Flüssigkeitsaufnahme und -abgabe und tragen die entsprechenden Werte in ein Notizbuch und die PatientInnenakte ein.

die bereits arbeiten, in Zukunft bestimmt für die jüngere Schwester sorgen würden und dass sie sich deshalb keine Gedanken machen müsse. Dies kommentiert Mary Grace mit: „You have to look after your family.“ Erneut setzen wir die Runde fort. Als wir das nächste Zimmer verlassen, sagt Mary Grace unvermittelt zu mir: „But despite of all the problems, we are also lucky here because we take care of our elders.“ Es sei hier nicht so wie in anderen Ländern mit Altenheimen und dergleichen. Hier seien nur jene alten Menschen im Heim, die keine Familie hätten, da die meisten Filipino/as zuhause für ihre Älteren sorgen. „Here, you live with your extended family and everybody takes care of each other, even if it is just an uncle for example,“ verkündet Mary Grace stolz und fährt dann fort: „We’re proud of caring for our elders, we like caring for our family.“

Mary Grace stellt hier ausgeprägte verwandtschaftliche Sorge als Normalität in den Philippinen dar und kontrastiert diese mit mutmaßlich weniger Sorge und geringerem familiärem Zusammenhalt in anderen Ländern. Somit greift sie auf ein Erklärungsmuster zurück, demzufolge Sorge unter Verwandten eine kulturelle Eigenschaft von Filipino/as darstellt. Ein ähnliches kulturalisiertes Erklärungsmodell begegnete mir an einem anderen Tag, als ich mit einer Krankenpflegerin und dem diensthabenden Arzt Doc Ramos am Stationstisch saß. Während sie beide gerade in den PatientInnenakten schrieben, stellte mir Doc Ramos Fragen darüber, was ich hier mache, warum ich in diesem Krankenhaus bin und was ich über die Krankenhäuser hier denke. Als ich im Gespräch erzählte, dass in Österreich die Familie nicht durchgehend an der Seite der PatientInnen bleibe, hob die Pflegerin ruckartig den Kopf und fragte mich erstaunt, wenn nicht entsetzt: „So, you just leave your patient alone?!“ Doc Ramos nickte wissend und meinte, er habe mitbekommen, dass es anderswo so laufe. Er erklärte mir: „It’s a very different culture here.“ Man bleibe immer bei den PatientInnen, man sei immer hier und, „it’s our culture to take care of the patients.“ Die entsetzte Reaktion der Pflegerin und dass sie von „allein“ spricht, wenn PatientInnen nicht ununterbrochen Verwandte an ihrer Seite haben, zeigt erneut die Vorstellungen über die Art und Weise, wie Verwandte am Krankenhausaufenthalt teilzunehmen haben. Doc Ramos verwendet für die „hier“ verbreitete, mutmaßlich intensivere Sorge unter Verwandten, wie Mary Grace zuvor, die ‚philippinische Kultur‘ als Begründung.

Dies ist vergleichbar mit Browns kenianischen GesprächspartnerInnen, die betonten, „that ‘Africans’ had to help their families“ (2010: 24). In ähnlicher Weise wurde im Martinez Krankenhaus die Teilhabe von Verwandten am Krankenhausaufenthalt damit begründet, dass Filipino/as enge familiäre Bindungen hätten und dass man sich in den Philippinen um die eigene

Familie kümmere. In Anbetracht der materiell orientierten Begründungen für verwandtschaftliche Sorge im Krankenhaus, die ich im vorherigen Abschnitt aufgezeigt habe, wird deutlich, dass PflegerInnen *sowohl* auf materielle *als auch* auf kulturelle Erklärungen zurückgreifen. Beide Erklärungsmuster stellen gängige Rationalisierungsversuche dar, die jeweils in bestimmten Situationen abgerufen werden, um etwas, das gesellschaftlich völlig normalisiert ist, nachträglich zu begründen.

Sowie in den auf Materialität fokussierten Erklärungen wird auch in jenen, die kulturelle Eigenschaften hervorheben, ein kollektives ‚Wir‘ in Abgrenzung zu einem ‚Anderen‘ definiert. In diesem oft nicht klar definierten, aber häufig mit europäischen und nordamerikanischen Ländern assoziierten ‚Anderen‘ kümmern sich Familienmitglieder angeblich nicht oder zumindest weniger umeinander. Diese lokalen Vorstellungen stehen in Einklang mit gängigen weltweit zirkulierenden Diskursen über Verwandtschaft und ‚Modernisierung‘. Üblicherweise werden ‚moderne‘, ‚entwickelte‘, ‚westliche‘ Gesellschaften mit einem ‚rationalen‘, bürokratischen Staat und kleinen Kernfamilien assoziiert, während ‚prämoderne‘ ‚Entwicklungsgesellschaften‘ mit ‚traditionellen‘ Formen der politischen Organisation und großen Verwandtschaftsnetzwerken verbunden werden (McKinnon und Cannell 2013; Thelen und Alber 2018: 1–2).

Wie sich in den Diskursen von Mary Grace und dem Arzt zeigt, werden ‚modernisierte‘ Gesellschaften mit einem Rückgang von Sorge innerhalb der Familie assoziiert, während in Bezug auf angeblich ‚weniger modernisierte‘ Gesellschaften angenommen wird, dass Menschen sich innerhalb ‚traditioneller‘ verwandtschaftlicher Beziehungen umeinander kümmern. Hier wird deutlich, dass Sorge eine wesentliche Rolle in der Produktion von Differenzen zwischen Gruppen spielt (Thelen und Coe 2019: 287–289). Die global zirkulierenden Bilder vom zunehmenden Bedeutungsverlust der Verwandtschaft und der verwandtschaftlichen Sorge in der ‚Moderne‘ sind vor allem in Selbst- und Fremdzuschreibungen ‚des Westens‘ gegenüber ‚den anderen‘ zentral (Thelen und Alber 2018: 4). Sie werden jedoch auch weltweit von Gruppen zur Selbstrepräsentation und zur Abgrenzung von ‚anderen‘ verwendet (Thelen und Coe 2019: 288). Die wiederholte Betonung von KrankenhausmitarbeiterInnen, PatientInnen und Angehörigen, dass im Gegensatz zu anderen Ländern „hier in den Philippinen“ die Familie „noch“ wichtig sei und dass man sich innerhalb der Verwandtschaft umeinander kümmere, zeugt von solchen Vorstellungen und deren Relevanz in Selbst- und Fremdzuschreibungen. Der ‚ausgeprägte, traditionelle Familienzusammenhalt‘ wurde in diesem Rahmen positiv konnotiert.

Eine ähnliche Kulturalisierung, wie sie mir im Falle der ‚sorgenden‘ philippinischen Familie‘ begegnete, fand auch hinsichtlich der Eigenschaften von philippinischen KrankenpflegerInnen statt. Einmal sagte eine Pflegerin völlig unvermittelt im Gespräch zu mir: „Filipinos are among the best caregivers.“ Deshalb seien sie auch in Ländern wie Deutschland gefragt und würden dort sehr geschätzt, „because we are so compassionate and caring.“ Um dies zu unterstreichen, erzählte sie mir daraufhin von ihren zwei FreundInnen, die in Deutschland als KrankenpflegerInnen arbeiten. Auch Mary Grace meinte an einem anderen Tag, als wir ebenfalls auf ihrer *vital signs check round* unterwegs waren und gerade vor einem Krankenbett standen, aus heiterem Himmel zu mir: „Here, we have many healthcare staff but no equipments and no facilities. That’s why Filipino nurses are so in demand in other countries. Because they know that we are good ...“ Mary Grace überlegte kurz und fuhr dann fort: „That we take good care of people.“ Als ich interessiert nickte, fügte sie in bestätigendem Tonfall hinzu, dass Deutschland im Moment Tausende philippinische PflegerInnen anwerbe. Beide Mitarbeiterinnen stellten es somit als die ‚Natur‘ von Filipino/as dar, *caring* zu sein. Auch international sind solche Narrative der ausgeprägten Fürsorglichkeit von Filipino/as als ‚inhärentes‘ Element ihrer ‚Kultur‘ im Umlauf. Megha Amrith (2017: 11, 54) beschreibt, wie Stereotype von vor allem philippinischen Frauen als diszipliniert, fleißig, ehrlich und *caring* sie am internationalen Arbeitskräftemarkt zu idealen Arbeiterinnen im Dienstleistungssektor machen. Im Kontext der Emigration aus den Philippinen greifen sowohl der philippinische Staat als auch Arbeitsvermittlungsagenturen auf solche Bilder zurück, wenn sie neben HaushaltsarbeiterInnen insbesondere auch KrankenpflegerInnen international bewerben (ebd.).

Indem PflegerInnen im Martinez Krankenhaus betonten, wie gefragt sie in Deutschland und anderen Ländern seien, stellten sie jene Länder als der philippinischen PflegerInnen bedürftig dar. Während der sonstige Diskurs zu ‚westlichen‘ Ländern stark von deren wahrgenommener Überlegenheit dominiert war, waren es in diesem Fall philippinische KrankenpflegerInnen, die etwas zu bieten hatten, was ‚den anderen‘ mutmaßlich fehlte. Es wird ein Gegensatz markiert zwischen Ländern, die mehr Personal, Ausstattung und Ressourcen haben, und den Philippinen, deren PflegerInnen „more passionate in [their] care“ seien und dadurch den sonstigen Mangel wettmachen würden. Hier stellen sich PflegerInnen und PflegeassistentInnen im internationalen Vergleich als ‚bessere‘ Sorgende dar, indem sie Krankenpflege in den Philippinen als ‚wärmer‘ und ‚einfühlsamer‘ sowie jene in ‚westlichen‘ Ländern als ‚kälter‘ und ‚weniger fürsorglich‘ repräsentieren.

Auch Verwandte selbst stellten ihre Sorge für Kranke im Einklang mit dem kollektiven Selbstbild der *caring* Filipino/as als eine fürsorgliche, liebevolle Handlung dar. Ein Bekannter aus der Gegend, der nicht mit dem Martinez Krankenhaus in Verbindung steht und dessen Vater während meiner Aufenthaltszeit in ein privates Krankenhaus eingewiesen wurde, erzählte mir, dass er jede mögliche Minute im Krankenhaus verbringe. Obwohl sich in diesem privaten Krankenhaus eine private Krankenpflegerin um alle pflegerischen Bedürfnisse seines Vaters kümmerte und somit keine materielle Notwendigkeit für ihre Anwesenheit bestand, blieben er, sein Bruder und deren Mutter die ganze Zeit und auch über Nacht bei ihm. Er betonte: „You want to be there! You just want to be there for him.“

Mein Bekannter und manche GesprächspartnerInnen im Martinez Krankenhaus betonten also bezüglich der Sorge für kranke Verwandte Liebe und Freiwilligkeit. In anderen Narrationen stand der Aspekt der Pflicht im Zentrum, ohne dass diese beiden Dimensionen als Widerspruch dargestellt wurden. In beiden Erzählungen überwog eine Repräsentation dieser erbrachten Sorgeleistungen als etwas Positives. Chrystal, die Tochter eines betagten Patienten, erzählte mir davon, wie schwierig es sei, die Pflichten als *bantay* zu erfüllen. Sie habe mit ihrem Bruder, mit dem sie sich abwechselnd um ihren Vater kümmert, einen Zeitplan zur Koordination erstellt. Sie befinde sich immer tagsüber an der Seite ihres Vaters und ihr Bruder abends und nachts. Neben dem kranken Vater müsse sie sich bei sich zuhause auch noch um ihre bettlägerige Mutter und um ihren kleinen Laden kümmern. Ihr Bruder habe einen Job und vier Kinder und deshalb ebenso Schwierigkeiten, all dies zu vereinbaren. Chrystal betonte: „We sacrifice to be here and to take care of him. It’s difficult.“ Abgesehen von den durch Sorgeverpflichtungen ausgelösten Herausforderungen, von denen sie erzählt, ist besonders interessant, wie Chrystal sich hier als ‚gute‘ Tochter präsentiert. Indem sie Bilder von Aufopferung und Verzicht in ihrer Darstellung der Sorge für ihren Vater verwendet, stellt sie sich und ihren Bruder als ‚gute‘ Kinder dar.

Auch in Bezug auf verwandtschaftliche Beziehungen außerhalb des Krankenhauses wurden gegenseitige Sorge und Interdependenzen oftmals positiv dargestellt. Einmal fragte mich eine Pflegerin in unserem Gespräch über meine vegetarische Ernährungsweise, seit wann ich denn Vegetarierin sei. Als ich antwortete, dass ich Vegetarierin geworden war, als ich vor ungefähr sechs Jahren aus der Wohnung meiner Eltern ausgezogen war, blickte mich die Pflegerin bestürzt an. Ungläubig fragte sie: „They force you to move out there?“. Ich entgegnete, dass ich freiwillig ausgezogen und zum Studieren in die Hauptstadt übersiedelt sei. Die Pflegerin schien ein wenig beruhigt, sie nickte und meinte: „Okay, okay. But here, people

like to live with their family.“ Hier sei es normal, dass auch erwachsene Personen, die bereits verheiratet seien und eine eigene Familie hätten, noch bei den Eltern wohnen. Ein anderes Mal wurde ich gefragt, ob es denn wahr sei, dass man in meinem Land wirklich „unabhängig“ sein müsse, sobald man erwachsen wird. Diese Fragen und Reaktionen bezüglich der Lebensführung ‚in Distanz‘ zu Eltern und Verwandten illustrieren, dass generationellen Interdependenzen ein hoher Wert beigemessen wird.

In diesem Zusammenhang fiel auch das „utang na loob“-Prinzip, was auf Englisch grob übersetzt „debt of gratitude“ bedeutet. Unter Schwierigkeiten versuchte der oben erwähnte Arzt Doc Ramos mir diese laut ihm in den Philippinen weit verbreitete Norm zu erklären: „As a child you’re kind of indebted to your parents.“ Man könne es nicht wirklich als „debt“ oder „pay back“ bezeichnen und die Norm könne sehr unterschiedliche Formen annehmen, aber als Kind gebe man jedenfalls zurück. Man sei den Eltern gegenüber dankbar und ihnen verpflichtet. „Utang na loob“ bezeichnet somit eine Norm der verzögerten Reziprozität: Sorgeverpflichtungen gegenüber den Eltern werden mit deren vergangenen Sorgeleistungen für ihre Kinder verknüpft und anhand dieser legitimiert. Für Japan beschreibt Akiko Hashimoto (1996: 79–80) ein ähnliches System der sozialen Sicherung für SeniorInnen, innerhalb dessen ältere Generationen ihr Recht auf Sorge mit früher erbrachten Sorgeleistungen verdienen. Sorge im Alter basiere auf etablierten Normen zu intergenerationellen Obligationen sowie einem Gefühl von gegenseitiger Sorge zwischen Eltern und Kindern. Diese institutionalisierte Reziprozität schaffe „a serial order of care for the elderly“ (ebd.: 79).

Auch in Fällen, in denen nicht explizit auf das „utang na loob“-Prinzip verwiesen wurde, traten intergenerationelle Sorgeverpflichtungen zutage. In der *Medical Social Service Unit* im Krankenhaus beispielsweise führte es mehrmals zu Unmut, wenn KlientInnen sich mutmaßlich nicht ‚richtig‘ um ältere Verwandte kümmerten. Die drei SozialarbeiterInnen beklagten mehrmals, dass in ärmeren, bildungsfernen Haushalten, in denen die gesamte Großfamilie gemeinsam mit vielen kleinen Kindern unter einem Dach wohnen würde, die ganze Last den Großeltern zufalle. Anstatt sich um ihre betagten Eltern zu kümmern, würden junge Paare ihnen zusätzlich die Bürde der Erziehung ihrer kleinen Kinder aufhalsen. Als SozialarbeiterInnen würden sie den jungen Paaren dann immer erklären, dass sie nicht den Großeltern zur Last fallen dürften und sich selbst um ihren Lebensunterhalt kümmern müssten. Es sei für ihre Eltern anstrengend gewesen, sie von klein auf großzuziehen und nun müssten sie sich um ihre Eltern kümmern: „Good sons and daughters take care of their parents“. Hier werden einerseits die Erwartungen der SozialarbeiterInnen deutlich, dass junge Erwachsene für ihre betagten Eltern

sorgen sollten. Gleichzeitig zeigen sich jedoch in ihrem Kommentar darüber, dass sich diese jungen Paare selbst um ihren Lebensunterhalt kümmern sollten, auch die Ambivalenzen der Vorstellungen zu Reziprozität. Während einerseits, wie in den ansonsten dominanten Diskursen, intergenerationelle Sorge gutgeheißen und erwartet wird, wird hier andererseits die junge Kernfamilie zu Selbstständigkeit aufgefordert. Diese uneindeutigen Ideale hinsichtlich intergenerationaler Sorge weisen auf eine Überlagerung der ‚Tradition‘ der verzögerten Reziprozität mit Diskursen der ‚modernen‘, unabhängigen Kleinfamilie hin.

Wenngleich die Normen zu intergenerationaler Sorge also teils ambivalent sind, stehen die verwandtschaftlichen Sorgepraktiken im Krankenhaus jedenfalls mit diesen allgemeineren gesellschaftlichen Idealen in Zusammenhang. Sorge von Verwandten im Krankenhaus kann als Ausdruck von dominanten Vorstellungen zu Reziprozität, Generationenverpflichtungen und Bildern von *caring* Filipino/as verstanden werden. Die „relational obligations marked by age, gender, siblingship, marriage, and parenthood“, die Verantwortlichkeiten innerhalb eines Haushalts und unter Verwandten strukturieren, sind im Krankenhaus wirksam, wo ein „enactment of these obligations through caring practices“ stattfindet (Brown 2010: 23). Die im Martinez Krankenhaus vorherrschenden Diskurse zu intergenerationellen Interdependenzen und zur fürsorglichen ‚Kultur‘ von philippinischen Familienmitgliedern, aber auch Pflegekräften, zeigen, wie die Sorgepraktiken für PatientInnen mit allgemeineren Normen und Narrativen zu Sorge verbunden sind. Im folgenden Abschnitt werde ich darlegen, dass die Sorge für kranke Verwandte keine Selbstverständlichkeit darstellt und wie damit umgegangen wird, wenn die Praxis von den soeben beschriebenen Normen abweicht.

„Folkless“: Das ‚Problem‘ von ‚zu wenig‘ Verwandtschaft

Ende Februar lerne ich die Patientin Angela kennen. An diesem Tag ist mir im Rahmen der Visiten durch die Krankensäle aufgefallen, dass sich am Bett dieser etwa 55 Jahre alten Patientin zu keinem Zeitpunkt *folks* aufhielten. Gegen Abend, als ich gerade dabei bin, das Zimmer mit dem zuständigen Pfleger wieder zu verlassen, nähere ich mich ihr und frage, ob sie allein hier im Krankenhaus ist. Angela bejaht lächelnd und meint sogleich, dass ihre Familie in Manila sei, während sie selbst nicht wirklich hier lebe, sondern nur hergekommen sei, um ihre betagte Mutter zu besuchen. Als ich am nächsten Nachmittag im Krankenhaus ankomme, begeben wir uns direkt zu ihr. Erst nachdem eine Weile verstrichen ist, wird mir klar, dass die lächelnde, stille Frau Anfang 20, die auf einem Stuhl zwischen Angelas Bett und dem Nachbarnbett sitzt, zu ihr gehört. Angela stellt die junge Frau schließlich als ihre Cousine vor

und meint, dass sie „just to visit“ gekommen sei. Sie habe sie gefragt, ob sie bis zum nächsten Morgen hier bei ihr bleiben könne, „but I don’t know if she’ll stay.“ Dabei blickt Angela ihre Cousine lächelnd und fragend an. Diese lächelt ebenfalls, scheinbar verlegen, antwortet aber nicht. Angela fährt fort: „She has a lot of work to do.“ Später meint auch die Cousine selbst in entschuldigendem Tonfall zu mir: „I have a lot of work at the house. I have to feed the animals.“ Angela nickt bestätigend und fügt hinzu: „Yes, she is the one taking care of them and raising them.“ Immer wieder bittet sie ihre Cousine an diesem Nachmittag freundlich, aber mit Nachdruck und offenbar etwas verzweifelt, über Nacht bei ihr zu bleiben.

Angela und ich verabreden uns für den nächsten Tag, ihren sechsten Tag hier im Krankenhaus. In diesen Stunden unterhalten wir uns ausführlich über ihre Familie. Um sich um ihre fast 90-jährige Mutter zu kümmern, habe sie vor über zwei Jahren ihren damals 15-jährigen Sohn in Manila zurückgelassen. Er lebe dort im Haus ihres verstorbenen Mannes mit zwei von Angelas Brüdern und deren Familien. Sie erzählt von den Schwierigkeiten, die dieses Arrangement für sie und ihren Sohn bedeute und dass er immer zu ihr sage, dass sie nach Hause kommen solle, da er sich zu jung dafür fühle, um allein zu leben. Weil er in Manila die Schule besuche, hole sie ihn nur in den Ferien zu Besuch hierher. Sie sei hergekommen, „because my mother asked me to take care of her.“ Da diese immer weniger allein machen könne, habe sie Angela angerufen, weil sie wisse, dass sie diejenige unter ihren Kindern sei, die nicht mehr so viele andere Verantwortungen trage. Sie habe gesagt: „If you still love me, if I am still your mother, you come home.“ Angela erzählt mir daraufhin ausführlich über die Lebensumstände ihrer drei Brüder und ihrer einen verbliebenen Schwester, jeweils begleitet von Erklärungen, warum diese sich nicht um ihre Mutter kümmern könnten. Als ich bei einem Bruder, in dessen Geschichte ich keinen offensichtlichen Grund dafür erkennen kann, nachfrage, ob er sich denn nicht kümmert, meint Angela: „He can maybe. Sometimes he sends money.“ Da stehe dann dabei, wie viel Geld für die Mutter sei und wie viel für Angela. Sie fügt hinzu, dass es an ihrer Mutter wäre, ihren Sohn zu fragen, ob er sich auch um sie kümmern könne.

Angelas Mutter lebe in einem kleinen separaten Haus direkt neben dem Haus von Angelas Schwager und dessen Familie. Seit die Frau ihres Schwagers, Angelas Schwester, verstorben sei, kümmere sich nun eigentlich der Schwager um sie. Sie kommentiert dies mit: „He has to do it, he doesn’t have a choice“, da die Mutter früher auch viel mit seinen Kindern geholfen habe. Dennoch stellt sich nach und nach heraus, dass Angela nicht zufrieden damit ist, wie der Schwager sich um ihre Mutter kümmert, und dass sie sich deshalb Sorgen macht. Oft stelle er kein Essen für ihre Mutter bereit, sondern bringe ihr lediglich Überreste und manchmal

sei dann nichts mehr für ihre Mutter übrig. Aufgrund dieser Sorgen sei Angela überhaupt erst so lange hiergeblieben, obwohl sie eigentlich nach Manila zurückgewollt habe. Sie habe ihrem Schwager kürzlich gesagt, dass er sich von jetzt an besser um ihre Mutter kümmern müsse, nicht so wie davor, vor allem, weil Angela in zwei Wochen nach Manila fliegen werde. Nach dem Schulabschluss ihres Sohnes, noch im selben Jahr, habe sie dann vor, permanent hierher-zuziehen.

Irgendwann während unseres Gesprächs sagt Angela unvermittelt mit einem kleinen Schmunzeln: „I’m always alone here, so I have to be nice to the nurses so they don’t scold me.“ Sie müsse ihnen ihre Situation erklären und manche würden das dann verstehen, aber andere nicht. Mit einem Blick auf eine andere Patientin im Raum, die gerade von vier Angehörigen umringt ist, meint Angela: „That’s why it’s good to have a big family, so you always have someone taking care of you. Not like us, it’s just the three of us – my mother, my son, and me. So you’re always alone.“ Als später die diensthabende Pflegerin mit Medikamenten vorbeikommt, wechselt Angela einige Sätze mit ihr. Angela spricht höflich und mit leiser Stimme und stellt ein paar Fragen, zwischendurch nickt sie verständig. Zum Schluss bedankt sie sich mit einem lächelnden „Salamat.“ Als die Pflegerin zum nächsten Bett weitergegangen ist, meint Angela verschwörerisch zu mir: „You always have to talk to them and be thankful, so they don’t scold me because I don’t have a companion.“ Später, als um 16 Uhr die neu angekommene Nachmittagsschicht zum Dienstwechsel ihre *ward round* macht, höre ich sie im Gespräch mit Angela das Wort *bantay* benutzen. Im Anschluss berichtet Angela mir, dass die Pflegerin sie nach ihrer/m *bantay* gefragt habe. Sie habe zu Angela gesagt: „You should always have a *bantay*. You should really find one.“

Als ich am darauffolgenden Tag bei Angela ankomme, sitzt sie mit ihren Beinen auf dem Boden und einem *discharge slip* in den Händen auf ihrem Bett, ihre gepackten Taschen und den Ventilator neben sich. Erfreut berichtet sie mir, dass sie nach Hause gehen dürfe. Auf meine Frage hin, wer ihren Entlassungsprozess abgewickelt hat, erzählt sie, dass die Begleiterin eines anderen Patienten auf der Station, der ebenfalls heute entlassen wird, dies übernommen habe. Fast zwei Stunden später ist scheinbar alles fertig und ein *IW*¹¹ kommt Angela mit einem Rollstuhl abholen.¹² Am Weg nach draußen fragt der *IW* Angela sogleich, wo ihr/e *bantay* sei.

¹¹ *IW* ist die im Krankenhaus gängige Abkürzung für *Institutional Worker*, jene ausschließlich männlichen Krankenhausmitarbeiter, die für den Transport von PatientInnen innerhalb des Krankenhauses zuständig sind. Diese heben PatientInnen von ihren Betten auf Liegen oder in einen Rollstuhl und umgekehrt und schieben sie an die jeweils erforderlichen Stellen im Krankenhaus.

¹² Im Martinez Krankenhaus werden alle entlassenen PatientInnen mit einem Rollstuhl bis vor den Ausgang des Gebäudes gebracht, auch wenn sie in der Lage sind, selbst zu gehen.

Als sie antwortet, dass ihre Familie nicht hier sei, fragt er, wo sie denn sei, woraufhin Angela nur „in Manila“ antwortet. Wir werden mitsamt Angelas Habseligkeiten auf der Bank vor dem Krankenseingang platziert. Nun kommt der am Eingang stationierte *guard* zu uns und fragt Angela ebenfalls nach ihrer/m *bantay*. Als er wieder gegangen ist, sagt Angela mit einem kleinen Lachen zu mir: „Everybody knows that I’m alone.“ Nach einer Weile kommen auch die Frau, die Angelas Entlassung abgewickelt hat, und ihr soeben entlassener Mann aus dem Krankenhaus heraus. Die beiden werden Angela zuhause absetzen. Vor dem Eingang wartet bereits ein Tricycle, in dem die kleine Tochter des Patienten sitzt und auf das nun das gesamte Gepäck vom Ehepaar und von Angela aufgeladen wird. Vollgepackt verlassen sie gemeinsam das Krankenhausesgelände.

Angelas Fall zeigt, dass ‚zu wenig‘ Verwandtschaft im Martinez Krankenhaus ein Problem darstellt. Bereits an meinem ersten Tag im Krankenhaus und danach einige weitere Male wurde mir über dieses „Problem“ der „folkless“ PatientInnen erzählt. Schon der Begriff „folkless“, mit dem PflegerInnen mir gegenüber PatientInnen ohne Begleitung bezeichneten, deutet auf die Vorstellung eines ‚Fehlens‘ von Verwandtschaft hin. Während eines siebentägigen Krankenhausaufenthaltes drei Mal Besuch zu haben – jeweils mehrstündig und zweimal davon über Nacht – gilt nicht als ausreichend verwandtschaftliche Sorge. Wie oben sichtbar, wurde das Fehlen einer/s *bantay* von KrankenhausmitarbeiterInnen Angela gegenüber ständig zum Thema gemacht. Dabei wurde Angela nicht nur mehrmals darüber informiert, dass sie grundsätzlich dazu verpflichtet sei, eine Begleitung zu haben, sondern wurde auch aktiv dazu aufgefordert, eine solche Person aufzutreiben. Angelas Bemühungen, ihre Cousine dazu zu überzeugen, über Nacht bei ihr zu bleiben und sich mehr um sie zu kümmern, stellen einen Versuch dar, die Norm zu erfüllen und ihre Betreuungssituation zu verbessern.

In der obigen Szene wird außerdem ersichtlich, wie Angela mir gegenüber häufig und unaufgefordert Erklärungen oder Entschuldigungen für ihr Alleinsein lieferte. Sie war bemüht, sich selbst für ihr Alleinsein und gleichzeitig ihre Verwandten für deren Fernbleiben zu rechtfertigen, indem sie erwähnte, wie vielbeschäftigt ihre jeweiligen Verwandten seien und warum sie selbst sich „ohne ihre Familie“ in dieser Region aufhalte. Als Begründungen verwendete Angela hierbei viel Arbeit zuhause oder im Beruf, was darauf hindeutet, dass diese Erklärungen sozial akzeptiert sind.

Überdies erzählte Angela mir mit unterschwelligem Stolz darüber, welche Strategien sie entwickelt habe, um das Wohlwollen der KrankenpflegerInnen zu gewinnen und als ‚gute‘ Patientin zu gelten. Mithilfe von Freundlichkeit, Dankbarkeit und Interesse versuchte sie, einer

Rüge von PflegerInnen aufgrund ihres Alleinseins zu entgehen. Angelas Versuche, den PflegerInnen gegenüber auf die ‚richtige‘ Weise zu handeln, deuten auf ein „performing“ von „deservingness“ hin, wie Susann Huschke (2014) es für den Kontext humanitärer Gesundheitsleistungen für MigrantInnen ohne Krankenversicherung in Deutschland nennt. In ihrem Artikel richtet Huschke (ebd.) den Blick darauf, wie PatientInnen sich mit performativen Darstellungen ihres Leidens, ihrer Hilflosigkeit und ihrer verzweiferten Lage als *deserving* gegenüber medizinischem Personal präsentieren. Auch Miriam Ticktin (2006: 43) zeigt auf, dass es in einem von Humanitarismus dominierten politischen System, in dem Krankheit und körperliches Leiden als Weg zur Erlangung eines legalen Aufenthaltsstatus in Frankreich fungieren, zu Exklusionen kommen kann, wenn Personen nicht auf die ‚richtige‘ und ‚erwünschte‘ Weise performen. Sowohl Ticktin (2006: 44) als auch Huschke (2014: 352, 357) betonen, dass in humanitären Kontexten und in oftmals von Machtasymmetrien charakterisierten Beziehungen im medizinischen Bereich in erster Linie Demonstrationen von Passivität und Leiden von PatientInnen erwünscht seien. Zu viel *agency*, strategisches Handeln und Äußerungen von Wünschen und Bedenken würden hingegen negativ wahrgenommen. Dementsprechend habe medizinisches Personal in Huschkes (2014: 357) Forschung fügsame, dankbare, bescheidene PatientInnen, deren Selbstdarstellung mit Bildern von passiven, bedürftigen, leidenden Menschen übereinstimmt, bevorzugt.

Wie Angela sich bemüht, eine ‚gute‘ Patientin zu sein, deutet darauf hin, dass auch im Martinez Krankenhaus ähnliche Eigenschaften bei PatientInnen erwünscht sind: Dankbarkeit, Fügsamkeit und Passivität. Indem Angela sich PflegerInnen gegenüber höflich, leise, bittend, dankbar und gehorsam verhält, versucht sie, diesem vorherrschenden Bild einer ‚idealen‘ Pflegeempfängerin, die Sorge verdient, gerecht zu werden. Vor allem für sie als *folkless* Patientin scheint es besonders wichtig, diesen Erwartungen zu entsprechen. Dass von PatientInnen gewünscht wird, sich passiv zu verhalten, äußert sich auch darin, dass medizinisches Personal nie direkt mit den PatientInnen spricht. ‚Richtiges‘ Verhalten von PatientInnen wird auch in Teil 2 dieser Masterarbeit Thema sein, wo im Mittelpunkt steht, wie PflegerInnen versuchen, PatientInnen und Angehörige zu formen.

Während Angela im Krankenhaus somit primär die Rolle einer passiven Empfängerin von Sorge einnimmt, ist sie an einer anderen Stelle in erster Linie selbst eine Sorgende. Wie aus Angelas Erzählungen hervorgeht, kümmert sie sich zuhause um ihre betagte Mutter. Aufgrund des Umzugs, der ihr ermöglichte, diese Verantwortlichkeit wahrzunehmen, fühlt Angela sich wiederum zu weit entfernt von ihrem Sohn. Sie gibt an, dass sie sich nun nicht

mehr so um ihren Sohn kümmern kann, wie sie es sich wünscht. Gleichzeitig macht sie diese Distanz zu ihrem Sohn auch dafür verantwortlich, warum sie nun während ihres Krankenhausaufenthalts allein ist. Sie geht davon aus, dass andernfalls er ihr *bantay* wäre. Dies veranschaulicht die komplexen Aushandlungen von Sorgeverantwortungen unter Verwandten. Angelas ‚Mangel‘ an Verwandtschaft und Sorge im Krankenhaus ist mit ihrer Rolle als primäre Betreuungsperson ihrer Mutter verflochten.

Angela beklagte neben der räumlichen Distanz zwischen sich und ihrem Sohn insbesondere auch die von ihr wahrgenommene geringe Größe ihrer eigenen Familie. Zusammen mit ihrem Schwärmen für „große Familien“ deutet dies darauf hin, dass Angela selbst die Einschätzung des Krankenhauses, dass sie ‚zu wenig‘ Verwandtschaft habe, teilt. In diesem Zusammenhang setzt sie größere Familien gleich mit mehr und ‚besserer‘ Sorge. Ungeachtet dessen, dass Angela selbst vier Geschwister und eine große ‚erweiterte‘ Familie hat und dieser Umstand offenbar nicht automatisch Sorge gewährleistet, gilt für sie eine große Familie als Garant für Sorge. Gerade in Angelas Fall wird jedoch deutlich, dass Verwandtschaft nicht zwangsläufig mit Sorge einhergeht. Verwandtschaft stellt keine von vornherein gegebene Bindung dar, die als Voraussetzung für Sorge fungiert. Vielmehr werden umgekehrt erst durch Sorge bedeutsame soziale Bindungen geschaffen und Verwandtschaft sowie verwandtschaftliche Sorge bedürfen ständiger Aushandlungen (Thelen 2015: 498).

Die Ambivalenz zwischen der Annahme von selbstverständlicher verwandtschaftlicher Sorge und dem tatsächlichen ‚Fehlen‘ derselben scheint Angela aufzulösen, indem sie eine Differenzierung innerhalb ihrer Verwandtschaft vornimmt. Sie zieht eine Linie zwischen ihrer eigenen ‚kleinen Familie‘ einerseits – bestehend aus sich selbst, ihrer Mutter und ihrem Sohn: „it’s just the three of us“ – und ihren Geschwistern sowie anderen Verwandten andererseits. Jene Verwandten, die sich nicht entsprechend ihrer Erwartungen an Sorgeprozessen beteiligen, stellt sie als ‚weniger‘ verwandt dar. Übrig in ihrer ‚echten Familie‘ bleiben jene Personen, die Angela auch als Teil ihres Sorgenetzwerkes anerkennt. Angelas Bemühungen, ihre Cousine zum Bleiben zu überzeugen, sind Versuche, diese ‚näher‘ zu sich heranzuziehen und eine ‚intensivere‘ Sorgebeziehung herzustellen. Gleichzeitig deutet die nur teilweise Anerkennung von Sorgeverpflichtungen seitens der Cousine darauf hin, dass diese sich selbst möglicherweise als ‚zu weit entfernt‘ sieht, um sich entsprechend sämtlicher Erwartungen an eine *bantay* um Angela zu kümmern.

Angelas Alleinsein im Krankenhaus und ihre Erzählungen über Sorgebeziehungen unter ihren Verwandten zeigen, dass Sorge weder im Krankenhaus noch zuhause keineswegs eine

durch Verwandtschaft ausgelöste Gewissheit darstellt. Obwohl beispielsweise Angelas Mutter sich in früheren Zeiten um die Kinder ihres Schwagers gekümmert hat, erfährt sie im Alter nun nicht jene Sorge von ihm, die ihr laut Angela zusteht. Dies scheint ein Fall zu sein, in dem „the sense of mutuality“ zwischen Generationen zusammenbricht und der „accumulated credit“ in Bezug auf Sorge nicht von allen Mitgliedern der nachfolgenden Generation anerkannt wird (Hashimoto 1996: 80). Hier wird deutlich, dass Normen zu intergenerationellen Verpflichtungen sich nicht immer in der Praxis wiederfinden. Sorge für Verwandte im Krankenhaus wird zwischen Generationen ebenso intensiv und mit offenem Ausgang ausverhandelt, wie verwandtschaftliche Sorge für SeniorInnen im Allgemeinen (siehe z.B. de Jong 2005; Häberlein 2015).

Zudem macht Angelas Behandlung im Krankenhaus deutlich, wie die übliche Grenze zwischen ‚medizinisch-öffentlich‘ und ‚verwandtschaftlich-privat‘ ein Stück weit verschoben wurde. Eine Pflegerin erklärte sich auf Angelas Bitten hin bereit, als „special service“ für sie ihre „maintenance meds“¹³ bei der hauseigenen Apotheke zu holen, worum sich normalerweise die *folks* zu kümmern haben. Den Großteil der Sorgetätigkeiten von Verwandten übernahmen KrankenpflegerInnen für sie als *folkless* Patientin jedoch nicht. Angela bekam keine Hilfe von MitarbeiterInnen bei körperlicher Hygiene, beim Beziehen ihres Bettes, bei Besorgungen von Wasser und Snacks oder bei der Abwicklung ihrer Entlassung. Dies macht deutlich, wie KrankenpflegerInnen im Rahmen der Aushandlung von Sorgeverantwortlichkeiten zwischen verwandtschaftlichen und medizinischen AkteurInnen ihren eigenen Zuständigkeitsbereich begrenzten. Dies ähnelt dem, wie KrankenpflegerInnen in Browns (2012: 27) Forschung die Grenzen ihrer Verantwortung und ihres ‚medizinischen‘ Bereichs aufrechterhielten und betonten. „Abandoned patients“, wie PatientInnen ohne Familienmitglieder im Krankenhaus in Kenia genannt wurden, hätten von PflegerInnen „biomedical care“ erhalten. Jene Tätigkeiten, die dem „familial“ Bereich zugeschrieben wurden, seien jedoch nicht von PflegerInnen übernommen worden. In diesem System von Sorge als Zusammensetzung von „the biomedical“ und „the familial/domestic“ beschreibt Brown (ebd.) es für „abandoned patients“ als unmöglich, angemessene Sorge zu erhalten. In Angelas Fall war „the familial/domestic“ nicht gänzlich abwesend und sie wurde nicht vollkommen zurückgelassen. Dennoch war ‚nicht

¹³ *Maintenance meds/medications* sind jene Medikamente, die PatientInnen regelmäßig, auch außerhalb ihres Krankenhausaufenthaltes, einnehmen. Diese müssen von PatientInnen selbst mitgebracht bzw. von den *folks* in der Apotheke gekauft werden. Im Gegensatz dazu werden jene Medikamente, die PatientInnen im Krankenhaus von ÄrztInnen verschrieben bekommen, von den PflegerInnen gesammelt für eine ganze Station bei der Apotheke abgeholt.

genügend‘ Verwandtschaft in ihrer Sorgekonfiguration im Krankenhaus vorhanden, um umfassende Sorge, so wie sie vorgesehen war, zu gewährleisten.

Im zweiten Fall eines *folkless* Patienten, den ich während meiner Forschung miterlebte, wurde noch deutlicher, wie die Abwesenheit von Verwandten die Sorge, die PatientInnen im Krankenhaus erhalten, beeinflusst. Im Gegensatz zu Angela, die von ihrem Schwager ins Krankenhaus gebracht worden war, tauchte Herr Cruz¹⁴ ganz allein spätabends in der Notaufnahme auf. Am nächsten Morgen wurde die *Medical Social Services Unit* kontaktiert, deren Aufgabe es war, die *folks* des Patienten ausfindig zu machen. Es hieß, dass Herr Cruz erst dann aufgenommen und in den Bettentrakt verlegt werden könne, wenn ein/e *bantay* erschienen sei, sodass er die gesamte erste Nacht und den Großteil des nächsten Tages auf einer Krankentrage zunächst in der Notaufnahme und später am Gang vor derselben verbrachte. Auch am folgenden späten Nachmittag war trotz Telefonaten der Sozialarbeiterin Mam Cyril mit Herrn Cruz‘ Cousine und deren Nachbarin sowie Gesprächen mit seiner Cousine dritten Grades, die sich zufällig an jenem Tag gerade selbst im Krankenhaus aufhielt, niemand gekommen, um sich um ihn zu kümmern. Daraufhin wurde entschieden, ihn nun doch auch ohne *folks* als Bettenpatient aufzunehmen, indem PflegerInnen für ihn zur *admitting section* gingen und ihn anmeldeten. Somit verschoben sie die Grenze zwischen ihren eigenen Sorgeverantwortungen und jenen der Verwandten ein Stück weit. Bis zu seiner Entlassung drei Tage später blieb Herr Cruz ohne *folks*. Mam Cyril sah ein paar Mal nach ihm, ansonsten musste der Patient allein zurechtkommen.

Über das Nichterscheinen von Herrn Cruz‘ Cousine äußerte sich Mam Cyril negativ und meinte, diese wolle sich vermutlich vor ihren Verpflichtungen drücken. Hinsichtlich seiner Cousine dritten Grades drückte sie hingegen keinen Unmut aus und zeigte sich verständnisvoll, als diese erklärte, dass sie und der Patient „not so close“ seien und sie lediglich versuchen werde, über Umwege Herrn Cruz‘ Tante zu erreichen. Mam Cyrils ungleiche Reaktionen auf das Nicht-Kümmern einzelner Verwandter können als Kategorisierungen dieser jeweiligen Verwandtschaftsrelationen als unterschiedlich ‚nah‘ bzw. ‚entfernt‘ oder ‚stark‘ bzw. ‚schwach‘ angesehen werden. Somit kann ihre Differenzierung zwischen Herrn Cruz‘ Verwandten unter Rückgriff auf Tatjana Thelens und Christof Lammers (2021) Konzept von „measuring kinship“ als eine ‚Messung‘ von Verwandtschaft interpretiert werden. Mam Cyrils Vorstellungen darü-

¹⁴ Da ich mich aufgrund von Sprachhindernissen nicht direkt mit Herrn Cruz unterhalten konnte und ihn nicht näher kennenlernte, verwende ich seinen Nachnamen. Wenn MitarbeiterInnen mit mir über ihn sprachen, nannten sie ihn „patient Cruz“.

ber, wer als ‚verwandt genug‘ gilt, um Sorgeverpflichtungen für PatientInnen übernehmen zu müssen, werden sichtbar.

Sowohl in Angelas als auch in Herrn Cruz‘ Fall wird deutlich, dass das Martinez Krankenhaus und die von PflegerInnen, PatientInnen und *folks* geteilten Normen zu Sorge und Verwandtschaft während eines Krankenhausaufenthaltes nach einer ‚Familie‘ als Einheit verlangen, und nicht nach einem Individuum. Individuelle Autonomie von PatientInnen ist nicht erwünscht, im Gegenteil werden stets andere Personen als zu einem/er PatientIn dazu gehörig gedacht. Ein/e PatientIn ist sozusagen nur eingebettet in dessen/deren Relationen zu sorgenden Verwandten ein/e vollständige/r PatientIn. Obwohl Angelas gesundheitlicher Zustand es zugelassen hätte, dass sie sich allein im Krankenhaus aufhält, dass sie sich beispielsweise selbst vor dem Krankenhaus Wasser kauft und dass sie selbst ihren Entlassungsprozess abwickelt, war dies nicht vorgesehen. Ihr war es nicht erlaubt, sich im Krankenhaus frei zu bewegen oder das Gebäude für Einkäufe zu verlassen. Dies deutet darauf hin, dass es nicht als Ideal gilt, sich um sich selbst zu kümmern und in Krankheit und Alter unabhängig zu sein, sondern dass Interdependenzen wünschenswert sind. Im Gegensatz zu andernorts verbreiteten Vorstellungen zu ‚erfolgreichem Altern‘ und PatientInnenautonomie (Mol, Moser und Pols 2010: 12) wird es im Martinez Krankenhaus höher gewertet, erfolgreiche Beziehungen zu haben, als sich erfolgreich allein durchzuschlagen.

Zudem verweist all das, was Angela *nicht* allein macht oder machen soll, erneut darauf, welche Normen zu ‚idealen‘ PflegeempfängerInnen vorherrschen. Ein/e ‚gute/r‘ PatientIn zu sein, bedeutet im Martinez Krankenhaus, immobil und passiv zu sein. PatientInnen werden dann geschätzt, wenn sie sich so verhalten, wie es Kranken oft auch in anderen Kontexten zugeschrieben wird: untätig, beweglich eingeschränkt, leidend, gefügig, anspruchslos, aber dennoch der Hilfe bedürftig. Als ‚Zielobjekt‘ der Sorge von KrankenpflegerInnen hat Angela, wie andere PatientInnen, normativen Bildern über das Verhalten von PflegeempfängerInnen zu entsprechen. Gleichzeitig kann es sich dadurch, dass KrankenpflegerInnen nicht jene den Verwandten zugeschriebenen Sorgetätigkeiten übernehmen, nicht um eine vollständige Passivität handeln. Gewisse Dinge muss Angela als *folkless* Patientin durchaus selbst erledigen. Sie bewegt sich somit zwischen Erwartungen der Passivität und jenen der eigenständigen Bewältigung ihrer *folkless* Situation. In Teil 2 werde ich näher auf die im Krankenhaus stattfindende ‚Erziehung‘ von PatientInnen und Angehörigen zu ‚richtigem‘ Verhalten eingehen, die ein wesentlicher Bestandteil des Berufs und des Selbstbildes von KrankenpflegerInnen im Martinez Krankenhaus ist. Davor veranschaulicht der letzte Abschnitt

von Teil 1, dass auch ‚zu viel‘ Verwandtschaft im Martinez Krankenhaus zum Problem werden kann.

„Toxic folks“: Das ‚Problem‘ von ‚zu viel‘ Verwandtschaft

Als ich an meinem zweiten Tag im Krankenhaus den Pfleger John kennenlerne, ist das Erste, was er zu mir sagt: „Being a nurse here is hard.“ Er klagt über permanenten Stress und die hohe Anzahl von PatientInnen. Währenddessen schreibt er weiter in den PatientInnenakten und behält eine lustig-spielerische Miene bei. Er lächelt und lacht immer wieder und gestikuliert mit überspitzten Gesten. Er erzählt, dass man emotional und mental stark sein müsse, um hier zu arbeiten, weil die *folks* oft „hard to deal with“ seien „and many of them have attitudes.“ John verdreht die Augen. Ich frage nach, was er damit meint, und John blickt nun länger auf und antwortet, dass sie „a lot of demands“ hätten und priorisiert werden wollen. Als PflegerIn könne man diesen Forderungen oft nicht sofort nachkommen. Ich hake noch einmal nach und frage, welche Forderungen sie denn hätten, woraufhin er mir erklärt, dass die meisten von ihnen wollen, dass ihre „IV-lines“ – die intravenösen Zugänge, über die Infusionen und Medikamente zugeführt werden, in der Fachsprache periphere Venenkatheter genannt – überprüft werden. Ich glaube zu verstehen und vermute laut, ob die Leute denn besorgt seien, dass der Venenzugang nicht passe und die Infusion nicht richtig fließe. Gleichzeitig frage ich mich innerlich, warum diese Ängste ein Problem darstellen. Lebhaft antwortet John: „Yes, some of them are worried, but some just want to toxic you. They *want* to annoy you.“

Ungefähr zwei Wochen später begleite ich John zu Schichtbeginn auf seiner *ward round* durch die Kinderstation. Keine fünf Minuten, nachdem wir im Anschluss daran zurück auf der Station angekommen sind, nähert sich ein ungefähr zehnjähriges Mädchen. Sie gehört gemeinsam mit einem noch jüngeren Mädchen, einem geschätzt zwölfjährigen Jungen, einer Frau mittleren Alters und einer älteren Frau zu einem der hier stationierten Babys. Das Mädchen sagt kurz etwas und geht wieder, ohne dass eine/r der PflegerInnen ihr eine Antwort gibt. John tauscht einen genervten Blick mit einer anderen Pflegerin aus, schüttelt leicht den Kopf und sagt leise und verschwörerisch zu mir: „They are very annoying.“ Sie hätten gerne, dass der Venenzugang vom Baby kontrolliert wird. Als ich erstaunt erwidere, dass wir doch gerade eben im Zuge der Visite bei ihnen gewesen sind und ihn überprüft haben, nickt John zustimmend und mit vielsagendem Blick. Er zuckt die Schultern und wiederholt, dass diese *folks* „very annoying“ seien. John bedeutet mir, dass ich hierbleiben soll und macht sich wieder zum Bett des Säuglings auf. Nachdem er mit hochgezogenen Augenbrauen und zusammengepressten

Lippen zurückgekommen ist, vergeht vielleicht eine knappe halbe Stunde, bevor nun der zum Säugling gehörige Junge auf der Station auftaucht und erneut nach einer Kontrolle des intravenösen Zugangs fragt. Ich begleite John, als er wieder zum betreffenden Bett geht. Er wirft einen Blick auf die Infusionsleitung und die Einstichstelle und bedeutet der Familie dann, dass sie zur Station kommen solle. Am Weg zurück frage ich, ob nun etwas mit dem Zugang nicht in Ordnung sei und John antwortet knapp: „No, but we’ll just insert a new one so that they stop.“

Einige Augenblicke später kommen die Großmutter und die Mutter mit dem Baby zur Station. Das Baby wird auf einer Decke auf einem freigeräumten Eck des Plastiktisches der Schwesternstation platziert. Die Mutter entfernt sich, die Großmutter bleibt einen Schritt vom Tisch weg stehen, während drei PflegerInnen die Arme und Beine des schreienden Babys nach geeigneten Venen absuchen. Abwechselnd versuchen sich die PflegerInnen am Einstechen der Nadel, bis es schließlich beim dritten Mal klappt. Die ganze Prozedur dauert bestimmt zwanzig Minuten. Währenddessen kommen einige Male die drei angehörigen Kinder angelaufen, stellen sich neben die Großmutter, schauen was passiert und verschwinden wieder. Gegen Ende kommt auch die Mutter wieder zur PflegerInnenstation, bleibt zuerst in einiger Entfernung stehen und nähert sich dann zögerlich dem Baby, streichelt dessen Kopf und versucht, es zu beruhigen. Nachdem die Familie wieder zurück bei ihrem Bett ist und während die PflegerInnen den Tisch aufräumen, frage ich John, ob sich die Angehörigen des Babys Sorgen gemacht hätten, weil sie alle zum Zuschauen hierhergekommen sind. John nickt und kündigt verärgert an, dass er später den *guard* anrufen werde. Als ich wissen will warum, meint John, dass eigentlich nur ein/e *bantay* pro PatientIn hier sein dürfe. Ungehalten sagt er: „And they are what, five?!“

In dieser Szene wird deutlich, dass die Anwesenheit von *folks* zwar erwartet und erwünscht ist, diese aber auch ‚zu viel‘ werden kann. Die Teilhabe von Verwandten am Krankenhausaufenthalt kann eine Herausforderung für das Personal bedeuten. Ähnliches beschreibt Zaman für das Krankenhaus in Bangladesch, wo sorgende Familienmitglieder laut ihm als „necessary evil“ eine „paradoxical position in relation to hospital staff members“ einnehmen (2013: 282). Während das medizinische Personal die essenzielle Rolle von Verwandten für das Funktionieren des Krankenhauses anerkenne, drücke es auch regelmäßig seine Irritation über deren Anwesenheit aus. Diese Beschwerden beinhalten das Hinterlassen von Schmutz, die Behinderung der Arbeitsabläufe durch Familienmitglieder sowie deren Ungehorsam und zahlreiche „dumme“ Fragen (ebd.: 282–283).

Im Martinez Krankenhaus sprachen PflegerInnen mir gegenüber oftmals von „difficult“, „annoying“ oder „toxic folks“. Meistens ging es bei diesen Beschwerden darum, dass Angehörige – und in manchen Fällen auch PatientInnen – (zu) „demanding“ seien. Oft hörte ich, dass es aufgrund des Zeitmangels nicht möglich sei, stets allen Forderungen, Bitten und Bedürfnissen nachzukommen, aber ich hatte gleichzeitig den Eindruck, dass dies auch in ruhigeren Momenten nicht versucht wurde. Zu Beginn meiner Forschung hielt ich deshalb die Beschwerden von Pflegekräften bei gleichzeitigem Verständnis für die Herausforderungen ihres Berufs teils für überzogen. Jedoch verweisen die Beschwerden erneut auf eine aktive Grenzziehung der KrankenpflegerInnen zwischen ihren eigenen Sorgeverantwortlichkeiten und jenen anderer Personen. Außerdem deuten sie auf ein bestimmtes Verständnis vom Pflegeberuf hin und davon, wie sich PatientInnen und *folks* zu verhalten haben, eine Thematik, die in Teil 2 näher erörtert wird. Überdies zeichnet sich in Johns Handlung eine für mich unerwartete Sorgepraktik ab. Dass John in Reaktion auf die wiederholten Anfragen der *folks* schlussendlich einen neuen intravenösen Zugang anbringt, kann als Akt der Sorge gedeutet werden, da es sich um einen Versuch handelt, die Familie zu beruhigen.

In der oben beschriebenen Situation auf der Kinderstation brachte John überraschenderweise die Anzahl der anwesenden Verwandten zur Sprache. Seine Ankündigung, er wolle nachher den *guard* anrufen, weil die *folks* zu fünft sind, macht sichtbar, dass zwar zu jeder Zeit Angehörige präsent sein sollen, diese aber situationsbedingt auch ‚zu viel‘ werden können. Als Doc Ramos in einer anderen Situation darüber sprach, wie gern Familienmitglieder zu den Kranken im Spital kommen würden, erzählte er mir, dass in vielen Fällen mehrere Angehörige an der Seite von PatientInnen seien. Er meinte, dass deshalb die „one-folk-only rule“ notwendig sei, „because if you would allow them, then the whole *barangay*, the whole village would come“. Sowohl Doc Ramos als auch John beziehen sich somit auf eine Vorschrift, die besagt, dass lediglich ein/e BegleiterIn pro PatientIn anwesend sein dürfe. Diese Regel steht beispielsweise auf einer großen, etwas versteckten, seitlich vor dem Krankenhauseingang platzierten Tafel: „Only 1 responsible watcher is allowed per patient.“ Des Weiteren sind auf dieser Tafel die offiziellen Besuchszeiten (9 Uhr bis 12 Uhr und 15 Uhr bis 19 Uhr) zu lesen sowie die Vorschriften, dass lediglich zwei bis drei BesucherInnen zur selben Zeit erlaubt sind und dass sich keine Kinder unter zwölf Jahren als BesucherInnen im Krankenhaus aufhalten dürfen. Diese Regeln wurden im Krankenhausalltag jedoch nur in bestimmten Situationen erwähnt und umgesetzt. Wie John die *one-folk rule* im Fall dieser einen Familie zur Sprache brachte, obwohl auch gerade Besuchszeit war, weist

darauf hin, dass sie in erster Linie dann relevant gemacht wird, wenn Verwandte als ‚störend‘ empfunden werden. Seine Anwendung der Regel in diesem Moment deutet auf eine Sanktionierung der Familie für ihr ‚unangemessenes‘ Verhalten hin.

In den meisten Situationen im Krankenhausalltag wurde die Vorschrift der Beschränkung auf eine/n *bantay* hingegen nicht thematisiert. Für mich war es angesichts dessen, dass sich des Öfteren mehrere Personen am Bett von PatientInnen aufhielten, meist schwierig festzustellen, wer oder wie viele von ihnen nun die *watcher* waren und wer sich nur zu Besuch dort aufhielt. Lediglich in den Abend- und Nachtstunden leerten sich die Zimmer und Gänge, sodass an der Seite der meisten PatientInnen nur noch ein/e Angehörige/r anwesend war. Dennoch kam es vor, dass auch über Nacht zwei oder mehr Personen dabliefen, insbesondere bei hospitalisierten Kindern. In diesen Fällen habe ich nie einen Eingriff von Seiten des Personals auf Grundlage der *one-folk-rule* miterlebt. Auch tagsüber geschah es in meiner Anwesenheit nur ein einziges weiteres Mal, dass eine Krankenpflegerin vier junge Frauen darauf hinwies, dass nur eine von ihnen als Begleiterin hierbleiben dürfe. Die Anwesenheit mehrerer Verwandter bedeutete im Martinez Krankenhaus folglich nicht automatisch ‚zu viel‘ Verwandtschaft. Wann Verwandte als ‚zu viele‘ galten und wann die zugehörige Regel Anwendung fand, war situativ bedingt.

Verwandtschaft konnte auch ungeachtet der Anzahl der anwesenden *folks* als ‚zu viel‘ und störend gelten. Wie aus der Beschreibung der Situation mit John auf der Kinderstation hervorgeht, wurden die intravenösen Zugänge von Kindern und Babys direkt auf der PflegerInnenstation und nicht am Krankenbett gelegt. Dafür wurden die erwachsenen BegleiterInnen aufgefordert, mit dem Kind zur Station zu kommen und eine Decke oder ein Tuch mitzubringen. Für Säuglinge wurde eine Ecke des Plastiktisches von den Unterlagen und Utensilien der PflegerInnen freigeräumt, auf dem der Stoff ausgebreitet und anschließend das Baby platziert wurde. Kleinkinder wurden auf den Schoß ihres Elternteiles auf einen Plastikstuhl gesetzt und größere Kinder saßen oft allein auf dem Stuhl. Häufig halfen die Verwandten mit, die meist lauthals schreienden Kinder festzuhalten und zu beruhigen.

Dieser Vorgang unterschied sich von der bei erwachsenen PatientInnen üblichen Praxis, bei denen Venenzugänge direkt am Krankenbett gelegt wurden. Als ich einmal zwei Pflegerinnen auf der Kinderabteilung fragte, warum sie die Infusionszugänge hier auf der PflegerInnenstation anbringen würden, antworteten diese, dass sie hier ihre Ruhe hätten. Manchmal gebe es „toxic folks“, die sie ansonsten während des Vorgangs unter Druck setzen würden und verärgert seien, wenn das Einstechen der Injektionsnadel nicht sofort funktioniert.

Diese Familienmitglieder würden nicht verstehen, dass es unter anderem aufgrund bestimmter medizinischer Umstände schwierig sein könne, die Venenzugänge anzubringen, und würden argwöhnen, dass sie lediglich mit den Kindern „spielen“. Obwohl normalerweise eine Begleitperson, meistens die Mutter, während des Vorgangs bei dem Kind blieb, konnte durch die Verlegung der Prozedur auf die PflegerInnenstation ‚zu viel‘ Verwandtschaft vermieden werden. Der Bereich des Pflegepersonals ist zwar durch seine am Gang liegende Position und die lediglich brusthohe, ihn umgebende Theke räumlich nur begrenzt vom öffentlich zugänglichen Teil abgetrennt. Dennoch kann aus Sicht der PflegerInnen hier das Einmischen und Stören von *folks* auf ein Minimum beschränkt werden. Diese Situationen, in denen PflegerInnen Kindern Venenzugänge legten, waren die einzigen Umstände, unter denen PatientInnen und Angehörige sich *hinter* der Theke aufhalten durften. Um einen ‚störenden‘ Einfluss von Verwandten zu verhindern, wurde Verwandtschaft ausnahmsweise in die andernfalls ausschließlich den Pflegekräften vorbehaltene PflegerInnenstation vorgelassen. Die Beschwerde von KrankenpflegerInnen über ‚nervige‘ *folks*, die selektive Anwendung der Regel zur Anzahl der *bantay* und die räumlichen Grenzziehungen illustrieren die Spannungen der Sorgekonfigurationen zwischen medizinischem Personal und Angehörigen.

CODA ZU TEIL 1

In diesem Teil der Masterarbeit standen die Sorge von Verwandten und Grenzziehungsprozesse zwischen ‚Verwandtschaft‘ und ‚Medizin‘ im Zentrum. Die normalisierte Teilhabe von Angehörigen am Krankenhausaufenthalt und die Zuschreibungen von bestimmten Sorgetätigkeiten an bestimmte Personengruppen haben gezeigt, wie und wo von lokalen AkteurInnen Grenzen zwischen der ‚verwandtschaftlich-privaten‘ und der ‚medizinisch-öffentlichen‘ Sphäre gezogen werden. Die Anwesenheit und Sorgepraktiken von Verwandten im Krankenhaus stehen in Zusammenhang mit allgemeineren Diskursen zur Fürsorglichkeit von Filipino/as als ‚Kultur‘ sowie mit Normen zu verwandtschaftlicher Sorge, in denen reziproke intergenerationelle Interdependenzen von zentraler Bedeutung sind. Im Gegensatz zu diesen Normen führt Verwandtschaft auch in den Philippinen nicht automatisch zu Sorge, sodass verwandtschaftliche Sorge für PatientInnen einen kontinuierlichen Aushandlungsprozess mit offenem Ausgang darstellt. Im Fall von *folkless* PatientInnen wurden Vorstellungen von ‚idealen‘ PflegeempfängerInnen als passiv, immobil und wenig anspruchsvoll sowie als eingebettet in ein ‚kümmerndes‘ Familien-Kollektiv besonders deutlich. Dennoch gilt nicht nur

„zu wenig“ Verwandtschaft im Krankenhaus als problematisch, sondern auch „zu viel“ oder „falsche“ Verwandtschaft kann als störend empfunden werden. Die Sorgekonfigurationen im Krankenhaus sind geprägt von Ambivalenzen zwischen der Erfordernis von *folks*, dem Fehlen von *folks* und der Belastung durch *folks*.

TEIL 2

„ERZIEHEN“ UND SCHREIBEN: SORGEPRAKTIKEN DER PFLEGERINNEN

Eines Nachmittags Mitte Februar begleite ich Christine, eine Krankenpflegerin, mit der ich zuvor noch nie unterwegs gewesen bin, auf ihrer *medication round* auf der Kinderstation. Christine trägt die für alle Stationen übliche, aus Karton improvisierte Medikamentenbox in den Händen. Darin befinden sich sortierte Medikamente und per Hand beschriftete bunte Kärtchen mit PatientInnennamen und Medikamentennamen. Auf dem Weg erzählt mir Christine über ihre früheren Jobs als Krankenpflegerin und ihre Anstellung hier. Jedes Mal, wenn wir ein Krankenzimmer betreten, grüßt sie mit einem lauten und freundlichen „Guten Nachmittag“ in der Lokalsprache. Neben jedem Bett spricht sie die Mütter oder die – seltener anwesenden – Väter mit einem höflichen „Mam“, „Mother“ oder „Sir“ an, bevor sie nach ihren Nachnamen fragt. Mir fällt der Unterschied zu meinen bisher miterlebten *medication rounds* auf, im Zuge derer meist hastig und ohne vorherige Begrüßung oder persönliche Anrede unverzüglich „Nachname?“ gefragt wurde. Christine durchsucht nach der Begrüßung die Medikamentenbox nach dem richtigen Namen und holt die jeweiligen Medikamente in Form von flüssigen Arzneimitteln in Spritzen heraus. Während sie die Medikamente in die dafür vorgesehene Vorrichtung an der Infusionsleitung spritzt, wechselt sie einige Sätze mit den Eltern der Kinder. Auch diese Unterhaltungen mit den Angehörigen dauern merkbar länger als jene anderer PflegerInnen. Bevor Christine zum nächsten Bett weitergeht, bedankt sie sich stets mit einem an die Mütter oder Väter gerichteten „Thank you.“

Als wir gerade neben einem Krankbett am Gang stehen, fragt mich Christine, ob ich weiß, was ein bestimmtes Wort bedeutet, das ich in ihren Interaktionen mit den Angehörigen nun schon einige Male gehört habe. Ich verneine, woraufhin sie mich darüber aufklärt, dass es sich um das Wort für „Medikament“ handelt. Sie fährt fort, dass sie den PatientInnen immer mitteile, dass sie nun die Nachmittagsmedizin verabreiche und sie erklärt mir ausführlich den Satz, den sie dafür in der Lokalsprache verwendet. Diesen erkenne ich von vorhin wieder. Wörtlich übersetzt lautet er: „Mutter, das sind die Nachmittagsmedikamente.“ Dann informiert mich Christine mit Nachdruck: „We try to explain them as much as possible in a way that they understand.“ Sie betont, dass sie deshalb den eigenen „Dialekt“ der Leute benutze, um zu erreichen, dass diese möglichst viel verstünden. Noch einmal wiederholt Christine, dass sie

wirklich versuche, so mit ihnen zu sprechen, dass sie verstünden, was sie tue und dass sie nun die Medikamente verabreiche.

In dieser Szene werden Christines Sorgepraktiken gegenüber den jungen PatientInnen und deren Eltern sichtbar, die sowohl das Verabreichen der Medikamente als auch die Gespräche mit den Erwachsenen und die darin enthaltenen Erklärungen umfassen. Indem sie ihre Bemühungen hervorhebt, den Eltern verständliche Erklärungen zu liefern und ihr Handeln transparent zu machen, stellt sie sich als ‚kümmernde‘ und ‚kompetente‘ Krankenpflegerin dar. Obwohl Christine über die Gesamtheit der PflegerInnen des Martinez Krankenhauses sagt, dass sie sich stets bemühen würden, den PatientInnen und *folks* nachvollziehbar ihre Handlungen zu erklären, fällt mir der Unterschied zu meinen bisher miterlebten *medication rounds* mit anderen PflegerInnen auf. Während dieser Rundgänge wurden Medikamente grundsätzlich ohne begleitende Auskünfte verabreicht. Dass in den meisten Fällen keine Erklärungen abgegeben wurden, bedeutet jedoch nicht zwangsläufig, dass diese anderen KrankenpflegerInnen sich ‚schlechter‘ oder ‚weniger‘ kümmerten. Vielmehr deutet es auf ein anderes Verständnis von Art und Ablauf der Interaktionen zwischen PflegerInnen und PatientInnen/*folks* hin. Mit ihren Erläuterungen zur Medikamentenverabreichung und ihren an mich gerichteten Kommentaren über die Wichtigkeit derselben verortet Christine sich stärker als andere PflegerInnen in jenen internationalen Diskursen, die betonen, dass Erklärungen der medizinischen Tätigkeiten und ausgeprägte Kommunikation mit PatientInnen zu ‚kompetenter‘ Krankenpflege dazugehören. Mol, Moser und Pols (2010: 10) verweisen beispielsweise darauf, dass in Diskursen von SozialwissenschaftlerInnen oft betont wird, dass Fachpersonal mehr mit PatientInnen reden und ihnen besser zuhören sollte, anstatt bloß ihre medizinischen Tätigkeiten zu verrichten. Durch diesen Fokus auf Gesprochenes würden jedoch oftmals die nonverbalen Aspekte von Sorge untergehen.

In Christines Gesprächen mit den Eltern wird deutlich, dass diese global oft als Optimum der Pflege gehandelten Erklärungen von medizinischem Personal auch in inhaltlich wenig aussagekräftiger Kommunikation münden können. Christine beschränkte sich meist auf die Mitteilung, *dass* sie die Nachmittagsmedikamente verabreiche, ohne weitere Informationen über beispielsweise die Art der Medikamente hinzuzufügen. Ungeachtet des geringen Inhalts der Erläuterungen zeigt sich in Christines Betonung des Erfordernisses von Erklärungen jedenfalls, dass sie einen Aufklärungsbedarf bei PatientInnen/*folks* wahrnimmt, um den sie sich zu kümmern hat. In diesem Rahmen präsentiert sie auch ihren angepassten Sprachgebrauch als

eine Form der Sorge. Christine sorgt für die Eltern der jungen PatientInnen, indem sie ihnen Erklärungen liefert und diese in verständlicher Sprache ausdrückt.

Gleichzeitig reproduziert sie durch eben diese Sorge die Hierarchien zwischen Pflegekräften einerseits und PatientInnen/*folks* andererseits. Ihre Bemerkung über die Verwendung der lokalen Sprache in Gesprächen mit *folks* deutet darauf hin, dass sie davon ausgeht, dass diese nicht Filipino/Tagalog oder Englisch sprechen. Obwohl sowohl mit allen aus der Region stammenden PatientInnen und BegleiterInnen als auch unter den PflegerInnen selbst ohnehin meist in der Lokalsprache gesprochen wird, betont Christine hier die Notwendigkeit der Anpassung an die als geringer angesehenen sprachlichen Ressourcen der PatientInnen/*folks*. Dadurch betont sie die hierarchische Kluft zwischen Pflegepersonal und PatientInnen/*folks*. Ihr Umgang mit den Eltern macht somit die Vielschichtigkeit der Sorgepraktiken und die hierarchische Natur der Beziehungen von Pflegekräften zu PatientInnen und Angehörigen sichtbar.

Meine Erfahrungen mit Christine dienen als Ausgangspunkt für eine Exploration der komplexen Sorgebeziehungen zwischen KrankenpflegerInnen/PflegeassistentInnen und PatientInnen/*folks*. Um die Sorge von PflegerInnen und PflegeassistentInnen zu beleuchten, werde ich zunächst ihr Berufs- und Selbstverständnis sowie die sich im Krankenhaus äußernden sozioökonomischen Differenzen besprechen. Im Anschluss daran steht die edukative und überwachende Rolle von PflegerInnen und PflegeassistentInnen im Mittelpunkt, im Rahmen derer PatientInnen und *folks* zu Eigenverantwortlichkeit ‚responsibilisiert‘ werden. Im nächsten Abschnitt liegt der Fokus darauf, wie Pflegekräfte sich um junge Mütter und Väter kümmern, indem sie sie gemäß ihrer Vorstellungen über ‚angemessene‘ Reproduktion zu ‚besserer‘ Verwandtschaft und ‚besseren‘ Sorgenden ‚erziehen‘. Danach werde ich genauer darauf eingehen, wie das Ideal des Stillens als ‚gute‘ Sorgepraktik im Krankenhaus vermittelt und durchgesetzt wird. Nach diesen vier Abschnitten zu den edukativen Sorgebeziehungen von PflegerInnen/PflegeassistentInnen zu PatientInnen/*folks*, wende ich mich im letzten Abschnitt von Teil 2 einer anderen Form der Sorge zu. Hier werde ich zeigen, dass auch bürokratisches Schreiben bedeutend für das Verständnis des Pflegeberufs und für die von PflegerInnen/PflegeassistentInnen bereitgestellte Sorge ist.

Hierarchische Beziehungen und das Selbstverständnis von PflegerInnen

Während eines ruhigen Moments Ende Februar unterhalte ich mich mit vier PflegerInnen auf einer der Erwachsenenstationen. In zunächst entspannter und heiterer Atmosphäre sprechen sie darüber, wie wenig Wertschätzung sie erfahren würden. Sie sind sich alle einig, dass sie aufgrund der Menge an Arbeit, die sie verrichten, mehr verdienen sollten. Der Pfleger Fred erzählt, dass, obwohl der Pflegeberuf an sich in den Philippinen hoch angesehen sei, manche Personen sie nicht schätzen würden. Sichtlich in Aufregung versetzt fügt seine Kollegin Andrea hinzu, dass manche sie fälschlicherweise lediglich für die „maids of the doctors“ halten würden, obwohl es sich um zwei gänzlich unterschiedliche Berufe handle. Fred stimmt ihr zu, dass viele so denken würden, weil PflegerInnen nicht ohne ÄrztInnen arbeiten könnten, aber in Wirklichkeit gelte dasselbe auch umgekehrt. Er fährt fort, dass insbesondere ungebildete PatientInnen und Angehörige ihre Arbeit nicht genug wertschätzen würden. Als ich nach einem Beispiel dafür frage, meint Fred, dass manche *folks* gerne hätten, dass man sich unverzüglich um die Bedürfnisse ihrer PatientInnen kümmere. Diese Personen würden nicht verstehen, „that we have a plan here, that we plan our actions. We are also mathematicians – we calculate the medicines and the needs of the patients.“ Diese *folks* seien verärgert, wenn man nicht sofort macht, was sie wollen, obwohl es sich teils um wirklich „unwichtige“ Dinge handle, die die *folks* auch selbst erledigen können. „They ask us to lift up the patient, but they can do it themselves. Because they think we are just the *yayas* [Nannys].“

Freds und Andreas Empörung darüber, wie ihr Beruf teilweise verstanden wird und welche Erwartungen an sie existieren, gibt Aufschluss über das Selbstverständnis von PflegerInnen. Indem sie betonen, keine „maids“ oder „yayas“ zu sein, distanzieren sie sich von einem Bild von KrankenpflegerInnen als einerseits den ÄrztInnen und andererseits den PatientInnen/*folks* dienend. Wie in Teil 1 besprochen, sollen die BegleiterInnen von PatientInnen Pflegetätigkeiten übernehmen, während KrankenpflegerInnen sich um ‚Wichtigeres‘ kümmern. Diesem Berufsverständnis und Medizinverständnis nach führen PflegerInnen jene Tätigkeiten durch, die als ‚medizinisch relevant‘ gelten: das Berechnen, Aufbereiten und Verabreichen von Medikamenten, das Anbringen von intravenösen Zugängen, das Reagieren auf Notfallsituationen und das Überblicken und großflächige Koordinieren der Bedürfnisse von PatientInnen. Andrea und Fred sehen sich selbst als wichtige medizinische AkteurInnen. Ihre Wahrnehmung von außen als eine dem ÄrztInnenberuf untergeordnete, für bloße Pflegetätigkeiten zuständige Berufsgruppe empfinden sie als falsch und kränkend. Dieses Selbstverständnis von PflegerInnen als kenntnisreiches Personal mit medizinischen, mathema-

tischen, technischen und leitenden Aufgaben ist relevant dafür, wie sich Beziehungen zwischen PflegerInnen und PatientInnen/*folks* im Martinez Krankenhaus gestalten.

Vorstellungen zu ‚adäquater‘ Pflege und ‚angemessenen‘ Beziehungen mit PatientInnen bespricht auch Rosie Read (2007) in ihrer Analyse eines tschechischen Pflegeheims. In ihrer Forschung begegnete sie unterschiedlichen, sich verändernden und teils miteinander konkurrierenden Modellen ‚idealer‘ Pflege begegnet. Die Nonnen, die das Heim gegründet haben, würden PatientInnen vor allem als der emotionalen, persönlichen und spirituellen Sorge bedürftig sehen und dementsprechend Empathie, Kommunikation und Verständnis als ‚gute‘ Sorge konzeptualisieren (ebd.: 213–214). Im Gegensatz dazu würden die KrankenpflegerInnen vor Ort jene Sorge als ‚gut‘ und ‚modern‘ verstehen, die wissenschaftlich, sachlich und auf physische Probleme konzentriert war. Der Fokus auf rationale, körperliche Sorge war ein Marker ihrer Kompetenz, Professionalität und Fortschrittlichkeit (ebd.: 210). Während sich die genauen Tätigkeiten der PflegerInnen im Martinez Krankenhaus von jenen in Reads Forschung unterscheiden, scheinen sich gewisse ihrer Vorstellungen über professionelle, sachliche und technisch-medizinische Pflege zu überschneiden.

Die Art der Interaktionen von KrankenpflegerInnen und PflegeassistentInnen mit PatientInnen und Angehörigen muss überdies vor dem Hintergrund ihrer Ausbildung, ihres Berufsstatus und ihrer Position als staatliche Angestellte betrachtet werden. Wie Brown (2010: 132) für den Kontext des kenianischen Krankenhauses beobachtet, überschneiden sich auch im Martinez Krankenhaus die Hierarchien zwischen KrankenpflegerInnen und PatientInnen mit allgemeineren Klassendifferenzen. Insbesondere der Krankenpflegeberuf, aber auch jener der Pflegeassistenten, erfordert in den Philippinen eine Ausbildung auf Hochschulniveau sowie ein erhebliches Maß an finanziellen und zeitlichen Ressourcen. Die Krankenpflege-Ausbildung erfolgt im Rahmen eines vierjährigen Bachelor-Studiums an einer Universität oder einem College. Nach erfolgreichem Abschluss des *Bachelor of Science in Nursing* müssen AnwärterInnen ein mir gegenüber oftmals erwähntes und berüchtigtes *board exam* für den Erhalt ihrer Lizenz absolvieren, um als vollständige/r *nurse* arbeiten zu dürfen. Manche der PflegerInnen im Martinez Krankenhaus, vor allem jene, die höhere Positionen innehatten, wie *charge nurse* oder *head nurse*, verfügen auch über einen Masterabschluss in Krankenpflege. PflegerInnen erzählten mir wiederholt mit Stolz über ihr Studium und die damit einhergehenden Herausforderungen.¹⁵ Zur Stelle als PflegeassistentIn führen in den Philippinen unterschied-

¹⁵ Im Allgemeinen wurde mir gegenüber in Erzählungen ein Universitätsstudium als das erstrebenswerteste Ziel schlechthin dargestellt. Unter meinen GesprächspartnerInnen galt ein Studium als etwas, wofür Menschen sich

liche Ausbildungswege. Diese beinhalten verschiedene tertiäre Bildungsprogramme von der Dauer zwischen einem halben Jahr und zwei Jahren, ein *nursing*-Studium ohne absolviertes *board exam* oder ein *midwifery*-Studium. Im Unterschied zum formalen Bildungsgrad der KrankenpflegerInnen und PflegeassistentInnen haben die meisten PatientInnen und Angehörigen im Martinez Krankenhaus höchstens die Sekundarstufe abgeschlossen.

Zudem spielt aufgrund des hohen Ansehens staatlicher Angestellter in den Philippinen die Position von KrankenhausmitarbeiterInnen als öffentliche Bedienstete eine Rolle. Eine Stelle im öffentlichen Dienst gilt grundsätzlich als sicher und sehr erstrebenswert. Die SozialarbeiterInnen des Krankenhauses erzählten mir einmal, dass „if you have a government job you don't give it up“, da dieser Jobsicherheit und ein gutes Einkommen bringe. Mit diesem Argument erklärten sie mir, warum ihre jetzige Stelle vorzuziehen sei, obwohl ihr Arbeitsplatz weit vom Wohnort ihrer Familien entfernt liegt und sie ursprünglich den Wunsch nach einer Stelle in der „community social work“ gehabt hatten. Auch für KrankenpflegerInnen und PflegeassistentInnen gilt die Anstellung in einem *government hospital* als das angestrebte Ziel. Wiederholt wurde mir mitgeteilt, dass die Bezahlung in öffentlichen Krankenhäusern besser sei als in privaten. Viele PflegerInnen, insbesondere unmittelbar nach ihrem Studienabschluss, würden nur deshalb in privaten Krankenhäusern arbeiten, um Erfahrungen zu sammeln, damit sie sich später in staatlichen Krankenhäusern oder im Ausland bewerben können.

KrankenpflegerInnen und auch PflegeassistentInnen gehören somit einer Bildungsschicht an, die einen gesellschaftlich relativ hoch angesehenen Beruf ausübt. Ihr Job gilt neben Medizin, Pädagogik/Lehramt und Seefahrt (für Männer) als eine jener Tätigkeiten mit guten Jobaussichten, insbesondere in einer staatlichen Institution. Zusätzlich bietet diese Berufswahl Chancen auf hoch angesehene und besser bezahlte Erwerbstätigkeit im Ausland. Wie in Teil 1 dieser Arbeit schon angeschnitten, arbeiten zahlreiche philippinische KrankenpflegerInnen im Ausland. Neben Hausangestellten, KinderbetreuerInnen, AltenpflegerInnen und FabrikarbeiterInnen machen insbesondere auch KrankenpflegerInnen einen großen Teil der temporären ArbeitsmigrantInnen in asiatischen Großstädten, im Mittleren Osten, in den USA und in westeuropäischen Ländern aus (Liebelt 2011: 23). Einige der PflegerInnen im Martinez Krankenhaus haben früher bereits selbst für ein paar Jahre im Ausland gearbeitet. Mir wurde erzählt, dass viele junge Menschen – einschließlich einiger PflegerInnen im Martinez Krankenhaus – nur mit dem Ziel, ins Ausland zu gehen, Krankenpflege als Beruf wählen

große Mühe geben und verschiedene Anstrengungen in Kauf nehmen. Gleichzeitig wurde es auch als etwas ‚Normales‘, als absolutes Minimum dargestellt, ohne das es ohnehin unmöglich sei, einen guten Job zu bekommen.

würden. Arbeit in philippinischen Krankenhäusern werde oft lediglich zum Sammeln von Erfahrung und somit als Sprungbrett für eine Anstellung im Ausland genutzt. Dies deckt sich mit Amriths (2017: 4) Beschreibung von „nursing and overseas migrations“ als „inextricably linked“, da der Beruf in den Philippinen mit Erwartungen, im Ausland arbeiten zu können und dort ein gutes Einkommen zu verdienen, assoziiert wird.

In Anbetracht dieser Chancen und der dafür vorausgesetzten Hochschulausbildung handelt es sich bei Krankenpflege um einen typischen Mittelschicht-Beruf. Dies ähnelt den Beobachtungen Browns (2010: 132) in Kenia, wo Krankenpflege ebenfalls Bildung, Wohlstand und sozialen Aufstieg symbolisiert. Brown merkt in diesem Zusammenhang an: „Because nursing requires post-secondary education, class differences are embodied in the profession itself“ (ebd.). Auch im Martinez Krankenhaus war die Lage des Großteils der behandelten PatientInnen im Vergleich zum relativ gut situierten Pflegepersonal prekär. Die meisten PatientInnen und deren Familien stammten aus der unmittelbaren ländlichen Umgebung des Krankenhauses. Die Mehrheit bestritt ihren Lebensunterhalt mit kleinen Landwirtschaften, als ArbeiterInnen auf Reis- und Zuckerrohrfeldern oder mit gelegentlichen, großteils nicht dem formalisierten Arbeitssektor zugehörigen Jobs als Haushaltshilfen oder als Fahrer¹⁶ von Motorroller- oder Fahrradtaxi.

Diese sozioökonomische Stellung der PatientInnen äußerte sich auch darin, dass ein Großteil der PatientInnen in die „indigent“-Kategorie der nationalen Krankenversicherungsagentur *Philippine Health Insurance Corporation* (PhilHealth)¹⁷ fiel. Diese Kategorie umfasst jene Menschen, die als kein oder als ein zu geringes sichtbares Einkommen aufweisend eingestuft werden und deren Krankenversicherungsbeiträge und Behandlungskosten im Wesentlichen vom Staat übernommen werden. Für „indigent“ PatientInnen gilt sogenanntes „no-balance billing (NBB)“. Das bedeutet, dass bei stationären Aufenthalten in öffentlichen Krankenhäusern im Gegensatz zu anderen Kategorien von Versicherten keine Kosten anfallen, die aus eigener Tasche bezahlt werden müssen.¹⁸ Im Wesentlichen verlassen NBB-PatientInnen

¹⁶ In dem Dorf, in dem sich das Krankenhaus befindet, habe ich ausschließlich männliche Fahrer getroffen, auch wenn mir von einer weiblichen Patientin erzählt wurde, dass sie selbst ebenfalls etwas Geld damit verdient, auf ihrem Motorroller beispielsweise SchülerInnen zur Schule zu fahren.

¹⁷ *PhilHealth* ist ein steuerbefreites, staatliches, an das *Department of Health* gekoppeltes Unternehmen, das seit 1995 das Ziel verfolgt, im Rahmen des *National Health Insurance Programs* alle Filipino/as mit einer gesetzlichen Krankenversicherung auszustatten (PhilHealth 2014). Mitglieder von *PhilHealth* gehören je nach Beschäftigungsart, Alter und Einkommen unterschiedlichen Kategorien an, deren Versicherungsbeiträge unterschiedlich hoch ausfallen.

¹⁸ Da für jene Versicherten, die nicht unter *NBB* fallen, die von *PhilHealth* abgedeckten Kosten für Krankenhausaufenthalte limitiert sind, müssen sie bestimmte Beträge aus eigener Tasche bezahlen. *PhilHealth* übernimmt lediglich bestimmte Leistungen und Rechnungsanteile: ambulante Krankenhausbesuche beispielsweise müssen

das Krankenhaus ohne private Ausgaben, müssen aber beispielsweise für die Medikamente für zuhause selbst aufkommen.

Die niedrigere sozioökonomische Stellung vieler PatientInnen und BegleiterInnen wurde in den Repräsentationen der MitarbeiterInnen relevant gemacht. In ihren Diskursen rückten sie häufig den niedrigeren Bildungsgrad und die ländliche Herkunft von PatientInnen und deren *folks* ins Zentrum. An mich gerichtete Erläuterungen über die im Krankenhaus behandelten PatientInnen waren dominiert von deren Darstellung als „farmers“ und als „indigent“ sowie als „coming directly from the community“ oder „coming from rural areas“, wobei deren explizite Bezeichnung als „poor“ seltener vorkam. Auch das äußerliche Erscheinungsbild und die Kleidung von PatientInnen und *folks* wurden in diesem Sinne thematisiert. Als ich eines Tages, nachdem ich meine Forschungstätigkeit für diesen Tag bereits beendet hatte, noch einmal ins Krankenhaus zurückkehrte, um etwas abzuholen, sagte ein Mitarbeiter lachend zu mir: „You look like one of our patients.“ Damit nahm er Bezug auf meine kurze Hose, ein Kleidungsstück, das im Krankenhaus ausschließlich PatientInnen und Angehörige trugen. In diesen Diskursen zu Bildung, Herkunft und Kleidung von PatientInnen/*folks* zeichneten KrankenhausmitarbeiterInnen ein Bild von sich selbst als ‚zivilisiert‘, ‚gebildet‘ und ‚professionell‘.

Die hierarchischen Beziehungen zwischen KrankenpflegerInnen/PflegeassistentInnen und PatientInnen/*folks* im Martinez Krankenhaus müssen vor dem Hintergrund dieser sozioökonomischen Differenzen und des Berufsverständnisses von PflegerInnen betrachtet werden. Im folgenden Abschnitt nehme ich näher in Augenschein, wie sich diese Hierarchien im edukativen Charakter der konkreten Interaktionen zwischen KrankenpflegerInnen/PflegeassistentInnen und PatientInnen/*folks* äußern.

Überwachen und Responsibilisieren von PatientInnen und *folks*

Nach der Schichtübergabe zu Beginn eines Nachmittagsdienstes Mitte Februar begleite ich den Krankenpfleger Carlos auf seiner *ward round* durch eine der Erwachsenenstationen. Carlos hält ein in der Mitte gefaltetes, unliniertes Blatt Papier mit handschriftlichen, stichwortartigen Notizen in der Hand. Darauf hat er während der Schichtübergabe hastig mitgeschrieben, was

selbst bezahlt werden, für denselben Krankheitstyp wird innerhalb von 90 Tagen nur ein stationärer Aufenthalt abgedeckt und je nach Krankheitstyp wird nur ein bestimmter Kostenrahmen übernommen. Ein Bericht der WHO zum philippinischen Gesundheitssystem gibt an, dass durchschnittlich nur 30 % der in Gesundheitseinrichtungen in Rechnung gestellten Kosten von *PhilHealth* übernommen werden (Dayrit et al. 2018: xxiii–xxvi).

ihm die Krankenpflegerin der vorherigen Schicht an Informationen über die PatientInnen in seiner Zuständigkeit mitgeteilt hat. Flotten Schrittes bewegen wir uns auf das erste Zimmer zu, in dem fünf Männer seiner insgesamt zwölf PatientInnen – diese Anzahl hat Carlos vorhin dazu veranlasst, von „nur“ zwölf PatientInnen zu sprechen – liegen. Carlos öffnet die Tür des Raumes, wir treten ein und wenden uns dem ersten Bett zu. Carlos fragt die Begleiterin des Patienten mit einem knappen „Apelyido?“ nach dem Nachnamen. Er wiederholt den Namen, während er auf seine Liste hinunterblickt. Dann wirft er einen kurzen Blick auf den an einem Gestell hängenden Behälter mit der Infusionslösung. Er hakt etwas auf seiner Liste ab und ohne ein weiteres Wort bewegen wir uns ein paar Schritte weiter zum nächsten Bett. Hier wechselt Carlos ein paar Sätze mit der Begleiterin des Patienten, während er immer wieder nickt und auf seiner Liste nacheinander Punkte abhakt. Der Patient blickt uns von seiner liegenden Position aus schweigend an und nickt einmal. Im Gespräch mit der Angehörigen erkenne ich neben Einigem, was ich nicht verstehe, jene Fragen wieder, die mir in der Lokalsprache als „Wie fühlen Sie sich?“ und „Was sind Ihre Bedürfnisse?“ beigebracht worden sind. Wir vervollständigen den Rundgang in ähnlicher Manier. Manchen *folks* stellt Carlos knappe Fragen oder erklärt kurz etwas, Interaktionen, die meist nur wenige Sekunden dauern. Bei anderen gehen wir – vom Namensaustausch abgesehen – ohne jegliche Kommunikation weiter.

Als wir den letzten Raum verlassen haben und ich ihn gerade fragen will, was er genau mit den Angehörigen gesprochen hat, sagt Carlos leicht genervt, aber mit einem kleinen Lächeln zu mir: „You always have to remind them of what they have to do.“ Ich verstehe nicht, was er meint, und frage nach. Er bleibt stehen und erklärt gestikulierend, dass man die *folks* immer daran erinnern müsse, dass sie „follow-ups“ und „procedures“ zu erledigen hätten, wie beispielsweise, dass sie Blut zum Labor bringen müssten oder dass ein Röntgen anstehe. Es komme oft vor, dass die *folks* diese wenigen Dinge, die sie zu erledigen hätten, ihre „only tasks“, nicht machen würden. Er lacht auf und spottet, dass sie es vergessen würden oder dass sie eigentlich „just too lazy“ seien.

Auch in dieser Szene manifestiert sich der hierarchische Charakter der Beziehungen zwischen Pflegekräften und PatientInnen/*folks*. Mit seinen spöttischen Bemerkungen über „vergessliche“ und „faule“ Angehörige und deren „ohnehin wenige“ Aufgaben zeichnet Carlos ein Bild von sich selbst als ihnen übergeordnet. Die Art, wie er über Angehörige spricht, zeugt von einer bestimmten Auslegung davon, wie Beziehungen mit PatientInnen/*folks* auszusehen haben und was ‚richtige‘ Sorge von KrankenpflegerInnen ausmacht. ‚Gute‘, ‚sorgende‘ Pfl-

gerInnen sind jene, die überwachen, dass Verwandte ihren Verpflichtungen nachkommen und mit beharrlichen Aufforderungen deren Erfüllung sicherstellen.

Des Weiteren kommen in Carlos' Aussagen Vorstellungen darüber zum Vorschein, wie PatientInnen und Angehörige sich als ‚ideale‘ SorgeempfängerInnen zu verhalten hätten. Dazu gehört auf Seite der *folks*, dass sie neben den körperlichen Pflegetätigkeiten, wie waschen, beim Essen und dem Toilettenbesuch helfen, Katheter ausleeren und bettlägerige PatientInnen umdrehen auch bestimmte andere Aufgaben während des Krankenhausaufenthaltes erledigen. Es liegt in ihrer Verantwortung, anfallende Proben zum Labor zu bringen (und wenn es um Harnproben geht, diese auch zu beschaffen), bestimmtes medizinisches Zubehör vom Materiallager zu holen, PatientInnen zum Röntgen zu begleiten und grundsätzlich über anstehende Eingriffe und Tests im Bilde zu sein. Angehörige, die diesen Verpflichtungen nicht oder nicht ‚richtig‘ nachkommen, bezeichnet Carlos als „vergesslich“ oder gar „faul“. Hier wird deutlich, dass ‚ideale‘ PatientInnen im Martinez Krankenhaus dazugehörige verantwortungsbewusste Verwandte voraussetzen. Wie in Teil 1 bereits angemerkt, verlangt ein/e ‚gute‘, ‚vollständige‘ PatientIn nach einem ‚familiären Kollektiv‘.

Dieses ‚Familien-Kollektiv‘ versucht Carlos mit seinen Bemühungen, den *folks* beizubringen, ihre Aufgaben ‚korrekt‘ zu erfüllen, zu eigenverantwortlichem Handeln zu ‚erziehen‘. Die aus PatientInnen und deren Verwandtschaftsrelationen bestehende Einheit soll selbst die Verantwortung für Teile ihres Krankenhausaufenthaltes übernehmen und diese im Idealfall ohne Abhängigkeit von MitarbeiterInnen ‚managen‘. Während Studien zum Neoliberalismus oftmals die darin enthaltenen Vorstellungen zum eigenverantwortlichen Individuum hervorheben (siehe z.B. Edwards 2018: 165; Hilgers 2010: 352; Wacquant 2012: 72), wird im Martinez Krankenhaus nicht eine einzelne Person, sondern eine ‚Familie‘ ‚responsibilisiert‘.

Auch die unter anderem in der Einleitung zu dieser Arbeit aufgetretene Pflegeassistentin Mary Grace äußerte Erwartungen an die Eigenverantwortlichkeit von PatientInnen und *folks*. Als sie gerade über die Unwissenheit von PatientInnen und Angehörigen und die notwendige Geduld mit ihnen sprach, fügte sie folgende Beanstandung hinzu: „And then some of them [PatientInnen/*folks*] get angry with the nurses for not doing everything. Some, not all, but some expect that the government does everything for them“. Hier drückt Mary Grace ihren Unmut über ‚fehlende Selbstständigkeit‘, ‚unangemessene‘ Erwartungen und ‚unangebrachtes‘ Verhalten von PatientInnen und Angehörigen aus.

In Mary Graces Kommentar fällt zudem auf, dass sie von *nurses* im Allgemeinen spricht, und nicht von *nursing attendants*. Obwohl sie selbst die Position einer Pflegeassistentin innehat, stellt sie sich selbst als zur Gruppe der *nurses* zugehörig dar. Dadurch macht Mary Grace die innerhalb des Personals bestehenden Unterschiede weniger bedeutend und hebt stattdessen jene zu PatientInnen und *folks* hervor. Dies weist darauf hin, dass zeitweise die komplexen Hierarchien zwischen MitarbeiterInnen zugunsten eines binären Bildes von Pflegepersonal einerseits und PatientInnen/*folks* andererseits außer Acht gelassen werden.

Überdies stellt Mary Grace einen Zusammenhang zwischen den ‚illegitimen‘ Erwartungen an PflegerInnen mit ebenfalls ‚unrechtmäßigen‘ Erwartungen an den Staat her, wobei sie sich selbst in dieser Szene als zum Staat gehörig verortet. Sie wirft PatientInnen/*folks* vor, ihre eigenen Verantwortlichkeiten an den Staat abzuschieben und davon auszugehen, dass die Regierung „alles“ für sie tue. In Mary Graces Verständnis der Beziehung zwischen BürgerInnen und Staat stellt sie das vollständige Sich-Verlassen auf den Staat und staatliche Angestellte als ‚unselbstständig‘ und ‚unangemessen‘ dar. Zwar äußerten MitarbeiterInnen manchmal auch Kritik an der Regierung, hoben mangelhafte Gesundheitsleistungen hervor und drückten den Wunsch nach *Universal Health Care*¹⁹ aus. Aber diese Forderungen nach einem stärker ausgeprägten Wohlfahrtsstaat koexistierten mit Vorstellungen, dass PatientInnen und Angehörige nicht ‚zu viel‘ vom Staat verlangen dürften.

Versuche von KrankenpflegerInnen und PflegeassistentInnen, PatientInnen und *folks* gemäß bestimmter Ideale zu formen und zu ‚erziehen‘, weisen Kontinuitäten mit anderen edukativen Projekten in Krankenhäusern auf. Der Historiker Warwick Anderson (2009) illustriert die bedeutende Rolle, die Krankenhäuser in ‚Erziehungs‘- und ‚Zivilisierungsprojekten‘ während der US-amerikanischen Kolonialherrschaft über die Philippinen spielten. Er argumentiert, dass die Kolonialregierung das Krankenhaus als „site of indoctrination“ (ebd.: 155) und „instrument of conversion“ (ebd.: 154) ansah und damit pädagogische Bestrebungen verfolgte. Krankenhäuser galten als Orte, an denen der lokalen Bevölkerung Prinzipien der Hygiene und ‚angemessenes‘ Verhalten wie Pünktlichkeit beigebracht und von wo aus diese

¹⁹ Gelegentlich war im Krankenhaus die von der Regierung angestrebte *Universal Health Care* (UHC) Thema. 2019 wurde in den Philippinen der *Universal Health Care Act* verabschiedet, ein Gesetz, das darauf abzielt, kostenlose medizinische Grundversorgung für alle BürgerInnen zur Verfügung zu stellen. Im Rahmen dessen sollen Zugang zu und Erschwinglichkeit von Gesundheitsleistungen verbessert werden und alle Filipino/as ins nationale Krankenversicherungsprogramm aufgenommen werden (DOH o. J.). MitarbeiterInnen sprachen über UHC in erster Linie im Sinne des Ziels, dass irgendwann sämtliche öffentlichen medizinischen Leistungen für alle Versicherten übernommen werden, worüber sie sich positiv äußerten. Sie drückten jedoch Zweifel darüber aus, wie und wann dies in der Praxis verwirklicht wird, da die Regierung zu dem Zeitpunkt nur das Gesetz, aber noch kein konkretes Programm zu dessen Umsetzung geliefert habe.

Verhaltensweisen in die breitere Gesellschaft getragen werden konnten (ebd.: 157–158). Die Anthropologin Alice Street (2012) bringt in ihrer Studie über ein öffentliches Krankenhaus in Papua Neu Guinea ähnliche Argumente vor. Sie illustriert, wie das Krankenhaus im Laufe seiner Geschichte immer wieder neu als „tool of development“ (ebd.: 44) rekonstruiert wurde, mit dessen Hilfe PatientInnen ‚erzogen‘ und ‚modernisiert‘ werden sollten. Die ‚modernen‘ Infrastrukturen und Technologien sollten als Vorbild für eine zukünftige, ‚fortschrittlichere‘ Nation dienen, wodurch insbesondere die indigene Bevölkerung dafür mobilisiert werden sollte, auf ‚ihre Entwicklung‘ hinzuarbeiten (ebd.: 48). Diese Beispiele veranschaulichen, wie Krankenhäusern eine bedeutende Rolle in ‚Erziehungs‘-, ‚Zivilisierungs‘- und ‚Entwicklungsmissionen‘ zufällt. Im nächsten Abschnitt werde ich diesen Gedanken der edukativen Interaktionen weiter verfolgen und demonstrieren, wie PatientInnen/*folks* von PflegerInnen/PflegeassistentInnen zu ‚besserer‘ Verwandtschaft und ‚besseren‘ Sorgenden ‚erzogen‘ werden.

‚Erziehung‘ zu ‚angemessener‘ Verwandtschaft als Sorge

Eines Nachmittags begleite ich Mary Grace auf ihrer *vital signs check round* durch die Abteilung für Geburtshilfe und Gynäkologie. Wir verlassen gemeinsam die Station und gehen gemächlich den Gang entlang. Mary Grace schiebt ein wackeliges Eisengestell mit Rollen neben sich her, auf dem ein manuelles Blutdruckmessgerät sowie ein kleiner Behälter befestigt sind. Im Behälter befinden sich in Alkohol getränkte Papiertücher, in deren Mitte Mary Grace fünf Fieberthermometer platziert hat. In der anderen Hand hält sie einen Stift und das grüne Notizbuch, in dem auf jeder Abteilung die Vitalwerte zu den zugehörigen PatientInnennamen eingetragen werden.

Zuerst betreten wir eines der beiden Zimmer für Neugeborene und Frauen nach der Entbindung, in dem alle fünf Betten belegt sind. Ich folge Mary Grace zum ersten Bett, in dem quer zwei junge Frauen mit einem Baby in ihrer Mitte liegen. Mary Grace streckt ihnen zwei Thermometer hin und spricht kurz mit einer der beiden in der Lokalsprache. Die Frau gibt kurze, leise Antworten, meistens ein einzelnes Wort mit dem gängigen „Mam“ hinten angefügt, während sie einen Fieberthermometer unter die Achsel des Babys und einen unter ihre eigene steckt. Als Mary Grace den Thermometer wieder in der Hand hält, schaut sie mich mit hochgezogenen Augenbrauen bedeutsam an und sagt laut und für alle Anwesenden hörbar: „She’s only 16.“ Ich bin verdutzt und nachdem ich nicht weiß, wie ich darauf reagieren soll, nicke ich nur. Mary Grace fährt fort, dass das die „sad reality here in the Philippines“ sei und klagt über die hoffnungslose Situation in den ländlichen Gebieten ohne Zugang zu Bildung. Sie

dreht sich wieder zu den jungen Frauen hin und fragt die Mutter in der Lokalsprache, in welchem Alter sie geheiratet habe. Danach wendet Mary Grace sich zu mir und wiederholt mit Nachdruck deren Antwort: Sie habe bereits mit 14 Jahren geheiratet. Sie fährt fort, dass eine Heirat oft der einzige Weg sei, um sich selbst zu erhalten, wenn man arm ist.

Mary Grace macht eine Pause und sieht mich weiterhin bedeutungsvoll an. Die zwei jungen Frauen reagieren nicht merklich auf Mary Graces Aussagen, sie blicken uns unverwandt an und sagen nichts. Mein Unwohlsein steigt. Insgeheim hoffe ich, dass die beiden nicht verstehen, was Mary Grace zu mir sagt, aber ich vermute, dass sie, wie die meisten Personen im Krankenhaus, etwas Englisch verstehen. Im Bemühen, das Gespräch in eine andere Richtung zu lenken, frage ich Mary Grace, wie alt denn das Baby sei. Allerdings schlägt der Versuch fehl, sie antwortet mir stattdessen, dass das Baby jetzt sieben Tage hierbleiben und medikamentiert werden müsse, weil die Mutter keine pränatalen Untersuchungen habe machen lassen und ihr Diabetes nicht behandelt hätte. Noch einmal wiederholt sie missbilligend: „She didn’t do a single pre-natal check-up!“, und fügt nach einer kurzen Pause hinzu: „Now the baby has to suffer the consequences.“

Mary Grace rügt hier die junge Mutter regelrecht für ihr ‚verantwortungsloses‘ Verhalten. Die Frau habe ihre Pflichten als werdende Mutter nicht erfüllt, worunter im Krankenhaus im Wesentlichen das Erscheinen zu vorgeburtlichen Untersuchungen, ‚richtige‘ Ernährungs- und Verhaltensweisen während der Schwangerschaft, das Kümern um die eigenen Krankheiten und der Besuch einer *Mother’s Class* verstanden werden.²⁰ Aufgrund ihres ‚Fehlverhaltens‘ macht Mary Grace sie für den Gesundheitszustand ihres Babys verantwortlich und rügt sie dafür. Einmal mehr äußert sich hier der edukative und hierarchische Charakter der Beziehungen zwischen KrankenpflegerInnen/PflegeassistentInnen und PatientInnen/*folks*.

Mary Graces offene Missbilligung der jungen Mutter kann jedoch auch als eine Sorgepraktik interpretiert werden. Ihre Rüge und Kritik an sich stellen einen Akt der Sorge dar, der dem lokalen Bild von Krankenpflege entspricht. Wie Brown (2010: 129, 137) für das

²⁰ Einmal pro Monat findet die sogenannte *Mother’s Class* statt, an der jede schwangere Frau, die sich im Martinez Krankenhaus auf die Geburt vorbereitet, einmal teilnehmen muss. Während des zweistündigen Kurses, an dem ich teilgenommen habe, wurden die anwesenden 46 Frauen von unterschiedlichen KrankenhausmitarbeiterInnen über HIV/AIDS, *PhilHealth*, die Vorteile des Stillens und des Neugeborenen-Screenings, Impfungen für Neugeborene, das Coronavirus, die Notwendigkeit vorgeburtlicher Untersuchungen, Dos und Don’ts während der Schwangerschaft und die Dinge, die zur Geburt mitgebracht werden müssen, aufgeklärt. Vorgeburtliche Untersuchungen finden in der Ambulanz statt und sollen im ersten Schwangerschaftstertial einmal im Monat, im zweiten alle zwei Wochen und im dritten jede Woche gemacht werden. Pro Untersuchung werden 50 Peso (ca. 85 Eurocent) verrechnet und jeder wahrgenommene Termin wird auf einer Karteikarte festgehalten und von den verantwortlichen Hebammen und ÄrztInnen unterschrieben. Eine Woche nach der Geburt gibt es eine einmalige Nachuntersuchung.

Krankenhaus in Kenia aufzeigt, können auch Distanz und Zurechtweisung zentral für Sorgebeziehungen sein, da ‚gute‘ Sorge kontextuell und relational ist. Brown (ebd.: 127) illustriert dies anhand des harschen Umgangs – bis hin zu physischer Maßregelung – von PflegerInnen mit gebärenden Frauen, die mithilfe dieser von Furcht und Respekt gekennzeichneten Interaktionen dazu gebracht werden sollen, erfolgreich das Kind zur Welt zu bringen. Ähnlich wie in Browns Fall, werden auch Mütter im Martinez Krankenhaus im Rahmen von als harsch anmutenden Sorgebeziehungen dazu ‚erzogen‘, sich angemessen zu verhalten und „to become proper people“ (ebd.: 133). Hier erlaubt die von Thelen geforderte Loslösung von Sorge von dem „overly positive normative framework“ (2015: 508) die Einbeziehung dieser ‚harschen‘ Umgangsweisen in eine Analyse von Sorge. Indem die gängige Assoziation von Sorge mit etwas Positivem, Nähe und Emotionalität hinterfragt wird, kann Sorge als „process with an open outcome“ (ebd.) konzeptualisiert werden, der auch Arten der Interaktion beinhaltet, die gemeinhin nicht als ‚Kümmern‘ gelten.

In der obigen Szene wurde überdies sichtbar, wie Mary Grace die ‚Verantwortungslosigkeit‘ und ‚schlechte‘ Sorge der Mutter mit ihrem jungen Alter, ihrer ländlichen Herkunft und ihrer Bildungsferne verknüpft. Hierbei kategorisiert sie die Heirat und Reproduktion der Frau als ‚zu früh‘. Mary Graces Betonung, dass die Frau „erst“ 14 Jahre alt gewesen sei, als sie geheiratet habe und mit „nur“ 16 Jahren ihr erstes Kind bekommen habe, spiegelt dominante gesellschaftliche Vorstellungen über ‚angemessene‘ Reproduktion und Verwandtschaft wider. In der Einleitung zu ihrem Sammelband *Reconnecting State and Kinship* (2018) zeigen Tatjana Thelen und Erdmute Alber, auf welche Weisen Verwandtschaft als zentrale Kategorie zur Klassifizierung von Personen und Formen sozialer Organisation fungiert. Bestimmte Verwandtschaftsformen und -praktiken und in Folge Praktiken der Heirat, Reproduktion und Erbfolge werden als ‚gut‘ und andere als ‚schlecht‘ klassifiziert. Diese Klassifikationsprozesse haben Auswirkungen auf soziale, politische und rechtliche Inklusionen, Exklusionen und Marginalisierungen (ebd.: 3–4, 12).

In ihrem Beitrag zum Sammelband zeigt beispielsweise Jeannette Edwards (2018) anhand der Debatten in Großbritannien hinsichtlich erhöhter Transparenz über durch SpenderInnenzellen empfangene Kinder, wie bestimmte Familienformen als ‚wünschenswert‘ und andere als ‚problematisch‘ kategorisiert werden. Forderungen nach mehr und staatlich-forcierter Offenheit hinsichtlich assistierter Reproduktion, die das Ziel der Entstigmatisierung verfolgen, priorisieren die typische Familienform der Mittelschicht. Dabei wird den darin normalisierten Werten von offener Kommunikation, abgeflachten Hierarchien und egalitären

Familienbeziehungen, individuellen Kinderrechten und dem argumentativen Aushandeln von Konflikten Vorrang gegeben (ebd.: 157, 167, 171). Edwards (ebd.: 162, 169–170) illustriert, wie dadurch jedoch jene Familienformen, die von diesem Ideal abweichen und Angelegenheiten der SpenderInnenempfängnis privat halten möchten, marginalisiert und unsichtbar gemacht werden. Helle Bundgaard und Karen Fog Olwig (2018) wiederum zeigen, wie Mittelklasse-Normen hinsichtlich Kindererziehung und Elternschaft den Alltag öffentlicher Kindergärten in Dänemark prägen. Verwandtschaftsverhältnisse von Kindern, die nicht den Idealen der Mittelklasse-Familie und deren Erziehungsmethoden entsprechen, werden von KindergärtnerInnen als ‚problematisch‘ kategorisiert und führen zur ungleichen Behandlung dieser Kinder und deren verstärkt prekärer Position im Kindergarten (ebd.: 208–209).

Wie in Mary Graces Bewertung der Heirats- und Reproduktionspraktiken der jungen Mutter sichtbar wird, spielen auch im Martinez Krankenhaus Kategorisierungen von ‚angemessenen‘ und ‚unangemessenen‘ Verwandtschaftsformen eine zentrale Rolle. Im Krankenhaus wurden insbesondere ein junges Alter bei der Erstgeburt, frühes Heiraten, außereheliche Geburten und eine hohe Anzahl an Kindern als ‚schlecht‘ klassifiziert. Sowohl KrankenpflegerInnen und PflegeassistentInnen als auch SozialarbeiterInnen im Krankenhaus porträtierten in Gesprächen mit mir wiederholt sogenannte „teenage pregnancies“ als Problem. In diesem Rahmen wurden Bilder von der hohen Anzahl dieser Schwangerschaften („Here we really get a lot of teenage pregnancies“) sowie vom Extrem des jungen Alters („Once I had a patient [Gebärende] who was twelve years old!“) gezeichnet. „Indigent“ PatientInnen wurde zugeschrieben, dass sie keine Familienplanung betreiben würden, unter anderem weil sie ‚falsche‘, ‚altmodische‘ Vorstellungen über Verhütungsmittel hätten. Schwangerschaften von jungen Müttern wurden pauschal als „always accidents“ bezeichnet.

In einem Gespräch mit mir drückte eine Sozialarbeiterin im Krankenhaus, Mam Cyril, ihr Missfallen darüber aus, dass viele der schwangeren Patientinnen nicht verheiratet seien, obwohl es immer wieder auch die Möglichkeit zu günstigen „mass weddings“ gebe. Sie zeigte sich auch verständnislos darüber, warum zahlreiche Frauen so viele Kinder – „some of them nine or ten“ – bekommen würden, oftmals trotz eines geringen Einkommens. Weiters erzählte mir Mam Cyril, dass sie stets versuche, „die Männer“ für Gespräche in der *Medical Social Services Unit* zu erwischen, um ihnen zu erklären, was ihre Verantwortlichkeiten seien und wie schwierig viele Kinder unter anderem für die in die Erziehung eingebundenen Großeltern seien. Lachend fuhr sie fort, dass sie den Vätern dann sage: „Next year, when you come back [with the next baby], you have to be married.“ Diese Bemühungen der Mitarbeiterin, die Paare mit-

hilfe von Gesprächen mit den Vätern zu weniger Kindern und einer Heirat zu überzeugen, stellen Versuche dar, sie zu ‚besserer‘ Verwandtschaft zu ‚erziehen‘. Im Krankenhaus wurden nicht nur bestimmte Formen von Mutterschaft, Partnerschaft und Elternschaft als ‚schlecht‘ klassifiziert, sondern MitarbeiterInnen intervenierten aktiv, um diese in ‚bessere‘ Verwandtschaftsformen zu transformieren.

Zudem deutet Mam Cyrils Hervorhebung der Notwendigkeit der Ehe und der erwünschten geringen Kinderanzahl auf ein bürgerliches, an der Kleinfamilie orientiertes Familienideal unter den KrankenhausmitarbeiterInnen hin. Wie in Teil 1 beschrieben, stehen Kategorisierungen von Verwandtschaft auch in Zusammenhang mit Vorstellungen über ‚Modernisierung‘ und ‚Tradition‘. Während die ‚noch starken familiären Bindungen‘ in den Philippinen und die ‚noch sorgende Familie‘ in Abgrenzung zum ‚Westen‘ in erster Linie positiv dargestellt wurden, wurde in Bezug auf „teenage pregnancies“, frühe Eheschließungen und uneheliche oder zahlreiche Kinder ‚traditionelle‘ Verwandtschaft negativ bewertet. Ärmeren und ländlicheren PatientInnen, die mit diesen ‚Problemen‘ assoziiert wurden, wurden in diesem Sinne ‚schlechte‘ und ‚überholte‘ Verwandtschaftsformen zugeschrieben. MitarbeiterInnen grenzten sich von diesen PatientInnen ab und bewarben ‚modernere‘ Verwandtschaftsformen, orientiert an der bürgerlichen Kleinfamilie.

Gleichzeitig deckten sich auch die Lebensrealitäten der KrankenhausmitarbeiterInnen nicht immer mit diesem von ihnen propagierten Familienideal. Im Laufe meiner Forschung begegnete ich auf Seite der KrankenpflegerInnen ganz unterschiedlichen Haushalts- und Verwandtschaftsformen, die auch größere Haushalte und in die Kindererziehung eingebundene Großeltern beinhalteten. Ein mir näher bekannter Haushalt besteht beispielsweise aus einer Krankenpflegerin Mitte zwanzig, deren dreijährigem Sohn, ihrer Mutter, der das Haus gehört, sowie einer 19-jährigen Haushaltshilfe aus einer anderen Region der Philippinen, die im Haus lebt und für deren Dienste im Gegenzug der Besuch einer sekundären Schule finanziert wird. Wenn der Ehemann der Krankenpflegerin zwischen monatelangen Arbeitsaufenthalten im Ausland nach Hause kommt, wohnt er ebenfalls im Haus. Wochenends lebt eine der Tanten der Krankenpflegerin in einem kleinen Zubau zum Haus und drei weitere von insgesamt neun Onkeln und Tanten, die ebenfalls in dem Haus aufgewachsen sind, kommen regelmäßig zu Mahlzeiten vorbei. Tagsüber kümmert sich eine weitere Nanny um den kleinen Sohn sowie die Essenszubereitung, bevor sie am frühen Abend zu ihren eigenen drei Kindern heimkehrt.

Die hochrangige Pflegemitarbeiterin Mam Jasmine lebt mit ihrem Ehemann im obersten Geschoß ihres Hauses, während ihre Schwiegermutter und deren unverheiratete Schwester,

beide um die 90 Jahre alt, unter ihnen wohnen. Im Erdgeschoß leben Mam Jasmines Schwägerin und Schwager, die beide nicht verheiratet sind. Während Mam Jasmines Schwiegermutter bis vor einigen Jahren noch stets für alle gekocht hat, brauche sie nun Unterstützung, weshalb die Familie eine Helferin angestellt habe, die ebenfalls bei ihnen wohnt und die betagte Frau pflegt. Mam Jasmines eigene Mutter wiederum wohnt in einem eigenen kleinen Haus direkt neben jenen von Mam Jasmines Bruder und Schwester und deren jeweiligen Familien auf einem zusammengehörigen Grundstück. Dies illustriert, wie divers die Verwandtschafts- und Haushaltsformen von KrankenpflegerInnen sind, die nicht unbedingt der sich als Ideal herauskristallisierten Kleinfamilie entsprechen.

Zugleich drückt sich in den soeben beschriebenen Haushaltsarrangements auch erneut die Mittelklasse-Stellung der KrankenpflegerInnen aus, da sichtbar wird, wie sie für die Betreuung von Kindern und SeniorInnen sowie für Arbeit im Haushalt auf bezahlte Helferinnen²¹ zurückgreifen. Finanziell prekär situierte PatientInnen und Angehörige, die angeblich mit ihren Kindern zu sehr den Großeltern zur Last fallen, können sich solche Haushaltshilfen und Nannys wahrscheinlich nicht leisten. Zudem wird sichtbar, wie komplex die Sorgekonfigurationen im Privatleben der KrankenpflegerInnen sind. Während in den in Teil 1 beschriebenen, vorherrschenden Diskursen stets betont wird, dass sich *caring* Filipino/as um ihre betagten Verwandten und insbesondere Eltern kümmern, sind in der Praxis verschiedene Verwandte und Nicht-Verwandte in die Sorge für SeniorInnen eingebunden.

Dass im Martinez Krankenhaus insbesondere „teenage pregnancies“ und eine hohe Anzahl von Kindern das vorrangige Thema in negativen Diskursen von KrankenhausmitarbeiterInnen waren, weist auf die Abwertung nicht nur bestimmter Formen und Praktiken der Verwandtschaft im Allgemeinen, sondern der Reproduktion im Speziellen hin. Faye Ginsburgs und Rayna Rapps (1995: 3) Konzept der „stratified reproduction“ ist hierbei nützlich, um die Machtverhältnisse, Hierarchien und Ungleichheiten in den Mittelpunkt zu rücken, entlang derer Reproduktion strukturiert ist. Der Blick wird darauf gerichtet, welchen Personen es unter welchen Umständen möglich und erlaubt ist, sich fortzupflanzen und welche Kategorien von Menschen hinsichtlich ihrer Reproduktion ermächtigt oder entmacht werden und wie. Wie Ginsburg und Rapp es ausdrücken: „[T]he concept of stratified reproduction helps us see the arrangements by which some reproductive futures are valued while others are despised“ (ebd.).

²¹ In den mir bekannten Fällen handelte es sich ausschließlich um weibliche Hausangestellte.

Als „pregnant teens“ klassifizierte Frauen stellen im Martinez Krankenhaus in Zusammenhang mit weiter zirkulierenden Vorstellungen innerhalb und außerhalb der Philippinen eine solche Kategorie von Personen dar, deren Reproduktion gesellschaftlich ‚unerwünscht‘ ist. Sie sollen nicht nur zu ‚besseren‘ Sorgenden und ‚besseren‘ Verwandtschaftsformen ‚erzogen‘ werden, sondern sie sollen sich (noch) überhaupt nicht reproduzieren. Im Rahmen von Belehrungen über ‚notwendige‘ Verhütung, das ‚passende‘ Alter für Geburten und das Absehen von baldigen weiteren Kindern wird versucht, dieser Form der Reproduktion entgegenzuwirken. Global werden in jüngerer Vergangenheit vielerorts nicht nur „teenage pregnancies“ an sich als ein ‚soziales Problem‘ angesehen, sondern sie werden mit anderen ‚sozialen Problemen‘ wie Armut, Alkohol- und Drogenkonsum, Schulabbruch, Missbrauch, Arbeitslosigkeit und Kriminalität assoziiert und als Ursache für den ‚Ruin‘ des Lebens junger Menschen betrachtet (siehe Ward 1995 zu den USA). Der Abwertung von „teenage pregnancies“ liegt somit die Annahme eines Teufelskreises zugrunde, in welchem Armut angeblich zu früher Reproduktion und diese wiederum zu Armut führt.

Negative Bilder von und Vorwürfe gegenüber „teenage pregnancies“ beinhalten eine Schuldzuweisung an junge Menschen, ihre eigene Armut und ‚Rückständigkeit‘ mit frühen Geburten selbst zu reproduzieren und somit für diese verantwortlich zu sein. Jason Hickel (2014) beschreibt solche Schuldzuweisungen an junge Frauen im Kontext von Empowerment- und Gendergerechtigkeits-Ansätzen in Entwicklungsdiskursen. Er analysiert die von internationalen Institutionen wie der Weltbank verfolgte Strategie des sogenannten „girl effect“. Dieser Begriff bezeichnet die Idee, dass das Investment in die Skills und Bildung junger Frauen und deren ‚Empowerment‘ im Sinne ihrer Rekrutierung als Arbeitskräfte die Schlüssel zu ökonomischem Wachstum, Armutsbekämpfung und ‚Entwicklung‘ im Allgemeinen seien (ebd.: 1356).

In diesem Rahmen würden Entwicklungsinstitutionen den in Ländern des Globalen Südens vermeintlich vorherrschenden ‚traditionellen‘ und ‚inadäquaten‘ sozialen Normen die Schuld an der ‚mangelhaften Entwicklung‘ geben (ebd.: 1358). Diese Normen würden den als notwendig für den freien Markt erachteten Idealen von individueller Freiheit und Autonomie sowie dem ‚Empowerment‘ von jungen Frauen im Wege stehen (ebd.: 1356). Aus dieser Perspektive würden insbesondere verwandtschaftliche Abhängigkeiten als ‚Problem‘ angesehen, weil sie angeblich die Selbstständigkeit und Selbstbestimmtheit von Personen stören. Die Erzählung der Entwicklungsinstitutionen laute, dass junge Frauen die ‚einschränkenden‘, ‚traditionellen‘ Gender-Rollen und Verwandtschaftsstrukturen durchbrechen müssten, damit

„Entwicklung“ und „Moderne“ erreicht werden könnten. In diesem Sinne sei die Strategie der Entwicklungszusammenarbeit, junge Frauen zur Erwerbsarbeit zu „ermächtigen“, Schwangerschaften hinauszuzögern und Mädchen in die Schule zu schicken (ebd.: 1360). Hickel (ebd.: 1366) argumentiert, dass in diesen Diskursen jungen Frauen die Verantwortung dafür zugeschrieben wird, sich selbst und ihre Familien aus der Armut zu befreien. Während „traditionelle“ Verwandtschafts- und Gendernormen für die „Unterentwicklung“ beschuldigt würden, würden strukturelle globale politische und ökonomische Ungleichheiten als Ursache für Armut ignoriert.

Diese Vorstellung von der notwendigen Veränderung von Verwandtschafts- und Gendernormen sowie vom „Empowerment“ von jungen Frauen in Form von Bildung und Erwerbsarbeit scheint auch im Martinez Krankenhaus wirksam zu sein. Frühe Reproduktion und viele Kinder werden mit Armut und „Rückständigkeit“ verbunden. Implizit in den Vorwürfen an junge Mütter, früh Kinder zu bekommen, anstatt sich an die Normen zur Familienplanung zu halten, nicht zu früh schwanger zu werden und in Bildung zu investieren, scheint die Annahme zu sein, dass sie aufgrund dieses „Fehlverhaltens“ den Teufelskreis der Armut reproduzieren. Die Kritik von KrankenpflegerInnen und PflegeassistentInnen an der Reproduktion von bildungsfernen, ländlichen, jungen Eltern sowie ihre Belehrungen hinsichtlich Verhütungsmethoden, längeren zeitlichen Abständen zwischen Geburten und den Herausforderungen vieler Kinder können als Versuche betrachtet werden, den Eltern zu vermitteln, wie sie angeblich ihre prekäre Situation verbessern können. Auch in diesem Sinne handelt es sich bei den edukativen Interaktionen zwischen PflegerInnen/PflegeassistentInnen und PatientInnen/*folks* um Sorge.

Während in den von Hickel (2014) beschriebenen Entwicklungsdiskursen jungen Frauen die Schlüsselrolle zufällt, werden von MitarbeiterInnen des Martinez Krankenhauses nicht nur junge Frauen, sondern auch junge Männer verantwortlich gemacht. Dies wurde beispielsweise in der oben geschilderten Erzählung der Sozialarbeiterin Mam Cyril ersichtlich. Ihre Darstellung davon, wie sie versucht, die Männer von jungen schwangeren Patientinnen zu erwischen, um sie über „bessere“ Verhaltensweisen aufzuklären, verdeutlicht, wie auch jungen Männern Verantwortung für die „unangemessene“ Reproduktion zugeschrieben wird. Das Beharren von Mam Cyril auf einem Gespräch mit den jungen Vätern lässt vermuten, dass sie diesen mehr Handlungsmacht und Potenzial für die Transformation ihrer Verwandtschaftspraktiken und in weiterer Folge ihrer prekären Lage zuspricht als den jungen Müttern. Nachdem ich in diesem Abschnitt die „Erziehung“ von PatientInnen und Angehörigen zu

„angemesseneren“ Verwandtschaftsformen als Sorge seitens des Pflegepersonals diskutiert habe, folgt nun die nähere Betrachtung vom Verständnis des Stillens als „gute“ mütterliche Sorge und dessen Förderung im Krankenhaus.

Stillen und das Formen zu „guten“ Müttern, Sorgenden und BürgerInnen

Im Anschluss an das im vorigen Abschnitt beschriebene Gespräch mit Mary Grace am Bett der jungen Mutter gehen wir gemeinsam weiter zum nächsten Bett im Zimmer für Neugeborene und Frauen nach der Entbindung. Darin liegt eine ebenfalls jung aussehende Frau auf der Seite, einen Arm hat sie abgewinkelt unter ihren Kopf geschoben. Ihr Baby ruht mit seinem Gesicht zu ihr hingedreht nah an ihrem Oberkörper. Auf dem Ohr der jungen Frau befindet sich ein frei auf ihrem Kopf liegendes Handy, in welches sie zwischendurch hineinspricht. Mit ihrer freien Hand drückt sie wiederholt an ihrer entblößten Brust herum und versucht augenscheinlich, das Baby zum Trinken zu bewegen. Als wir am Bett ankommen, reagiert die junge Frau zunächst in keiner Weise auf uns. Mary Grace schiebt ihr und dem Baby wortlos jeweils einen Thermometer unter die Achsel und wartet.

Einige Augenblicke später entfernt die junge Frau scheinbar widerwillig, weiterhin ohne etwas zu sagen, das Handy von ihrem Ohr und legt es auf der Matratze ab. Augenblicklich wedelt Mary Grace mit der Hand und sagt etwas zu ihr, woraufhin die Mutter das Handy wortlos einige Zentimeter weiter von sich wegrückt. In meine Richtung gewandt erklärt Mary Grace, dass sie ihr gesagt habe, sie solle das Handy weiter weg vom Baby legen, weil die Strahlung ihm schaden würde. Mary Grace vervollständigt den Besuch, indem sie den Blutdruck der Mutter misst und die Werte in ihr Notizbuch einträgt. Währenddessen fragt sie mich unvermittelt, ob ich schon vom *Milk Code* gehört hätte. Als ich verneine, erzählt sie mir von diesem philippinischen Gesetz, welches Flaschenmilch bzw. Milchpulver und Schnuller in Krankenhäusern verbietet. Wenn das Personal Babyfläschchen sehe, konfisziere es diese. Als wir später zurück auf der Station sind, winkt Mary Grace mich zu einem Regal und zeigt mir ein darauf platziertes Fläschchen. Ich erinnere mich, schon einige Male zuvor Fläschchen darauf gesehen zu haben. Mary Grace lächelt und verkündet stolz: „See, there’s a bottle we’ve confiscated.“

In dieser Szene wird erstens die Ideologie vom wünschenswerten Stillen und zweitens die Art der Vermittlung dieses Ideals an Patientinnen sichtbar. An verschiedener Stelle im Krankenhaus wird aktiv zum *breastfeeding* ermutigt und KrankenhausmitarbeiterInnen nehmen

hinsichtlich der Förderung des Stillens einen erzieherischen Auftrag wahr. Insbesondere auf der Kinderstation und jener für Geburtshilfe und Gynäkologie, aber auch im Eingangsbereich und in anderen Gängen des Krankenhauses hängen Plakate, auf denen die Vorzüge des Stillens und die Schritte zum erfolgreichen Stillen inklusive Illustrationen dargestellt werden. Neben dem Eingang zum Bettenbereich und an einigen anderen Stellen im Krankenhaus hängt außerdem ein Plakat, das die Zeichnung einer stillenden Frau mit dem Logo des *Department of Health* und der Aufschrift „This is a mother-baby-friendly hospital“ zeigt. Als mich in meiner ersten Feldforschungswoche der bereits aus Teil 1 bekannte Pfleger John während einer Visite auf der Kinderstation fragte, ob ich schon bemerkt hätte, dass dies ein *mother-baby-friendly hospital* sei, gab ich zur Antwort, dass ich zwar ein diesbezügliches Schild gesehen hätte, aber nicht wisse, was es bedeutet. Daraufhin erklärte mir John: „It means that we encourage them to breastfeed.“ Er fuhr fort, dass *breastfeeding* wirklich das Beste für das Kind im Alter von null bis sechs Monaten sei. Manche hier würden es nicht tun, aber sie würden es wirklich, wirklich fördern.

Auch in der *Mother's Class* war Stillen ein großes Thema. Alle teilnehmenden Frauen waren verpflichtet, neben jeweils einem Flyer zu HIV/AIDS und einem zum *newborn screening*, auch einen Flyer zu *breastfeeding* mitzunehmen. Zu Beginn eines gänzlich dem Thema Stillen gewidmeten Vortrags in diesem Kurs stellte die *Health Education Promotion Officer* des Krankenhauses die Frage in die Runde der 46 anwesenden schwangeren Frauen, wer bereits gestillt habe und wer vorhabe, zu stillen. Soweit ich erkennen konnte, hoben fast alle Frauen ihre Hand. Eine der in die Organisation der *Mother's Class* eingebundenen Hebammen flüsterte mir von ihrem benachbarten Sitzplatz aus in diesem Moment zu, dass alle hier vorhätten, zu stillen. Währenddessen fuhr die Vortragende fort, dass hier im Krankenhaus exklusives *breastfeeding* für die ersten sechs Lebensmonate gefördert werde. Die Hebamme übersetzte zwischendurch Ausschnitte aus dem Vortrag, einiges war auch ohne sie anhand der Folien und der aufkommenden englischen Begriffe verständlich.

Zunächst erklärte die Vortragende, dass Muttermilch alles sei, was das Baby brauche und betonte, wie wichtig es sei, dass dem Kind daneben nichts anderes, auch kein Wasser, gegeben werde. Nach sechs Monaten könne man dann auch etwas anderes zufüttern, aber insgesamt solle man bis zum Alter von 24 Monaten stillen. Anschließend sprach sie über die auch auf einer Folie aufgelisteten Vorteile des *breastfeeding*, wobei sie insbesondere den Punkt, dass es kostengünstiger sei, stark hervorhob. Man würde sich als Familie 6000 Pesos (ca. 104 Euro) im Monat ersparen, weil Muttermilch gratis ist. Die Vortragende erklärte, dass es

sich hier um ein *mother-baby-friendly hospital* handle und Fläschchen konfisziert würden. Die Hebamme warf leise in meine Richtung gewandt ein, dass sie es bei älteren Babys zwar akzeptieren würden, wenn mit Fläschchen gefüttert wird, wobei sie dennoch zum Stillen ermutigen würden. Aber bei Neugeborenen würden sie die Fläschchen tatsächlich konfiszieren, weil das wirklich ein „big big no“ hier sei. Die Vortragende handelte flott die Hygienemaßnahmen und das richtige Anlegen des Babys ab, die darauffolgende Folie zu *breastfeeding positions* übersprang sie gänzlich. Nachdem sie eilig ihren Vortrag beendet hatte, fragte sie prüfend in die Runde: „How long should you breastfeed?“, woraufhin die Frauen im Chor mit leiser Stimme, „zero to six“ antworteten. „Should you give formula milk in addition?“, und die Menge antwortete: „No!“

Die Szene aus der *Mother's Class*, Mary Graces Erklärungen auf der Geburtenstation und die zahlreichen Plakate machen deutlich, dass Stillen im Martinez Krankenhaus als das eindeutig Beste für das Baby repräsentiert wird und als notwendig für ‚gute‘ mütterliche Sorge eines Neugeborenen gilt. Wie auch in gegenwärtigen Diskursen in Österreich ist Stillen als Norm in den Philippinen soweit naturalisiert, dass diese als ‚eindeutiges, gegebenes Wissen‘ erscheint. AnthropologInnen betonen bereits seit geraumer Zeit, dass Stillen oft fälschlicherweise als etwas ‚Natürliches‘ betrachtet wird, das ausschließlich von Naturgesetzen und nicht von sozialen Regeln bestimmt ist (siehe z.B. Maher 1992; Srdic Srebro 2017). Wie Tanya Cassidy und Fiona Dykes (2019: xv) in ihrem Vorwort zu ihrem Buch über Milchbanken anmerken, kann das wissenschaftliche Framing der Relevanz des Stillens auf Basis medizinischer, ‚bewiesener Fakten‘ den Anschein erwecken, dass das Thema frei von moralischen Vorstellungen sei. Schon der Begriff „Muttermilch“ an sich erwecke Bilder von etwas „Ursprünglichem“ und durch und durch „Natürlichem“ (Cassidy 2012: 96).

Gerade weil Muttermilch als etwas ‚natürlich Gutes‘ für die Bedürfnisse von Neugeborenen gilt, sei sie besonders oft zum Objekt wissenschaftlicher Untersuchungen und zur Zielscheibe von Interventionen von Seiten staatlicher und medizinischer Autoritäten geworden (Cassidy und Dykes 2019: xv). Andja Srdic Srebro (2017: 224–225) argumentiert, dass Stillen gleichzeitig als eine ‚private‘ Angelegenheit angesehen wird und als etwas, was Management und Regulierung erfordert, damit die Einhaltung von sozialen Normen gewährleistet wird. Ihrer Ansicht nach gewinnen im Zuge der Medikalisierung von *breastfeeding* GesundheitsexpertInnen als Quelle von Autorität in Debatten zum Stillen zunehmend an Bedeutung und ihr ‚wissenschaftliches‘ Wissen erhält eine immer größere Relevanz.

PflegerInnen und PflegeassistentInnen im Martinez Krankenhaus nehmen als medizinische ExpertInnen in der Förderung des Stillens und der Intervention in Praktiken der Säuglingsernährung eine zentrale Rolle ein. Die ermutigenden Plakate und Belehrungen des Pflegepersonals zeugen davon, dass *breastfeeding* als etwas wahrgenommen wird, das aktiv von oben herab durchgesetzt werden muss und Bildungsarbeit von Seite der KrankenhausmitarbeiterInnen erfordert. Hier zeigt sich erneut, dass KrankenpflegerInnen und PflegeassistentInnen einen edukativen Auftrag für sich erkennen, um ‚weniger gebildete‘ Patientinnen zu ‚besseren‘ Müttern und Sorgenden zu ‚erziehen‘ und sie zu ‚entwickeln‘.

Die Bemühungen des Martinez Krankenhauses im Bereich des Stillens sind eng mit staatlichen Regelungen und Förderungen zu diesem Thema verwoben. Der von Mary Grace erwähnte *Milk Code* bildet den gesetzlichen Rahmen zum *breastfeeding* und ist auf Plakaten im Krankenhaus präsent. Auf diesen ist Folgendes zu lesen: „Prohibited According to Executive Order 51 or The Milk Code ... 1. Formula Milk, 2. Feeding Bottle, 3. Artificial Teats and Pacifiers, 4. Promotional Material encouraging use of Formula Milk.“ Unter jeder englischen Zeile findet sich eine einzeilige Übersetzung in der Lokalsprache. Dieser 1986 verabschiedete *Executive Order No. 51* bzw. *Milk Code* und die zugehörigen, im Jahr 2006 veröffentlichten *Revised Implementing Rules and Regulations* verfolgen das Ziel der „provision of safe and adequate nutrition for infants by the protection and promotion of breast feeding“ (Ministry of Health 1986: 4; DOH 2006: 2).

Die historische Entwicklung dieser philippinischen Gesetze war eingebettet in globale Diskurse zum Stillen und in internationale Stillkampagnen der *World Health Organization* (WHO). Diese veröffentlichte 1981 einen dementsprechenden internationalen Code zum Vertrieb von Muttermilchersatzprodukten und der Förderung von *breastfeeding*, dessen angegebenes Ziel im Wortlaut jenem der philippinischen Gesetze gleicht (WHO 1981: 8). Angesichts des *Executive Order No. 51* wurden die Philippinen von der WHO gelobt, da sie unter den ersten Ländern waren, welche entsprechende Gesetzgebung zu diesem internationalen WHO-Code verabschiedeten (WHO 2015: v). Im Jahre 1992 wurde in den Philippinen außerdem die *Mother-Baby Friendly Hospital Initiative* (MBHFI) gestartet und seitdem mehrere Male neu lanciert. Im Zuge dessen werden Gesundheitseinrichtungen, die bestimmte Kriterien hinsichtlich *breastfeeding* erfüllen, als *mother-baby friendly* zertifiziert. Die Initiative ist eine Antwort auf die globale *Baby-friendly Hospital Initiative* von WHO und UNICEF, die auch die dafür geltenden Kriterien definierten (ebd.: vi).

Neben der Regulierung der Vermarktung von Muttermilchersatzprodukten, einschließlich eines diesbezüglichen Werbeverbots, sowie Bestimmungen zum Inhalt sämtlicher verbreiteter Informationsmaterialien zum Thema, steht im *Executive Order No. 51* insbesondere der Gesundheitsbereich im Zentrum. Institutionen und MitarbeiterInnen im Gesundheitswesen werden dazu verpflichtet, das Stillen zu fördern und dementsprechende Informationen zu verbreiten. Sie dürfen keine Flaschennahrung bewerben und sollen deren Risiken in den Vordergrund stellen. Informationen und Erklärungen zu Muttermilchersatzprodukten sollen nur jenen Müttern zur Verfügung gestellt werden, die aufgrund von medizinischen oder anderweitigen „legitimen Gründen“ nicht zum Stillen fähig sind (Ministry of Health 1986: 6–7). In der ergänzenden Implementierungs-Anordnung werden explizit Produkte wie Fläschchen, Flaschensauger und anderer Zubehör für „artificial feeding“ in sämtlichen Gesundheitseinrichtungen verboten (DOH 2006: 3). Unter den dort genannten dem Gesetz zugrunde liegenden Prinzipien finden sich unter anderem folgende Aussagen: „There is no substitute or replacement for breastmilk“ und „Breastfeeding is still appropriate for young children up to two (24 months) years of age or beyond“ (ebd.).

In den staatlichen Anordnungen wird ebenso wie im Krankenhausalltag deutlich, wie das Ideal von „breast is best“ an Mütter vermittelt wird. Ähnlich wie die im vorherigen Abschnitt besprochenen ‚erwünschten‘ Familienformen steht auch das Stillen als Inbegriff des ‚guten Kümmerns‘ um Kinder ursprünglich mit einem bürgerlichen Familienideal in Verbindung. Rund um die Wende vom 19. zum 20. Jahrhundert wurde beispielsweise in Kanada die Ideologie des Stillens als essenziell für ‚gute‘ Mutterschaft vor allem von Frauen der mittleren und oberen Klassen im Rahmen der Frauenrechtsbewegung beworben (Nathoo und Ostry 2009: 34). Die insbesondere im Europa des 17. Jahrhundert verbreitete, aber teils bis zum Beginn des 20. Jahrhunderts anhaltende Ammentradition der Aristokratie, die Stillen für ‚unmodisch‘ befand, verschwand zusehends (ebd.: 4, 83). In Kanada wurden sowohl der Trend des Rückgangs des Stillens im frühen und mittleren 20. Jahrhundert, begleitet von Vorstellungen über Stillen als ‚unzeitgemäß‘, ‚mühsam‘ und ‚abstoßend‘, als auch jener zur Rückkehr zum Stillen in den 1960er und 70er Jahren von Frauen der höheren sozioökonomischen Klassen angeführt. Im Anschluss an die von Unternehmen angetriebene Werbung für Säuglingsernährungsprodukte in Ländern des Globalen Südens wurde ab den 1970er Jahren deren Vermarktung von Staaten und internationalen Institutionen reguliert (ebd.: 107). Seither wird der Wert des Stillens in internationalen Diskursen und Kampagnen beworben, die sich im philippinischen Martinez Krankenhaus niederschlagen.

Um Müttern den hohen Wert des Stillens beizubringen, werden im Krankenhaus neben den als ‚wissenschaftlich bewiesen‘ dargestellten gesundheitlichen Vorteilen auch ökonomische Argumente vorgebracht. Wie bereits erwähnt, wurden beispielsweise in der *Mother's Class* insbesondere die Kostenersparnisse für stillende Mütter als Anreiz hervorgehoben. In ihrem Artikel zu Tausch, Kauf und Reziprozität von Muttermilch am Beispiel von Ammen und Muttermilchbanken zeigt Tanya Cassidy (2012), dass der Wert von Stillen eng mit ökonomischem Wert verwoben ist. Der ‚natürliche‘ Vorgang des Stillens werde von vielen Menschen als über den Banalitäten der Ökonomie stehend angesehen. Jedoch finde auch ökonomischer Austausch von Muttermilch statt und die Vorteile von Muttermilch würden permanent von AkteurInnen in ökonomische Vorteile übersetzt. Zusätzlich zur individuellen Vermeidung von Kosten für künstliche Babynahrung würden BefürworterInnen auch mit Kostenersparnissen für ArbeitgeberInnen und Staat argumentieren, da die Zunahme von *breastfeeding rates* Ausgaben auf nationaler Ebene verringere (ebd.: 100).

Die Investitionen des Staates in Stillkampagnen und seine Eingriffe in Praktiken der mütterlichen Sorge von Neugeborenen können als Bemühungen der Produktion von möglichst ‚gesunden‘ und in weiterer Folge möglichst kostengünstigen BürgerInnen verstanden werden. Der Staat, verkörpert durch staatliche KrankenhausmitarbeiterInnen sowie Gesetze und Projekte, versucht, Mutter-Kind-Beziehungen zu formen und Mütter und Kinder zu produzieren, die seinen Normen und Idealen entsprechen. Somit werden Stillpraktiken zu einem angefochtenen Ort, an welchem Vorstellungen von ‚guter‘ Mutterschaft und ‚guter‘ Sorge, Konstruktionen von privat/öffentlich und die Reproduktion des Staates – des „body of the nation“ (Ginsburg und Rapp 1995: 3) – ausverhandelt werden.

Insbesondere bei jenen PatientInnen, die aufgrund ihrer Zuwiderhandlung gegen die Stillregel, ihrer angenommenen andersartigen Einstellung oder ihrer mangelnden Kenntnis als Abweichung vom Ideal angesehen werden, greift der Staat ein. Beim Konfiszieren von Babyfläschchen treten Pflegekräfte als staatliche ÜberwacherInnen und ReguliererInnen auf. Das mit Stolz ausgeführte Konfiszieren der Fläschchen von PflegerInnen und PflegeassistentInnen stellt ein *policing* der Eltern und vor allem der Mütter dar, das dazu dient, ‚gute‘ Familien zu produzieren. Bestimmte Sorge- und Verwandtschaftspraktiken, die spezifischen Idealen aus einem spezifischen Umfeld entsprechen, werden von staatlichen AkteurInnen in öffentlichen Institutionen nicht nur gefördert, sondern auch kontrolliert und durchgesetzt.

Auf normativen Klassifikationen von Elternschaft und Kindheit beruhende Interventionen von staatlichen AkteurInnen thematisiert Eirini Papadaki (2018) am Beispiel einer öffentlichen Geburtsklinik in Griechenland. SozialarbeiterInnen in der Klinik entscheiden darüber, welche Mütter ‚geeignet‘ für Mutterschaft sind und folglich ihre Neugeborenen behalten dürfen und welche Kinder aufgrund der als ‚unangemessen‘ eingeschätzten Lebensweisen der Mütter von ihnen getrennt werden sollen, um sie in einem ‚sichereren‘ Umfeld unterzubringen (ebd.: 178–179). Auch Familienformen, die nicht dem Ideal der Kernfamilie entsprechen – wie ‚entfernere‘ Verwandte, die die primären Betreuungspersonen eines Kindes sein möchten –, können als ‚unpassend‘ klassifiziert werden und zur Trennung des Kindes von der Familie führen (ebd.: 190). Somit kategorisieren staatliche SozialarbeiterInnen, welche ‚unangemessenen‘ Familienverhältnisse nicht zu ‚angemessenen‘ BürgerInnen im griechischen Nationalstaat führen würden und stellen somit sicher, dass ‚gute‘ BürgerInnen produziert werden (ebd.: 178–180). Ebenso sind die von Bundgaard und Fog Olwig (2018: 2010) beschriebenen dänischen KindergärtnerInnen in die Produktion von ‚guten‘ BürgerInnen eingebunden, indem sie überwachen, inwiefern Kindererziehung zuhause den ‚richtigen‘ demokratischen und liberalen Werten entspricht, und gegebenenfalls intervenieren.

Während sich die Art und Weise im Martinez Krankenhaus von diesen Beispielen unterscheidet, kann die Förderung des Stillens als Versuch verstanden werden, Praktiken der Kindererziehung und Elternschaft von PatientInnen und Angehörigen zu formen. Staatliche KrankenhausmitarbeiterInnen sind in die Produktion von ‚guten‘, ‚sorgenden‘ Müttern, ‚angemessenen‘ Familienformen sowie in weiterer Folge ‚gesunden‘, ‚günstigen‘ und ‚modernen‘ – sprich ‚guten‘ – BürgerInnen eingebunden. Nachdem in den letzten Abschnitten die edukativen Sorgebeziehungen zwischen KrankenpflegerInnen/PflegeassistentInnen und PatientInnen/*folks* im Vordergrund standen, wende ich mich nun einer anderen Art der Sorge von PflegerInnen und PflegeassistentInnen zu: dem Schreiben.

Bürokratisches Schreiben als Sorge

Am zweiten Tag meiner Forschung im Krankenhaus erlebe ich zum ersten Mal die Dienstübergabe von KrankenpflegerInnen und PflegeassistentInnen und den Beginn einer neuen Schicht mit. Gemeinsam mit der Pflegerin Leila, die ich gerade zuvor auf ihrem Weg zum Dienstantritt am Gang kennengelernt habe, komme ich auf der Station für Geburtshilfe und Gynäkologie an. Als wir die PflegerInnenstation betreten, entschuldigt Leila sich sogleich, dass sie nun die Übergabe machen müssten und keine Zeit für mich hätten. Sie setzt sich zu den

anderen PflegerInnen an den Tisch und beginnt, hastig Notizen auf ein leeres Blatt Papier niederzuschreiben, während eine zweite Pflegerin in raschem Tempo auf sie einredet. Währenddessen schaue ich mich auf der Station um. In einem hohen Regal an der Wand befinden sich Medikamente und anderes medizinisches Equipment. Ein zweites hohes Regal sowie die Ablageflächen auf der Innenseite der Theke, die den MitarbeiterInnenbereich vom Gang abtrennt, sind voll mit verschiedenen hohen Papierstößen. In diesen Fächern stapeln sich diverse leere Formulare von unterschiedlicher Form und Größe.

Nachdem die unüberschaubar wirkende Schichtübergabe abgeschlossen ist, beginnt Leila, handschriftlich etwas auf Zetteln mit vorgedruckten Linien zu schreiben. In entschuldigendem Ton sagt sie zu mir: „We are more paperwork here.“ Als ich über den Ablauf auf der Station und ihre Tätigkeiten frage, wiederholt sie, dass es sich fast ausschließlich um Schreibarbeiten handle und das Ausfüllen der „charts“ den Großteil der Zeit ausmache, vor allem jetzt, da gerade nicht so viel los sei. Sie erklärt mir den typischen Ablauf: Zunächst erledigen PflegerInnen die Übergabe, dann führen sie eine Visite bei den PatientInnen durch, und wenn dabei alles in Ordnung ist, widmen sie sich anschließend den „charts“ und bereiten die Medikamente vor, die sie im Verlauf der Schicht verabreichen. Leila wiederholt, dass sie viel Papierkram erledigen müssten und beklagt, dass sie sich aufgrund dieses Zeitaufwandes nicht auf „bed-side care“ konzentrieren könnten. Im Gegensatz dazu gebe es in fortschrittlicheren Krankenhäusern Computer. Ich blicke zu dem einzelnen Computer, der auf der Station steht, an dem aber niemand sitzt. Lediglich Musik ertönt von dem Gerät, während das Display unverändert den Startbildschirm anzeigt.

Während der nächsten zwei Stunden sind alle drei KrankenpflegerInnen auf der Station mit Schreiben beschäftigt. Nach einer Weile setzt sich die PflegeassistentIn an den Computer und trägt für ungefähr eine halbe Stunde Daten in ein Programm ein. Als ich frage, was genau Leila denn aufschreibt, antwortet sie, dass es sich nur um „routine-charting“ handle. Ich hake weiter nach, was unter *charts* und *charting* zu verstehen sei. Leila erklärt daraufhin, dass sie die „nurse’s notes“ schreibe, in denen alles festgehalten wird, was PflegerInnen mit und bei PatientInnen machen. Als Beispiele dafür nennt sie: „kept attendance“, „safety secured“, „due meds given“ oder „IV provided“. Sie wiederholt, dass das meiste, was sie schreibt, nur Routine und bei fast allen PatientInnen das Gleiche sei. Ich schaue über ihre Schulter und sehe eine Reihe englischer Wörter, das meiste sind für mich unverständliche Abkürzungen. Leila meint: „We write the nurse’s notes already in advance so we finish early.“ Sie deutet zur Uhr und sagt grinsend, dass es ja noch nicht Mitternacht, also Schichtende, sei, sie aber trotzdem schon die

Aufzeichnungen vervollständigen. Idealerweise solle das nicht so sein, da die Vermerke erst zum Schichtende geschrieben werden sollten. Sie würden jedoch vorarbeiten und die *charts* bereits früher abschließen.

Am selben Tag ein paar Stunden davor verbringe ich einige Zeit mit dem Pfleger John auf einer anderen Abteilung. In der auch an früherer Stelle erwähnten Konversation über anstrengende *folks* erzählt John mir davon, dass manche Angehörigen die KrankenpflegerInnen absichtlich nerven wollen würden. An diese Bemerkung über „toxic folks“ fügt er hinzu: „They think that we just sit around here and do nothing. They don’t understand that everything we write down here, we do it for them.“

In den Erlebnissen mit Leila und John an jenem Tag hat sich für mich ein erster Einblick in die bedeutende Rolle von bürokratischem Schreiben für KrankenpflegerInnen im Martinez Krankenhaus eröffnet. Von Anfang an war ich verwundert darüber, wie viel Zeit KrankenpflegerInnen damit verbrachten, am Tisch in der PflegerInnenstation zu sitzen und zu schreiben. Entgegen meiner eigenen Erwartungen, dass PflegerInnen und PflegeassistentInnen sich primär mittels körperlicher Pflege um PatientInnen kümmern sollten, stellte sich das bürokratische Schreiben als ihre zentrale Tätigkeit heraus. KrankenpflegerInnen und PflegeassistentInnen verbrachten einen Großteil ihrer Arbeitszeit damit, schriftliche Aufzeichnungen zu produzieren, Formulare auszufüllen und Akten von PatientInnen zu vervollständigen.

Wie zentral Dokumente und Papierarbeiten dafür sind, wie Sorge im medizinischen Kontext vonstattengeht, zeigt auch Ramah McKay (2018) in Kapitel 6 ihrer Ethnographie über Gesundheitsprojekte in Mosambik auf. Anhand des physischen Raumes, den Aktenordner einnehmen, der Zentralität von PatientInnenakten und des Fokus von Klinikpersonal auf das Ausfüllen von Formularen und Fragebögen, illustriert sie, wie allgegenwärtig und wichtig Dokumente in einer kleinen öffentlichen Gesundheitseinrichtung sind. MitarbeiterInnen widmeten dokumentarischen Praktiken einen bedeutenden Anteil ihrer Arbeitszeit und *paperwork* samt den damit einhergehenden Schwierigkeiten stellten ein häufiges Gesprächsthema dar (ebd.: 170–172, 185). McKay (ebd.: 180–181) thematisiert hierbei die multiplen Bedeutungen und Zwecke von Dokumenten. Sie beschreibt, wie MitarbeiterInnen ein und dieselben Dokumente abwechselnd als psychotherapeutische Werkzeuge, Evaluationsinstrumente oder bürokratische Hindernisse wahrnahmen. Dokumente verfolgten zeitgleich auch multiple Ziele der Wissensproduktion: Sie dienten dem Projektmanagement, der Evaluierung,

der Datenerhebung für die Forschung und fungierten als medizinische Handlungsanweisungen (ebd.: 180).

In den eingangs beschriebenen Szenen wird deutlich, wie auch im Martinez Krankenhaus PflegerInnen ihre Schreibtätigkeiten mit unterschiedlichen Bedeutungen versahen. Leila betonte in Zusammenhang mit dem hohen Ausmaß an Papierarbeit vor allem deren negative Konsequenzen, da der große Aufwand die Zeit direkt an den Krankenbetten verringere. John hingegen machte in seiner Beschwerde darüber, dass die Angehörigen nicht verstünden, dass KrankenpflegerInnen alles was sie schreiben, *für sie* schreiben, das bürokratische Schreiben selbst zu einer Tätigkeit der Sorge. Im Gegensatz zu gängigen Bewertungen von Schreibpraktiken als rein bürokratische, entbehrliche, sich von ‚echter‘ Sorge unterscheidende Zusatz Tätigkeiten, kann Schreiben selbst als eine Form der Sorge angesehen werden.

Inmitten der diversen Schreibtätigkeiten und Dokumentensorten begegnete mir im Martinez Krankenhaus die PatientInnenakte als zentrale Einheit. Diese wurde „chart“ genannt und war fast immer auf dem Stationstisch präsent. Akhil Gupta bezeichnet die Akte als „the critical unit that organizes bureaucratic life“ (2012: 145–146). Es handle sich um ein Objekt, das ein eigenes Leben erlange und in Bürokratien oftmals relevanter sei als jene Personen mitsamt ihren Entscheidungen und Ideen, die mit ihnen arbeiten (ebd.). Obwohl laut Matthew Hull (2003: 291) die meisten SozialwissenschaftlerInnen, die zu Bürokratie arbeiten, die Akte als „the central technology of bureaucracy“ beschreiben, fehlt in diesen Arbeiten seiner Ansicht nach oftmals eine genauere empirische Betrachtung ihrer Inhalte, Form, ProduzentInnen und Zirkulationen. Sowohl Gupta (2012: 146) als auch Hull (2003: 292) richten hingegen ihren Blick auf die Akte an sich, deren materielle Form, Aussehen und Lebensgeschichte sowie die darin enthaltenen unterschiedlichen Schreibgenres.

Die PatientInnenakte im Martinez Krankenhaus besteht aus zahlreichen verschiedenen Dokumenten, die jedes Mal, wenn ein neues hinzukommt, mit einer Klammer in der Ecke neu zusammengeheftet werden. Der gesamte Stoß an Papieren wird in eine große schwarze Mappe hineingelegt, auf deren Vorderseite in einer durchsichtigen Hülle ein kleiner Zettel mit dem PatientInnennamen angebracht wird. In der Akte befinden sich je nach Fall bis zu zwanzig verschiedene Dokumentengenres, wie das Deckblatt mit einer Zusammenfassung des Krankenhausaufenthalts, Einverständniserklärungen, Notizen von KrankenpflegerInnen, Anweisungen von ÄrztInnen, Laborresultate, Aufnahme- und Entlassungsdokumente sowie Formulare zu Medikamenten, Vitalwerten und Aufnahme bzw. Abgabe von Nahrung und Flüssigkeit. Bei allen unterschiedlichen Dokumenten handelt es sich um schwarz bedruckte,

verschieden gut lesbare Papiere, in denen MitarbeiterInnen je nach Vorgaben und graphischer Gestaltung der jeweiligen Sorte handschriftlich etwas eintragen. Spezifische Berufsgruppen im Krankenhaus sind für bestimmte Dokumente zuständig, an manchen sind mehrere Personengruppen beteiligt. Auf dem „doctor’s orders sheet“ beispielsweise schrieben ÄrztInnen, ebenfalls unter einigem Zeitaufwand, Informationen über den Gesundheitszustand von PatientInnen sowie an die PflegerInnen gerichtete Handlungsanweisungen nieder. Wenn ein/e KrankenpflegerIn eine bestimmte Anordnung ausgeführt hatte, zeichnete er/sie eine vertikale Linie neben den gesamten von den ÄrztInnen produzierten Text und fügte darunter „noted“ hinzu, einschließlich der Uhrzeit, einer Unterschrift und eines MitarbeiterInnenstempels.

Wenn KrankenpflegerInnen sogleich nach der meist kurzen Visite zu Schichtbeginn mit dem *charting* begannen, nahmen sie den Papierstoß aus der betreffenden PatientInnen-Mappe heraus, lösten die Klammer, suchten die relevanten Seiten hervor und begannen zu schreiben. Dabei nahmen die oben erwähnten „nurse’s notes“ und die „medication sheets“ am meisten Zeit in Anspruch. Auf dem „medication sheet“ wurden in einer vorbereiteten Tabelle die zu gebenden Medikamente sowie sämtliche Uhrzeiten, zu denen sie verabreicht wurden, eingetragen. Neben jeder Uhrzeit notierten PflegerInnen ihre Initialen und an den unteren Blattrand setzten sie ihren Stempel und ihre Unterschrift. Auf dem Blatt für die „nurse’s notes“ gab es im Vergleich dazu weniger graphische Vorgaben. Der Raum war lediglich durch horizontale Linien und in drei Spalten gegliederte Überschriften strukturiert, die angaben, wo PflegerInnen das Datum, ihre Notizen und ihre Unterschrift und Stempel platzieren sollten. Auf jeder in der Akte enthaltenen Seite mussten ganz oben Name und Vorname der PatientInnen, Alter, Geschlecht, PatientInnennummer und Station in die dafür vorgesehenen Felder eingetragen werden.

Die graphischen Eigenschaften der vorgedruckten Blätter, die Vorgaben, wie und in welcher Form geschrieben werden soll, und das ähnliche Schema der handschriftlichen Eintragungen, deuten darauf hin, wie relevant das Einhalten von bestimmten Logiken der Form ist. Mit diesem Argument greife ich auf den von Hull (2012: 255) als „aesthetic approach“ identifizierten Ansatz zu bürokratischen Dokumenten zurück. Dieser betont die Rolle von Dokumenteigenschaften wie Form und Struktur in der Herstellung der Überzeugungskraft von Geschriebenem. Das Aussehen eines Dokuments mit seinen graphischen Eigenschaften wie etwa Tabellen und Rubriken spielt eine zentrale Rolle dafür, wie angemessen und überzeugend ein Dokument wahrgenommen wird. Die Erfüllung einer bestimmten Ästhetik und Sprache ist

im Fall von bürokratischen Dokumenten oftmals relevanter als der Inhalt des Geschriebenen an sich (ebd.).

Der Fokus auf die Materialität von Dokumenten ermöglicht es laut Hull (2012: 254), sie nicht nur als bloßen Text und als neutrale Instrumente zur Repräsentation und Überbringung von Inhalten zu sehen. Vielmehr handelt es sich um Objekte, die Bedeutungen und Elemente verändern bzw. formen und konstitutiv für Bürokratien, Organisationen, Regeln, Wissen, Praktiken, Subjektivitäten und Ergebnisse sind (ebd.: 251, 253). Dass Dokumente mehr sind, als sie zu sein vorgeben, und Schreibpraktiken nicht bloß dazu dienen, Informationen festzuhalten, darzustellen und weiterzugeben, wird ersichtlich, wenn genauer betrachtet wird, was das Pflegepersonal wann und wie niederschreibt. Wie auch Leila erwähnte, war es üblich, dass KrankenpflegerInnen die „nurse’s notes“, die angeblich dazu dienten, alles genau zu dokumentieren, was mit PatientInnen während eines Dienstes geschehen war, bereits in den Anfangsstunden der Schicht schrieben und als abgeschlossen unterzeichneten. Zudem wurden für den Großteil der PatientInnen routinemäßige Standardformulierungen in den Aufzeichnungen verwendet, sodass sich das Geschriebene meist glich und nicht die Spezifika einzelner PatientInnen ausdrückte.

Auch die „medication sheets“ wurden bereits vor den tatsächlichen Verabreichungen der Medikamente ausgefüllt. Die Uhrzeiten, die in diese Tabellen eingetragen wurden, entsprachen außerdem nicht unbedingt jenen Zeiten, zu denen PatientInnen die Medikamente bekamen, sondern jenen Zeiten, die von ÄrztInnen vorgeschrieben worden waren. Wenn beispielsweise ein Medikament laut ÄrztIn um 12 Uhr, 16 Uhr und 20 Uhr gegeben werden sollte, wurden diese Zeiten in das „medication sheet“ eingetragen, während das Medikament meist zwischen einer halben Stunde und einer Stunde früher verabreicht wurde. Das Anfertigen der „nurse’s notes“ und „medication sheets“ im Voraus und die routinemäßigen, einander gleichenden Aufzeichnungen deuten darauf hin, dass es bei Schreibpraktiken im Martinez Krankenhaus nicht (nur) darum geht, Inhalte zu dokumentieren und Informationen festzuhalten.

Dies wird auch in den Schreibarbeiten der PflegeassistentInnen ersichtlich. Während einer Nachmittagsschicht im Februar zeigt mir Mary Grace, für welche Dokumente sie als Pflegeassistentin zuständig ist. Sie erklärt mir die Zwecke von „graphing chart“, „monitoring sheet“ und „fluid intake and output chart“. Ich schaue ihr dabei zu, wie sie zunächst in das „graphing chart“ jene Vitalwerte einzeichnet, die sie sämtlichen PatientInnen der Abteilung während der zuvor durchgeführten *vital signs check round* abgenommen hat. In einem vorgegebenen Diagramm zeichnet sie für die Kategorien Körpertemperatur, Blutdruck, Puls

und Sauerstoffsättigung des Blutes Graphen ein: Linien, die einmal ein Stück nach oben und einmal ein Stück nach unten wandern. Unterhalb des Diagramms gibt sie die Werte nochmals in Ziffernform an. Da ich mich nicht daran erinnern kann, dass Mary Grace auf dem vorhergegangenen Rundgang Pulsfrequenz und Sauerstoffsättigung gemessen hat, frage ich, ob sie neben der Körpertemperatur auch diese Werte genommen hat. Mary Grace verneint und erklärt, dass sie dafür einfach Standardwerte einträgt. Alle würden das so machen, manchmal sogar die ÄrztInnen, weil nicht genug Zeit für die zahlreichen PatientInnen sei, und auch die Pflegedienstleitung wisse darüber Bescheid. Als Mary Grace diese Linien einzeichnet, variiert sie sie innerhalb des Normalbereichs stets ein wenig, sodass sich pro PatientIn unterschiedliche aufwärts und abwärts wandernde Kurven ergeben, obwohl ihr keine konkreten Werte vorliegen. Als nächstes widmet sich Mary Grace dem „monitoring sheet“. Auf diesem Blatt trägt sie dieselben Werte, die sie gerade davor auf dem „graphing chart“ aufgezeichnet und niedergeschrieben hat, erneut ein, diesmal in eine Tabelle. Als ich erstaunt frage, ob das dieselben Informationen wie zuvor seien, nickt Mary Grace: „Yes, it’s double.“

Wie jene Dokumente, die von KrankenpflegerInnen geschrieben werden, zeigt auch die Schreibpraxis von Mary Grace die Bürokratisierung von Pflegearbeit im Martinez Krankenhaus auf. Repetitive Aufzeichnungen und das Notieren von nicht gemessenen Werten weisen darauf hin, dass ein hohes Maß an bürokratischem Schreiben weder zu detaillierten Dokumentationen aller Krankheitsfälle noch zu regelgetreuem Verhalten von MitarbeiterInnen führt. Die zahlreichen auszufüllenden Formblätter einschließlich teilweise erforderlicher Wiederholungen haben zur Folge, dass PflegeassistentInnen die Dokumente mit ‚erfundenen‘ Daten befüllen. McKay (2018: 170, 173–174, 189) macht hinsichtlich dessen, was Dokumente in der mosambikischen Klinik *tun* und *auslösen*, ebenfalls auf solch unvorhergesehene Konsequenzen des Zuwachses von Papierarbeit und Bürokratisierung aufmerksam: Frustrationen, das Überquellen von Akten, Mehrfachdokumentationen, partielles Ausfüllen von Dokumenten und die Verwendung von Schätzwerten.

Auch im Martinez Krankenhaus wird sichtbar, wie Dokumente Handlungen und Verständnisse formen. Relevanter als exaktes Dokumentieren von sämtlichen individuellen Werten scheint das Abschätzen dessen zu sein, welche Messungen und Aufzeichnungen wichtig sind. Als Mary Grace mir darüber erzählte, dass sie aufgrund des Zeitmangels meist Standardwerte eintrage, betonte sie, dass man mithilfe des „medical eye“ immer abschätzen müsse, bei welchen PatientInnen genaue Messungen erforderlich seien. *Aufgrund* der Anforderungen der detaillierten Dokumentation und in Abweichung von diesen ergibt sich in

der Praxis ein Verständnis von ‚kompetentem‘ und ‚sorgendem‘ Pflegepersonal als jenes, das erkennt, in welchen Fällen genau gemessen und dokumentiert werden muss.

Das scheinbare Einvernehmen mit ranghöheren MitarbeiterInnen darüber, dass nicht alle Mess- und Schreibtätigkeiten nach Vorschrift durchgeführt werden, legt zudem nahe, dass Schreibpraktiken auch bürokratische Regeln beeinflussen, und nicht nur umgekehrt. Entgegen der offiziellen Vorschriften zum Ablauf des Erstellens von schriftlichen Dokumenten werden davon abweichende Praktiken akzeptiert. Sowohl Hull (2008) als auch Gupta (2012) weisen auf die wesentliche Rolle hin, die die Einhaltung der ‚richtigen‘ bürokratischen Prozedere in Bürokratien spielt. Im Kontext von gefälschten Grundstücksdokumenten in Pakistan verweist Hull (2008: 513) darauf, dass die Validität von Unterlagen durch die Einhaltung der für ihre Herstellung vorgesehenen Verfahren gewährleistet wird. Deshalb seien Fälschungen, die im Rahmen derselben sozialen Prozesse wie die originalen Dokumente produziert worden sind, für BürokratInnen besonders schwierig zu bekämpfen. Gupta (2012: 160) wiederum beschäftigt sich mit Inspektionen in indischen Bürokratien, im Rahmen derer Vorgesetzte die Arbeit der ihnen unterstellten BeamtenInnen prüfen. In diesen Inspektionen zähle in erster Linie, dass MitarbeiterInnen ordnungsgemäß die vorgeschriebenen Vorgehensweisen befolgt haben, und nicht die erzielten Resultate.

Die Art und Weise, wie die ‚angemessene‘ Einhaltung von bürokratischen Verfahrensweisen im Martinez Krankenhaus in Erscheinung tritt, unterscheidet sich von diesen zwei Beispielen. Einerseits ist es wichtig, dass bei den Schreibarbeiten gewisse Vorgaben und Formen eingehalten werden. Andererseits scheint eine partielle Abweichung von den vorgeschriebenen Prozedere in Ordnung, da im Vorhinein Aufzeichnungen gemacht und Standardwerte niedergeschrieben werden. Nicht die Einhaltung sämtlicher Protokolle zur Erstellung des Geschriebenen oder das genaue Aufzeichnen von einzelnen PatientInnenfällen ist zentral und ‚richtig‘, sondern, dass zum Schluss ein vollständig ausgefülltes Dokument vorliegt. Im Zentrum steht nicht unbedingt, was und wann genau geschrieben wird, sondern *dass* geschrieben und dabei die ‚passende‘ Form eingehalten wird. Relevant ist somit vor allem die Einhaltung jener bürokratischen Regel, die die Vollständigkeit aller Dokumente vorschreibt.

Dieser Fokus auf Vollständigkeit äußert sich auch in den Audits der PatientInnenakten, die nach der Entlassung von PatientInnen von den *charge nurses*²² durchgeführt werden. Im

²² Pro Schicht befindet sich auf einer der vier Bettenstationen eine *charge nurse*, die allen diensthabenden PflegerInnen und PflegeassistentInnen vorgesetzt ist. Die im Martinez Krankenhaus ausschließlich weiblichen

Rahmen dieser Überprüfungen wird kontrolliert, ob Einträge in der Akte fehlen, bevor die Akten weiter zum Büro des Pflegedienstes und im Anschluss daran zu *PhilHealth* wandern. Mir wurde berichtet, dass die Notizen der PflegerInnen häufig lückenhaft seien oder Unterschriften fehlen würden. In solchen Fällen wurden im Büro Zettelchen an die Wand geheftet, die ankündigten, in welchen Akten etwas unvollständig ist. Daraufhin musste das für die betroffene Schicht zuständige Personal die jeweiligen Stellen herausuchen und nachtragen. Mary Grace erzählte mir, dass man, wenn man nicht korrekt alles in den Akten ausfülle und nachtrage, pro fehlendem Eintrag 50 Peso (ca. 85 Eurocent) an die Pflegedienstleitung zahlen müsse.

Diese Kontrollen durch Vorgesetzte weisen ebenso wie die an zahlreichen Stellen der PatientInnenakte erforderlichen Unterschriften und Stempel darauf hin, dass Dokumente auch zum Ziel haben, zurückzuverfolgen, wer was gemacht und geschrieben hat. Somit dienen Dokumente auch dazu, MitarbeiterInnen zu regulieren und ihre Verantwortlichkeiten festzumachen. Wie Hull (2003: 294–295) hervorhebt, fungieren beispielsweise Unterschriften, Initialen und Stempel als Indikatoren für bestimmte Personen, Zeiten und Situationen und dokumentieren somit die Urheberschaft von bürokratischen Aufzeichnungen. Hull erkennt deshalb in Akten den Versuch, Handlungen und damit Verantwortung von Individuen sichtbar zu machen und eindeutig festzuschreiben. Wie auch in McKays (2018: 190–191) Forschung generieren und repräsentieren dokumentarische Aufzeichnungen im Martinez Krankenhaus nicht nur Wissen über die PatientInnen, sondern produzieren auch eine Bilanz über die Leistung der MitarbeiterInnen.

In den unterschiedlichen Bedeutungen, die Schreiben im Martinez Krankenhaus annimmt, und den diversen Zielen, denen es dient, wird deutlich, dass Schreibpraktiken eine andere Rolle innehaben als die bloße Dokumentation von Krankheitsfällen. Bürokratisches Schreiben ist zentral dafür, was den Pflegeberuf und Sorge im Krankenhaus ausmacht. Für StaatsbeamtInnen in Indien betont Gupta (2012: 142–143, 149–150), dass Schreiben nicht nur ein Nebenprodukt von Bürokratien ist und über rein funktionale Zwecke und das Dokumentieren von anderen Aktivitäten hinausgeht. Gupta veranschaulicht, dass etwas zu tun für BürokratInnen meist bedeutet, etwas aufzuschreiben, und dass das Geschriebene das ist, was zählt: „[I]f it is not in the official record, it might as well not have happened“ (ebd.: 149).

charge nurses teilen im Vorfeld die gesamten Pflegekräfte einer Schicht auf die vier Abteilungen auf, beaufsichtigen die Tätigkeiten der PflegerInnen, stehen für Fragen und schwierige Fälle bereit und erledigen bestimmte Schreibarbeiten.

Er plädiert dafür, Schreiben selbst als die primäre Handlung von BürokratInnen und als einen Selbstzweck von Bürokratien anzusehen. Bürokratisches Schreiben sei konstitutiv für den Staat, es sei das, was der Staat tut und was den Staat definiert (ebd.: 153, 188). Während Gupta die Zentralität von Schreiben im Kontext von Schreibtisch-BeamtenInnen herausarbeitet, hat sich in meiner Forschung gezeigt, dass bürokratisches Schreiben nicht nur in staatlichen Büros, sondern auch für Pflegepersonal in einem staatlichen Krankenhaus wesentlich ist. Im Gegensatz zu Perspektiven, die Papierarbeit als unwichtiges Nebenprodukt von sonstigen Pflegeleistungen sehen, ist Schreiben ein konstitutives Element der von PflegerInnen im Martinez Krankenhaus bereitgestellten Sorge.

CODA ZU TEIL 2

In diesem Teil der Masterarbeit standen die Sorgepraktiken von KrankenpflegerInnen und PflegeassistentInnen sowie ihre Interaktionen mit PatientInnen und Angehörigen im Vordergrund. In den ersten Abschnitten lag der Fokus auf den edukativen und hierarchischen Sorgebeziehungen zwischen PflegerInnen/PflegeassistentInnen und PatientInnen/*folks*. Den Hintergrund hierfür bilden sozioökonomische Differenzen zwischen Pflegepersonal und PatientInnen/*folks* sowie das Selbstverständnis von PflegerInnen und PflegeassistentInnen als AkteurInnen mit einem zu erfüllenden Bildungsauftrag und mit der Zuständigkeit für ‚wichtige‘ medizinische, technische, koordinierende und überwachende Tätigkeiten. Sie sahen es als ihre Aufgabe, dafür zu sorgen, dass PatientInnen und Angehörige sich gemäß vorherrschender Vorstellungen zu ‚idealen‘ SorgeempfängerInnen ‚richtig‘ um die ihnen zugewiesenen Arbeiten kümmerten und ‚responsibilisierten‘ in diesem Sinne das im Martinez Krankenhaus als relevante Einheit verstandene ‚Familien-Kollektiv‘. Darüber hinaus sollten PatientInnen und Angehörige zu ‚besseren‘ Verwandtschafts- und Reproduktionspraktiken ‚erzogen‘ werden. Diese edukative Form der Sorge beinhaltet potenziell harsche Rügen, Missbilligungen und Belehrungen. Ein Ziel dieser Sorgepraktiken von PflegerInnen und PflegeassistentInnen war es, Mütter anhand der Vermittlung von ‚richtiger‘ Neugeborenen-Sorge in Form von Stillen zu ‚besseren‘ Sorgenden zu ‚erziehen‘. In Einklang mit staatlichen und internationalen Normen förderten und überwachten Pflegekräfte das Stillen und konfiszierten gegebenenfalls Babyfläschchen. Somit waren sie in die Produktion von ‚guten‘ Müttern, Kindern, Familien und BürgerInnen eingebunden. Im letzten Abschnitt rückte ich meinen Blick weg von den Interaktionen der PflegerInnen und PflegeassistentInnen mit PatientInnen/*folks* hin zu ihren

Schreibtätigkeiten als eine andere zentrale Sorgepraktik. Entgegen gängigen Annahmen von körpernaher Pflege als bürokratischen Tätigkeiten übergeordnet, ist bürokratisches Schreiben wesentlich in der von PflegerInnen und PflegeassistentInnen bereitgestellten Sorge.

CONCLUSIO

In dieser Masterarbeit standen Aushandlungsprozesse von Sorge für PatientInnen im staatlichen Josefa G. Jara Martinez Memorial Hospital in den Philippinen im Vordergrund. Anhand der Betrachtung von Sorgepraktiken, Sorgebeziehungen und Normen der Sorge im Krankenhaus habe ich mich dem angenähert, was vor Ort ‚gute‘ Sorge bedeutet und wie diese in alltäglichen Praktiken und Interaktionen von unterschiedlichen AkteurInnen produziert wird. In diesem Rahmen haben sich verwandtschaftliche Sorgetätigkeiten für PatientInnen, edukative Sorgebeziehungen zwischen KrankenpflegerInnen/PflegeassistentInnen und PatientInnen/*folks* sowie bürokratisches Schreiben von Pflegekräften als zentrale Elemente der Sorgekonfigurationen im Martinez Krankenhaus herausgestellt.

In Teil 1 der Arbeit habe ich mich mit der Rolle der *folks* im Krankenhaus, ihren Sorgepraktiken sowie Normen zur verwandtschaftlichen Sorge auseinandergesetzt. Somit standen angelehnt an Alber und Drotbohm (2015) die Aspekte der Verwandtschaft und des Lebensverlaufs im Mittelpunkt. Angesichts der unterschiedlichen im Martinez Krankenhaus relevanten medizinischen und nicht-medizinischen Personen und Praktiken kann das Krankenhaus als Ort der „multiple orderings“ angesehen werden, zugleich durchlässig für soziales Leben von ‚außerhalb‘ und durch spezifische Regeln, Abläufe und Autoritäten unterscheidbar und umgrenzt (Street und Coleman 2012: 8). Ausgehend von der normalisierten Teilhabe von Verwandten am Krankenhausaufenthalt habe ich in diesem Teil Aushandlungen von Sorgeverantwortlichkeiten zwischen verwandtschaftlichen und medizinischen AkteurInnen aufgezeigt. Diese habe ich dahingehend interpretiert, wie und wo vor Ort Grenzen zwischen den Sphären ‚verwandtschaftlich-privat‘ und ‚medizinisch-öffentlich‘ gezogen werden.

Zunächst habe ich die diversen Sorgetätigkeiten von *folks* wie körperliche Pflege von PatientInnen, Gespräche mit medizinischem Personal und soziale und emotionale Sorge für PatientInnen beschrieben, um zu illustrieren, welche Aufgaben als Zuständigkeit der Verwandten gelten. Diese Einbindung von Verwandten in die Sorge für PatientInnen macht deutlich, dass die Grenze zwischen ‚verwandtschaftlich-privat‘ und ‚medizinisch-öffentlich‘ an einer anderen Stelle gezogen wird, als ich es erwartet hatte. Das Konzept der Sorge erlaubt es, unterschiedliche Praktiken und Beziehungen über die Sphäre der Verwandtschaft hinaus und über gängige Dichotomien wie privat/öffentlich oder medizinisch/familiär hinweg miteinander in Verbindung zu bringen, wodurch der Fokus darauf gerichtet werden kann, wie vor Ort solche Kategorien und Grenzen dazwischen (re)produziert werden (Brown 2010; Thelen 2015).

Angehörige der PatientInnen sind in Abläufe eingebunden, die ich als ‚medizinisch‘ klassifiziert hätte, wie beispielsweise die Mithilfe beim künstlichen Beatmen. Gewisse Tätigkeiten gelten jedoch eindeutig als Aufgabe des Pflegepersonals und gewisse Räumlichkeiten sind ausschließlich der ‚Medizin‘ und ihren AkteurInnen vorbehalten. Diese Grenzziehungsprozesse in Form von Zuschreibungen bestimmter Sorgetätigkeiten an bestimmte Personengruppen (Brown 2012) haben gezeigt, dass materielle Erklärungen, die Personal- und Ressourcenmangel betonen, zum Verständnis der Rolle der *folks* im Krankenhaus nicht ausreichen. Vielmehr handelt es sich um soziale Normen, gemäß derer Verwandte und PflegerInnen jeweils für spezifische Formen der Sorge verantwortlich sind, damit ‚gute‘ Sorge im Krankenhaus entsteht: Verwandte für körperliche, nahe, persönliche, emotionale Sorge und KrankenpflegerInnen und PflegeassistentInnen für technisch-medizinische Tätigkeiten.

Im zweiten Abschnitt habe ich Sorge von Verwandten im Krankenhaus mit allgemeineren Normen zu verwandtschaftlichen Sorgeverpflichtungen verknüpft. Ausgehend von der stolzen Erzählung der Pflegeassistentin Mary Grace darüber, dass sich Filipino/as um ihre älteren Verwandten kümmern, habe ich gezeigt, wie meine GesprächspartnerInnen ihre verwandtschaftliche Sorge für SeniorInnen und Kranke als kulturelle Eigenschaft darstellen. Dadurch grenzen sie sich unter Rückgriff auf global zirkulierende Bilder über Gesellschaften mit unterschiedlich ‚ausgeprägten‘ und ‚engen‘ Verwandtschaftsbeziehungen vom ‚Westen‘ ab. Dies macht die zentrale Rolle von Sorge für die Produktion von Differenzen zwischen Gruppen deutlich (Thelen und Coe 2019). In diesen Diskursen hat sich der hohe Stellenwert von intergenerationellen Interdependenzen und die Norm der verzögerten Reziprozität hinsichtlich Sorgeleistungen abgezeichnet. Gleichzeitig wurde aber auch ersichtlich, dass diese Ideale zu Reziprozität nicht eindeutig sind und ambivalente Erwartungen beinhalten.

Die Diskrepanz zwischen der Norm der intergenerationellen Reziprozität und der tatsächlichen Praxis wurde vor allem in den Fällen von Angela und Herrn Cruz sichtbar, die ich im dritten Abschnitt diskutiert habe. Entgegen gängiger Annahmen führt Verwandtschaft nicht automatisch zu Sorge, sondern durch Sorge werden bedeutsame Bindungen erst hergestellt und verwandtschaftliche Sorgebeziehungen sind Gegenstand ständiger Aushandlungen (Thelen 2015). Angelas und Herrn Cruz‘ Beispiel hat illustriert, wie PatientInnen mit ‚zu wenig‘ Verwandtschaft als „folkless“ kategorisiert und problematisiert werden. Hier wurde die Grenzarbeit von KrankenpflegerInnen und PflegeassistentInnen besonders deutlich, die gewisse Tätigkeiten der *folks* übernahmen, die meisten aber nicht. Im Rahmen von Angelas Bemühungen, sich ‚richtig‘ zu verhalten und sich trotz ihres Regelbruchs als die Sorge der

PflegerInnen verdienend zu erweisen, zeigen sich vorherrschende Vorstellungen über ‚ideale‘ PatientInnen. ‚Gute/r‘ PatientIn zu sein bedeutet einerseits, passiv, immobil und wenig anspruchsvoll zu sein und andererseits, eingebettet in ein ‚Familien-Kollektiv‘ im Krankenhaus behandelt zu werden.

Schließlich habe ich am Beispiel der Interaktion des Pflegers John mit „toxic folks“ gezeigt, dass Verwandte auch als ‚zu viel‘ oder ‚problematisch‘ eingestuft werden können. Die Teilhabe von *folks* am Krankenhaus-Aufenthalt kann für das Pflegepersonal mit Herausforderungen verbunden sein. Im Fall von Verwandten, die als ‚störend‘ empfunden wurden, machten PflegerInnen situationsbedingt die ansonsten kaum durchgesetzte Vorschrift der Begrenzung auf eine/n Begleiter/in pro PatientIn relevant. Dass Kinder auf die PflegerInnenstation geholt wurden, um intravenöse Zugänge gelegt zu bekommen, veranschaulicht, wie PflegerInnen versuchen, den ‚störenden‘ Einfluss von Verwandten zu mindern. Somit sehe ich die Norm der verwandtschaftlichen Sorge für PatientInnen im Krankenhaus als mit Ambivalenzen zwischen dem ‚Fehlen‘ von *folks* und der Belastung des Personals durch *folks* einhergehend an.

In Teil 2 stand Alber und Drotbohms (2015) dritte zentrale Dimension in Bezug auf Sorge im Mittelpunkt: jene der Arbeit. Ich habe meinen Blick auf die Sorgepraktiken von KrankenpflegerInnen und PflegeassistentInnen sowie deren Beziehungen mit PatientInnen und Angehörigen gerichtet. Bei diesen Beziehungen, die sich als edukativ und hierarchisch charakterisieren lassen, handelt es sich um Sorgebeziehungen. Die Analyse der Interaktionen von Pflegekräften mit PatientInnen/*folks* sowie ihrer Schreibtätigkeiten hat gezeigt, dass sie ‚gute‘ Sorge durch die Erfüllung eines wahrgenommenen erzieherischen Auftrags und durch das Produzieren von bürokratischen Dokumenten herstellen.

Im ersten Abschnitt von Teil 2 habe ich mittels der empörten Diskurse der PflegerInnen Fred und Andrea über ihre Außenwahrnehmung als *yayas* ihr Selbstverständnis besprochen. KrankenpflegerInnen und PflegeassistentInnen im Martinez Krankenhaus sehen sich als medizinische AkteurInnen, verantwortlich für ‚wichtige‘ medizinische, technische, koordinierende und überwachende Tätigkeiten. Aufgaben, die auch ohne medizinische Expertise und von den *folks* erledigt werden können, sehen sie nicht als ihre Zuständigkeit an. Dieses Selbstverständnis und die hierarchischen Beziehungen im Krankenhaus stehen in Zusammenhang mit den sozioökonomischen Differenzen zwischen Pflegepersonal und PatientInnen/*folks*. Im Krankenhausalltag spiegeln sich einerseits die Mittelschicht-Zugehörigkeit von Pflegekräften, ihr hoher formeller Bildungsgrad und das Ansehen ihrer Stelle sowie

andererseits die vergleichsweise prekäre, ländliche, bildungsferne Position der meisten PatientInnen und *folks* wider.

Im zweiten Abschnitt habe ich näher in Augenschein genommen, wie PflegerInnen und PflegeassistentInnen im Krankenhaus eine überwachende und erzieherische Rolle einnehmen. Die von Carlos im Rahmen einer Visite geäußerten Anmerkungen über das ständig erforderliche Erinnern der „vergesslichen“ oder „faulen“ *folks* an ihre Aufgaben haben gezeigt, dass Pflegekräfte es als ihre Verantwortlichkeit ansehen, die im Krankenhaus behandelte Einheit aus PatientInnen und *folks* zu ‚responsibilisieren‘. Als ‚ideale‘ PflegeempfängerInnen gelten jene familiären Kollektive, die sich ‚richtig‘ um ihre Arbeiten kümmern. PflegerInnen und PflegeassistentInnen wiederum positionieren sich dadurch als ‚gute‘ Sorgende, dass sie PatientInnen und Angehörige zu Eigenverantwortlichkeit ‚erziehen‘ und dafür sorgen, dass diese ihre Aufgaben erfüllen.

Ein weiteres Ziel des edukativen Sendungsbewusstseins von Pflegekräften stand in Abschnitt drei im Mittelpunkt: die ‚Erziehung‘ von PatientInnen und Angehörigen zu ‚besseren‘ Verwandtschaftsformen und -praktiken. Die Interaktion zwischen der Pflegeassistentin Mary Grace, der jungen Mutter auf der Geburtsstation und mir hat illustriert, wie bestimmte Formen der Verwandtschaft und Reproduktion als ‚gut‘ und ‚modern‘ klassifiziert werden, während andere abgewertet werden (Edwards 2018; Thelen und Alber 2018: 3–4). Sogenannte „teenage pregnancies“, außereheliche Geburten und eine hohe Anzahl von Kindern innerhalb einer Familie gelten als ‚problematisch‘. KrankenhausmitarbeiterInnen sehen es als ihre Aufgabe, PatientInnen und Angehörigen ‚bessere‘ Verwandtschaftsformen beizubringen. Ich habe gezeigt, wie diese aus meiner Perspektive oft harsch anmutenden Interaktionen ebenfalls als Sorgebeziehungen interpretiert werden können. Entgegen gängiger Assoziationen von Sorge mit Nähe und Emotionalität kann ‚gute‘ Sorge diverse Formen annehmen (Brown 2010).

Der vierte Abschnitt hat einen spezifischen Aspekt der ‚Erziehung‘ zu ‚besseren‘ Sorgenden näher beleuchtet. Anhand der Förderung des Stillens im Martinez Krankenhaus, die sich in themenbezogenen Plakaten, Aussagen von PflegerInnen und PflegeassistentInnen, einem Vortrag im Rahmen der *Mother's Class*, diesbezüglichen Regeln und dem Konfisizieren von Babyfläschchen äußerte, sollen Müttern ‚bessere‘ Sorgepraktiken vermittelt werden. Diese Förderung des Stillens steht in Zusammenhang mit staatlichen sowie internationalen Regelungen, Kampagnen und Normen, in denen Stillen als das ‚natürlich‘ Beste für Babys beworben wird. Die Praktik des Konfiszierens von im Krankenhaus verbotenen Babyfläschchen zeigt, wie staatliche KrankenhausmitarbeiterInnen Mütter hinsichtlich der Einhaltung dieser

Norm überwachen. Durch dieses *policing* von Familien sind PflegerInnen und PflegeassistentInnen in die Produktion von ‚guten‘ Müttern, Kindern, Familien, BürgerInnen und Sorgenden eingebunden.

Im finalen Abschnitt habe ich meinen Blick auf die Schreibarbeiten von KrankenpflegerInnen und PflegeassistentInnen als eine andere Form der Sorge für PatientInnen gerichtet. Ausgehend von Konzeptionen von Dokumenten als mehr als der bloßen Übermittlung und Darstellung von Informationen dienend (Gupta 2012; Hull 2012; McKay 2018) habe ich die unterschiedlichen Bedeutungen und Zwecke der allgegenwärtigen Schreibpraktiken des Pflegepersonals aufgezeigt. Die Auseinandersetzung mit dem Aussehen und der Produktion der in der PatientInnenakte enthaltenen Dokumente hat deutlich gemacht, dass nicht das genaue Festhalten und Weitergeben spezifischer PatientInnenfälle im Vordergrund steht. Mehrfachdokumentationen, das Niederschreiben von Schätzwerten und das Anfertigen von Aufzeichnungen im Vorhinein weisen darauf hin, dass es vielmehr um die Vollständigkeit der Dokumente, um die Einhaltung gewisser Formen und um die Regulierung von MitarbeiterInnen geht. Während die ausgeprägte Bürokratisierung ihres Berufs vom Pflegepersonal auch als Bürde wahrgenommen wird, wird diese andererseits auch als eine Sorgepraktik dargestellt, mithilfe derer sie sich um PatientInnen kümmern. Das im Alltag der PflegerInnen und PflegeassistentInnen äußerst prägnante bürokratische Schreiben kann somit als Sorge und als konstitutiv für den Pflegeberuf verstanden werden.

Sowohl edukative Beziehungen als auch Schreibpraktiken sind essenziell dafür, wie KrankenpflegerInnen und PflegeassistentInnen sich als ‚gute‘ Sorgende darstellen und ‚gute‘ Sorge produzieren. Darüber hinaus erfordert ‚gute‘ Sorge im Martinez Krankenhaus auch sich kümmernde *folks*, die im Einklang mit Normen zu verwandtschaftlicher Sorge bestimmte Sorgeverantwortlichkeiten übernehmen. Somit hat diese Masterarbeit gezeigt, welche Sorgekonfigurationen den Alltag des Martinez Krankenhauses prägen und wie ‚gute‘ Sorge am Krankenbett ausverhandelt wird.

BIBLIOGRAFIE

- Alber, Erdmute und Heike Drotbohm. 2015. Introduction. In Erdmute Alber und Heike Drotbohm (Hg.): *Anthropological Perspectives on Care: Work, Kinship and the Life-Course*. New York: Palgrave Macmillan. 1–19.
- Amrith, Megha. 2017. *Caring for Strangers: Filipino Medical Workers in Asia*. Copenhagen: NIAS Press. (Nordic Institute of Asian Studies Monograph Series No. 134).
- Anderson, Warwick. 2009. Modern Sentinel and Colonial Microcosm: Science, Discipline, and Distress at the Philippine General Hospital. In *Philippine Studies* 57 (2): 153–177.
- Brown, Hannah. 2010. „If We Sympathise with Them, They’ll Relax”. Fear/Respect and Medical Care in a Kenyan Hospital. In *Medische Anthropologie* 22 (1): 125–142.
- Brown, Hannah. 2012. Hospital Domesticity: Care Work in a Kenyan Hospital. In *Space and Culture* 15 (1): 18–30.
- Buch, Elana. 2015. Anthropology of Aging and Care. In *Annual Review of Anthropology* 44 (1): 277–293.
- Bundgaard, Helle und Karen Fog Olwig. 2018. Producing „Good“ Families and Citizens in Danish Child Care Institutions. In Tatjana Thelen und Erdmute Alber (Hg.): *Reconnecting State and Kinship*. Philadelphia: University of Pennsylvania Press. 200–219.
- Cassidy, Tanya und Fiona Dykes, mit Bernard Mahon. 2019. *Banking on Milk. An Ethnography of Donor Human Milk Relations*. London, New York: Routledge.
- Cassidy, Tanya. 2012. Mothers, Milk and Money: Maternal Corporeal Generosity, Social Psychological Trust, and Value in Human Milk Exchange. In *Journal of the Motherhood Initiative for Research and Community Involvement* 3 (1): 96–111.
- Chang, Ly-yun. 2001. Family at the Bedside: Strength of the Chinese Family or Weakness of Hospital Care? In *Current Sociology* 49 (3): 155–173.
- Dayrit, Manuel M., Liezel P. Lagrada, Oscar F. Picazo, Melahi C. Pons, and Mario Villaverde. 2018. The Philippines Health System Review. Health Systems in Transition Vol. 8. No. 2. New Delhi: World Health Organization, Regional Office for South-East Asia. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/274579/9789290226734-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. [abgerufen am 30.11.2020].
- de Jong, Willemijn. 2005. On the Verge of Insecurity: The Poor Elderly in Urban Kerala. In Willemijn de Jong, Claudia Roth, Fatoumata Badini-Kinda und Seema Bhagyanath (Hg.): *Ageing in Insecurity: Case Studies on Social Security and Gender in India and Burkina Faso*. Münster: LIT. 41–71. (Schweizerische Afrikastudien Band 5, Schweizerische Gesellschaft für Afrikastudien).
- DOH (Department of Health), Republic of the Philippines. 2006. Administrative Order No. 2006-0012: Revised Implementing Rules And Regulations of Executive Order No. 51, Otherwise Known as The “Milk Code”, Relevant International Agreements, penalizing

- Violations Thereof, and for Other Purposes. Manila.
<https://ww2.fda.gov.ph/attachments/article/15842/ao2006-0012.pdf>. [abgerufen am 22.07.2020].
- DOH (Department of Health), Republic of the Philippines. 2020. DOH Hospitals Profile.
https://doh.gov.ph/sites/default/files/publications/DOH-Hospitals-Profile_0.pdf.
 [abgerufen am 23.02.2021].
- DOH (Department of Health), Republic of the Philippines. o. J. UHC. <https://doh.gov.ph/uhc>.
 [abgerufen am 15.05.2021].
- Edwards, Jeannette. 2018. The Politics of “See-Through” Kinship. In Tatjana Thelen und Erdmute Alber (Hg.): *Reconnecting State and Kinship*. Philadelphia: University of Pennsylvania Press. 155–177.
- Ginsburg, Faye D. und Rayna Rapp. 1995. Introduction: Conceiving the New World Order. In Faye D. Ginsburg und Rayna Rapp (Hg.): *Conceiving the New World Order. The Global Politics of Reproduction*. Berkeley: University of California Press. 1–18.
- Gupta, Akhil. 2012. *Red Tape: Bureaucracy, Structural violence, and Poverty in India*. Durham und London: Duke University Press.
- Häberlein, Tabea. 2015. Intergenerational Entanglements – Insights into Perceptions of Care for the Elderly and Life Courses in Northern Togo. In Erdmute Alber und Heike Drotbohm (Hg.): *Anthropological Perspectives on Care: Work, Kinship and the Life-Course*. New York: Palgrave Macmillan. 159–179.
- Hashimoto, Akiko. 1996. *The Gift of Generations: Japanese and American Perspectives on Aging and the Social Contract*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Hickel, Jason. 2014. The „Girl Effect“: Liberalism, Empowerment and the Contradictions of Development. In *Third World Quarterly* 35 (8): 1355–1373.
- Hilgers, Mathieu. 2010. The Three Anthropological Approaches to Neoliberalism. In *International Social Science Journal* 61 (202): 351–364.
- Hull, Matthew S. 2003. The File: Agency, Authority, and Autography in an Islamabad Bureaucracy. In *Language & Communication* 23: 287–314.
- Hull, Matthew S. 2008. Ruled by Records: The Expropriation of Land and the Misappropriation of Lists in Islamabad. In *American Ethnologist* 35 (4): 501–518.
- Hull, Matthew S. 2012. Documents and Bureaucracy. In *Annual Review of Anthropology* 41 (1): 251–267.
- Huschke, Susann. 2014. Performing Deservingness. Humanitarian Health Care Provision for Migrants in Germany. In *Social Science & Medicine* 120: 352–359.
- Liebelt, Claudia. 2011. *Caring for the ‘Holy Land’. Filipina Domestic Workers in Israel*. New York, Oxford: Berghahn.
- Long, Debbi, Cynthia Hunter und Sjaak van der Geest. 2008. When the Field Is a Ward or a Clinic: Hospital Ethnography. In *Anthropology & Medicine* 15 (2): 71–78.

- Maher, Vanessa (Hg.). 1992. *The Anthropology of Breastfeeding: Natural Law or Social Construct*. Oxford und Washington: Berg Publishers. (Cross-cultural Perspectives on Women, Vol. 3.)
- McKay, Ramah. 2018. *Medicine in the Meantime: The Work of Care in Mozambique*. Durham und London: Duke University Press. (Reihe: Critical Global Health: Evidence, Efficacy, Ethnography).
- McKinnon, Susan und Fenella Cannell. 2013. The Difference Kinship Makes. In Susan McKinnon und Fenella Cannell (Hg.): *Vital Relations: Modernity and the Persistent Life of Kinship*. Santa Fe: SAR Press. 3–38.
- Ministry of Health, Republic of the Philippines. 1986. Executive Order No. 51: National Code of Marketing of Breastmilk Substitutes, Breastmilk Supplement and Other Related Products. Malacanang, Manila.
<https://ww2.fda.gov.ph/attachments/article/29029/EO%2051.pdf>. [abgerufen am 22.07.2020].
- Mol, Annemarie, Ingunn Moser und Jeannette Pols. 2010. Care: Putting Practice into Theory. In Annemarie Mol, Ingunn Moser und Jeannette Pols (Hg.): *Care in Practice: On Tinkering in Clinics, Homes and Farms*. Bielefeld: transcript Verlag. 7–25.
- Nathoo, Tasmin und Aleck Ostry. 2009. *The One Best Way? Breastfeeding History, Politics, and Policy in Canada*. Waterloo: Wilfried Laurier University Press.
- Papadaki, Eirini. 2018. Undoing Kinship: Producing Citizenship in a Public Maternity Hospital in Athens, Greece. In Tatjana Thelen und Erdmute Alber (Hg.): *Reconnecting State and Kinship*. Philadelphia: University of Pennsylvania Press. 178–199.
- PhilHealth (Philippine Health Insurance Corporation). 2014. Agency's Mandate and Functions. https://www.philhealth.gov.ph/about_us/mandate.php. [abgerufen am 17.06.2021].)
- Philippine Statistics Authority (PSA). 2015. Census Population 2015.
<https://psa.gov.ph/content/highlights-philippine-population-2015-census-population>. [abgerufen am 17.06.2021].
- Porio, Emma und Emily Roque-Sarmiento. 2019. Barangay. In Orum, Anthony (Hg.): *The Wiley Blackwell Encyclopedia of Urban and Regional Studies*. New Jersey: John Wiley & Sons.
- Primary Nursing. 2021. In Wikipedia.
https://en.wikipedia.org/w/index.php?title=Primary_nursing&oldid=1026676274.
- Rafferty, Anne Marie, Reinhard Busse, Britta Zander-Jentsch Britta, Walter Sermeus, Walter und Luk Bruyneel. 2019. Strengthening Health Systems through Nursing: Evidence from 14 European Countries. Copenhagen: WHO/ European Observatory on Health Systems and Policies. (Health Policy Series 52).
<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/326183/9789289051743-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. [abgerufen am 16.09.2020].

- Read, Rosie. 2007. Labour and Love: Competing Constructions of 'Care' in a Czech Nursing Home. In *Critique of Anthropology* 27 (2): 203–222.
- Srdic Srebro, Andja. 2017. Towards an Anthropology of Care: Breastfeeding as a Care Work. In *Glasnik Etnografskog Instituta SANU* 65 (1): 223–230.
- Street, Alice und Simon Coleman. 2012. Introduction: Real and Imagined Spaces. In *Space and Culture* 15 (1): 4–17.
- Street, Alice. 2012. Affective Infrastructure: Hospital Landscapes of Hope and Failure. In *Space and Culture* 15 (1): 44–56.
- Thelen, Tatjana und Cati Coe. 2019. Political Belonging through Elderly Care: Temporalities, Representations and Mutuality. In *Anthropological Theory* 19 (2): 279–299.
- Thelen, Tatjana und Christof Lammer. 2021. Measuring Kinship and Political Belonging. Sonderausgabe. In *Begutachtung*.
- Thelen, Tatjana und Erdmute Alber. 2018. Reconnecting State and Kinship. Temporalities, Scales, Classifications. In Tatjana Thelen und Erdmute Alber (Hg.): *Reconnecting State and Kinship*. Philadelphia: University of Pennsylvania Press. 1–35.
- Thelen, Tatjana. 2015. Care as Social Organization. Creating, Maintaining and Dissolving Significant Relations. In *Anthropological Theory* 15 (4): 497–515.
- Ticktin, Miriam. 2006. Where Ethics and Politics Meet. In *American Ethnologist* 33 (1): 33–49.
- van der Geest, Sjaak und Kaja Finkler. 2004. Hospital Ethnography: Introduction. In *Social Science & Medicine* 59 (10): 1995–2001.
- Wacquant, Loïc. 2012. Three Steps to a Historical Anthropology of Actually Existing Neoliberalism. In *Social Anthropology* 20 (1): 66–79.
- Ward, Martha C. 1995. Early Childbearing: What Is the Problem and Who Owns It? In Faye D. Ginsburg und Rayna Rapp (Hg.): *Conceiving the New World Order. The Politics of Reproduction*. Berkeley: University of California Press. 140–158.
- WHO (World Health Organization). 1981. International Code of Marketing of Breast-milk Substitutes. Geneva. https://www.unicef.org/nutrition/files/nutrition_code_english.pdf [abgerufen am 22.07.2020].
- WHO (World Health Organization). 2015. Breastfeeding in the Philippines. A Critical Review, 2013. Geneva. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/208256/9789290617273_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y#:~:text=The%20Philippines%20was%20among%20the,to%20as%20the%20Milk%20Code. [abgerufen am 22.07.2020].
- Zaman, Shahaduz. 2013. Silent Saviours: Family Members in a Bangladeshi Hospital. In *Anthropology & Medicine* 20 (3): 278–287.

ABSTRACT DEUTSCH

Diese Arbeit beschäftigt sich mit Praktiken und Normen der Sorge im Kontext eines öffentlichen Krankenhauses in den Philippinen. Anhand der Betrachtung von Sorgepraktiken von KrankenpflegerInnen sowie von Angehörigen der PatientInnen, von Sorgebeziehungen und von Diskursen zu Sorge beleuchte ich, wie vor Ort ‚gute‘ Sorge produziert und ausgehandelt wird und wie sich AkteurInnen als ‚gute‘ Sorgende positionieren. In Zusammenhang mit allgemeineren Normen zu verwandtschaftlichen Sorgeverpflichtungen spielt Sorge von Verwandten eine zentrale Rolle in den Sorgekonfigurationen rund um PatientInnen. Aushandlungen von Verantwortlichkeiten zwischen Pflegepersonal und Verwandten illustrieren, wie und wo Grenzen zwischen ‚medizinisch-öffentlich‘ und ‚verwandtschaftlich-privat‘ gezogen werden. PatientInnen ohne sorgende Verwandte im Krankenhaus sowie als ‚anstrengend‘ empfundene Angehörige legen die mit verwandtschaftlicher Sorge einhergehenden Ambivalenzen offen. Bei den Beziehungen zwischen KrankenpflegerInnen und PatientInnen bzw. Angehörigen handelt es sich um edukative und hierarchische Sorgebeziehungen, im Rahmen derer Letztere zu Eigenverantwortlichkeit, ‚besserer‘ Verwandtschaft und ‚besseren‘ Sorgenden ‚erzogen‘ werden sollen. Neben der Erfüllung dieses edukativen Auftrags beinhaltet die Sorge von PflegerInnen auch bürokratische Schreibpraktiken. Verwandschaftliche Sorge, edukative Interaktionen und bürokratisches Schreiben zeichnen sich als wesentliche Elemente dessen ab, wie im Krankenhaus ‚gute‘ Sorge hergestellt wird.

ABSTRACT ENGLISH

This master thesis discusses practices and norms of care in the context of a public hospital in the Philippines. I examine care practices of nurses and patients' relatives, care relations, and discourses about care. This exploration reveals how 'good' care is produced and negotiated at the hospital as well as how actors position and present themselves as 'good' caregivers. Embedded within wider norms about kin care obligations, care by relatives plays a central role in configurations of care for patients. Negotiations of responsibilities between nursing staff and kin illustrate how boundaries between the 'medical/public' and 'kinship/private' are drawn. Patients who lack kin care at the hospital as well as kin who are perceived as 'annoying' by staff elucidate the ambivalences accompanying kin care. Relations between nurses and patients or relatives are educative and hierarchical care relations with the goal of 'teaching' patients and relatives responsibility, 'better' kinship, and 'better' care. In addition to fulfilling their pedagogical mission, care on the part of nurses also encompasses bureaucratic writing practices. Thus, kin care, educative interactions, and bureaucratic writing emerge as central elements of how 'good' care is produced at the hospital.