



universität
wien

MASTERARBEIT / MASTER'S THESIS

Titel der Masterarbeit / Title of the Master's Thesis

„Universal Health Coverage zwischen unbewusster
Implementierung und Informationsmangel“

Eine Untersuchung zur Implementierung von UHC in von der
Austrian Development Agency geförderten Projekten der
Entwicklungszusammenarbeit zur Aus-, Fort- und Weiterbildung
von Gesundheitsfachpersonal

verfasst von / submitted by

Helene Schlögl, BA

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

Wien, 2023 / Vienna 2023

Studienkennzahl lt. Studienblatt /
degree programme code as it appears on
the student record sheet:

UA 066 589

Studienrichtung lt. Studienblatt /
degree programme as it appears on
the student record sheet:

Masterstudium Internationale Entwicklung

Betreut von / Supervisor:

Dr. Katharina Kieslich, BA MA

Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung.....	1
2	Universal Health Coverage	3
2.1	Entstehung und Entwicklung des UHC-Konzepts	3
2.2	Dimensionen von UHC.....	6
2.2.1	Population Coverage	6
2.2.2	Service coverage.....	6
2.2.3	Financial Coverage.....	8
2.3	Aus- und Fortbildung von Gesundheitsfachpersonal für das Erreichen von UHC.....	9
3	Literaturreview	10
3.1	Universal Health Coverage	10
3.2	Gesundheitsfachpersonal für Universal Health Coverage	11
3.3	Migration und Mobilität von Gesundheitsfachpersonal	13
3.4	Aus-, Fort- und Weiterbildung von Gesundheitsfachpersonal.....	15
3.5	Internationale Zusammenarbeit bei der Aus- & Fortbildung von Gesundheitsfachpersonal.....	17
3.6	Forschungslücke	19
4	Implementierungstheorien	20
4.1	Entwicklung der Policy-Implementierungstheorien.....	21
4.2	Implementierung von UHC als politischer Prozess.....	24
4.2.1	Interessen, Ideen und Institutionen	25
4.2.2	Street level bureaucrats und principal agent relations	28
4.2.3	Information.....	31
4.3	UHC in EZA-Projekten	32
5	Erkenntnisinteresse und Forschungsfragen	34
6	Methodik	35
6.1	Forschungsdesign	35
6.2	Feldzugang und Einschlusskriterien	37
6.3	Durchführung und Transkription der Interviews.....	38
6.4	Datenauswertung und -analyse	40
6.5	Gütekriterien qualitativer Forschung und ethische Aspekte	41
7	Ergebnisse.....	43
7.1	Falldarstellungen	44
7.2	Strukturierung des Kategoriensystems	48
7.2.1	Kategorie „Sustainable Development Goals“	49
7.2.2	Kategorie „Projektplanung“	54
7.2.3	Kategorie „Projektförderung durch die ADA“	59

7.2.4	Kategorie „Umsetzung der Projekte“	65
7.2.5	Kategorie „Aus-, Fort- und Weiterbildung von Gesundheitsfachpersonal“	70
7.2.6	Kategorie „Partnerorganisationen in den Zielregionen“	72
7.2.7	Nebenkategorie „weitere Projektmaßnahmen“	76
8	Diskussion.....	77
8.1	Unbewusste Implementierung durch Informationsmangel.....	78
8.2	Street-level-bureaucrats zwischen Ressourcenmangel und Machtposition.....	82
8.3	Projektförderung als Möglichkeit & Hindernis für die Implementierung von UHC	86
8.4	Einfluss lokaler Partner*innen und struktureller Bedingungen in den Zielregionen	92
8.5	Aus-, Fort- und Weiterbildung von Gesundheitsfachkräften als Beitrag zu UHC.....	96
9	Limitationen	100
10	Conclusio und Ausblick.....	102
11	Literaturverzeichnis.....	107
12	Anhang.....	116

Abkürzungsverzeichnis

ADA	Austrian Development Agency
CIT	Contextual Interaction Theory
EU	Europäische Union
EU-GAP II	Gender Action Plan der EU von 2016-2020
EU-GAP III	Gender Action Plan der EU von 2021-2025
EZA	Entwicklungszusammenarbeit
FGM	<i>female genital mutilation</i> bzw. weibliche Genitalverstümmelung
HuHi	Humanitäre Hilfe
ICT	Instrument Choice Theory
MDGs	Millennium Development Goals
NGOs	Nichtregierungsorganisationen
OECD	Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung
OEZA	Österreichische Entwicklungszusammenarbeit
SCI	UHC Index of Service Coverage
SDG3	Ziel 3 für nachhaltige Entwicklung - Gesundheit und Wohlergehen
SDG3.8	Unterziel von SDG3 zum Erreichen von Universal Health Coverage
SDGs	Sustainable Development Goals
UHC	Universal Health Coverage
UN	Vereinte Nationen
WHO	Weltgesundheitsorganisation

1 Einleitung

Das Konzept von Universal Health Coverage (UHC) stellt seit Beginn des 21. Jahrhunderts eine der wichtigsten strategischen Prioritäten der Weltgesundheitsorganisation (WHO) dar. Grundlegend geht es dabei um das Erreichen eines Zustandes, bei dem alle Menschen weltweit Zugang zu den von ihnen benötigten Gesundheitsdienstleistungen haben, ohne dadurch in finanzielle Schwierigkeiten zu geraten (Weltgesundheitsorganisation, 2010). Im Jahr 2022 hatten laut Weltgesundheitsorganisation circa 50% der Weltbevölkerung nicht ausreichend Zugang zu Gesundheitsdiensten, zudem wurden ca. 100 Millionen Personen jährlich durch für Gesundheitsversorgung anfallende Kosten in extreme Armut gedrängt (Weltgesundheitsorganisation, 2022). Das Erreichen von UHC bis zum Jahr 2030 soll dafür sorgen, dass Individuen und Gemeinschaften weltweit ausreichend Zugang zu qualitativ hochwertiger und leistbarer Gesundheitsversorgung bekommen, die alle Bereiche von Prävention über Behandlung und Rehabilitation bis zu Palliativversorgung umfasst (Weltgesundheitsorganisation, 2023c, 2023d, 2023e). Als Unterziel von *SDG3 Gesundheit und Wohlergehen* ist UHC dabei auch in den Sustainable Development Goals (SDGs) enthalten, die 2015 als Teil der „Agenda 2030 für Nachhaltige Entwicklung“ von den Vereinten Nationen (UN) verabschiedet wurden (UN-Generalversammlung, 2015).

Auch wenn die Aus-, Fort- und Weiterbildung von Gesundheitsfachpersonal nur indirekt im Rahmen der drei UHC-Dimensionen *population coverage*, *service coverage* und *financial coverage* thematisiert wird, ist dennoch klar, dass ein Erreichen von UHC in vielen Ländern durch den wachsenden quantitativen Mangel an ausreichend Gesundheitsfachpersonal, sowie durch unzureichende Ausbildung bestehender Fachkräfte behindert wird (Campbell et al., 2013; Evans et al., 2016; Global Health Workforce Alliance & Weltgesundheitsorganisation, 2013; Reich et al., 2016; Weltgesundheitsorganisation, 2006, 2013). Welche konkreten Maßnahmen auf regionaler, staatlicher aber auch globaler Ebene es bräuchte, um über die Bereitstellung von ausreichend und angemessen qualifiziertem Gesundheitsfachpersonal zum Erreichen von UHC beizutragen bleibt nicht zuletzt deshalb offen, weil es keinen festgelegten Plan zur Umsetzung der SDGs und damit von UHC gibt, was die einzelnen Staaten vor enorme Herausforderungen stellt (Allen et al., 2016; Niklasson, 2019; UN-Generalversammlung, 2015).

Seit Österreichs Unterzeichnung der Agenda 2030 im Jahr 2015 müssen die SDGs auch in alle Programme berücksichtigt werden, die über die öffentlichen Entwicklungshilfeleistungen (mit)finanziert werden (Bundeskanzleramt Österreich, 2019). Zuständig für die Abwicklung von Österreichs öffentlicher Entwicklungszusammenarbeit (OEZA) ist die *Austrian Development Agency* (ADA), die einerseits selbst Maßnahmen des vom zuständigen Ministeriums entwickelten Dreijahresprogramms umsetzt, und andererseits Projekte anderer Organisationen, die mit ihren Vorgaben und Zielen übereinstimmen, kofinanziert (Bundesgesetz über die

Entwicklungszusammenarbeit, Fassung vom 07.06.2023). Im Unternehmenskonzept der ADA für die Jahre 2022-2026 wurde zudem festgelegt, dass die „Agenda 2030 für Nachhaltige Entwicklung“ und damit die 17 Sustainable Development Goals weiterhin die Grundlage für ihr Engagement darstellen sollen (Austrian Development Agency, 2022). Gemäß ihrer inhaltlichen Schwerpunkte fördert die ADA unter anderem Projekte von Organisationen, die die Aus-, Fort- und Weiterbildung von Gesundheitsfachpersonal in Entwicklungsländern fördern sollen (Austrian Development Agency, 2022; Bundesgesetz über die Entwicklungszusammenarbeit, Fassung vom 07.06.2023; Bundesministerium für Europa, Integration und Äußeres, 2018; Bundesministerium für europäische und internationale Angelegenheiten, 2016).

Obwohl die SDGs mittlerweile (nicht nur in Österreich) einen zentralen Anknüpfungspunkt für Aktivitäten der internationalen Zusammenarbeit darstellen, gibt es bislang wenig empirische Forschung zu ihrer tatsächlichen Implementierung. Ähnlich gibt es auch kaum theoretische Zugänge oder empirische Untersuchungen dazu, wie internationale Projekte zur Aus-, Fort- und Weiterbildung von Gesundheitsfachpersonal umgesetzt werden und inwiefern sie zum Erreichen von UHC beitragen können; bestehende Forschungen in dem Bereich liegen, wenn überhaupt, meist in Form von Einzelfallanalysen vor (z.B. (Cancedda et al., 2018; Demey et al., 2022)).

Gegenstand dieser Arbeit sind daher von der ADA (und somit mit Österreichs offizieller Entwicklungsfinanzierung) geförderte Projekte der Entwicklungszusammenarbeit (EZA) zur Aus-, Fort- und Weiterbildung von Gesundheitsfachpersonal und die Implementierung von UHC in ebendiesen. Die forschungsleitende Frage lautet daher: *Wie wird SDG3.8 bzw. Universal Health Coverage in ADA-geförderten EZA-Projekten zur Aus-, Fort- und Weiterbildung von Gesundheitsfachpersonal implementiert?* Damit zusammenhängend ist auch von Interesse, wie die Zusammenarbeit der Projektträgerorganisationen mit der ADA auf der einen und den Partnerorganisationen in den Projekt-Zielregionen auf der anderen Seite verläuft und welchen Beitrag die Projekte für das Erreichen von UHC in den Zielländern leisten können. Für die Erhebung empirischer Daten wurden dabei qualitative Leitfadeninterviews mit Vertreter*innen verschiedener Projektträgerorganisationen durchgeführt. Für die Auswertung und Analyse der Daten wurde schließlich die Methode der qualitativen Inhaltsanalyse nach Kuckartz und Rädiker herangezogen (Kuckartz & Rädiker, 2022).

Dem Hauptteil der Arbeit voran stehen ein einführendes Kapitel zur Entstehung und den Teilbereichen von UHC sowie ein Literaturreview, der einen Überblick über bestehende Forschungen zur Rolle von Gesundheitsfachpersonal und ihrer Bedeutung für das Erreichen von UHC im Speziellen liefert. Darauf folgt die theoretische Einbettung des Themas in das Feld der Policy-Implementierungstheorien, die in weiterer Folge Anknüpfungspunkte und Analyseperspektiven für die Datenerhebung und -diskussion liefern. An diese einleitenden Kapitel schließen die detaillierte Darstellung des Erkenntnisinteresses

der Arbeit sowie Erläuterungen zur methodischen Umsetzung und Datenerhebung an. Den Hauptteil der Arbeit bilden schließlich nach einem Überblick über die geführten Interviews, die auch Einblicke in die in die Forschung inkludierten EZA-Projekte liefern, die Präsentation der Ergebnisse sowie ihre Diskussion und Verknüpfung mit relevanten Bezugspunkten der Implementierungstheorien, die auf die Beantwortung der Forschungsfragen abzielen.

2 Universal Health Coverage

Durch das Erreichen von Universal Health Coverage will die WHO ermöglichen, dass alle Menschen weltweit Zugang zu leistbaren und qualitativ hochwertigen Gesundheitsdienstleistungen haben (Weltgesundheitsorganisation, 2010). Im Rahmen der SDGs lautet die Definition von UHC, die auch von der WHO verwendet wird, dabei:

„Die allgemeine Gesundheitsversorgung, einschließlich der Absicherung gegen finanzielle Risiken, den Zugang zu hochwertigen grundlegenden Gesundheitsdiensten und den Zugang zu sicheren, wirksamen, hochwertigen und bezahlbaren unentbehrlichen Arzneimitteln und Impfstoffen für alle erreichen“ (UN-Generalversammlung, 2015, S. 17).

Mit diesem Ziel verbunden ist auch die Überzeugung, dass Förderung und Schutz der Gesundheit zentrale Aspekte für nachhaltigere wirtschaftliche und soziale Entwicklung und damit für mehr menschliches Wohlergehen sind (Weltgesundheitsorganisation, 2010). Neben der hier genannten Eingrenzung, die die WHO für ihr Engagement heranzieht, gibt es zahlreiche weitere Definitionen und Beschreibungen, die in der Literatur, in Berichten anderer Institutionen (z.B. NGOs, Regierungsinstitutionen etc.) oder in nationalen Ansätzen verschiedener Staaten herangezogen werden; da die WHO jedoch als bedeutendste Organisation, die sich für das Erreichen von UHC einsetzt, angesehen werden kann und ihre Definition auch in den SDGs Anwendung findet, basiert das in dieser Arbeit herangezogene Verständnis von UHC primär auf der von ihr verwendeten Definition und Charakterisierung.

2.1 Entstehung und Entwicklung des UHC-Konzepts

Erstmalig Bezug auf das Konzept von UHC nimmt die WHO im Jahr 2005 im Abschnitt „Sustainable health financing, universal coverage and social health insurance“ (Weltgesundheitsversammlung, 2005, S. 124) in der Resolution der Weltgesundheitsversammlung. Die Mitgliedsstaaten werden darin aufgerufen, Bedingungen zu schaffen, die der gesamten Bevölkerung Zugang zu hochwertiger Gesundheitsversorgung ermöglichen, und durch umfassende Kostendeckung (*universal coverage*) dafür zu sorgen, dass dadurch keine finanziellen Hürden entstehen, die in Armutsgefährdung resultieren (Weltgesundheitsversammlung, 2005).

Wenngleich die Resolution der Weltgesundheitsversammlung aus dem Jahr 2005 damit häufig als Ursprung des UHC-Konzepts genannt wird, muss erwähnt werden, dass sich zentrale Merkmale des Konzepts schon in früheren Agenden oder Übereinkommen der internationalen Staatengemeinschaft finden. Zu nennen ist hier beispielsweise die „Alma Ata Deklaration“ von 1978 (International conference on primary health care, 1978), die als Ergebnis der *International conference on primary health care* im heutigen Almaty, Kasachstan, verabschiedet wurde. Die Deklaration betont dabei die Bedeutung des Ausbaus der medizinischen Grundversorgung, um allen Individuen und Gemeinschaften Zugang zu angemessener und gleichzeitig leistbarer Gesundheitsversorgung zu ermöglichen (International conference on primary health care, 1978). In diesem Zuge wurde auch die Definition von medizinischer Grundversorgung stark erweitert, um beispielsweise die Immunisierung gegen Infektionskrankheiten, die Bereitstellung wichtiger Medikamente oder Aufklärung über Themen wie Prävention und Empfängnis-Verhütung zu inkludieren. Unter dem Slogan „Health for All by the Year 2000“ wurde Gesundheit damit generell als zentraler Baustein für soziale aber auch wirtschaftliche Entwicklung anerkannt (International conference on primary health care, 1978; Perry, 2020).

Zudem wurde bereits damals die Bedeutung von adäquat ausgebildetem Gesundheitspersonal und Einbezug der lokalen Bevölkerung erkannt (Cueto, 2004; International conference on primary health care, 1978). Die zentralen Ansätze der 1980er und 1990er Jahre blieben bezüglich ihrer Implementierung von einer top-down Mentalität geprägt, fokussierten großteils rein auf die Länder des Globalen Südens und setzten konkrete Schwerpunkte auf Teilbereiche der Bevölkerungsgesundheit (z.B. Kindersterblichkeit oder Müttergesundheit) oder Gesundheitsversorgung (z.B. Verhütung, HIV/AIDS oder andere Infektionskrankheiten) (Perry, 2020). Diese Fokussierung auf einzelne Teilbereiche sowie auf den Globalen Süden zeigt sich auch in den im Jahr 2000 von den Vereinten Nationen beschlossenen *Millennium Development Goals* (MDGs); universeller Zugang zu Gesundheitsversorgung hingegen wird bis zu diesem Zeitpunkt nicht thematisiert (Weltgesundheitsorganisation, 2023b).

Wie bereits erwähnt fand das Konzept von Universal Health Coverage vor allem seit seiner Nennung in der Resolution der Weltgesundheitsversammlung von 2005 Eingang in die internationale Debatte. Die damit einhergehende thematische Adaptierung wird auch als dritte globale *health transition* bezeichnet, durch die vor allem strukturelle Fragen zur Finanzierung sowie zur organisatorischen Beschaffenheit des Gesundheitssystems in den Fokus treten (Perry, 2020; Rodin & De Ferranti, 2012). Da UHC den universellen Zugang zu Gesundheitsversorgung nicht nur aus ethischen Gründen, sondern auch im Sinne erfolgreicher Armutsbekämpfung fördern will, wird das Konzept auch an der Schnittstelle zwischen Wirtschafts- und Sozialpolitik verortet (Frenk & De Ferranti, 2012). Zudem wird

anerkannt, dass es verschiedene Wege für das Erreichen von UHC gibt und dass jedes Land seinen eigenen Weg, der an das bestehende Gesundheitssystem und die jeweiligen kulturellen Bedingungen angepasst werden muss, dorthin entwickeln muss (Rodin & De Ferranti, 2012).

Seit 2005 hat sich UHC, vor allem durch das Engagement der WHO, zum bedeutendsten Konzept im Bereich globaler Gesundheitsversorgung entwickelt. In der Resolution „Global health and foreign policy“ der UN-Generalversammlung (2012) wird zudem für mehr Bewusstsein darüber geworben, dass Gesundheit ein zentrales Querschnittsthema der internationalen Agenda und eine unabdingbare Voraussetzung für nachhaltige Entwicklung darstellt. Zudem wird auch auf das Zusammenspiel von UHC und außenpolitischen Themen wie Globalisierung, gerechtes Wachstum oder nachhaltige Finanzierungsmechanismen hingewiesen (UN-Generalversammlung, 2012).

Die fortschreitende Institutionalisierung des UHC-Konzepts zeigt sich auch in seiner Verankerung in den 2015 von der UN beschlossenen Sustainable Development Goals. In Bezug auf SDG3, das dem Überthema Gesundheit und Wohlergehen gewidmet ist, ist damit auch ein Übergang von der Fokussierung auf spezifische Krankheiten oder Unterthemen in den MDGs zu einer umfassenderen Perspektive auf die Themen Gesundheit und Wohlergehen verbunden (Sandset et al., 2021). Neben Unterziel 3.8, das konkret dem Erreichen von UHC gewidmet ist, können auch die Unterpunkte 3.c sowie 3.d, die die Erhöhung der Gesundheitsfinanzierung und der Investitionen in die Aus- und Fortbildung von Gesundheitsfachpersonal im Globalen Süden bzw. die Stärkung der Kapazitäten nationaler und globaler Gesundheitssysteme fordern, zumindest indirekt mit UHC in Verbindung gebracht werden (UN-Generalversammlung, 2015). In der Formulierung der SDGs zeigt sich zudem ein größeres Bewusstsein für die Notwendigkeit multisektoraler bzw. -dimensionaler Ansätze und das Zusammenwirken früher separat thematisierter Herausforderungen wie Armut, Gesundheit, Bildung und Umweltschutz. Diese Entwicklung spiegelt sich auch in der Integration von UHC als Unterziel in SDG3 wider, da hierbei der Zugang zu Gesundheitsversorgung mit finanzieller Absicherung und Schutz vor Verarmung durch entstehende Kosten kombiniert werden (Tangcharoensathien et al., 2015).

Wie der „Tracking Universal Health Coverage – 2021 Global Monitoring Report“ von WHO und Weltbank zeigt, waren seit dem Jahr 2000 bis zum Beginn der Corona-Pandemie erste positive, wenn auch relativ langsame Entwicklungen zum Erreichen von UHC zu verzeichnen. So sank beispielsweise die Zahl an Personen, die durch Ausgaben für Gesundheitsversorgung verarmten, während der Anteil an Personen, deren Gesundheitsversorgung finanziell abgedeckt wurde, zunahm. Gleichzeitig gehen WHO und Weltbank aber auch davon aus, dass die Corona-Pandemie und ihre weitreichenden Folgen für Gesundheitssysteme weltweit diese Fortschritte der letzten zwei Jahrzehnte verzögern oder gar aufhalten werden. Wie groß der gesamte Einfluss der Pandemie auf die Umsetzung bzw. das Erreichen von UHC letztendlich sein wird, lässt sich laut dem „Global Monitoring Report 2021“ dabei jetzt noch

nicht abschätzen (Weltgesundheitsorganisation & Internationale Bank für Wiederaufbau und Entwicklung/Weltbank, 2021b).

2.2 Dimensionen von UHC

Um ein Erreichen von UHC zu ermöglichen, hat die WHO drei zentrale Dimensionen definiert, die sie als essentiell für das Erreichen von Universal Health Coverage betrachtet: den Abdeckungsgrad der Bevölkerung eines Landes (*population coverage*), der verfügbaren Gesundheitsdienstleistungen (*service coverage*) und der bei deren Inanspruchnahme entstehenden Kosten (*financial coverage*) (Weltgesundheitsorganisation, 2010).

2.2.1 Population Coverage

Der Abdeckungsgrad der Bevölkerung bezieht sich auf den Prozentsatz einer Bevölkerung, die über ungehinderten Zugang zu leistbarer und hochwertiger Gesundheitsversorgung verfügt (Abihiro & Allegri, 2015) und ist von zentraler Bedeutung, weil UHC das Erreichen eines Zustands anstrebt, bei dem alle Personen, unabhängig ihres Wohnorts, Alters, Geschlechts, sozioökonomischen Hintergrunds oder ihrer Zugehörigkeit zu einer bestimmten Bevölkerungsgruppe, alle von ihnen benötigten Gesundheitsdienste in Anspruch nehmen können. Da hierbei gegenwärtig noch große Unterschiede bestehen, müssen bei der Umsetzung nationaler UHC-Ansätze spezifische Maßnahmen gesetzt werden, die sicherstellen, dass besonders vulnerable und häufig exkludierte Gruppen wie Frauen, Armutsbetroffene oder Personen mit schweren Erkrankungen erreicht werden (Garrett et al., 2009). Die Ergebnisse des „Tracking Universal Health Coverage – 2021 Global Monitoring Report“ zeigen zudem, dass besonders Personen, die in Mehrgenerationenhaushalten leben, chronische Krankheiten haben oder einer benachteiligten Bevölkerungsgruppe angehören, von zu Armut führenden Gesundheitsausgaben betroffen sind. Die Corona-Pandemie dürfte diese Ungleichheiten noch weiter verschärft haben. Besonders für Frauen, informell Beschäftigte und weniger gebildete Personen, die schon vor der Pandemie verstärkt von gravierenden Gesundheitsausgaben betroffen waren, hat sich die Situation weiter verschlechtert (Weltgesundheitsorganisation & Internationale Bank für Wiederaufbau und Entwicklung/Weltbank, 2021a). Die beschriebenen Ungleichheiten bezüglich des Zugangs zu bzw. der anfallenden Kosten bei der Nutzung von Gesundheitsdienstleistungen zeigen, wie wichtig die universelle Ausrichtung von UHC auf jedes Individuum und jede Gemeinschaft weltweit ist.

2.2.2 Service coverage

Die zweite Dimension von UHC, *service coverage*, bezieht sich auf den Grad der Abdeckung essentieller Gesundheitsdienstleistungen. Das Ziel ist ein Zustand, in dem Personen alle gesundheitsfördernden, präventiven, heilenden, rehabilitativen sowie palliativen Gesundheitsdienste in Anspruch nehmen können, die sie benötigen. Die WHO fordert daher, dass Staaten sich um die Bereitstellung aller wesentlichen Gesundheitsleistungen sowie die Gewährleistung angemessener Versorgungsqualität

bemühen. Da absehbar ist, dass nicht alle Staaten über ausreichend Ressourcen für die Bereitstellung sämtlicher Gesundheitsdienste verfügen, liegt der Fokus vorerst auf solchen Leistungen, die von der WHO als essentiell eingestuft werden (Weltgesundheitsorganisation & Internationale Bank für Wiederaufbau und Entwicklung/Weltbank, 2021b). Um Fortschritte in diesem Bereich zu verfolgen, wurde im Rahmen der SDGs ein eigener Indikator, nämlich SDG 3.8.1. *Coverage of Essential Health Services* (SCI) geschaffen, der die Abdeckung essentieller Gesundheitsdienste wie folgt definiert:

„[...] the average coverage of essential services based on tracer interventions that include reproductive, maternal, newborn and child health, infectious diseases, non-communicable diseases and service capacity and access, among the general and the most disadvantaged population“ (UN-Generalversammlung, 2017, S. 7).

Die Definition arbeitet dabei mit vier übergeordneten Kategorien, nämlich (1) reproduktive Gesundheit, Mütter-, Neugeborenen- und Kindergesundheit, (2) Infektionskrankheiten, (3) nicht übertragbare Krankheiten sowie (4) Kapazitäten und Zugang zu (Gesundheits-)diensten. Auf Basis von 14 Indikatoren, die den vier Überkategorien zugeordnet werden, wird der Index schließlich auf einer Skala von 0 bis 100 eingestuft, wobei das geometrische Mittel dieser 14 Indikatoren für die Abdeckung der Gesundheitsversorgung berechnet wird. Da die im Index enthaltenen Gesundheitsdienstleistungen nicht alle Services umfassen, die für universelle Gesundheitsversorgung notwendig wären, können die Indikatoren und damit der Index jedoch nur als Richtwert verstanden werden (Weltgesundheitsorganisation, 2023a; Weltgesundheitsorganisation & Internationale Bank für Wiederaufbau und Entwicklung/Weltbank, 2021b).

Während der letzten zwei Jahrzehnte gab es laut WHO und Weltbank (2021b) weltweit große Fortschritte beim SCI, vor allem in Asien und Afrika, wodurch 2019 kein Land mehr einen Wert von 20 oder weniger aufwies. Gleichzeitig zeigte sich in den Analysen eine starke Korrelation zwischen einem höheren Bruttonationaleinkommen pro Kopf und einem höheren Abdeckungsgrad essentieller Gesundheitsdienste. Die mangelnde Verfügbarkeit ausreichender Primärdaten für zahlreiche Indikatoren und Kategorien führt jedoch dazu, dass eine belastbare Berechnung des SCI nicht immer möglich ist (Weltgesundheitsorganisation & Internationale Bank für Wiederaufbau und Entwicklung/Weltbank, 2021b). Im Laufe der 2010er Jahre zeichnete sich unter dem Begriff *effective coverage* zudem ein verstärkter Fokus auf die Qualität der Gesundheitsversorgung ab. Gesundheitsdienste sollen dabei nicht nur verfügbar und zugänglich sein, sondern auch qualitativ hochwertige Versorgung bieten, damit die angestrebten positiven Gesundheitseffekte auch tatsächlich erreicht werden (Abedi et al., 2020).

2.2.3 Financial Coverage

Sowohl die Definition der WHO als auch SDG 3.8 betonen in ihrer Definition von UHC die Bedeutung der Leistbarkeit von Gesundheitsdiensten bzw. die Notwendigkeit der Absicherung gegen finanzielle Risiken (UN-Generalversammlung, 2015; Weltgesundheitsorganisation, 2023d). Ausreichend Schutz vor finanziellen Risiken ist dann gegeben, wenn es keine finanziellen Hürden gibt, die Menschen den Zugang zu Gesundheitsdiensten verwehren, und wenn die für die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen erforderlichen Direktzahlungen nicht zu finanzieller Not führen (Weltgesundheitsorganisation & Internationale Bank für Wiederaufbau und Entwicklung/Weltbank, 2021b). Um Entwicklungen bei der finanziellen Absicherung einschätzen zu können, wurde im Rahmen der SDGs der Indikator 3.8.2 geschaffen: „*Proportion of population with large household expenditures on health as a share of total household expenditure or income*“ (UN-Generalversammlung, 2017, S. 7). Um die finanzielle Gefährdung von Haushalten durch Gesundheitsausgaben messbar zu machen, greifen WHO, Weltbank, UN und andere Institutionen meist auf das Konzept von *out-of-pocket health spendings* zurück. Damit gemeint sind alle direkt durch den Haushalt gedeckte Ausgaben, die entstehen, wenn ein Haushaltsmitglied eine Gesundheitsdienstleistung in Anspruch nimmt. Dazu gehören beispielsweise Arztkosten, Kosten für Medikamente oder Gesundheitsprodukte oder Kosten für Rettungstransporte; Zahlungen externer Akteur*innen, wie z.B. staatliche Unterstützungen oder von Versicherungen übernommene Kosten, werden hingegen nicht dazugerechnet. Übersteigen diese Kosten 10% oder 25% des gesamten Haushaltsbudgets, spricht die WHO von *catastrophic health expenditure* (Weltgesundheitsorganisation & Internationale Bank für Wiederaufbau und Entwicklung/Weltbank, 2021b). Die zwei unterschiedlichen Prozentangaben wurden deshalb gewählt, weil reichere Haushalte durch Ausgaben, die 25% ihres Budgets übersteigen, oft *nur* zu Einsparungen gezwungen werden, während ärmere Haushalte bereits bei Ausgaben von 10% ihres Gesamtbudgets unter das Existenzminimum fallen können. Als zweiter Indikator wird häufig das Verarmen durch Gesundheitsausgaben herangezogen. Hierbei wird gemessen, wie hoch der Prozentsatz einer Bevölkerung ist, der durch Gesundheitsausgaben unter eine festgelegte Armutsgrenze rutscht (Weltgesundheitsorganisation & Internationale Bank für Wiederaufbau und Entwicklung/Weltbank, 2020, 2021a).

Um die durch Gesundheitsausgaben entstehenden finanziellen Risiken zu reduzieren, braucht es daher die Etablierung finanziell nachhaltiger Gesundheitssysteme, denen statt *out-of-pocket spendings* und Direktzahlungen ein Finanzierungssystem zu Grunde liegt, das auf Vorfinanzierung und gesellschaftlicher Kostenteilung basiert (UN-Generalversammlung, 2012). Auch der „Global monitoring report on financial protection in health 2021“ der WHO und der Weltbank hat gezeigt, dass jene Staaten, deren Gesundheitssysteme festgelegte, niedrige Eigenbeträge, jährliche Obergrenzen für alle Zuzahlungen sowie Ausnahmeregelungen für von Armut betroffene Personen vorsehen, auch die

niedrigsten Raten für katastrophale Gesundheitsausgaben haben. Allgemeine Anspruchsberechtigung, automatische Versicherung, hochwertige Informationen über die Ansprüche, Vollständigkeit des Leistungspakets sowie rechtzeitige Kostenerstattung für Anbieter*innen wurden daher als wichtigste Merkmale identifiziert, um finanzielle Schwierigkeiten durch Gesundheitsausgaben zu bekämpfen und zu reduzieren (Weltgesundheitsorganisation & Internationale Bank für Wiederaufbau und Entwicklung/Weltbank, 2021a). Als gesundheitliche und wirtschaftliche Krise dürfte die Corona-Pandemie die positiven Entwicklungen der letzten Jahre jedoch unterbrechen und zu einer deutlichen Verschlechterung der finanziellen Absicherung führen. Die tatsächlichen Auswirkungen sind dabei bisher kaum abschätzbar, was auch auf den Mangel an belastbaren Daten zurückzuführen ist (Weltgesundheitsorganisation & Internationale Bank für Wiederaufbau und Entwicklung/Weltbank, 2021b).

2.3 Aus- und Fortbildung von Gesundheitsfachpersonal für das Erreichen von UHC

Auch wenn die Aus- und Fortbildung von Gesundheitsfachpersonal nicht explizit als eine der drei zentralen Dimensionen von UHC aufscheint, so ist der Bereich mit allen drei Dimensionen eng verbunden. Neben einem quantitativen Mangel an Gesundheitsfachpersonal, der sich mittlerweile in fast allen Staaten deutlich bemerkbar macht, besteht vor allem in ärmeren Staaten eine oft unzureichende Ausbildung des verfügbaren Gesundheitsfachpersonals. Wie schon unter dem Stichwort *effective coverage* angesprochen, ist die Qualität der verfügbaren Gesundheitsdienste jedoch von zentraler Bedeutung (Abedi et al., 2020; Maier & Kuhlmann, 2021; Sripathy et al., 2017). Die Qualität der Versorgung bezieht sich dabei auf die angemessene Einschätzung der jeweiligen Situation und die fachgerechte Anwendung evidenzbasierter Maßnahmen zum richtigen Zeitpunkt (Sobel et al., 2016).

Neben der Rekrutierung von mehr geeignetem Personal braucht es daher auch Anpassungen bei den Ausbildungscurricula sowie regelmäßige Weiterbildungen, praktische Trainings und Supervisionen auf Basis aktueller Erkenntnisse aus Wissenschaft und Praxis. Verstärkte internationale Zusammenarbeit in diesem Bereich könnte dabei nicht nur die Qualität der Ausbildung und somit der Versorgung verbessern, sondern auch ermöglichen, dass Gesundheitsfachpersonal, z.B. bei Migration, auch andernorts einfacher eingesetzt werden könnte (Evans et al., 2016; Sobel et al., 2016). Auch wenn dem Aspekt der Aus- und Weiterbildung von Gesundheitsfachpersonal für ein Erreichen von UHC zentrale Bedeutung zukommt, findet der Bereich bisher wenig Berücksichtigung in nationalen und internationalen Bemühungen um UHC.

3 Literaturreview

Dieser Literaturreview enthält einen Überblick zu sozialwissenschaftlichen Forschungen und relevanten politischen Berichten der letzten Jahre und Jahrzehnte zu den Themen Universal Health Coverage und der Bedeutung von Gesundheitsfachpersonal für das Erreichen von UHC. Nach kurzen allgemeinen Anmerkungen zu UHC folgt die Darstellung des Forschungsstandes zu den Themen Gesundheitsfachpersonal für UHC, Migration und Mobilität von Gesundheitsfachkräften sowie (internationale Zusammenarbeit bei der) Aus- und Weiterbildung von Gesundheitsfachpersonal.

Der Begriff Gesundheitsfachpersonal bezieht sich im Rahmen dieses Literaturreviews auf jene Personen, die im Gesundheitsbereich arbeiten, über eine formelle Ausbildung verfügen und einer bestimmten Berufsgruppe (z.B. Hebamme, Mediziner*in, Pflegepersonal etc.) zugeordnet werden können. Zusätzlich zu Gesundheitsfachkräften gehen zahlreiche weitere Gruppen gesundheitsrelevanten Tätigkeiten nach, z.B. informell Beschäftigte ohne Ausbildung, zu denen etwa pflegende Angehörige gezählt werden können, oder Gesundheitsberater*innen (Maier & Kuhlmann, 2021). Aufgrund der fehlenden oder sehr kurzen Ausbildung werden diese Gruppen im folgenden Kapitel nicht berücksichtigt.

3.1 Universal Health Coverage

Das Konzept von UHC entstand zu Beginn des 21. Jahrhunderts als Reaktion auf zunehmende Kritik daran, dass die bisherigen, von vertikalen Ansätzen geprägten globalen Gesundheitsprogramme die Fragmentierung schwacher Gesundheitssysteme weiter verstärken würden (Fox & Reich, 2015). Bei UHC hingegen liegt der Fokus auf der Stärkung von Gesundheitssystemen, dem Schutz der Bevölkerung vor Armutsgefährdung durch zu bezahlende Rechnungen zur Deckung der Gesundheitsversorgung bzw. Krankheitskosten und der fairen gesellschaftlichen Verteilung der Kosten (Frenk & De Ferranti, 2012). Durch ein Erreichen von UHC will die WHO sicherstellen, dass alle Menschen weltweit über ausreichend Zugang zu hochwertiger und leistbarer Gesundheitsversorgung verfügen (Weltgesundheitsorganisation, 2023c, 2023d, 2023e).

Vor allem durch das Engagement der WHO hat sich UHC seit 2005 zum bedeutendsten Konzept im Bereich globaler Gesundheitsversorgung entwickelt. Gesundheit wird dabei als zentrales Querschnittsthema der internationalen Agenda und als unabdingbare Vorbedingung für nachhaltige Entwicklung gesehen (UN-Generalversammlung, 2012). Wie bereits erwähnt, hat die WHO mit den Abdeckungsgraden von *population coverage*, *service coverage* und *financial coverage* drei Dimensionen festgelegt, deren Bearbeitung sie als essentiell für ein Erreichen von UHC ansieht (Weltgesundheitsorganisation, 2010). Auch wenn die Bedeutung von Fachpersonal für diese drei Dimensionen von UHC nicht explizit thematisiert wird, steht der Bedarf an ausreichend Gesundheitsfachkräften mit hochwertiger Ausbildung dennoch mit allen drei in enger Verbindung.

3.2 Gesundheitsfachpersonal für Universal Health Coverage

2013 veröffentlichte die WHO ihren Bericht „A Universal Truth: No Health Without a Workforce“, in dem sie die Bedeutung von Gesundheitsfachpersonal für das Erreichen von UHC betont. Dabei wird nicht nur die steigende Zahl fehlenden Personals betont, auch die Qualität, die Erreichbarkeit und die Verteilung von Gesundheitsfachkräften werden thematisiert. Nur mit mehr und besser ausgebildetem Personal, das in allen Regionen der Welt für alle Bevölkerungsgruppen frei zugänglich ist, können dem Bericht zufolge die wachsenden Herausforderungen im Gesundheitsbereich bewältigt werden. Als größte Herausforderungen werden unter anderem ansteckende Krankheiten, die sich verändernden Bevölkerungsstrukturen oder Langzeitpflege angeführt (Global Health Workforce Alliance & Weltgesundheitsorganisation, 2013).

Auch für ein Erreichen von UHC braucht es ausreichend Fachkräfte, die über angemessene Ausbildung verfügen. In der Realität zeigt sich jedoch ein wachsender Mangel an Gesundheitsfachpersonal, der bereits lange vor dem Beginn der Corona-Pandemie mit 18 Millionen fehlenden Fachkräften weltweit bis zum Jahr 2030 beziffert wurde (Weltgesundheitsorganisation, 2006). Erhöhte Todeszahlen während der Pandemie, steigende psychische und körperliche Belastungen, aber auch das starke Bevölkerungswachstum einiger Ländern auf der einen und die zunehmende Überalterung vieler Gesellschaften auf der anderen Seite dürften diese Zahlen zukünftig weiter erhöhen (Weltgesundheitsorganisation, 2016b; Weltgesundheitsorganisation & Internationale Bank für Wiederaufbau und Entwicklung/Weltbank, 2021b). Analysen zur geographischen Verteilung von Gesundheitsfachpersonal haben zudem gezeigt, dass die Dichte von Fachkräften in reichen Industrieländern bis zu siebenmal höher ist als in sogenannten Schwellenländern und dass ressourcenschwächere Staaten am stärksten von Fachkräftemangel betroffen sind (Maier & Kuhlmann, 2021; Weltgesundheitsorganisation, 2016b). Prognosen von Boniol et al. (2022) weisen zudem darauf hin, dass der Fachkräftemangel afrikanische Länder besonders stark betreffen wird, was die Autor*innen vor allem auf das starke Bevölkerungswachstum zurückführen (Boniol et al., 2022).

Von besonderer Relevanz sind diese Ungleichverteilungen auch deshalb, weil Aiken et al. (2014) statistisch belegen konnten, dass eine höhere Anzahl verfügbarer Pflegekräfte und ein höheres Ausbildungsniveau nicht nur die Versorgungsqualität der Patient*innen verbessert, sondern auch zu geringerer Mortalität führt (Aiken et al., 2014). Reid et al. (2020) haben zudem nachgewiesen, dass die Dichte des Gesundheitsfachpersonals zu den wichtigsten Faktoren für eine Erhöhung des *UHC Service Coverage Index* gehört, der den Abdeckungsgrad grundlegender Gesundheitsdienstleistungen misst. Ihre Untersuchung, die auf Daten aus 183 Ländern beruht, hat dabei gezeigt, dass Investitionen in die Verfügbarkeit, Zugänglichkeit und Kompetenzen von Gesundheitsfachpersonal den größten Einfluss auf die Verbesserung des Versorgungsgrads eines Landes haben (Reid et al., 2020).

Bonk und Döring (2021) weisen darauf hin, dass bei der Beschäftigung mit nachhaltiger Gesundheitsversorgung auch die weitreichenden Auswirkungen der Globalisierung auf Gesundheitsfachpersonal und den Gesundheitsbereich allgemein berücksichtigt werden müssen. Dazu gehören unter anderem wirtschaftliche Entwicklungen, die z.B. zur verstärkten Verbreitung gesundheitsschädlicher Nahrungsmittel oder Umweltverschmutzungen führen. Soziokulturelle Entwicklungen wiederum, bei denen vor allem die steigende Mobilität und die Verbreitung von Kommunikations- und Informationstechnologien zu nennen sind, haben enormen Einfluss auf Gesundheitsfachpersonal. Während diese Technologien wissenschaftliche Erkenntnisse und relevante Informationen einerseits leichter zugänglich machen, führen sie parallel dazu auch zu steigendem Misstrauen gegen Gesundheitsfachpersonal, zur Verbreitung von Falschinformationen und intensivieren die Arbeitsmigration von medizinischem Personal (Bonk & Döring, 2021).

Dussault (2015) argumentiert, dass die Bedeutung von ausreichend und gut ausgebildetem Gesundheitsfachpersonal lange Zeit zu wenig Aufmerksamkeit erfahren habe. Erst durch die MDGs, bei denen drei der acht Ziele einen gesundheitlichen Fokus aufwiesen, gerieten auch personelle Aspekte der Gesundheitsversorgung in den Fokus. In den 2000er Jahren folgten erste Datenerhebungen und Analysen zum globalen Bedarf an Gesundheitsfachkräften sowie die Entwicklung von Strategien zu dessen Deckung. Die letzten zwei Jahrzehnte waren insgesamt von verstärktem politischen Engagement in diesem Bereich geprägt. Neben der WHO und der Weltbank konnten so auch einige Staaten, wie z.B. Australien, Großbritannien oder Kanada, enorme Fortschritte bei der Erhebung ihres nationalen Bedarfs an Gesundheitsfachpersonal und der Schaffung von Kapazitäten für dessen Deckung verzeichnen. Für viele andere Staaten blieb die Datenlage jedoch unzureichend, das Fehlen einheitlicher Berufsbezeichnungen oder Kategorien bei der Datenerhebung erschwert die Einschätzung der aktuellen Situation zusätzlich. Vor allem unter Berücksichtigung demographischer Entwicklungen stellt Dussault aber auch fest, dass der Anstieg an qualifiziertem Gesundheitsfachpersonal deutlich zu langsam erfolgt. Die hohen Kosten, die Investitionen in die Bildung von Gesundheitsfachpersonal mit sich bringen, und die Fokussierung politischer Entscheidungsträger*innen auf kurzfristige Ziele anstelle langfristiger Perspektiven stellen ihm zufolge für viele Staaten große Herausforderungen dar. Dussault kommt daher zu dem Schluss, dass Herausforderungen in Bezug auf Gesundheitsfachpersonal häufig in Kombination miteinander auftreten, wodurch komplexe, mehrdimensionale und langfristige Lösungsansätze gefordert wären, die bisher in den wenigsten Ländern zu finden sind (Dussault, 2015).

Ähnlich betonen auch Shamian et al. (2015), dass es bei der Planung von Humanressourcen im Gesundheitsbereich holistischere Perspektiven und Ansätze braucht. Maßnahmen zur Behebung des Fachkräftemangels müssten demnach besser an die Kontexte des jeweiligen Gesundheits- und

Sozialsystems angepasst werden, um beispielsweise die Gesundheitsbedürfnisse der Bevölkerung und die daraus entstehenden Anforderungen an das Gesundheitssystem zu berücksichtigen. Zudem betonen die Autor*innen den positiven Einfluss, den eine verbesserte Zusammenarbeit zwischen politischen Entscheidungsträger*innen, Wissenschaftler*innen, Verwaltungspersonal im Gesundheitssystem und Gesundheitsfachkräften haben könnte. Nur durch mehr Dialog und Kooperation zwischen den verschiedenen Teilen des Gesundheitssystems sowie durch evidenzbasierte Aus- und Fortbildungsstrategien wäre Gesundheitsfachpersonal demzufolge überhaupt in der Lage, UHC zu ermöglichen (Shamian et al., 2015).

Der Forschungsstand zu diesem Thema zeigt also, dass der Mangel und die ungleiche Verteilung des bestehenden Gesundheitsfachpersonals in vielen Staaten ein Erreichen von UHC behindert.

3.3 Migration und Mobilität von Gesundheitsfachpersonal

Die Mobilität und Migration von Gesundheitsfachpersonal hat in den vergangenen 15 Jahren stark zugenommen. Während sich der Begriff der Mobilität vor allem auf kürzere bzw. temporäre Aufenthalte von wenigen Wochen oder Monaten bezieht, umfasst jener der Migration die Fälle, in denen sich Personen für mindestens sechs Monate im jeweiligen Zielland aufhalten. Das Ausmaß von Mobilität und Migration von Gesundheitsfachkräften lässt sich z.B. am Anteil der Arbeitskräfte im Gesundheitssektor, die ihren Abschluss im Ausland erworben haben, abschätzen. Wie Maier und Kuhlmann (2021) aufzeigen, ist dieser Anteil im internationalen Vergleich vor allem in Industrienationen, allen voran den USA, Großbritannien, Neuseeland und Australien, besonders hoch. Während erwiesen ist, dass wirtschaftlich schwache Staaten am stärksten von abwanderndem Fachpersonal betroffen sind, lässt sich das tatsächliche Ausmaß der Abwanderung in vielen Fällen nur schwer abschätzen, da sich emigrierende Gesundheitsfachkräfte in ihren Herkunftsländern häufig nicht abmelden (Maier & Kuhlmann, 2021). Analysen der *Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung* (OECD) aus dem Jahr 2016 zeigen aber, dass innerhalb der OECD-Mitgliedsstaaten Indien, Pakistan und die Philippinen die wichtigsten Herkunftsländer für Gesundheitsfachkräfte sind. Zudem zeigt sich, dass immigrierende Fachkräfte häufig aus Ländern stammen, die bereits historisch mit den Aufnahmeländern verbunden waren, mit denen sie eine gemeinsame Sprache teilen oder zu denen, beispielsweise innerhalb der Europäischen Union (EU), Mobilitätshürden abgebaut wurden (Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung, 2016). Vor allem die ersten beiden Aspekte verweisen aber auch auf das Fortwirken früherer kolonialer Strukturen, das Fortbestehen post- und neo-kolonialer Verbindungen und ihre Einflüsse auf Arbeitsmigration und Migrationsströme im Allgemeinen.

Nair und Webster (2013) betonen, dass die Migration von Gesundheitsfachpersonal international vor allem von Süd nach Nord und national vorrangig aus ruralen Gebieten in urbanere verläuft. Als

wichtigste Push-Faktoren, die Fachkräfte zur Emigration bewegen, identifizieren sie dabei den Mangel an Arbeitsplätzen bzw. Arbeitslosigkeit, geringe Entlohnung, schlechte Arbeitsbedingungen, politische Instabilität und fehlende Möglichkeiten für berufliche Entwicklung oder Fachausbildungen in den Herkunftsländern. Zu den wichtigsten Pull-Faktoren, die zur Migration in die Zielländer bewegen, gehören laut den Autorinnen hohe Beschäftigungschancen aufgrund des Fachkräftemangels in den Aufnahmeländern, höhere Löhne sowie bestehende familiäre Verbindungen mit den Zielländern (Nair & Webster, 2013).

Afzal et al. (2012) fügen hinzu, dass es sich bei der Entscheidung zur Migration zwar grundsätzlich um eine persönliche handle, diese aber fast immer von externen Umständen, wie etwa den herrschenden wirtschaftlichen und sozialen Bedingungen, beeinflusst sei. Schlechte Arbeits- und Lebensbedingungen sind ihnen zufolge die wichtigsten Gründe für die Migration von Gesundheitsfachkräften. Weiter verstärkt werden diese Faktoren teilweise durch gezielte Anwerbung durch Staaten mit Fachkräftemangel, die z.B. günstigere Visabedingungen oder Arbeitsgenehmigungen nutzen, um Gesundheitsfachpersonal für den heimischen Arbeitsmarkt zu rekrutieren (Afzal et al., 2012).

Einen Sonderfall stellt die sogenannte zirkuläre Migration dar, bei der Fachkräfte für eine begrenzte Zeit in Aufnahmeländer migrieren, in denen ein Fachkräftemangel besteht. Wie Lévy-Tödter (2019) aufzeigt, wird das Konzept schon länger aktiv von Staaten genutzt, um den eigenen Bedarf an qualifizierten Arbeitskräften flexibel und kurzfristig decken zu können. Während die Aufnahmeländer so vor allem Ausbildungskosten einsparen können, profitieren Herkunftsländer wirtschaftlich und fachlich, weil viele Fachkräfte während ihres Aufenthalts Remittances zahlen und bei ihrer Rückkehr über mehr Qualifikationen und Erfahrung verfügen. Damit reduzieren sich auf beiden Seiten die Kosten für Aus- und Weiterbildungen. Vor allem für die Aufnahmeländer stellt das Konzept jedoch keine nachhaltige Lösung dar, weil es den persistierenden Personalmangel verschleiert und Investitionen in Ausbildungskapazitäten hemmt. Die Herkunftsländer verlieren vor allem dann, wenn Fachkräfte nicht wie geplant zurückkehren, weil ihre Aussichten auf einen Arbeitsplatz im Herkunftsland zu schlecht sind (Lévy-Tödter, 2020).

Die Auswirkungen, die Migration von Gesundheitsfachpersonal auf Gesundheitssysteme hat, sind vielfältig und von den in den jeweiligen Staaten vorherrschenden Bedingungen abhängig. Zu den größten Herausforderungen, mit denen die Herkunftsländer konfrontiert sind, gehört der Verlust an Humankapital und qualifizierten Arbeitskräften, auch bekannt als *brain drain*. Wie Najib et al. (2019) aufzeigen, verläuft *brain drain* analog zur Migration von ärmeren in reichere Länder und innerhalb von Staaten aus ruralen und öffentlichen Institutionen in urbane und private Einrichtungen. Das führt dazu, dass Herkunftsländer langfristig nur teilweise von den Investitionen, die sie für die Ausbildung von Gesundheitsfachpersonal getätigt haben, profitieren. Gleichzeitig verschlechtert sich aber auch die

Lage in den oft ohnehin fragilen Gesundheitssystemen in Ländern des Globalen Südens. Betroffen sind davon vor allem jene Teile der Bevölkerung, die auf die öffentliche Gesundheitsversorgung angewiesen sind (Najib et al., 2019).

Wie Labonté et al. (2015) mit ihrer Studie zu den Ursachen und Folgen der Migration von Gesundheitsfachkräften aus Südafrika gezeigt haben, hat die weitere Verschärfung des ohnehin bestehenden Fachkräftemangels nicht nur für die Patient*innen, sondern auch für das verbleibende Personal weitreichende Folgen. Durch den erhöhten Arbeitsaufwand kann die verbleibende Belegschaft beispielsweise ihren Anforderungen nicht mehr gerecht werden, die Patient*innen werden schlechter versorgt und ihr Zugang zu Spezialist*innen wird erschwert. Auf Seiten des Personals führt das wiederum zunehmend zu Erkrankungen durch Arbeitsüberlastung, hohe Personalfluktuations- und steigende Kündigungsraten (Labonté et al., 2015).

Um die angesprochenen Auswirkungen der zunehmenden Mobilität bzw. Migration von Gesundheitsfachkräften zu bekämpfen und positive Effekte zu verstärken, hat die Weltgesundheitsversammlung der WHO bereits 2010 den „Global Code of Practice on the International Recruitment of Health Personnel“ verabschiedet. Unter anderem ist darin (rechtlich nicht bindend) festgelegt, dass Staaten aktive Rekrutierung von Gesundheitsfachkräften aus Ländern mit angespannter Personalsituation nach Möglichkeit vermeiden sollen und dass aus dem Ausland stammendes Fachpersonal die gleiche Behandlung erfahren soll wie national ausgebildetes. Zudem will der Code zu verbesserter Zusammenarbeit zwischen Herkunfts- und Aufnahmeländern beitragen, um Mobilität bzw. Migration von Fachkräften strategisch so zu planen, dass beide Seiten davon profitieren können (Weltgesundheitsversammlung, 2010).

Während die bestehende Forschung also die weitreichenden Konsequenzen aufzeigt, von denen vor allem die Herkunftsländer des migrierenden Gesundheitsfachpersonals betroffen sind, werden die Auswirkungen der Migration auf UHC in diesem Zusammenhang kaum thematisiert.

3.4 Aus-, Fort- und Weiterbildung von Gesundheitsfachpersonal

Da es bei UHC im Sinne der WHO nicht nur um den allgemeinen Zugang zu leistbarer, sondern auch hochwertiger Gesundheitsversorgung geht (Weltgesundheitsorganisation, 2023d), kommt auch der Aus- und Weiterbildung von Gesundheitsfachpersonal eine bedeutende Rolle zu. Campbell et al. (2013) haben mit ihrer Untersuchung zur Verfügbarkeit, Zugänglichkeit, Akzeptanz und Qualität von Gesundheitsfachpersonal aufgezeigt, dass es für UHC mehr bedürfe als bloß die Deckung des steigenden Bedarfs an Fachkräften durch mehr Ausbildungskapazitäten. Zentrale Bedeutung schreiben sie etwa Maßnahmen zu, die die Aus- und Weiterbildung des Personals verbessern und so in weiterer Folge auch die Versorgungsqualität erhöhen (Campbell et al., 2013).

Auch Evans et al. (2016) kommen in ihrem Bericht "Addressing the challenges of health professional education" zu dem Schluss, dass UHC nur durch Investitionen in die Aus-, Fort- und Weiterbildung von Gesundheitsfachpersonal erreicht werden kann. Als eine der wichtigsten Maßnahmen identifizieren sie dabei den Abbau finanzieller Hürden, die Personen aus niedrigeren sozioökonomischen Schichten den Zugang zu medizinischen Ausbildungen verwehren. Durch die Bekämpfung struktureller Ungleichheiten im Bildungssystem könne sich neben der Zahl auch die Qualität zukünftiger Fachkräfte erhöhen. Zudem brauche es nach absolvierter Ausbildung mehr Weiterbildungen für bestehendes Personal, um den Erhalt und Ausbau der fachlichen Kompetenzen sicherzustellen, sowie effizientere, international verankerte Akkreditierungsverfahren, um die Interoperabilität und den Wissensaustausch zu fördern und dadurch auch nationale Gesundheitssysteme zu stärken (Evans et al., 2016).

Basierend auf einer Studie zur Umsetzung von UHC in elf Staaten mit unterschiedlichsten historischen, ökonomischen und geographischen Kontexten betonen Reich et al. (2016) zudem, dass es vor allem in Ländern, die sich noch in frühen Stadien der UHC-Umsetzung befinden, Maßnahmen brauche, die die Qualität der Ausbildung von Gesundheitsfachpersonal sicherstellen. Während der stark steigende Bedarf an Fachkräften zwar zur Schaffung neuer Bildungseinrichtungen geführt habe, gebe es häufig zu wenig Regulierungs- und Governance-Maßnahmen, die die Qualität dieser Ausbildungseinrichtungen sicherstellen. Die Schaffung neuer Berufskategorien mit kürzeren und flexibleren Ausbildungen, wie z.B. der Ausbildung kommunaler Gesundheitshelfer*innen, könne zudem helfen, das Rekrutierungspool potentieller Gesundheitsfachkräfte zu erweitern und unterversorgte Gebiete besser zu versorgen. Dafür sei es aber unbedingt notwendig, eindeutige Tätigkeitsbereiche und Funktionen dieser Berufsgruppen zu definieren und Vorschriften und Standards für ihre Ausbildung und Praxis zu etablieren (Reich et al., 2016).

Sripathy et al. (2017) zeigen anhand von praktischen Beispielen aus Thailand, Brasilien und Indien die Notwendigkeit auf, Bildungsstrategien für Gesundheitsfachkräfte mit den Zielen von universeller Gesundheitsversorgung in Einklang zu bringen, wofür auch Koordinierung mit anderen Bereichen, wie der Schaffung von Gesundheits-Infrastruktur oder der Finanzierung des Gesundheitssystems, nötig sei. Zudem brauche es systembasierte Reformen, die in Gesundheitsausbildungen die Entwicklung praktischer Kompetenzen und die Anpassung praktischer Maßnahmen an die lokalen Gesundheitsbedürfnisse fördern (Sripathy et al., 2017).

All diese Empfehlungen und Forderungen finden sich auch im 2013 von der WHO veröffentlichten Leitfaden „Transforming and scaling up health professionals' education and training“, der den Prozess der Umgestaltung und Ausweitung der Aus- und Weiterbildung von Gesundheitsfachkräften steuern soll. Der Leitfaden betont zudem, dass Bildungseinrichtungen ihre Curricula stärker an die Bedürfnisse

ihrer Zielbevölkerung anpassen sollten. Das Identifizieren von Kernkompetenzen soll dabei helfen, mit den vermittelten Kompetenzen den sich verändernden Bedürfnissen der Bevölkerung besser gerecht zu werden. Analog braucht es laut der WHO (2013) auch nach absolvierter Ausbildung mehr Initiativen, die den Erhalt bestehender und den Erwerb neuer Kompetenzen fördern. Nur so könne sichergestellt werden, dass Fachkräfte mit dem aktuellen Stand der Forschung und mit neuen Diagnose- und Behandlungsmethoden vertraut sind und dadurch ihre Kompetenzen auch den Anforderungen ihrer Patient*innen gewachsen sind (Weltgesundheitsorganisation, 2013).

Anders als bei Forschung zur Migration von Gesundheitsfachpersonal werden die Themen Aus- und Fortbildung von Gesundheitsfachpersonal also sehr wohl mit UHC in Verbindung gebracht. Auch hier zeigt sich jedoch, dass empirische Untersuchungen zum Thema eher die Ausnahme darstellen.

3.5 Internationale Zusammenarbeit bei der Aus- & Fortbildung von Gesundheitsfachpersonal

Internationale Aktivitäten zur Förderung der Aus- und Weiterbildung von Gesundheitsfachpersonal finden häufig im Rahmen von Entwicklungszusammenarbeit statt. Im deutschsprachigen Raum wird dabei oft zwischen projektbezogener, finanzieller und technischer Zusammenarbeit unterschieden, wobei zu letzterem Bereich auch Ausbildungsinitiativen und die Vermittlung von Know-how (Ulrichs, 2021) und somit Projekte zur Aus- und Weiterbildung von Gesundheitsfachpersonal zählen.

Wie Portela et al. (2017) aufzeigen, stellt der Mangel an Gesundheitsfachpersonal ein weltweites Problem dar, dessen Bearbeitung regionale und globale Ansätze benötigt. Technische Zusammenarbeit zwischen Ländern identifizieren sie dabei als wichtige Intervention, durch die die institutionellen Kapazitäten von Gesundheitssystemen und vor allem der Fachkräftemangel nachhaltig und transnational bekämpft werden könne (Portela et al., 2017). Ähnlich kommt auch die WHO in ihrer „Global strategy on human resources for health: Workforce 2030“ (2016) zu dem Schluss, dass viele Staaten im Gesundheitsbereich noch jahrzehntelang auf internationale Unterstützung und EZA angewiesen sein werden, und es daher unter anderem für die Ausbildung von Gesundheitsfachpersonal gezielte Maßnahmen internationaler Zusammenarbeit brauche (Weltgesundheitsorganisation, 2016a).

Cancedda et al. (2015) haben anhand selbstgewählter *best practice*-Beispiele von Ausbildungs- und Trainingsinitiativen der US-Regierung in Subsahara-Afrika zentrale Aspekte identifiziert, durch die internationale Ausbildungsinitiativen für Gesundheitsfachpersonal effizienter zur Bekämpfung des Fachkräftemangels beitragen sollen. Wie die Autor*innen aufzeigen, waren Ausbildungsinitiativen der vergangenen Jahrzehnte wegen zu starker Fokussierung auf einzelne Krankheiten, mangelnde Abstimmung mit lokalen Prioritäten und unzureichende Fokussierung auf den Erwerb praktischer Kompetenzen häufig nur begrenzt wirksam. Um den bestehenden Mangel an Gesundheitsfachkräften

effektiv und nachhaltig zu bekämpfen, brauche es Initiativen mit flexibler Finanzierung, die von den Zielländern eigenverantwortlich an lokale- Bedingungen und Prioritäten abgestimmt werden können. Zudem sollten die Ausbildungen möglichst kompetenzbasiert angelegt sein, um so nachhaltig zum Aufbau institutioneller Kapazitäten beitragen zu können (Cancedda et al., 2015).

Wie Demey et al. (2022) mit ihrer Analyse einer internationalen Kooperation zur Verbesserung der Ausbildung von Physiotherapeut*innen im Vietnam aufzeigen, spielt auch die Überarbeitung von Curricula und Ausbildungsplänen eine bedeutende Rolle. Diese sollten darauf abzielen, kompetenzbasierte Ausbildungspläne zu erstellen, die sowohl internationalen Standards als auch nationalen bzw. lokalen Prioritäten gerecht werden. Auch der Etablierung eines nationalen Berufsverbandes messen sie dabei große Bedeutung zu, da damit die internationale und nationale Anerkennung des Berufes und der Zugang zu berufsspezifischen Fort- und Weiterbildungen gewährleistet werden könne (Demey et al., 2022).

Cancedda et al. (2018) liefern eine Analyse des ruandischen Ausbildungsprogramms für Gesundheitsberufe (*Rwanda Human Resources for Health Program*), das in Zusammenarbeit mit wissenschaftlichen Einrichtungen aus den USA die Überarbeitung und Neu-Strukturierung der nationalen Ausbildung von Gesundheitsfachpersonal ermöglichen sollte. Sie kommen dabei zu dem Schluss, dass längerfristig und partnerschaftlich angelegte Ausbildungsinitiativen zwischen Staaten des Globalen Nordens und des Globalen Südens unter gewissen Voraussetzungen einen wichtigen Beitrag zur Bekämpfung des Fachkräftemangels leisten können. Zentral sei dafür flexible Finanzierung, die nicht nur akademische Bereiche stärke, sondern auch Investitionen in die Verwaltungs- und Managementebene beinhalte. Zudem stärke es die Nachhaltigkeit der Projekte, wenn wie im ruandischen Fallbeispiel Fachkräfte, die im Rahmen des Programms ausgebildet wurden, ihre internationalen Kolleg*innen in der Ausbildung schrittweise ersetzen (Cancedda et al., 2018).

Während derartige Analysen umgesetzter Projekte und Programme zwar aufschlussreiche Erkenntnisse zu behindernden und förderlichen Faktoren liefern, so hat die Recherche dennoch gezeigt, dass es kaum Grundlagenforschung gibt, welche theoretische Zugänge für die Beschäftigung mit internationalen Aus- und Weiterbildungsinitiativen für Gesundheitsfachpersonal bereitstellt. Das ist auch deshalb überraschend, weil Berufsausbildung, technische Zusammenarbeit und Gesundheit, wie z.B. in Österreich oder den USA, häufig als Schwerpunkte der öffentlich finanzierten EZA (*official development assistance*) geführt werden (Bundesministerium für europäische und internationale Angelegenheiten, 2022; United States Agency for International Development, o.J.a, o.J.b). Nicht zuletzt daran zeigt sich die Notwendigkeit, die Themenbereiche UHC und internationale Kooperationen für die Aus- und Weiterbildung von Gesundheitsfachpersonal nicht nur mittels geeigneter theoretischer

Zugänge zu verknüpfen, sondern diese auch empirisch anhand geeigneter Fallbeispiele zu untersuchen.

3.6 Forschungslücke

Insgesamt hat sich UHC in den letzten zwei Jahrzehnten in den Gesundheits- und Sozialwissenschaften zu einem zentralen Thema wissenschaftlicher Analysen entwickelt. Im Rahmen dieser Publikationen wird dabei auch häufig Bezug auf den Einfluss von ausreichend Fachpersonal auf die Gewährleistung der Versorgungsqualität und -bandbreite genommen. Während auch Themen wie die Migration oder Aus- und Weiterbildung von Gesundheitsfachkräften viel Aufmerksamkeit erfahren, findet die Beschäftigung mit internationalen EZA-Projekten zur Aus- und Weiterbildung von Gesundheitsfachkräften in der Literatur anscheinend wenig Beachtung. Bestehende Forschung zu diesem Themenkomplex widmet sich dabei häufig einzelnen bzw. ausgewählten Projekten oder Ausbildungsinitiativen. Auch wenn durch exemplarische Analysen Erkenntnisse zum Ablauf derartiger Programme sowie zu Erfolgen oder Herausforderungen erzielt werden können, besteht dennoch die Gefahr, dass vor allem besonders positive oder negative Beispiele herausgegriffen werden. Zudem kann nicht ausgeschlossen werden, dass im Sinne eines *confirmation bias* unbewusst vor allem solche Fälle ausgewählt werden, die bereits bestehende Meinungen oder Perspektiven der forschenden Personen bestätigen. Es besteht also Bedarf an mehr Grundlagenforschung bzw. allgemeiner theoretischer Beschäftigung mit den verschiedenen Ebenen und Formen der internationalen Zusammenarbeit zur Aus- und Weiterbildung von Gesundheitsfachpersonal.

Relevant wäre dabei auch eine Verknüpfung dieser Grundlagenforschung mit den Bemühungen der WHO, die Verteilung des Gesundheitsfachpersonals besser zu steuern, sowie mit ihrer strategischen Priorität von UHC. Trotz des wachsenden Bewusstseins darüber, welche Bedeutung Gesundheitsfachpersonal für ein Erreichen von UHC zukommt, findet der Bereich bisher in nationalen und internationalen Bemühungen um UHC bisher möglicherweise wenig Beachtung. Im Umkehrschluss findet auch die Frage, wie UHC in (internationalen) Bemühungen zur Aus- und Weiterbildung von Gesundheitsfachpersonal umgesetzt wird, bis dato kaum Beachtung.

Die hier dargelegte Forschungslücke wird daher als Anlass genutzt, die Implementierung von UHC in Projekten zur Aus- und Weiterbildung von Gesundheitsfachpersonal empirisch zu untersuchen. Als konkreter Untersuchungsgegenstand werden hierfür von der Republik Österreich öffentlich finanzierte EZA-Projekte gewählt. Das Beispiel der OEZA soll dabei die Möglichkeit bieten, die nationale Umsetzung von UHC in EZA-Projekten mit der globalen Herausforderung des bestehenden Fachkräftemangels zu verknüpfen und gleichzeitig die lokale Umsetzung einer von der UN und der WHO auf globaler Ebene beschlossenen Zielvorgabe zu untersuchen. Da es wie erwähnt sowohl an theoretischen Zugängen als auch an empirischer Forschung mangelt, macht es sich diese Arbeit zur

Aufgabe, die Bedeutung und Umsetzung von UHC in internationalen Projekten zur Aus-, Fort- und Weiterbildung von Gesundheitsfachpersonal am dargelegten Fallbeispiel theoretisch einzubetten und empirisch zu untersuchen.

4 Implementierungstheorien

Das folgende Kapitel beschäftigt sich mit dem Theoriefeld der *policy implementation theories* bzw. Policy-Implementierungstheorien, die als theoretische Grundlage der vorliegenden Arbeit dienen. Nach einer Einführung zu allgemeinen Aspekten der Implementierungstheorien werden in weiterer Folge Dimensionen und Faktoren diskutiert, deren Analyse bei Untersuchungen zur Umsetzung von UHC hilfreich sein könnten.

Im Rahmen der Policy-Implementierungstheorien bezieht sich der Begriff der Implementierung auf den Prozess, durch den politische Entscheidungen in Form von Gesetzen oder Übereinkünften umgesetzt werden. Dabei identifiziert die jeweilige politische Entscheidung das zu lösende Problem, legt fest, welches Ziel erreicht werden soll, und strukturiert den Implementierungsprozess, durch den diese Ziele erreicht werden sollen (Sabatier & Mazmanian, 1980). Der Implementierungsprozess stellt somit das verbindende Glied zwischen theoretisch erarbeiteten politischen Übereinkünften und deren praktischer Umsetzung dar (Mthethwa, 2012). Im Fall von UHC zählen zum Implementierungsprozess damit all jene Aktivitäten und Maßnahmen, die nach der politischen Entscheidung, UHC anzustreben, auf den verschiedenen Ebenen gesetzt werden, um allgemeine Gesundheitsversorgung tatsächlich zu erreichen. Die Implementierung verläuft dabei nicht unbedingt in Form eines linearen Prozesses, sondern ist fragmentiert, häufig konfliktbehaftet und von Unterbrechungen geprägt und erstreckt sich über verschiedenste Akteur*innen aus unterschiedlichsten politischen und institutionellen Kontexten (McLaughlin, 1987; Mthethwa, 2012). Beeinflusst wird der Implementierungsprozess auch davon, ob politische Entscheidungsträger*innen klare politische Weisungen/Vorgaben an die umsetzenden Instanzen weitergeben (= zentralisierte Implementierung) oder ob sie ihnen Spielraum geben, damit die Policy an die lokalen Bedingungen angepasst werden kann (= dezentralisierte Implementierung) (Tosun & Treib, 2018). Gerade wegen dieser fragmentiert verlaufenden, häufig inhomogenen Implementierungsprozesse wird im Rahmen dieser Arbeit ein empirischer Ansatz gewählt, um die Umsetzung von UHC im Rahmen österreichischer EZA-Projekte zur Aus- und Weiterbildung von Gesundheitsfachpersonal zu untersuchen.

Implementierungsforschung versucht also zu analysieren, wie der Umsetzungsprozess politischer Entscheidungen verläuft, welche Faktoren ihn beeinflussen und wie sich diese auf die praktische Umsetzung einer Policy auswirken (Winter, 2012). Durch das Aufzeigen von Hindernissen kann sie damit zu effektiveren Implementierungsprozessen beitragen und erhöht zudem die Rechenschaftspflicht politischer Entscheidungsträger*innen (Mthethwa, 2012). Da auch der

Umsetzungsprozess von UHC von verschiedensten Akteur*innen, Rahmenbedingungen und politischen Entscheidungen beeinflusst wird, scheint eine Berücksichtigung von Implementierungstheorien bei empirischen Untersuchungen zum Thema nicht nur sinnvoll, sondern sogar notwendig.

Bei der Beschäftigung mit der Umsetzung von Policies muss das Feld der *policy implementation theories* vom Feld der *implementation sciences* abgegrenzt werden, die sich der Frage widmen, wie wissenschaftliche Erkenntnisse und evidenzbasierte Strategien im Gesundheitswesen effektiver angewendet werden können, um so ihre Auswirkungen auf die Gesundheit der Patient*innen zu erhöhen (Nilsen et al., 2013).

4.1 Entwicklung der Policy-Implementierungstheorien

Seit wissenschaftliche Erkenntnisse der 1970er Jahren gezeigt haben, dass der Prozess der Implementierung die Ergebnisse politischer Entscheidungen enorm beeinflusst (McLaughlin, 1987), beschäftigen sich die Policy-Implementierungstheorien mit grundlegenden Fragen zur Umsetzung von Gesetzen, Strategien oder Maßnahmen. Faktoren, die eine erfolgreiche Implementierung fördern oder behindern, standen dabei von Anfang an im Fokus (Nilsen, 2015). Die ersten grundlegenden Erkenntnisse des Forschungsfeldes bezogen sich zum einen auf die Bedeutung lokaler Faktoren und Bedingungen, wie z.B. den politischen, sozialen und wirtschaftlichen Kontext (Cerna, 2013), und zum anderen auf den starken Einfluss institutioneller Faktoren (McLaughlin, 1987). Frühe empirische Untersuchungen haben jedoch auch gezeigt, dass sich manche Policies aufgrund der inhaltlichen Thematik deutlich einfacher und schneller implementieren lassen (Mthethwa, 2012; Sabatier & Mazmanian, 1980). Methodologisch war die Erforschung von Policy-Implementierungsprozessen dabei lange Zeit von explorativen und induktiven Einzelfallstudien geprägt; erst in Reaktion auf zunehmende Kritik an der fehlenden Verwendung anderer Forschungsdesigns und Methoden wurden auch multivariate Analysen, Längsschnittstudien und vergleichende Untersuchungen durchgeführt (O'Toole, 2000; Winter, 2012).

Implementierungsforschung bezieht sich damit zum einen auf die Frage, wie die Policies konkret umgesetzt werden und zum anderen auf die Suche nach förderlichen und hindernden Faktoren in diesem Prozess. Dafür ist auch Wissen darüber, wie erfolgreich eine Policy umgesetzt wurde, notwendig, weshalb der Bereich der Evaluation als drittes Standbein hinzugezählt werden kann (Nilsen, 2015). Während die ersten Forschungen zu Policy-Implementierung großteils ohne theoretischen Hintergrund in Form von Fallstudien umgesetzt wurden, hat die Entwicklung von Theorien in den darauffolgenden Jahrzehnten an Bedeutung gewonnen (Fowler, 2019). Entstanden sind anfangs zwei konkurrierende Rahmenkonzepte, die jeweils von einem top-down bzw. einem bottom-up Ansatz ausgehen (Fowler, 2019).

Top-Down-Ansätze konzentrieren sich vorrangig auf jene Akteur*innen, die Policies planen und formulieren, und sehen in ihnen jene zentrale Instanz, durch die eine erfolgreiche Umsetzung ermöglicht wird. Den einzelnen Teilen der Verwaltung oder der Exekutive wird hingegen kaum Einfluss zugeschrieben. Die Stärke derartiger Ansätze liegt vor allem in ihrem Versuch, für verschiedene politische Bereiche verallgemeinerbare Empfehlungen zu entwickeln. Dass ein möglicher Einfluss früherer Maßnahmen oder politischer Kontexte komplett ausgeklammert und Implementierung als rein administrativer Prozess gesehen wird, führte jedoch zu starker Kritik an dieser Herangehensweise (Cerna, 2013; Matland, 1995; Mthethwa, 2012).

Bottom-up Ansätze hingegen gehen von der Annahme aus, dass Politik vor allem auf lokaler Ebene stattfindet, und daher neben den Entscheidungsträger auch zahlreiche andere Akteur*innen berücksichtigt werden müssen. Im Gegensatz zu top-down Ansätzen konzentrieren sie sich dabei auch verstärkt auf die Identifizierung von Faktoren, die die Implementierung beeinflussen oder gar behindern. Die Stärke dieser Ansätze liegt dabei in genau dieser Berücksichtigung kontextueller Faktoren und Interaktionen zwischen beteiligten Akteur*innen. Kritisiert wurden sie vor allem deshalb, weil sie dazu neigen, das Ausmaß der lokalen Autonomie zu überbewerten (Cerna, 2013; Fowler, 2019; Matland, 1995; Mthethwa, 2012).

Heute werden vor allem Ansätze verwendet, die beide Stränge miteinander verbinden und dabei auch versuchen, zwischen verschiedenen Politikbereichen zu differenzieren, um deren Eigenschaften und Besonderheiten möglichst gut gerecht zu werden (Cerna, 2013; Fowler, 2019). Dieser Neuausrichtung liegt ein Politikverständnis zugrunde, das Politik als konstanten Prozess von Interessensverhandlung und damit als Suche nach Kompromissen versteht (Mthethwa, 2012). Die Kombination aus top-down und bottom-up Ansätzen scheint auch für empirische Untersuchungen von UHC angemessen, da so sowohl die Perspektiven politischer Entscheidungsträger*innen, als auch jene der umsetzenden Akteur*innen inkludiert werden können. Im konkreten Beispiel österreichischer EZA-Projekte könnten top-down Ansätze beispielsweise helfen, einen möglichen Einfluss von Regierungswechseln oder politischen Entscheidungsträger*innen auf die Rolle von UHC in Projekten zur Aus- und Weiterbildung von Gesundheitsfachpersonal zu untersuchen, während bottom-up Ansätze eine Fokussierung auf die tatsächlich mit der Projekterarbeitung und -umsetzung beauftragten Akteur*innen ermöglicht.

Die verschiedenen theoretischen Ansätze der Implementierungsforschung repräsentieren dabei einerseits unterschiedliche Vorstellungen davon, wie Politik grundsätzlich funktioniert und andererseits davon, wie die verschiedenen Akteur*innen miteinander in Beziehung stehen und welche Einflussmöglichkeiten sie dabei haben. Zu den früh entstandenen Ansätzen gehörten dabei die *rational-choice*-Theorien, die Politik als Summe kollektiver Handlungsdilemmata verstehen und davon ausgehen, dass alle Akteur*innen bestimmte festgelegte Präferenzen haben und immer vollkommen

rational handeln, um eine Maximierung ihrer Präferenzen zu ermöglichen (Cerna, 2013; Hall & Taylor, 1996; McLaughlin, 1987). Von Bedeutung sind heute primär die Überlegungen dieser Ansätze zur Beziehung und den Interessenskonflikten zwischen den politischen Auftraggeber*innen einer Policy (*principals*) und jenen, die für ihre tatsächliche Umsetzung zuständig sind (*agents*) (Cerna, 2013; Seljan, 2014; Winter et al., 2008). Da Untersuchungen basierend auf *rational-choice*-Ansätzen jedoch nur post-ex-facto Erklärungen und keine Vorhersagen liefern konnten, worin an sich der Anspruch lag (O'Toole, 1995), ist die praktische Relevanz dieser Ansätze heute sehr begrenzt.

Die *Instrument Choice Theory* (ICT) hingegen legt den Fokus vor allem auf die politischen Instrumente, die im Umsetzungsprozess für die Bearbeitung und Behebung politischer Problem zur Anwendung kommen (Howlett, 2019). Es geht dabei um die Werkzeuge und Methoden, die von Regierenden und politischen Entscheidungsträger*innen für das Erreichen ihrer politischen Ziele genutzt werden und die Frage, welche Instrumente aus welchen Gründen angewendet werden (Howlett, 2004, 2019; Howlett & Ramesh, 1993). Der Implementierungsprozess wurde dabei auch mit den Phase der politischen Entscheidungsfindung und -formulierung sowie mit den organisatorischen und systemischen Kontexten verknüpft (Howlett, 2019; Linder & Peters, 1989). Aufgrund der fehlenden Möglichkeit, die genauen Mechanismen, die bei der Auswahl politischer Instrumente zum Einsatz kommen, zu identifizieren, hat sich die praktische Anwendbarkeit der ICT jedoch als begrenzt erwiesen (Howlett, 2019; Lascoumes & Le Gales, 2007).

Eine wiederum andere Perspektive vertritt die *Contextual Interaction Theory* (CIT), die die Stärken von top-down und bottom-up Ansätzen kombiniert. Die CIT versteht Implementierung als sozialen und interaktiven Prozess zwischen Implementierenden, die Maßnahmen zur Umsetzung der Policies gestalten, aber nicht direkt an ihrer Umsetzung beteiligt sind, und Zielpersonen, die für die Realisierung der Maßnahmen zuständig oder von ihnen betroffen sind (Javakhishvili & Jibladze, 2018; Nienhuser & Connery, 2021). Ihr Fokus liegt dabei auf Motivation, Information und Macht der verschiedenen Akteur*innen und deren Einfluss auf den Implementierungsprozess (Bressers, 2004; O'Toole, 2004; Spratt, 2009). Durch diese Konzentration auf eine begrenzte Anzahl an Variablen kann die CIT einfacher praktisch angewendet werden (Michel et al., 2022). Durch ihre Beschränkung auf nur zwei Gruppen von Akteur*innen eignet sie sich jedoch weniger für komplexere Implementierungsprozesse (Owens, 2008). Dennoch ist davon auszugehen, dass ein Fokus auf die Bereiche Motivation, Information und Macht der einzelnen Akteursgruppen für die empirische Untersuchungen im Rahmen dieser Arbeit geeignet ist, da mit österreichischen EZA-Projekten zur Aus- und Weiterbildung von Gesundheitsfachpersonal ein klar abgegrenzter thematischer Bereich eines relativ kleinen Land im Fokus steht.

Auch wenn dieser kurze Querschnitt zu theoretischen Ansätzen der Implementierungstheorien keinen Anspruch auf Vollständigkeit erheben kann oder soll, zeigt sich dennoch, dass die meisten Ansätze eindeutige Schwächen aufweisen. Das lässt sich möglicherweise unter anderem darauf zurückführen, dass es sich um ein relativ junges Forschungsfeld handelt. Da die Implementierung von UHC aber einen komplexen Prozess umfasst, an dem eine Vielzahl von Akteur*innen auf unterschiedlichsten Ebenen beteiligt sind, wird im Rahmen dieser Arbeit kein bestimmter Ansatz herangezogen. Stattdessen werden verschiedene Dimensionen und Aspekte aus den dargestellten Ansätzen sowie von weiteren Theorien aufgegriffen und mit dem Implementierungsprozess von UHC in Verbindung gebracht.

4.2 Implementierung von UHC als politischer Prozess

Innerhalb eines Landes ist UHC dann erreicht, wenn alle Teile der Bevölkerung uneingeschränkt Zugang zu hochwertiger und leistbarer Gesundheitsversorgung haben. Mit diesem Ziel gehen gewisse Anforderungen an Infrastruktur, Humanressourcen und Verwaltung einher, die jedoch nur durch politisches Engagement und Reformbereitschaft erreicht werden können. Die Umsetzung von UHC muss daher als politische Herausforderung verstanden werden, als Prozess, der vor allem von politischen Einflüssen und Kontexten gelenkt wird (Ho et al., 2022; Rizvi et al., 2020).

Da UHC in dieser Arbeit so verstanden wird, wie es von den Vereinten Nationen für die SDGs formuliert wurde, muss bei der Analyse dieses Prozesses auch berücksichtigt werden, dass es sich hierbei um die Implementierung einer international ausgearbeiteten Policy auf nationaler Ebene handelt. Relevant ist das deshalb, weil die UN im Rahmen der SDGs lediglich die Ziele vorgeben, die bis 2030 erreicht werden sollen. Für die Erarbeitung der konkreten Schritte und Maßnahmen sind jedoch die nationalen Regierungen zuständig, die die notwendigen Gesetze erlassen, budgetäre Fragen klären und die Zusammenarbeit mit lokalen Behörden, internationalen Vereinigungen und zivilgesellschaftlichen Organisationen koordinieren müssen (Allen et al., 2016; Georgeson & Maslin, 2018; UN-Generalversammlung, 2015). Durch das Fehlen einer universellen Implementierungsstrategie kann man hierbei auch von dezentralisierter Implementierung sprechen (Tosun & Treib, 2018), wodurch die Mitgliedsstaaten bei der Umsetzung zwar über größtmögliche Flexibilität verfügen, aber gleichzeitig vor einer enormen administrativen und politischen Herausforderung stehen (Allen et al., 2016; Niklasson, 2019). In den freiwilligen Staatenberichten zur Umsetzung der Agenda 2030 („Voluntary national reviews“) wurden beispielsweise die Koordinierung der verschiedenen beteiligten Sektoren, finanzielle und personelle Kapazitätsgrenzen sowie der Mangel an zuverlässigen Daten und Monitorings als größte Herausforderungen im Umsetzungsprozess angeführt (Hauptabteilung Wirtschaftliche und Soziale Angelegenheiten, 2021). Um die Implementierung von UHC besser verstehen zu können, werden im nächsten Abschnitt einige Dimensionen und Ansätze präsentiert, die für eine Analyse des Umsetzungsprozesses hilfreich sein können.

4.2.1 Interessen, Ideen und Institutionen

Die Variablen *Interessen*, *Ideen* und *Institutionen* werden in der klassischen politikwissenschaftlichen Forschung häufig für die Erklärung politischer Prozesse herangezogen. Teilweise werden auch *Ideologien* als vierte Variable inkludiert (Fox & Reich, 2015). Da sie sich jedoch sehr schwer vom Bereich der Ideen abgrenzen lassen, wird im Folgenden auf ihre Verwendung verzichtet.

Betrachtet man die Implementierung von UHC als primär politischen Prozess, müssen die im Umsetzungsprozess getroffenen politischen Entscheidungen mit den Perspektiven der an den Entscheidungen beteiligten Akteur*innen, aber auch mit den institutionellen Kontexten, in denen sie getroffen werden, verknüpft werden. Politische Akteur*innen handeln dabei meist im Sinne ihrer eigenen Interessen bzw. jener von Verbündeten. Diesen Interessen liegen dabei bestimmte Vorstellungen und Ideen darüber, wie politische Verhältnisse sein sollen, zugrunde. In ihren Bemühungen, die jeweiligen Ziele zu verwirklichen, können die Akteur*innen jedoch nicht völlig frei handeln, sondern werden durch gewisse Regeln und kontextuelle Bedingungen beeinflusst und eingeschränkt. Die Interessen politischer Akteur*innen, die Ideen, auf denen diese beruhen, und die Institutionen, die den Rahmen für politische Prozesse darstellen, beeinflussen somit den Umsetzungsprozess einer Policy (Fox & Reich, 2015; Ho et al., 2022; Rizvi et al., 2020).

Bei der Analyse relevanter *Interessen* müssen alle Akteur*innen und Gruppen berücksichtigt werden, die letztendlich von einer bestimmten Politik profitieren bzw. negativ von ihr beeinflusst werden. Da politische Akteur*innen häufig zugunsten von Partikularinteressen arbeiten, ist das (Nicht-)Erreichen politischer Veränderungen auch davon abhängig, welche Interessensgruppen sich (nicht) durchsetzen können. Der Bereich der Interessen ist daher untrennbar mit Machtverhältnissen verbunden (Fox & Reich, 2015). Im Fall von UHC gibt es zahlreiche Akteur*innen, deren Interessen den Implementierungsprozess beeinflussen, darunter z.B. (Gesundheits-)Ministerien, politische Parteien, zivilgesellschaftliche Organisationen, Interessensvertretungen, Organisationen oder Firmen aus dem Gesundheitsbereich und jene Bevölkerungsgruppen, die von allgemeiner Gesundheitsversorgung profitieren (Fox & Reich, 2015; Rizvi et al., 2020). Eine Analyse dieser Interessen kann dabei aufzeigen, welche Akteur*innen Fortschritte bei der Umsetzung unterstützen oder auch behindern und welche Koalitionen zwischen verschiedenen Gruppen an Akteur*innen bestehen (Rizvi et al., 2020).

In Verbindung mit UHC kann beispielsweise der sozioökonomische Hintergrund von Akteur*innen von besonderer Relevanz sein; während Angehörige niedrigerer sozioökonomischer Schichten oder marginalisierter Bevölkerungsgruppen am stärksten vom Ausbau der Gesundheitsversorgung profitieren, haben Personen mit höheren Einkommen oft ohnehin uneingeschränkten Zugang zu Gesundheitsdienstleistungen und daher weniger Interesse daran, durch höhere Steuerabgaben zur Finanzierung von UHC beizutragen. Die einzelnen Gruppen verfügen dabei auch über unterschiedlich

viel politische Macht, mit der sie die Verwirklichung ihrer Interessen erreichen können. Historisch waren so beispielsweise Gewerkschaften maßgeblich an der Ausweitung von Gesundheitsversorgung beteiligt, was zeigt, dass auch nicht-staatliche Akteur*innen von zentraler Bedeutung sein können (Ho et al., 2022).

Eine Beschäftigung mit der Umsetzung von UHC braucht also eine genaue Analyse aller beteiligten Akteur*innen, um zu erkennen, welche Gruppen die Implementierung aus Angst vor dem Verlust eigener Vorteile blockieren, welche Gruppen berechnete Ansprüche stellen, die bisher nicht ausreichend berücksichtigt wurden (z.B. besonders gefährdete Gruppen wie Frauen, informell Beschäftigte etc.) und wie sich diese Interessen schließlich auf die Implementierung auswirken. Die Herausforderung liegt dabei darin, die Interessen aller relevanten Akteur*innen zu identifizieren, und Mechanismen zu erkennen, durch die sie versuchen diese zu verwirklichen. Da es sich bei UHC um ein universelles Ziel handelt, das Teil der SDGs ist, muss dabei auch das Zusammenwirken nationaler und internationaler Akteur*innen berücksichtigt werden (Ho et al., 2022; Rizvi et al., 2020). Im konkreten Fallbeispiel österreichischer EZA-Projekte zur Aus- und Weiterbildung von Gesundheitsfachpersonal gehören zu den relevanten Akteur*innen unter anderem Mitarbeiter*innen der verschiedenen Projektträgerorganisationen, die derartige Projekte konzipieren und umsetzen, oder (staatliche) Fördergeber*innen, die diese durch ihre Vorgaben und Förderrichtlinien beeinflussen.

Die Kategorie der *Ideen* umfasst die Wahrnehmung und Perspektiven verschiedener Akteur*innen, sowie Vorstellungen darüber, wie politische Verhältnisse sein sollten. Diese Interpretationen der Welt sind vor allem deshalb von Bedeutung, weil sie politische Agenden beeinflussen, indem sie festlegen, was als (il)legitim wahrgenommen wird. Damit prägen Ideen immer auch die Art und Weise, auf welche politische Entscheidungsträger*innen Probleme definieren, was wiederum beeinflusst, welche Lösungen sie für deren Bearbeitung vorschlagen (Ho et al., 2022; Lavis et al., 2002). Da die Ideen von Akteur*innen immer auch mit deren Ideologien verbunden sind, sind sie auch stark von den sozialen und wirtschaftlichen Werten geprägt, die Akteur*innen vertreten (Rizvi et al., 2020).

In Verbindung mit UHC sind diese Ideen deshalb so bedeutend, weil sie sich direkt oder indirekt in der Finanzierung, Bereitstellung und Verteilung von Gesundheitsressourcen widerspiegeln. Die Vorstellungen darüber, wer ein Recht bzw. Anspruch auf welche Gesundheitsdienstleistungen haben sollte, werden zudem dazu genutzt, die öffentliche Meinung zu lenken oder Koalitionen mit anderen Akteur*innen zu bilden und dadurch breitere Unterstützung für die eigenen Vorhaben zu bekommen (Ho et al., 2022). Außerdem besteht eine enge Verbindung zwischen den Ideen und Interessen der Akteur*innen. Die Vorstellung, wonach gesundheitliche Probleme vor allem durch falsche Entscheidungen auf privater Ebene (z.B. Bewegungsmangel, falsche Ernährung etc.) entstehen, bringt politische Entscheidungsträger*innen beispielsweise eher dazu, UHC als System zu sehen, durch das

die Anreize für einen gesunden Lebensstil verloren gehen. Leiten Akteur*innen aus dieser Perspektive eine direkte oder indirekte Konsequenz für ihre eigenen Interessen ab, beeinflusst das mit hoher Wahrscheinlichkeit auch ihr Handeln (Ho et al., 2022; Lynch, 2017). Besonders relevant ist die Analyse von Ideen auch bei internationalen EZA-Projekten, die das Erreichen von UHC unterstützen sollen. Geberländer vertreten nämlich neben wirtschaftlichen oder politischen Interessen meist auch klare Vorstellungen darüber, wie etwa das Gesundheitssystem oder die Versorgung in den Empfängerländern sein sollten, was wiederum die gesetzten Maßnahmen beeinflusst (Betz, 2021). Im Rahmen österreichischer EZA-Projekte zur Aus- und Fortbildung von Gesundheitsfachpersonal könnten diese Ideen z.B. durch eine Analyse der Projektziele, die andeuten, welche Probleme mit welchen Lösungen behoben werden sollen, identifiziert werden.

Während Ideen dafür stehen, wie Personen politische Verhältnisse wahrnehmen, und Interessen sich auf ihre Ziele beziehen, stellen *Institutionen* das Gerüst und die Spielregeln für die politischen Machtkämpfe und Auseinandersetzungen dar. Dabei legen sie unter anderem fest, wer überhaupt genügend politische Macht hat, um sich an den relevanten Prozessen zu beteiligen, oder wie diese organisiert sind. Die Institutionen sind dabei vor allem mit dem politischen System, in dem sie sich befinden, und der darin vorherrschenden Form der Machtverteilung verknüpft. Demokratische Systeme bieten beispielsweise auch für benachteiligte Gruppen Möglichkeiten, sich zu organisieren und ihre Interessen zu vertreten. Andererseits kann die große Anzahl beteiligter Akteur*innen auch die Entscheidungsfindung sowie die Umsetzung von Policies erschweren, weil mehr Parteien ihre Interessen einbringen und bei etwaigen Kompromissen berücksichtigt werden müssen (Fox & Reich, 2015; Ho et al., 2022; Lavis et al., 2002). Auch frühere institutionelle und politische Verhältnisse sollten nicht außer Acht gelassen werden, da ihre Entscheidungen und Policies bestehende Verhältnisse beeinflussen und Änderungen erschweren können (Fox & Reich, 2015).

Auch bei UHC stellen die formellen Institutionen eines Staates den notwendigen Rahmen dar, in dem der Umsetzungsprozess abläuft. Je zentralisierter die politische Entscheidungsfindung dabei verläuft, desto schneller können politische Entscheidungsträger*innen die Umsetzung von UHC beschließen und in die Wege leiten. Gleichzeitig reduzieren sich aber auch die Möglichkeiten marginalisierter Gruppen, ihre Interessen, z.B. durch Wahlverhalten oder politische Mobilisierung, zum Ausdruck zu bringen, weshalb die Gesundheitsversorgung für die allgemeine Bevölkerung in demokratischen Systemen häufig besser ist als in autoritären (Greer & Méndez, 2015). Es gibt jedoch auch Fälle, in denen z.B. in den USA die Dezentralisierung und institutionelle Fragmentierung des politischen Systems zur Folge hatte, dass es immer Akteur*innen gab, die die Ausweitung der Gesundheitsversorgung blockiert haben (Ho et al., 2022; Rizvi et al., 2020).

Vor allem für die Phase der Implementierung einer Politik braucht es qualifiziertes Personal und ein administratives System, das über Expertise, die Fähigkeit zur Kooperation mit anderen relevanten Akteur*innen und Steuerungsfähigkeit verfügt. Institutionelle Verhältnisse legen also auch fest, wer überhaupt für die Implementierung von UHC zuständig ist und welche Ressourcen diesen Personen zur Verfügung stehen (Greer & Méndez, 2015; Greer et al., 2016). Damit beeinflussen die institutionellen Verhältnisse auch, ob der Implementierungsprozess eher zentralisiert oder dezentralisiert verläuft (Tosun & Treib, 2018). Eine Analyse des Implementierungsprozesses von UHC braucht daher notwendigerweise auch eine explizite Auseinandersetzung mit den institutionellen Verhältnissen, die festlegen, wer für die Umsetzung von UHC zuständig ist, wer auf diesen Prozess einwirken und wer seine Interessen (nicht) zum Ausdruck bringen kann. Für die Analyse staatlich geförderter EZA-Projekte sind institutionelle Verhältnisse unter anderem dann von zentraler Bedeutung, wenn es um die Zusammenarbeit zwischen Projektträgerorganisationen und Fördergeber*innen geht.

Das Konzept von Ideen, Interessen und Institutionen bietet Möglichkeiten zu analysieren, wie Akteur*innen den Implementierungsprozess von UHC beeinflussen und von welchen Interessen, Ideen und institutionellen Verhältnissen sie dabei gelenkt werden. Das komplexe Zusammenspiel der drei Bereiche weist aber auch darauf hin, dass empirische Forschung notwendig ist, um ein umfassendes Verständnis für die Umsetzung von UHC in einem bestimmten Setting gewinnen zu können. Die Erhebung qualitativer Daten, z.B. in Form von Interviewdaten, scheint hierbei am besten geeignet, um die Interessen, Ideen und institutionellen Verhältnisse der beteiligten Akteur*innen zu erforschen. Gerade für die Umsetzung sind aber auch die administrativen Kapazitäten eines Staates von besonderer Bedeutung, da ihnen die Hauptaufgabe der Implementierung zukommt (Ho et al., 2022). Der nächste Abschnitt fokussiert daher auf jene Akteur*innen, die mit der Umsetzung von UHC beauftragt sind sowie auf ihren Beziehungen zu politischen Entscheidungsträger*innen.

4.2.2 Street level bureaucrats und principal agent relations

Während die Bandbreite an Akteur*innen, die den Implementierungsprozess beeinflussen, groß ist, kommt Angehörigen der sogenannten *street-level-bureaucracy* besondere Bedeutung zu. Der Begriff bezieht sich auf Personen, die im öffentlichen Dienst tätig sind, in direktem Kontakt mit der Bevölkerung stehen und dabei für die tatsächliche Bereitstellung der von politischen Entscheidungsträger*innen beschlossenen Dienstleistungen zuständig sind (Lipsky, 2010). Die Gruppe der *street-level-bureaucrats* spielt für die Implementierung von UHC deshalb eine besonders wichtige Rolle, weil es sich bei Gesundheitsversorgung um einen Bereich handelt, bei dem die für die Umsetzung zuständigen Personen regelmäßig in intensivem und direktem Austausch mit der Bevölkerung stehen. Im Fall von EZA-Projekten zur Aus- und Weiterbildung von Gesundheitsfachpersonal sind sie zudem

jene Gruppe, die entscheidet, welche konkreten Maßnahmen mit welchen Zielgruppen in welchen Regionen gesetzt werden sollen.

Im Fall von UHC gehören zu dieser Gruppe z.B. Beamt*innen, die staatliche Entscheidungen an lokale Kontexte anpassen, oder im Gesundheitsbereich tätige Personen, die die erlassenen Maßnahmen in ihrer Arbeit praktisch umsetzen müssen. Akteur*innen dieser Ebene verfügen über einen gewissen Ermessensspielraum bei der Umsetzung und Anwendung der Maßnahmen, wodurch ihr Verhalten beträchtlichen Einfluss auf den Implementierungsprozess hat (Ho et al., 2022). Ihre Handlungen und Entscheidungen beeinflussen, wie die praktische Umsetzung einer Policy letztendlich aussieht. Um zu verstehen, warum *street-level-bureaucrats* im Rahmen ihres Ermessensspielraums gewisse Entscheidungen treffen, kann wiederum auf das Konzept von Interessen, Ideen und Institutionen zurückgegriffen werden, da hierbei persönliche Überzeugungen, individuelle Werte und Normen eine wichtige Rolle spielen (Derkyi-Kwarteng et al., 2021; Lipsky, 1969).

Neben dem individuellen Ermessensspielraum bei der Umsetzung spielen aber auch strukturelle Herausforderungen und Einschränkungen, mit denen *street-level-bureaucrats* konfrontiert sind, eine wichtige Rolle. Häufig verfügen sie beispielsweise nicht über ausreichend Ressourcen, um die Policies so umzusetzen, wie es von theoretischer Ebene vorgesehen wäre. Während fehlendes Personal und Engpässe bei materiellen Ressourcen und Equipment in vielen Staaten grundsätzlich die Gesundheitsversorgung beeinträchtigen, verstärkt der Ausbau von Gesundheitsdienstleistungen und damit auch UHC diese Mängel meist weiter. Problematisch sind zudem unklare oder widersprüchliche Erwartungen verschiedener politischer Entscheidungsträger*innen, denen die *street-level-bureaucrats* beim Umsetzungsprozess gerecht werden müssen. Um die dadurch entstehenden Konflikte bewältigen zu können, entwickeln diese Akteur*innen verschiedenste Mechanismen, die wiederum die praktische Umsetzung einer Politik beeinflussen und ihre eigentlichen Ziele verändern (Derkyi-Kwarteng et al., 2021; Lipsky, 1969). Auch für die Identifikation dieser Mechanismen und ein Erfassen der besonderen Perspektiven der *street-level-bureaucrats*, braucht es empirische Forschung, wobei die Erhebung qualitativer Interviewdaten am besten geeignet scheint, um die Thematik holistisch und tiefergehend zu erfassen.

Vor allem wegen der unterschiedlichen Erwartungshaltungen politischer Entscheidungsträger*innen sollte auch die Beziehung zwischen den politischen Entscheidungsträger*innen und Auftraggeber*innen (*principals*) sowie ihren Agent*innen (*agents*), den *street-level-bureaucrats*, die letztendlich für die tatsächliche Umsetzung verantwortlich sind, nicht außer Acht gelassen werden.

Principal-agent-Theorien, teilweise auch als *agency-theories* bezeichnet, wurden ursprünglich für die Erforschung von Versicherungsverhalten entwickelt wurde, kamen jedoch bald auch in der

Politikwissenschaft zur Anwendung, um Kontrollprobleme in öffentlichen Institutionen zu untersuchen (Winter et al., 2008). Die Theorien beruhen auf der Grundannahme, dass die Ziele von Auftraggeber*innen und Agent*innen voneinander abweichen können und dass eine Informationsasymmetrie zugunsten der Agent*innen besteht, die ihr Wissen im Sinne ihrer Interessen nutzen können. Damit stellt sich die Frage, wie politische Entscheidungsträger*innen durch ihre Autorität oder spezifische Anreize sicherstellen können, dass die zuständigen Agent*innen ihre Policies möglichst originalgetreu und präzise umsetzen (Brinkerhoff & Bossert, 2014; O'Toole, 1995).

Gerade wegen des universellen Anspruchs von UHC spielen *principal-agent-relations* im Implementierungsprozess eine zentrale Rolle. Wichtig für das Erreichen von UHC ist beispielsweise, dass die entsprechenden Dienstleistungen in allen Gebieten verfügbar sind, was mit hohen Anforderungen an staatliche Infrastrukturen einhergeht. Gleichzeitig unterscheiden sich die Bedingungen in den verschiedenen Gebieten teils stark. Das bedeutet, dass es neben zentral vorgegebenen Maßnahmen auch genug Spielraum braucht, damit diese auf lokaler Ebene flexibel angepasst werden können (Ho et al., 2022) und gerade komplexe Herausforderungen wie die Umsetzung von UHC eine ausgewogene Mischung zwischen dezentralisierter und zentralisierter Implementierung erfordern.

Generell haben empirische Untersuchungen gezeigt, dass ein gewisses Maß an aktiver Kontrolle zwar notwendig ist, diese die Autonomie der umsetzenden Personen jedoch nicht komplett einschränken sollte. Nur wenn ein Mittelweg zwischen Kontrolle und Autonomie gefunden wird, verfügen die Agent*innen über genug Flexibilität, um die Policies mit ihrer Expertise angemessen an lokale Verhältnisse anzupassen (Ho et al., 2022; Howlett, 2019; O'Toole, 1995). Ob bzw. inwiefern die umsetzenden Akteur*innen dazu in der Lage sind, hängt dabei wiederum von strukturellen und vor allem auch institutionellen Bedingungen, unter denen sie arbeiten, ab. Aber auch ihre Expertise und ihr spezifisches (Handlungs-)Wissen zu UHC tragen maßgeblich dazu bei, ob auf staatlicher Ebene beschlossene Maßnahmen letztendlich erfolgreich in einer Region oder einem thematischen Bereich implementiert werden können (Ho et al., 2022).

Der Ermessensspielraum von *street-level-bureaucrats* eröffnet damit ein Spannungsfeld zwischen der Notwendigkeit zentral vorgegebener Maßnahmen und der für ihre angemessene Umsetzung benötigten Adaptierung an die jeweiligen spezifischen Kontexte. Diese Anpassung durch das umsetzende Personal ist gerade wegen des universellen Anspruchs von UHC und der allgemeinen Definition in den SDGs und der WHO unabdingbar. Andererseits wird das zuständige Personal dabei wiederum von ihren Ideen, Interessen und institutionellen Kontexten sowie von ihrer Beziehung zu politischen Entscheidungsträger*innen beeinflusst. Es macht daher Sinn, bei Untersuchungen zum Implementierungsprozess von UHC Beamt*innen und Personen des öffentlichen Dienstes, die auf

niedrigerer Ebene für die Umsetzung zuständig sind, besondere Aufmerksamkeit zu widmen, da ihre Handlungen die Implementierung maßgeblich beeinflussen, verändern oder gar behindern könnten. Die Verknüpfung von *principal-agent*-Theorien bzw. Ansätzen der *street-level-bureaucracy* mit dem Konzept von Interessen, Ideen und Institutionen kann dabei helfen, neue Perspektiven und Analysemöglichkeiten zu eröffnen und empirische Forschung zur Umsetzung von UHC zu leiten. Die Kombination dieser Ansätze soll daher auch für die Untersuchung der Implementierung von UHC in EZA-Projekten zur Aus- und Weiterbildung von Gesundheitsfachpersonal, bei der die Einflussmöglichkeiten von *street-level-bureaucrats* relativ groß und ihre Zusammenarbeit mit Fördergeber*innen und politischen Entscheidungsträger*innen von enormer Bedeutung ist, zum Einsatz kommen.

4.2.3 Information

Ein Aspekt, den sowohl das Konzept von Interessen, Ideen und Institutionen als auch die *principal-agent*-Theorien vernachlässigen bzw. ausklammern, ist jener der Information. Er wird z.B. im Rahmen der *Contextual Interaction Theory* aufgegriffen, bei der die drei Variablen Motivation, Information und Macht erklären sollen, wie Akteur*innen den Umsetzungsprozess von Policies beeinflussen und dabei ihre Inhalte verändern (Bressers, 2004; O'Toole, 2004; Spratt, 2009). Während der Bereich der Motivation weitestgehend mit jenem der Interessen gleichgesetzt werden kann, überschneidet sich jener der Macht zu großen Teilen mit dem der Institutionen, da sich Macht häufig von institutionellen Bedingungen ableitet (Bressers, 2004; Spratt, 2009). Dem Aspekt der Information kommt hingegen zu wenig Beachtung zu; er fokussiert dabei vor allem darauf, ob alle beteiligten Akteur*innen ausreichend Zugang zu den von ihnen benötigten Informationen haben. Hierzu gehört neben praktischem Wissen, das direkt den Implementierungsprozess betrifft, auch die Kommunikation zwischen den verschiedenen Akteur*innen und Instanzen sowie Wissen darüber, warum eine Policy umgesetzt werden soll, wen sie betrifft und wer für ihre Ausarbeitung, Koordination etc. verantwortlich ist (Javakhishvili & Jibladze, 2018; Spratt, 2009).

Im Fall von UHC scheint eine Berücksichtigung des Informationsaspekts dabei aus mehreren Gründen relevant. Zum einen handelt es sich bei UHC insgesamt um ein sehr komplexes Ziel, an dessen Umsetzung zahlreiche verschiedene Akteur*innen und Ebenen beteiligt sind. Um den Implementierungsprozess und dabei auftretende Herausforderungen verstehen zu können, muss daher auch analysiert werden, wie die relevanten Informationen verteilt sind und wie die Kommunikation zwischen diesen Ebenen abläuft. Zum anderen steht der Bereich der Information damit auch mit den *principal-agent-theories* in Verbindung. Gerade unter Berücksichtigung des spezifischen Kontextwissens, durch das *street-level-bureaucrats* die auf zentraler politischer Ebene beschlossenen Policies an lokale Kontexte anpassen, stellt der Bereich der Information einen sehr

relevanten Aspekt dar. Nicht zuletzt weil empirische Untersuchungen gezeigt haben, dass der Mangel an Informationen Implementierungsprozesse maßgeblich behindern kann (Javakhishvili & Jibladze, 2018), sollte eine Analyse darüber, wie relevante Informationen verteilt sind und wie Kommunikationsprozesse zwischen Akteursgruppen verlaufen, auch in Untersuchungen zu UHC inkludiert werden. Im Rahmen dieser Arbeit wurde dafür die Durchführung qualitativer Interviews gewählt, um die relevanten Kommunikationsprozesse und die Informationsverteilung mit Vertreter*innen der *street-level-bureaucracy* sowie (soweit möglich) mit zuständigen Fördergeber*innen (als Vertretung für politische Entscheidungsträger*innen), beleuchten zu können (siehe dazu auch Kapitel 6).

4.3 UHC in EZA-Projekten

Die Umsetzung von UHC beschränkt sich nicht allein auf nationale Kontexte und gesundheitspolitische Bereiche, sondern findet z.B. auch auf der Ebene der internationalen Zusammenarbeit statt. Nachdem Österreich im Jahr 2015 die SDGs unterzeichnet hat, müssen diese in allen relevanten staatlichen Programmen und Aktivitäten umgesetzt werden, wozu auch öffentlich geförderte EZA-Projekten zählen (Bundeskanzleramt Österreich, 2019). Jene Aspekte und Variablen, deren Einfluss auf den Implementierungsprozess in diesem Kapitel diskutiert wurden, lassen sich auch für eine Analyse der Umsetzung von UHC in EZA-Projekten nutzen. Staatlich-geförderte EZA-Projekte weisen dabei die Besonderheit auf, dass an ihnen eine Reihe verschiedener Akteur*innen und Organisationen mit unterschiedlichen politischen, administrativen und institutionellen Hintergründen beteiligt sind. In Österreich gehören dazu beispielsweise das *Bundesministerium für europäische und internationale Angelegenheiten*, die ADA, die *Österreichische Entwicklungsbank AG* und zahlreiche zivilgesellschaftliche Organisationen mit unterschiedlichen thematischen, politischen oder auch religiösen Hintergründen (Austrian Development Agency, o.J.a; Bundesministerium für europäische und internationale Angelegenheiten der Republik Österreich, o.J.).

Die Berücksichtigung der Variablen *Interessen*, *Ideen* und *Institutionen* können dabei bei der Analyse vor allem relevante Erkenntnisse dazu liefern, warum die einzelnen Akteur*innen den Implementierungsprozess auf eine bestimmte Weise beeinflussen. Trägerorganisationen, die EZA-Projekte planen und umsetzen, sind zwar häufig von staatlichen Fördergeldern abhängig, die Entscheidung darüber, welche Schwerpunkte sie setzen und zu welchen Themen sie arbeiten, treffen sie aber weitgehend selbstständig. Eine Analyse ihrer Interessen und Ideen und damit davon, was sie als Probleme und mögliche Lösungen wahrnehmen, kann helfen zu erklären, weshalb und auf welche Weise UHC im Rahmen der Projekte (nicht) implementiert wird. Die Analyse der Institutionen ergänzt dieses Wissen um Einsichten dazu, wie institutionelle Verhältnisse beeinflussen, welche Akteur*innen

über welche (Macht-)Ressourcen verfügen und wie diese die Implementierung von UHC im Rahmen der EZA-Projekte fördern oder behindern.

Auch die Beschäftigung mit dem Bereich der Informationen ist relevant, um etwa zu erheben, ob die Projektorganisationen überhaupt mit dem Konzept von UHC vertraut sind, ob von politischen Entscheidungsträger*innen alle nötigen Informationen zur Verfügung gestellt werden und wie die Kommunikation zwischen den einzelnen Ebenen und Akteur*innen verläuft.

Die Beschäftigung mit der Rolle von *street-level-bureaucrats* erscheint deshalb als besonders wichtig, weil Mitarbeiter*innen der Projektorganisationen wesentlich an Entscheidungen darüber, welche Projekte überhaupt geplant und umgesetzt werden, beteiligt sind. Dabei stehen sie sowohl mit politischen Entscheidungsträger*innen als auch mit der Bevölkerung in Kontakt und haben maßgeblichen Einfluss darauf, wie Vorgaben politischer Entscheidungsträger*innen praktisch umgesetzt werden. Zudem werden EZA-Projekten häufig in herausfordernden politischen und gesellschaftlichen Kontexten und mit mangelnden finanziellen, materiellen und personellen Ressourcen umgesetzt. Dadurch sind *street-level-bureaucrats* oft gefordert, politische Entscheidungen, wie eben das Bekenntnis zum Erreichen von UHC, angepasst an die jeweiligen Bedingungen zu implementieren.

Da sie diese Entscheidungen jedoch nicht isoliert treffen und z.B. bezüglich der ihnen zur Verfügung stehenden Ressourcen oder Informationen von politischen Entscheidungsträger*innen abhängig sind, ist auch die Analyse der *principal-agent-relations* wichtig. Vor allem bei der Vergabe von Fördermitteln können politische Entscheidungsträger*innen beispielsweise klar vorgeben, welche politischen Leitlinien und Übereinkünfte in welcher Form in Projekten umgesetzt werden sollen. Eine Analyse des Zusammenspiels von Entscheidungsträger*innen und umsetzendem Personal kann aber auch aufzeigen, inwiefern derartige Vorgaben letztendlich tatsächlich kontrolliert werden. Gerade bei EZA-Projekten besteht sonst die Gefahr, dass die SDGs und damit auch UHC kaum mehr bleiben als ein theoretisches Bekenntnis am Papier. Angemerkt werden muss an dieser Stelle, dass Verantwortliche der Projektträgerorganisationen im vorliegenden Fall meist nicht im öffentlichen Dienst bzw. in öffentlichen Institutionen tätig sind. Da sich diese durch die Vergabe der Fördergelder durch eine öffentliche Institution (nämlich die ADA) aber in einer vergleichbaren Abhängigkeitssituation befinden, scheinen die Bezugnahme auf *principal-agent*-Theorien und Überlegungen zu *street-level-bureaucrats* dennoch passend und aufschlussreich.

Die ausgewählten und hier präsentierten Dimensionen und Aspekte für die Analyse des Implementierungsprozesses von UHC erheben keinen Anspruch auf Vollständigkeit. Stattdessen geht es vor allem darum, sich auf die wichtigsten Einflussfaktoren zu konzentrieren, um einen theoretischen

Ansatz zu nutzen, der praktikabel und anwendbar ist. Diesem Ansatz liegt dabei wie bereits erwähnt ein Verständnis zugrunde, das die Implementierung von UHC als politische Angelegenheit und damit als fortlaufenden Prozess von Interessensverhandlung und Kompromissuche versteht, und daher auf einer Kombination aus top-down und bottom-up Perspektiven aufbaut. Die Verknüpfung der im Rahmen dieses Kapitels präsentierten Aspekte mit der Fragen zur Umsetzung von UHC in ADA-geförderten EZA-Projekten zeigt aber auch, dass empirische Forschung zwingend notwendig ist, um den tatsächlichen Implementierungsprozess, förderliche bzw. behindernde Faktoren und die Zusammenarbeit zwischen Projektträgerorganisationen, Fördergeber*innen und lokalen Partnerorganisationen in den Zielregionen zu untersuchen.

5 Erkenntnisinteresse und Forschungsfragen

Wie im Abschnitt 3.6 *Forschungslücke* dargestellt, mangelt es sowohl an theoretischen Zugängen, die internationale Kooperationen im Bereich der Aus-, Fort- und Weiterbildung von Gesundheitsfachpersonal beleuchten und erklären, als auch an empirischer Forschung zu diesen Formen der internationalen Zusammenarbeit. Zudem scheint es bisher keine Verknüpfung dieser Themen mit den (Unter-)Zielen der SDGs, allen voran *SDG3 Gesundheit und Wohlergehen*, zu geben. Die vorliegende Arbeit widmet sich daher einer empirischen Untersuchung österreichischer EZA-Projekte, die Maßnahmen zur Aus-, Fort- und Weiterbildung von Gesundheitsfachkräften beinhalten.

Das Ziel der Forschung liegt darin, Erkenntnisse darüber zu generieren, wie das Unterziel von SDG3 „Universal Health Coverage“ in ADA-geförderten Projekten zur Aus- und Weiterbildung von Gesundheitsfachpersonal implementiert und umgesetzt wird. Die Einschränkung auf ADA-geförderte Projekte wurde gewählt, weil die SDGs seit Österreichs Unterzeichnung der Agenda 2030 im Jahr 2015 auch von der ADA in alle relevanten Strategien, Programme und Aktivitäten inkludiert werden müssen (Austrian Development Agency, o.J.b; Bundeskanzleramt Österreich, 2019).

Im Rahmen der Forschung untersucht diese Arbeit, inwiefern SDG3.8 in der Erarbeitung, Planung und Umsetzung dieser Projekte berücksichtigt wird. Zudem wird analysiert, welche fördernden und behindernden Faktoren die Implementierung von UHC in der Planung und Realisierung der Projekte beeinflussen, welche konkreten Maßnahmen im Rahmen der Projekte gesetzt werden und inwiefern sie einen Teil zum Erreichen von UHC beitragen können.

Folgende Fragestellungen stehen somit im Zentrum der Erhebung:

- Wie wird SDG3.8 bzw. Universal Health Coverage in ADA-geförderten EZA-Projekten zur Aus-, Fort- und Weiterbildung von Gesundheitsfachpersonal implementiert?
 - o Welche Faktoren fördern oder behindern die Implementierung in der Planung und Realisierung der Projekte?

- Welche inhaltlichen, organisatorischen und finanziellen Vorgaben seitens der ADA als fördernder Institution gibt es? Wie beeinflussen diese Vorgaben die Implementierung von SDG3.8 in den Projekten?
- Wie verläuft die Zusammenarbeit mit Partnerorganisationen in den Zielregionen der Projekte? Wie sind Zuständigkeiten und Aufgaben verteilt?
- Inwiefern können die Projekte durch Maßnahmen zur Aus-, Fort- und Weiterbildung von Gesundheitsfachpersonal einen Beitrag zum Erreichen von Universal Health Coverage leisten?

Die Ergänzung der forschungsleitenden Frage um mehrere Unterfragen soll dabei eine holistische Bearbeitung des Themas ermöglichen, bei der zentrale Aspekte aller Projektphasen von der Planung und Erarbeitung bis zur tatsächlichen Umsetzung und dem Abschluss der Projekte untersucht werden können.

6 Methodik

Im folgenden Kapitel wird das Forschungsdesigns dargestellt sowie ein Überblick über den Forschungsablauf und die zur Datenerhebung und -analyse verwendeten Methoden gegeben.

6.1 Forschungsdesign

Wie die Literaturrecherche gezeigt hat, gibt es sowohl auf österreichischer als auch internationaler Ebene bisher kaum Beschäftigung damit, wie UHC oder die SDGs allgemein in internationalen Projekten zur Aus-, Fort- und Weiterbildung von Gesundheitsfachpersonal umgesetzt werden. Zur Beantwortung der gewählten Forschungsfragen wurde daher ein qualitativ-explorativer Ansatz gewählt.

Um die notwendigen Daten für die Beantwortung der Forschungsfrage zu erheben, wurde die Methode der qualitativen, leitfadengestützten Expert*inneninterviews mit Hilfe eines im Vorhinein erstellten Leitfadens gewählt. Der Vorteil dieses Ansatzes liegt darin, dass erste Erkenntnisse aus der Literaturrecherche bereits in die Erstellung des Leitfadens eingearbeitet werden können und die maximale Offenheit des Interviewsettings damit auf die zentralen Erkenntnisinteressen fokussiert werden kann. Gleichzeitig werden die Interviewpartner*innen in ihrem Antwortverhalten nicht zu sehr eingeschränkt, sodass die zentrale Stärke qualitativer Forschung, nämlich ihre Offenheit, erhalten bleibt. Der Leitfaden bietet somit eine Möglichkeit der Strukturierung, kann jedoch im Interviewverlauf flexibel adaptiert werden (Helfferich, 2022), weshalb diese Methode auch für die vorliegenden Arbeit gewählt wurde.

Für die Erstellung des Leitfadens wurden einerseits zentrale Themen aus bestehenden theoretischen Debatten zum Thema abgeleitet und andererseits jene Informationen genutzt, die online über die

einzelnen Projekte, die umsetzenden Organisationen sowie über die Förderbedingungen der ADA verfügbar waren. Der auf Basis dieser Informationen entwickelte Leitfaden (siehe Anhang 5) kam für alle Expert*inneninterviews mit Vertreter*innen von Projektträgerorganisationen zum Einsatz. Vor dem ersten Interview wurde der Leitfaden zudem mit mehreren Personen aus den Berufsfeldern Gesundheits- und Krankenpflege sowie Sprachbildung und -vermittlung besprochen, um die Verständlichkeit der Fragen sicherzustellen. Diese Personen stammten aus dem persönlichen Umfeld der Forscherin, Überschneidungen zwischen ihnen und den im Zuge der Datenerhebung interviewten Projektverantwortlichen lagen keine vor. Zentrale Bestandteile des Leitfadens waren neben allgemeinen Fragen zu Inhalten und Umsetzung der Projekte auch Fragen zur Zusammenarbeit mit Partnerorganisationen in den Zielregionen sowie zur Förderung des Projektes durch die ADA. Um zunächst das implizite Bewusstsein über UHC zu erheben, wurde SDG3.8 bzw. UHC nicht von Anfang an offen thematisiert, sondern erst spezifisch erfragt, wenn es von den Interviewpartner*innen nicht von selbst angesprochen wurde.

Expert*inneninterviews werden laut Helfferlich (2022) darüber definiert, dass den Interviewpartner*innen, z.B. durch ihre Ausbildung oder Erfahrungen in einem bestimmten Arbeitsbereich, besonderes Rollenwissen zugeschrieben wird (Helfferich, 2022). Bogner et al. (2014) sprechen in diesem Zusammenhang auch von Prozess- und Deutungswissen. Während ersteres sich auf Hintergrundinformationen über kommunikative Prozesse, Handlungsabläufe oder ähnliche Kontexte, in die die Expert*innen involviert sind, bezieht, meint letzteres die subjektiven Perspektiven, Interpretationen und Erklärungsmuster, über die die Befragten aufgrund ihres Wissens und ihrer Erfahrungen verfügen (Bogner et al., 2014). Basierend auf diesen methodischen Überlegungen wurden im Rahmen dieser Arbeit Vertreter*innen verschiedener Projektträgerorganisationen als Interviewpartner*innen angefragt, denen aufgrund ihrer Erfahrung und ihres speziellen Wissens über die Abläufe, Inhalte und Umsetzung von ADA-geförderten EZA-Projekten zur Aus- und Weiterbildung von Gesundheitsfachpersonal ein Expert*innenstatus zugeschrieben wurde. Wie auch Bogner et al. (2014) anmerken, basiert die Zuschreibung des Expert*innenstatus dabei auf der Einschätzung der Forscherin, wurde aber vom Erkenntnisinteresse und über die den Interviewpartner*innen zugeschriebene Macht sowie ihr Wissen geleitet (Bogner et al., 2014).

Zusätzlich zu den Expert*inneninterviews wäre auch die Analyse der ADA-Anträge, die für die Förderung der inkludierten Projekte gestellt wurden, wünschenswert gewesen. Diese hätten die Einschätzungen der Expert*innen um Informationen dazu ergänzen können, welche Rolle UHC tatsächlich in der Planung und Konzeption der Projekte eingenommen hat. Teilweise mit vertraglichen und datenschutztechnischen Gründen argumentiert, verweigerten aber sowohl die ADA, als auch die Mehrheit der Projektträgerorganisationen eine Einsicht in die Anträge. In die Arbeit wurde daher

lediglich ein Antrag von einer Projektträgerorganisation beispielhaft inkludiert. Da das Vorliegen eines einzelnen Antrags für eine systematische Analyse nicht ausreichend ist, wurde er nur exemplarisch herangezogen, um zusätzliche Informationen zum konkreten Projekt zu liefern und Details zu Aufbau und Struktur derartiger Anträge zu inkludieren. Auch eine Validierung der in den Interviews erhobenen Daten mit Vertreter*innen der ADA wurde angestrebt; da es jedoch auf mehrmalige schriftliche Anfragen keine Reaktion seitens der ADA gab, konnte diese nicht durchgeführt werden. Eine möglicherweise daraus resultierende Einseitigkeit der Daten wurde jedoch bei deren Diskussion berücksichtigt.

6.2 Feldzugang und Einschlusskriterien

Die Kontaktaufnahme mit potentiellen Interviewpartner*innen erfolgte per E-Mail auf Basis von Informationen, die online von der ADA und/oder den Projektorganisationen selbst über relevante EZA-Projekte zur Verfügung standen (Austrian Development Agency, 2023). Als Kriterien für eine Kontaktaufnahme wurden definiert:

- Das Projekt muss von einer in Österreich ansässigen Projektträgerorganisation konzipiert und umgesetzt werden, wobei es sich dabei sowohl um NGOs als auch um private Unternehmen, die Wirtschaftspartnerschaften umsetzen, handeln kann.
- Das Projekt wird von der ADA kofinanziert, die bereitgestellte Fördersumme bzw. der OEZA-Kofinanzierungsanteil ist dabei nicht relevant.
- Um sicherzustellen, dass potentielle Interviewpartner*innen über ausreichend Informationen zu den Projekten und ihrer Umsetzung verfügen, wurden letztendlich nur Projekte inkludiert, die sich aktuell in Umsetzung befinden bzw. deren offizielle Laufzeit noch nicht beendet ist.
- Das Projekt beinhaltet Maßnahmen, die der Aus-, Fort- oder Weiterbildung von Gesundheitsfachpersonal in den Zielregionen dienen. In den verfügbaren Informationen musste dabei erkennbar sein, dass es nicht nur um die Finanzierung und Bereitstellung des Personals geht, sondern auch um Aktivitäten, die die Kompetenzen bestehenden Personals erweitern (z.B. durch Schulungen zu gewissen Themen) oder die der Ausbildung neuen Personals dienen.¹

¹ Auch wenn die Berufsgruppe der Heimhelfer*innen in Österreich nicht zur Gruppe der Gesundheitsfachberufe gezählt wird, sondern auf Landesebene als Sozialbetreuungsberuf verankert ist (Bundes-Verfassungsgesetz, 779 der Beilagen zu den Stenographischen Protokollen des Nationalrates XXII. GP 2005), wurden Projekte zur Ausbildung von Heimhelfer*innen dennoch inkludiert, da die Aufgabengebiete dieser Gruppen in den Zielregionen der Projekte häufig weitgehend jenen niederqualifizierter Gesundheitsfachkräften entsprechen (z.B. Unterstützung der Basisversorgung wie Körperpflege, Essen etc.).

- Da die Interviews auf Deutsch durchgeführt wurden, mussten die Interviewpartner*innen über ausreichende Deutschkenntnisse verfügen.

Basierend auf den dargestellten Kriterien wurden elf verschiedene Projektträgerorganisationen angefragt, wodurch neun Interviewpartner*innen, davon zwei männlich und sieben weiblich, rekrutiert werden konnten. Während zwei Organisationen rückmeldeten, dass aus zeitlichen Gründen leider niemand für ein Interview bereitstehen könne, gab es in einem Fall gar keine Reaktion.

Bei den Interviewpartner*innen handelte es sich in fünf Fällen um die Leitung des jeweiligen Projektes und in zwei Fällen um am Projekt beteiligte Mitarbeiter*innen. In einem Fall wurde das Interview mit zwei Personen parallel geführt, bei denen es sich zum einen um die Abteilungsleitung und zum anderen um eine*n Projektmitarbeiter*in handelte.

Zwei der Interviewpartner*innen waren für private Firmen tätig, die ihre Projekte im Rahmen einer Wirtschaftspartnerschaft umsetzen. Die anderen stammten aus NGOs, von denen drei primär in der EZA bzw. im Bereich humanitäre Soforthilfe aktiv sind und drei primär dem Sozialbereich zugeordnet werden können, jedoch alle über jahrzehntelange Erfahrung in der EZA verfügen. Ein in die Datenerhebung inkludiertes Projekt wurde inhaltlich an der Grenze von humanitärer Hilfe und Entwicklungszusammenarbeit verortet und auch von der ADA mit Fördergeldern aus dem Bereich *Humanitäre Hilfe* finanziert. Wegen der enthaltenen EZA-Maßnahmen wurde es dennoch in die Arbeit inkludiert, und bei Auswertung und Diskussion der Daten darauf verwiesen.

6.3 Durchführung und Transkription der Interviews

Alle Interviewpartner*innen wurden vor der Befragung mittels Informationsschreiben (siehe Anhang 4) über Inhalte und Ziele der Forschung informiert und um ihr schriftliches Einverständnis für die Teilnahme an der Studie gebeten. Auf Wunsch der Interviewpartner*innen und aus Gründen der Umsetzbarkeit (z.B. Auslandsaufenthalte der Interviewpartner*innen, Sitz der Organisationen in anderen Bundesländern etc.) wurden nur drei der Interviews persönlich geführt. Ein Interview musste wegen mangelnder technischer Ausstattung des Interviewpartners telefonisch durchgeführt werden, drei wurden über den Videokonferenz-Anbieter „Zoom“ (<https://zoom.us/>) und eines über die Plattform „Microsoft Teams“ (<https://www.microsoft.com/de-at/microsoft-teams/group-chat-software>) durchgeführt. Abgesehen von kürzeren ein- bzw. ausleitenden Gesprächen vor bzw. nach der Aufnahme konnten seitens der Forscherin keine relevanten Unterschiede zwischen persönlich und online durchgeführten Interviews festgestellt werden. Die Inhalte dieser Gespräche wurden direkt nach den Interviews stichwortartig in Postskripten festgehalten.

Nach der Kontaktaufnahme mit potentiellen Interviewpartner*innen Mitte Februar 2023 erstreckte sich der Zeitraum der Datenerhebung von Anfang März bis Anfang April 2023. Alle Interviews wurden

mittels Aufnahmegerät und Handy aufgenommen, die online geführten Interviews wurden zudem am Laptop ton-aufgezeichnet. Die Länge der Interviews betrug zwischen 35 und 55 Minuten. Wie im Abschnitt „Forschungsdesign“ erwähnt, wurde für die Befragung ein Leitfaden verwendet (siehe Anhang 5), der auf Basis der Literatur sowie unter Berücksichtigung vorliegender Projekt-Informationen erstellt wurde. Nach einer einleitenden offenen Frage zum Projekt allgemein wurden die weiteren Fragen und vorbereiteten Nachfragen flexibel an den Erzählfluss und das Antwortverhalten der Interviewpartner*innen angepasst. Auch wenn die Interviewpartner*innen unterschiedlich gut zu den relevanten Details der jeweiligen Projekte informiert waren, konnten aus allen Befragungen ausreichend Daten generiert werden, sodass alle Interviews in die Arbeit inkludiert werden konnten.

Mithilfe der Aufzeichnungen wurden die Interviews den Transkriptionsregeln nach Kuckartz und Rädiker (2022) entsprechend transkribiert, die vor allem dadurch charakterisiert sind, dass wörtlich und nicht lautsprachlich transkribiert wird, wobei die Sprache dabei etwas an die Schriftsprache angeglichen wird (Kuckartz & Rädiker, 2022). Hinsichtlich der Datenauswertung und des Forschungsinteresses war nicht davon auszugehen, dass eine detaillierte Transkription im Rahmen der qualitativen Inhaltsanalyse einen größeren Erkenntnisgewinn ermöglichen würde (Fuß & Karbach, 2019). Wie im Vorhinein mit den Interviewpartner*innen vereinbart, wurden die Namen der Befragten anonymisiert, Nennungen der Projektträgerorganisation und der konkreten Projekte blieben jedoch im Einverständnis mit der jeweiligen Organisation bestehen.

Übersicht über die geführten Expert*inneninterviews

(in chronologischer Reihenfolge, inklusive Angabe der Interviewdauer)

Lohmann & Rauscher GmbH „Fostering professional Wound-Care-Management in Malaysia“	07.03.2023 39 Minuten
Österreichisches Rotes Kreuz „Working2gether (W2): Zusammenarbeit für Pflegequalität, Wohlbefinden und Würde“	09.03.2023 37 Minuten
Make Me Smile International „Second phase for the improvement of the quality of reproductive health care and gender equality in Kolwa East and Miwani“	10.03.2023 35 Minuten
MED-EL Elektromedizinische Geräte GmbH „Empowering the Hearing Healthcare Sector in Developing and Emerging Countries“	14.03.2023 49 Minuten
PHASE Austria - Practical Help Achieving Self Empowerment „Integrierter Ansatz zur Verbesserung der Gesundheit von Frauen und Kindern in 4 benachteiligten Gemeinden der Karnali-Region“	21.03.2023 40 Minuten
Hilfswerk International GmbH „Rahmenprogramm Hilfswerk International 2020-2023 - Nachhaltige Modelle mobiler Pflegebetreuung in Georgien und Bosnien Herzegowina“	22.03.2023 55 Minuten

World Vision Österreich - Verein für Entwicklungszusammenarbeit, humanitäre Nothilfe und Anwaltschaft „Nutrition Sensitive Food and Agriculture Project in Faryab Province, Afghanistan“	27.03.2023 37 Minuten
Caritas Österreich „Lasst mich nicht leiden - Reduzierung der weiblichen Genitalverstümmelung (FGM) Phase II“	04.04.2023 39 Minuten

6.4 Datenauswertung und -analyse

Für die Auswertung und Analyse der erhobenen Daten wurde die Methode der inhaltlich strukturierenden qualitativen Inhaltsanalyse nach Kuckartz und Rädiker (2022) gewählt. Bei qualitativen Inhaltsanalysen handelt es sich um Methoden, mithilfe von Kategorien vorhandene, meist verbale Daten regelgeleitet und systematisch zu komprimieren und zu analysieren (Kuckartz & Rädiker, 2022; Mayring & Fenzl, 2022).

Am Beginn von Kuckartz' und Rädikers (2022) strukturierender qualitativer Inhaltsanalyse steht die initiiierende Textarbeit, bei der die erhobenen Daten, in diesem Fall in Form der Transkripte, sorgfältig durchgearbeitet werden, um einen Überblick über deren Inhalte und Informationen zu entwickeln. Von Bedeutung sind dabei die Forschungsfrage und die zugehörigen theoretischen Perspektiven. Zudem betont die Autoren, dass dieser Schritt bereits dazu genutzt werden kann, wichtige Begriffe oder Konzepte zu markieren und auftretende Fragen oder erste Hypothesen und Erkenntnisse in Form von Memos festzuhalten (Kuckartz & Rädiker, 2022). Wie empfohlen wurde auch im Rahmen dieser Forschung bereits bei der Datenerhebung mit der initiiierenden Textarbeit begonnen. Im nächsten Schritt wurde für jedes Interview eine Fallzusammenfassung erstellt. Neben den aus den Interviews generierten Informationen über die jeweiligen EZA-Projekte wurde dabei vor allem ein Überblick über die von den Interviewpartner*innen angesprochenen Themen sowie etwaige kontrastierende Aussagen gegeben (Kuckartz & Rädiker, 2022).

Anschließend wurden anhand des Interviewleitfadens und des bei der initiiierenden Textarbeit gewonnenen Überblicks Hauptkategorien entwickelt, die in einem Probedurchlauf an den ersten drei geführten Interviews getestet und weiterentwickelt wurden. In mehreren Durchläufen aller Interviews wurden diese Hauptkategorien weiter ausdifferenziert, wobei die Subkategorien vor allem induktiv an den erhobenen Daten entwickelt wurden. Ziel der Kategorienbildung war, alle für das Erkenntnisinteresse möglicherweise relevanten oder auffälligen Aspekte aller Interviews einer (Sub-) Kategorie zuweisen zu können. Zur korrekten Anwendung und Abgrenzung der einzelnen Kategorien wurde ein Kategorienhandbuch (siehe Anhang 6) entwickelt, das neben Beschreibungen auch Beispiele für alle Kategorien enthält. Nachdem Überschneidungen zwischen Kategorien bereinigt und überflüssige Codes überarbeitet und zusammengefasst oder aussortiert wurden, entstand dadurch ein hierarchisches Kategoriensystem mit sechs Hauptkategorien und insgesamt 21 Unterkategorien.

Zudem wurde eine Nebenkategorie geschaffen, in der möglicherweise relevante Ergebnisse ohne unmittelbar ersichtlichen Bezug zu den Forschungsfragen gesammelt wurden.

Basierend auf diesem Kategoriensystem wurde in einem finalen Durchgang schließlich das gesamte Datenmaterial kodiert, wobei, wie bei Kuckartz und Rädiker (2022) vorgeschlagen, einzelnen Textabschnitten teilweise mehrere Kategorien parallel zugewiesen wurden (Kuckartz & Rädiker, 2022). Zur Unterstützung für die Datenanalyse und -auswertung wurde die Auswertungssoftware MAXQDA 2022 (MAXQDA Plus 2022, Version 22.0) der Firma VERBI verwendet. Unter Berücksichtigung von Forschungsfrage und Erkenntnisinteresse wurden schließlich die Haupt- und Subkategorien ausgewertet und die erhobenen Daten durch die inhaltliche Beschreibung der kodierten Textabschnitte präsentiert. Daran anschließend wurden die Ergebnisse unter Berücksichtigung des theoretischen Bezugsrahmens der Implementierungstheorien und mit konkretem Bezug auf das Erkenntnisinteresse diskutiert und eingeordnet.

6.5 Gütekriterien qualitativer Forschung und ethische Aspekte

Um die Qualität der erhobenen Daten und damit der gesamten Forschung sicherstellen zu können, wurden die Gütekriterien qualitativer Forschung nach Mayring (2016) angestrebt.

Zu diesen zählt die *Verfahrensdokumentation*, die sich auf eine nachvollziehbare Dokumentation des Forschungsprozesses bezieht (Mayring, 2016). Dafür wurden die einzelnen Schritte der Datenerhebung und -analyse sowie des Feldzugangs beschrieben. Weiters finden sich im Anhang eine Beispielanfrage für ein Interview, das Informationsblatt inklusive der Einverständniserklärung für Interviewpartner*innen, der verwendete Leitfaden sowie das Kategorienhandbuch. Sämtliche Transkripte der geführten Interviews werden zudem zur Archivierung in Einverständnis mit den Interviewten von der Forscherin für zwei Jahre lokal gespeichert.

Die *argumentative Interpretationsabsicherung* fordert, dass Interpretationen und Schlüsse, aber auch Brüche in der Argumentation nachvollziehbar und kohärent begründet sein müssen. Daher wurde darauf geachtet, bei der Ergebnispräsentation und -diskussion die Interpretationsstränge ausreichend zu begründen und sie zur Unterstützung mit direkten Zitaten aus den Interviews zu unterlegen.

Als drittes Gütekriterium nennt Mayring (2016) die *Regelgeleitetheit* der Forschung, der durch Beachtung der methodischen Vorgaben von Kuckartz' und Rädiker (2022) qualitativer Inhaltsanalyse und durch schrittweise Weiterentwicklung der Forschung und der Analyse Rechnung getragen wurde (Kuckartz & Rädiker, 2022; Mayring, 2016).

Um die *Nähe zum Gegenstand* bzw. Gegenstandsangemessenheit zu gewährleisten, wurden als Interviewpartner*innen in Abstimmung mit den dargelegten Einschlusskriterien ausschließlich Personen gewählt, die durch ihren professionellen Hintergrund über für das Forschungsthema

relevante berufliche Einblicke verfügen und zudem gegenwärtig im EZA-Sektor aktiv sind. Auf eine *kommunikative Validierung* der Ergebnisse mit den Befragten wurde aus zeitlicher Verfügbarkeit der Interviewpartner*innen auf deren Wunsch verzichtet. Alternativ wurde eine Expert*innenvalidierung nach Flick (2022) angestrebt, bei der ausgewählte Ergebnisse mit Vertreter*innen der ADA, die als fördernde Institution an allen Projekten beteiligt war, diskutiert werden sollten. Aufgrund fehlender Verfügbarkeit möglicher Interviewpartner*innen aus der betreffenden Institution konnte dies jedoch nicht erreicht werden (Flick, 2022; Mayring, 2016).

Das sechste Gütekriterium qualitativer Forschung, *Triangulation*, bezieht sich auf die Verknüpfung verschiedener Datenquellen, Methoden oder Theorie- und Analyseansätze, durch deren Verwendung eine Betrachtung der Daten aus mehreren Perspektiven ermöglicht werden soll. Diesem Kriterium sollte ursprünglich durch eine Analyse der ADA-Förderanträge Rechnung getragen werden, was jedoch aufgrund des fehlenden Datenzugangs nicht möglich war. Da sich eine quantitative Bearbeitung der Fragestellung nicht angeboten hat, konnte dieses Gütekriterium nicht erreicht werden. Vor allem durch fehlende Informationen aus den Förderanträgen und mangelnde Möglichkeiten zur Datenvalidierung kann daher nicht ausgeschlossen werden, dass Interviewpartner*innen im Sinne eines *response bias* versucht haben, durch Aussagen oder Auslassungen ein bestimmtes Image des jeweiligen Projektes oder ihrer Organisation zu transportieren. Durch konkrete Nachfragen sowie Recherchen zu den Projekten und ihren Trägerorganisationen wurde versucht, diese Gefahr zu minimieren. Zudem wurde ein Einfluss möglicherweise vorliegender *response biases* bei der Diskussion der Daten berücksichtigt.

Neben diesen Gütekriterien wurde darauf geachtet, die forschungsethischen Prinzipien der informierten Einwilligung und der Vertraulichkeit einzuhalten (Friedrichs, 2022). Dafür wurden die Interviewpartner*innen vor ihrer Teilnahme ausführlich über Inhalte und Zwecke der Forschung informiert, zudem wurde ihnen die Möglichkeit gegeben, Fragen zu stellen und ihre Teilnahme jederzeit vor, während oder nach dem Interview zurückzuziehen. Direkt vor der Befragung wurde zudem ihre Einwilligung schriftlich sowie mündlich eingeholt. Dabei wurden die Befragten auch darüber informiert, dass ihre Namen und Kontaktdaten auf jeden Fall anonymisiert werden, eine Rückverfolgung der konkreten Person aufgrund der Nennung des jeweiligen Projektes sowie der Projektträgerorganisation aber nicht vollständig ausgeschlossen werden kann. In einem Fall erhielt die interviewte Person daher auf eigenen Wunsch vor Veröffentlichung der Arbeit die ihr Projekt betreffende Falldarstellung zur Überprüfung. Dies führte jedoch zu keinen Änderungen der Darstellung.

An dieser Stelle muss zudem angemerkt werden, dass aufgrund einer freiberuflichen Anstellung und eines Ehrenamtes ein Nahe-Verhältnis zwischen einer Projektorganisation (Österreichisches Rotes

Kreuz) und der Forscherin besteht. Über keine der beiden Tätigkeiten gab oder gibt es jedoch Überschneidungen mit der Abteilung *Internationale Zusammenarbeit*, die für die Umsetzung des einbezogenen Projektes zuständig ist. Das Ehrenamt wird zudem in einem anderen Bundesland und damit anderen Landesverband als dem projektdurchführenden ausgeübt. Die berufliche Anstellung in Form einer freiberuflichen Tätigkeit ist in einer Abteilung angesiedelt, die weder räumlich, personell noch inhaltlich mit der für EZA-Projekte zuständigen Abteilung verbunden ist. Durch aktive Reflexion wurde versucht, einen etwaigen Einfluss dieses Naheverhältnisses auf die Erhebung und Auswertung der das Projekt des *Österreichischen Roten Kreuzes* betreffenden Daten möglichst gering zu halten. Abgesehen davon, dass der Forscherin die organisatorischen Hintergründe der *Rotkreuz- und Rothalbmond-Bewegung* besser bekannt waren, als bei den anderen Projektträger*innen, konnte kein weiterer Einfluss des Nahe-Verhältnisses auf die Forschung festgestellt werden.

Ebenfalls angemerkt werden soll an dieser Stelle, dass im Rahmen der vorliegenden Arbeit aufgrund des erwiesenen Einflusses von Sprache auf soziale Realitäten auf eine geschlechtergerechte Formulierung mittels des Gendersternchens zurückgegriffen wurde. Durch die Verwendung direkter Zitate der Interviewpartner*innen, die im Originalwortlaut übernommen wurden, entsprechen jedoch nicht alle Formulierungen der ansonsten verwendeten genderinklusiven Sprache.

7 Ergebnisse

Wie im Abschnitt Erkenntnisinteresse dargestellt, fokussiert die forschungsleitende Frage darauf, wie Universal Health Coverage bzw. SDG3.8 in den untersuchten EZA-Projekten implementiert wird bzw. werden soll. Zur Beantwortung dieser Forschungsfrage und zugehöriger Unterfragen werden im folgenden Kapitel die erhobenen Daten anhand des entwickelten Kategoriensystems präsentiert. Dabei wird zuerst ein Überblick über die geführten Interviews gegeben, in dem die wichtigsten Inhalte der einzelnen Befragung verknüpft mit relevanten Informationen zu den Interviewpartner*innen und den zugehörigen Projekten kurz umrissen werden. Darauf folgt eine Darstellung des in MAXQDA entwickelten Kategoriensystems. Im Anschluss werden die zu den sechs Hauptkategorien und ihren Unterkategorien generierten Daten unter Verwendung von direkten Zitaten aus den Interviews präsentiert. Mit der Abkürzung „I.“ gekennzeichnet sind dabei Aussagen bzw. Fragen seitens Forscherin, mit „IP.“ Äußerungen der jeweiligen Interviewpartner*innen. Hinter den Zitaten findet sich der Verweis auf die für das Projekt zuständige, in Österreich ansässige Trägerorganisation, mit der das Interview geführt wurde.

7.1 Falldarstellungen

Interview 1

„Und wenn ich eine Situation verbessere, die vorher nicht einmal behandelt worden wäre, von den jeweiligen Teilnehmern, ich sag jetzt einmal (...) im Markt, habe ich eine Verbesserung schon herbeigeführt.“

Interviewpartner*in ist der*die Projektmanager*in des Projektes „Fostering professional Wound-Care-Management in Malaysia“ von *Lohmann & Rauscher*, einem international tätigen Entwickler und Anbieter von Medizin- und Hygieneprodukten. Ziel der ADA-geförderten Wirtschaftspartnerschaft mit Laufzeit von Oktober 2020 bis September 2023 ist der Aufbau nachhaltiger Aus- und Weiterbildungsmöglichkeiten für medizinisches Fach- und Pflegepersonal im Bereich der Wundversorgung im Zielland Malaysia. Im Rahmen des Interviews berichtet die befragte Person über die verschiedenen Ausbildungsformate in Kooperation mit lokalen Institutionen, Herausforderungen für den Projektablauf durch unerwartete Ereignisse und den komplexen, Planungsprozess, der für die Entwicklung des Projektes und den Förderantrag notwendig war. Im Antrag sei auch auf die SDGs Bezug genommen worden, auf welche genau, weiß er*sie aber nicht mehr. Bei erfolgreichem Abschluss sei das Projekt dazu in der Lage, einen Teil zum Erreichen von UHC beizutragen.

Interview 2

„Wobei das ist ja kein Problem, weil die SDGs sind so breit (lacht), dass man immer eines findet, zu dem man beiträgt.“

Bei den Interviewpartner*innen handelt es sich um zwei Mitarbeiter*innen der Abteilung für Entwicklungszusammenarbeit des *Österreichischen Roten Kreuzes*. Beide sind unter anderem am Projekt „Working2gether: Zusammenarbeit für Pflegequalität, Wohlbefinden und Würde“ beteiligt, das von September 2020 bis August 2023 gefördert von der *Austrian Development Agency* in einem armenischen Pflegeheim umgesetzt wird. Lokaler Partner ist das *Armenische Rote Kreuz*, das vor einigen Jahren das Management des Pflegeheims übernommen hat. Komponenten des Projektes sind neben dem Ausbau der Kapazitäten der angestellten Pflegekräfte auch die Renovierung der Infrastruktur, Maßnahmen zur Verbesserung der sozialen Inklusion der Klient*innen und Lobbyarbeit bei armenischen Behörden, um Pflege-Themen verstärkt in nationalen Ausbildungscurricula für Pflegekräfte zu verankern. Im Interview thematisieren die Mitarbeiter*innen vor allem die Zusammenarbeit vor Ort, die Erarbeitung der gewählten Maßnahmen auf Basis von Bedarfsanalysen und Herausforderungen durch die zeitlich begrenzten Förderperioden. Auch wenn die Interviewpartner*innen davon ausgehen, dass die Umsetzung der SDGs während der Implementierung teilweise aus dem Fokus gerät, betonen sie, dass das Projekt vor allem durch das Lobbying zur Anpassung der lokalen Pflegeausbildung einen relevanten Beitrag zum Erreichen von UHC leisten kann.

Interview 3

„Ist ja heutzutage egal, was du machst, musst du Bezug auf die SDGs nehmen (lacht). Ich weiß aber nicht mehr, welche es waren. Also jetzt nicht mehr, welche es für dieses Projekt waren.“

Der*die Interviewpartner*in arbeitet für die NGO *Make Me Smile International*, die in Kooperation mit dem in der Projektregion ansässigen Partner *Make Me Smile Kenia* ein Projekt zur Verbesserung von reproduktiver Gesundheitsversorgung umsetzt. In der mittlerweile zweiten Phase des ADA-geförderten Projektes werden seit September 2020 unter anderem Multiplikator*innen zu den Themen reproduktive Gesundheit, Verhütung, HIV-Prävention sowie Betreuung HIV-negativer Babys HIV-positiver Mütter geschult. Der*die Interviewte erklärt verschiedene Ansätze, durch die die lokale Bevölkerung und Multiplikator*innen geschult werden, die Zusammenarbeit mit dem lokalen Partner und die Aufgabenverteilung. Für das Projekt seien vor allem SDG3 (Gesundheit und Wohlergehen), SDG5 (Geschlechtergleichheit) und SDG16 (Frieden, Gerechtigkeit und starke Institutionen) relevant gewesen. Durch den Versuch, (reproduktive) Gesundheitsversorgung gratis für die lokale Bevölkerung zur Verfügung zu stellen, könne das Projekt maßgeblich zum Erreichen von UHC beitragen.

Interview 4

„[...] dass man natürlich mit seinem Kerngeschäft präsent ist, aber dadurch, weil man eben für das Kerngeschäft langfristig qualifiziertes Gesundheitspersonal braucht, Fachkräfte, Strukturen, Infrastruktur, et cetera, im Rahmen von einer Wirtschaftspartnerschaft beziehungsweise im Rahmen von social-impact-Projekten diese dann parallel mit aufbauen kann und dazu beiträgt, ja, eine [...] positive Entwicklung für den Hörgesundheitssektor in diesem Land und für Personen mit Hörschädigung [Anm. zu ermöglichen].“

Die interviewte Person ist Projektmanager*in der *Hearing Healthcare Alliance*, die in Form einer Wirtschaftspartnerschaft von *MED-EL* (einem im Bereich implantierbarer Hörsysteme international tätigen Medizintechnikunternehmen) und der ADA umgesetzt wird. Hauptziel des von Februar 2022 bis Jänner 2025 laufenden Projektes ist die Verbesserung der Lebensbedingungen von Menschen mit Hörbeeinträchtigungen. Zentrale Elemente stellen der Aufbau von Kapazitäten und Infrastruktur, das Etablieren von Hörscreenings, Früherkennung und -diagnose, Knowhow-Transfer und Auf- bzw. Ausbau von Ausbildungsprogrammen sowie Bewusstseinsbildung in 14 asiatischen und afrikanischen Projektländern dar. Der*die Interviewpartner*in berichtet über verschiedene Ausbildungsprogramme in Kooperation mit lokalen Institutionen, über die organisatorischen und finanziellen Grundlagen einer Wirtschaftspartnerschaft sowie über *learnings* der ersten Projektmonate. Zudem wird berichtet, dass die SDGs für den Projektantrag und die Implementierung eine bedeutende Rolle spielen, wobei das Erreichen von UHC im Hörgesundheitssektor zwar kein realistisches Ziel für die Projektlaufzeit sei, das Projekt aber definitiv zu universeller, hochwertiger Gesundheitsversorgung beitragen könne und solle.

Interview 5

„Ein Problem, das in der EZA überall besteht, und das ist völlig unabhängig vom Fördergeber, ist die Beschränkung auf drei Jahre in Projektlaufzeiten. Weil das halt einerseits die Planungssicherheit wahnsinnig erschwert, und zweitens halt irgendwie, ich meine messbare Veränderung in drei Jahren zu erzeugen ist halt möglich, also wir schaffen es, aber es ist halt beschränkt. Und gerade irgendwie in diesen Ge-, Bereichen, muss man einfach sagen, es ist fast ein bisschen absurd.“

Interviewt wurde der*die Vorsitzende der NGO *PHASE Austria*, die sich in Kooperation mit der lokalen Partnerorganisation *PHASE Nepal* für verbesserten Zugang zu Gesundheitsversorgung, Bildung sowie für Ernährungssicherheit in entlegenen Gemeinden Nepals einsetzt. Ziel des aktuellen ADA-geförderten Projektes ist vor allem die Verringerung der Kinder- und Müttersterblichkeit durch verbesserte medizinische Versorgung von Schwangeren, Müttern und Kleinkindern. Aufgrund früherer Erfahrungen in den Projektregionen von *PHASE Austria* und *PHASE Nepal* setzt das Projekt nicht nur auf Aus- und Fortbildungen für *Auxiliary Nurse Midwives*, die z.B. zu Themen wie psychischer Gesundheit, Versorgung von Kleinkindern oder das Setzen von Verhütungsimplantaten geschult werden, sondern beinhaltet auch ein Landwirtschafts-Programm, Alphabetisierungskurse und Zusammenarbeit mit lokalen Behörden oder religiösen Autoritäten. Die interviewte Person betont dabei die führende Rolle der Partnerorganisation bei der Zusammenarbeit, das Projekt sei im Dialog erarbeitet worden, wobei *PHASE Nepal* durch seine Expertise und das lokale Knowhow letztendlich entscheiden könne. Nach Ende der Projektlaufzeit sollen die Aktivitäten adaptiert und fortgeführt werden, die unsichere Finanzierung stelle jedoch eine Herausforderung dar.

Interview 6

„[...] mit den SDGs, da versucht man natürlich alle relevanten SDGs, wo man denkt, die sollte, möchte der Fördergeber hören, auch entsprechend zu nennen und einen Konnex zu zeigen, auch wenn dieser Konnex schwach ist.“

Der*die Befragte arbeitet für *Hilfswerk International* an einem ADA-geförderten Projekt mit dem Ziel des Aufbaus mobiler Pflegedienste in Georgien sowie Bosnien und Herzegowina. Da es in den Projektregionen sowohl an infrastrukturellen als auch legalen Bedingungen für mobile Pflege mangelt, setzt das Projekt an mehreren Stellen an. Neben der Etablierung von Ausbildungsstrukturen für Heimhelfer*innen und Pflegeassistent*innen gehe es auch um Lobbyarbeit bei lokalen Behörden, um die Ausbildungen gesetzlich zu verankern, legale Rahmenbedingungen zu schaffen und zukünftig eine Finanzierung mit lokalen Mitteln zu erreichen. Im Interview werden dahingehend erste Projekterfolge erwähnt, es werden aber auch Herausforderungen in der Kooperation mit regionalen Behörden bei der nachhaltigen Finanzierung und Verankerung dieser Komponenten betont. Die SDGs spielen laut Interviewpartner*in vor allem eine argumentative Rolle für den Erhalt von Fördergeldern, auf die viele

NGOs angewiesen seien. Viele SDGs würden daher unabhängig von einem starken inhaltlichen Bezug erwähnt, um den Zugang zu internationalen Fördergeldern zu erleichtern.

Interview 7

„Also da geht es wirklich um diese, um den Zugang für alle und um die Leistbarkeit für alle und um die Qualität für alle.“

Die interviewte Person ist für *World Vision Österreich* für ein Projekt zur Verbesserung der Ernährungssicherheit und Gesundheitsversorgung im Norden Afghanistans verantwortlich. Seitens der ADA wird das Projekt als humanitäres Soforthilfeprojekt geführt, da es aber auch Maßnahmen aus dem EZA-Bereich beinhaltet, kann es laut Interviewpartner*in auch dem EZA-Sektor zugerechnet werden. Neben Maßnahmen zur Bekämpfung von Ernährungsunsicherheit will das Projekt über die Bereitstellung von mobilen Gesundheitsteams und die Ausbildung von *community health workers* auch die Gesundheitsversorgung in entlegenen Gebieten verbessern. Wie im Interview berichtet, wurde im Förderantrag kein Bezug auf die SDGs genommen, da dieser im Bereich der humanitären Hilfe gestellt wurde. Das Konzept UHC sei für die Praxis aber von zentraler Bedeutung, da die Bereitstellung von leistbarer, hochwertiger Gesundheitsversorgung für ansonsten unerreichte Personen und Gruppen das zentrale Ziel des Projektes sei.

Interview 8

„Das war die ehemalige Außenministerin, die (Name der damaligen Außenministerin), die das unbedingt damals forciert hat. Was ja eine gute Idee ist... Ja, bei ein paar Punkten tun wir uns schwer, zum Beispiel so dass, dass es so Rückoperationen geben soll oder so.“

Die befragte Person ist Mitarbeiter*in der *Caritas Österreich* an einem ADA-geförderten Projekt zur Bekämpfung weiblicher Genitalverstümmelung (FGM) und zur Verbesserung der Versorgung mit sexuellen und reproduktiven Gesundheitsdienstleistungen in Äthiopien. Im ersten Projektjahr wurden dafür z.B. Gesundheitsfachkräfte zu physischen und psychosozialen Langzeitfolgen von FGM sowie zur Betreuung betroffener Babys und Frauen geschult. Da das Projekt vor allem das Bewusstsein über die schädlichen Auswirkungen von FGM erhöhen will, werden auch bewusstseinsbildende Maßnahmen gesetzt. Sämtliche Inhalte der Bildungsmaßnahmen orientieren sich an Richtlinien, die von der äthiopischen Regierung verpflichtend vorgegeben sind. Der*die Interviewpartner*in berichtet zudem, dass einzelne Komponenten auf dezidierten Wunsch der ADA in das Projekt inkludiert worden seien, deren praktische Umsetzbarkeit sich aber als schwierig erwiesen habe. Das Konzept von UHC ist der befragten Person nicht bekannt und steht ihres Wissens auch nicht im Projektantrag. Stattdessen habe SDG5.3, das die Eliminierung von FGM beinhaltet, als Aufhänger für den Projektantrag gedient, auch hier sei jedoch kein weiterer Bezug auf die Inhalte des SDG-Unterziels genommen worden.

7.2 Strukturierung des Kategoriensystems

Es folgt ein kurzer inhaltlicher Überblick sowie eine grafische Darstellung des Kategoriensystems, das deduktiv am Leitfaden und induktiv an den Transkripten der Interviews unter Verwendung der Software MAXQDA entwickelt wurde. Als hierarchisches System besteht es aus sechs Hauptkategorien, denen insgesamt 22 Subkategorien zugeordnet sind. Jede Subkategorie repräsentiert dabei Teilaspekte der Hauptkategorie, wobei - durch die Dichte der Daten bedingt - nicht jeder Hauptkategorie gleich viele Subkategorien auf gleich vielen Ebenen zugeordnet wurden.

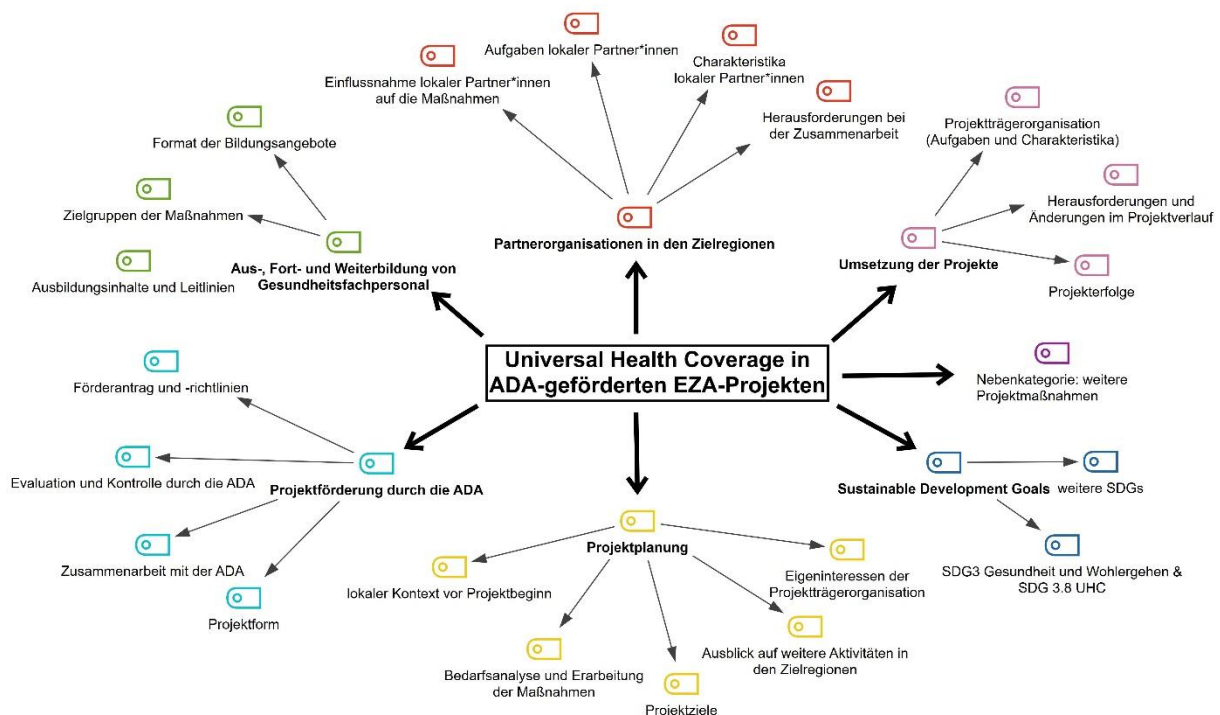


Abbildung 1 (eigene Darstellung mit MAXQDA)

Mit der Kategorie „Sustainable Development Goals“ wurden alle Informationen markiert, die die Rolle der SDGs im Projektantrag oder -verlauf thematisieren. Im Fokus stehen dabei vor allem SDG3 (Gesundheit und Wohlergehen) sowie SDG3.8 (Universal Health Coverage), es wurden aber auch Nennungen anderer Haupt- oder Unterziele wie SDG5.3 (u.a. Beseitigung von FGM) erfasst.

Die Kategorie „Projektplanung“ enthält Daten zur Erarbeitung der Projekte und ihren konkreten Maßnahmen. Wichtige Teilbereiche in dieser Kategorie sind z.B. die Ausgangssituation vor Projektbeginn, die Ziele, die erreicht werden sollen, oder die Bedarfsanalysen und Bemühungen, um Adaptierungen der Maßnahmen an lokale Kontexte bei der Erarbeitung des Projektes zu ermöglichen.

„Projektförderung durch die ADA“ bezieht sich auf alle Interviewsequenzen zur Zusammenarbeit mit der ADA. Dabei kann es sich sowohl um Äußerungen zum Förderantrag oder zu inhaltlichen und finanziellen Förderrichtlinien als auch zu Evaluationen oder Kontrollen seitens der ADA handeln.

Für „Umsetzung der Projekte“ wurden Daten zum Projektverlauf gesammelt. Darunter fallen beispielsweise durch das Projekt erzielte Erfolge, durch externe Bedingungen entstehende Herausforderungen sowie Aufgaben der Projektträgerorganisation im Prozess.

Für die Kategorie „Aus-, Fort- und Weiterbildung von Gesundheitsfachpersonal“ wurden Äußerungen zusammengetragen, die Bildungsmaßnahmen für Gesundheitsfachkräfte thematisieren. Darunter fallen einerseits Informationen zu Inhalten, Formaten und Zielgruppen dieser Maßnahmen und andererseits zu Standards und Leitlinien, die als Orientierung herangezogen wurden.

Der Kategorie „lokale Partner*innen in den Zielregionen“ wurden Daten zur Zusammenarbeit mit lokalen Partner*innen zugeordnet. Wichtige Unterbereiche stellen dabei unter anderem die Charakteristika und Aufgaben der lokalen Partnerorganisationen, ihre Einflussnahme auf die Planung und Umsetzung der Maßnahmen sowie etwaige Herausforderungen bei der Zusammenarbeit dar.

In der Nebenkategorie „weitere Projektmaßnahmen“ wurden Äußerungen gesammelt, die sich auf andere Aktivitäten und Maßnahmen der Projekte beziehen, die nicht der Bildung von Gesundheitsfachkräften dienen sollen.

7.2.1 Kategorie „Sustainable Development Goals“

Da UHC nicht nur eine strategische Priorität der WHO, sondern auch Teil der Agenda 2030 ist, müsste die UHC eigentlich überall umgesetzt werden, wo die Implementierung der SDGs angestrebt wird. Als Rahmen für sozial, ökologisch und wirtschaftlich nachhaltige Entwicklung kommt den 17 von der UN-Generalversammlung beschlossenen Zielen auch für EZA-Aktivitäten eine wichtige Rolle zu. Wie die Daten zu dieser Haupt- und den ihr zugeordneten Subkategorien „SDG3 Gesundheit und Wohlergehen & SDG3.8 UHC“ sowie „weitere SDGs“ zeigen, dienen die SDGs in den untersuchten Projekten vor allem als argumentativer Anknüpfungspunkt für die Förderanträge. Ihre tatsächliche Bedeutung für die Umsetzung der Projekte wird in der Mehrheit der Fälle hingegen als gering eingeschätzt. Dieses Bild zeigt sich auch in Bezug auf SDG3.8, wobei sich zudem abzeichnet, dass das Wissen über die Inhalte von UHC sowie deren mögliche Verknüpfungen mit den eigenen Projekten sehr limitiert ist.

Grundsätzlich wird laut Interviewpartner*innen standardmäßig in Förderanträgen für EZA-Projekte darauf Bezug genommen, welche SDGs bei Erarbeitung und Realisierung berücksichtigt wurden bzw. werden. Dies sei auch von der ADA (und anderen Fördergeber*innen) vorgegeben, in den Vorlagen gebe es dafür einen eigenen Bereich, in dem alle relevanten SDGs gelistet und inhaltlich beschrieben werden müssen. Bei Projekten mit Fördermitteln aus dem Bereich Humanitäre Hilfe (HuHi) sei hingegen keine Nennung der SDGs notwendig, auch wenn sie Maßnahmen enthalten, die dem EZA-Bereich zugeordnet werden können. Mehrere Befragte berichten dahingehend, dass die SDGs vor allem als Referenz genutzt werden, um durch sie ohnehin in den Projekten enthaltene Maßnahmen

mit der Agenda 2030 in Verbindung zu bringen. So bestätigt ein*e Interviewte*r, dass inhaltlich passende SDGs vor allem als Aufhänger für den Projektantrag genutzt wurden, es dabei aber keine tiefergehende Auseinandersetzung mit dem Ziel gegeben habe.

IP.: „Naja, eben, es wird halt immer erwähnt: '[...] das overall objective ist so und so, und das bezieht sich auf das, auf das SDG 5.3 in dem Fall'. Aber weiter ausgeführt wird das eigentlich nicht in den Anträgen.“ [Auf Nachfrage der Forscherin präzisiert der*die Befragte]: **IP.:** „Nein, und da gibt es irgendwie keine wahnsinnig längeren weiteren Ausführungen.“ (Interview Caritas Österreich, Abs. 18-22)

Eine andere Person berichtet hingegen, dass Projektanträge genauere Auseinandersetzungen mit den genannten (Unter-)Zielen enthalten müssen. Detaillierte Erläuterung dazu, wie die geplanten Aktivitäten des jeweiligen Projektes zum Erreichen der SDGs beitragen sollen, werden vor allem deshalb als wichtig erachtet, um die Verwendung öffentlicher Förderungen transparent und rechtfertigbar zu gestalten. Einig sind sich die Interviewpartner*innen dabei über die problemlose, geforderte Anknüpfung der Projekte an die SDGs, da sich durch die Breite der Agenda 2030 und die große Zahl der Unterziele und Indikatoren immer etwas Passendes finden lasse. Einen Bezug zwischen Projektmaßnahmen und SDGs herzustellen wird dabei als Notwendigkeit gesehen und vorrangig deshalb gemacht, weil es von Fördergeberseite eingefordert wird.

IP.: „Jaja, muss man, muss man ja. Muss man alles. Ist ja heutzutage egal, was du machst, musst du Bezug auf die SDGs nehmen (lacht).“ (Interview Make Me Smile International, Abs. 30)

IP.: „Wobei das ist ja kein Problem, weil die SDGs sind so breit (lacht), dass man immer eines findet, zu dem man beiträgt. Und gerade wenn man sich das anschaut, ich meine da geht es um Gesundheit, da geht es um soziale Inklusion, da geht es um Bildung.“ (Interview Österreichisches Rotes Kreuz, Abs. 28)

Dass die SDGs in den Projekten eine eher überschaubare Rolle spielen, zeigt sich auch daran, dass die Mehrheit der Befragten zwar überzeugt ist, dass diese für den ADA-Förderantrag relevant waren, aber nicht weiß, welche konkreten (Unter-)Ziele mit ihrem Projekt adressiert werden sollen. Auch wenn sie sich sicher sind, dass das Projekt dem Förderantrag entsprechend zu verschiedenen (Unter-)Zielen beitragen kann und soll, können die wenigsten von ihnen diese tatsächlich mit Namen oder Nummer nennen bzw. inhaltlich umschreiben. Sofern sie wissen, welche Bereiche der SDGs durch das Projekt bedient werden sollen, gehen sie kaum konkreter auf diese ein. Allerdings waren mehrere Interviewpartner*innen nicht an der Ausarbeitung des Projektantrags beteiligt, da sie das Projekt erst später von Kolleg*innen übernommen haben. Besonders in diesen Fällen sind die Befragten nicht mit konkreten Details zu den SDGs vertraut, obwohl sie auf den Förderantrag Zugriff haben und für die Projekte hauptverantwortlich sind. Nur in zwei Fällen kommen Interviewpartner*innen ungefragt auf

die Rolle der SDGs im Projektverlauf zu sprechen, machen dabei jedoch konträre Äußerungen zum Stellenwert der SDGs im Projektverlauf. In allen anderen Interviews werden die SDGs weder bei Aussagen zur Erarbeitung der Maßnahmen oder zu Zielen des Projektes noch in Abschnitten zur Projektevaluierung oder zu Zwischenberichten thematisiert.

IP.: „Und die Sustainable Development Goals spielen natürlich eine erhebliche Rolle auch im Projekt. Wir haben uns beispielsweise ganz klar an vier Sustainable Development Goals orientiert. Also das ist die SDG3, good health and wellbeing, die SDG4, quality education, SDG8, decent work and economic growth, und die SDG10 für reduced inequality. Genau, und prinzipiell ist das eben in den Strukturen und in den Implementierungsplan der hearing healthcare alliance integriert [...]“ (Interview MED-EL, Abs. 28)

IP.: „Wir argumentieren das natürlich dann im Antrag, wie sie welches SDG wie berücksichtigen. Aber wenn man dann mal implementiert, dann verliert man vielleicht das SDG aus den Augen. Also, ich mein, natürlich ist es, trägt es dazu bei. Aber es ist halt so breit.“ (Interview Österreichisches Rotes Kreuz, Abs. 30)

Ein*e Interviewpartner*in kritisiert, die Abhängigkeit von Fördergeldern führe dazu, dass in Projektanträgen teilweise auf möglichst viele SDGs Bezug genommen werde, um das Projekt im Sinne der geldgebenden Institutionen so förderwürdig wie möglich zu präsentieren. Dabei würden auch (Unter-)Ziele der SDGs mit nur schwachem inhaltlichem Konnex inkludiert. Das Problem sei generell, dass es für manche Themenbereiche zu bestimmten Zeitpunkten keine Förderungen gebe.

IP.: „Wir leben von Projekten, die enden. Man muss sich weiter finanzieren, man möchte die Aktivitäten, die man begonnen hat, weiter finanzieren. Und schreibt natürlich Projekte so, dass sie gefallen. [...] Und da, um auf Ihre Anfangsfrage zurückzukommen, mit den SDGs, da versucht man natürlich alle relevanten SDGs, wo man denkt, die sollte, möchte der Fördergeber hören, auch entsprechend zu nennen und einen Konnex zu zeigen, auch wenn dieser Konnex schwach ist.“ (Interview Hilfswerk International, Abs. 14)

Als drittes Hauptziel der Agenda 2030 soll SDG3 „ein gesundes Leben für alle Menschen jeden Alters gewährleisten und ihr Wohlergehen fördern“ (UN-Generalversammlung, 2015). Die darin enthaltenen Unterziele und Umsetzungsmaßnahmen umfassen unter anderem die Themen Infektionskrankheiten, psychische Gesundheit oder reproduktionsmedizinische Versorgung, sowie in Unterpunkt 3.8 das Ziel von Universal Health Coverage, das den zentralen Anknüpfungspunkt dieser Arbeit darstellt. Obwohl alle Projekte einen Schwerpunkt auf das Thema Gesundheit beinhalten, nennen nur vier Interviewpartner*innen auf Nachfrage (unter anderem) SDG3, nur eine*r nimmt dabei auch konkret auf die für das eigene Projekt relevanten Unterziele Bezug. Die betreffende Person hat jedoch den

ADA-Förderantrag neben sich liegen, von dem sie die Informationen vorliest, und gibt an, dass sie ohne ihn die entsprechenden SDGs nicht nennen könnte.

IP.: „Das ist halt die sehr klare Struktur, das ist irgendwie... [zeigt den Aufbau des ADA-Antrags auf dem Laptop] SDGs 3, 3.1, 3.2, SDG 3.7, 3.8, EU-GAPII objective 10. Also einige [...]“ (Interview PHASE Austria, Abs. 24)

Sofern UHC auf Nachfrage zu den projektrelevanten SDGs nicht thematisiert wurde, erfolgte durch die Interviewerin eine inhaltliche Erklärung von SDG3.8 sowie spezifische Fragen dazu, inwieweit die Befragten mit dem Konzept vertraut seien und im Rahmen ihrer Projekte bereits Kontakt damit hatten. Drei Interviewpartner*innen geben dabei an, im Projekt keinen Kontakt mit dem Konzept UHC gehabt zu haben, fünf sind mit dem Konzept zumindest grundlegend vertraut. Bei zwei der Befragten, die UHC nicht kannten, handelt es sich um Personen, die erst nach Beginn der Umsetzung zum Projekt stießen. Jene Befragten, denen UHC bekannt ist, betonen vor allem die durch die Projekte ermöglichte kostenlose Verfügbarkeit von Gesundheitsdienstleistungen als wichtigsten Beitrag der eigenen Maßnahmen zu Universal Health Coverage. Als besonders relevant wird dabei ausreichend Personal angesehen, das Gesundheitsdienstleistungen anbieten und Bewusstseinsbildung zu Themen wie Verhütung, HIV-Prävention oder FGM ermöglichen kann. Generell fokussieren die Aussagen vorrangig auf die universelle Verfügbarkeit und die Leistbarkeit medizinischer Services in kaum erschlossenen Gebieten oder für besonders benachteiligte gesellschaftliche Gruppen.

IP.: „Also in der Praxis wird das halt genauso umgesetzt, weil es eben genau darum geht, die Leute zu erreichen, die ansonsten nicht diesen Zugang zu Gesundheitsversorgung hätten. Und die, die services von diesen mobile health and nutrition teams natürlich auch gratis sind. [...] Also da geht es wirklich um diese, um den Zugang für alle und um die Leistbarkeit für alle und um die Qualität für alle.“ (Interview World Vision, Abs. 20)

Auch wenn nicht alle Befragten enger mit dem Konzept von UHC vertraut scheinen, sind sie dennoch überzeugt, dass die in ihre Projekte inkludierten Maßnahmen einen Beitrag zum Erreichen von UHC in den Zielregionen leisten können. Neben der Bereitstellung von Personal werden auch Bewusstseinsbildung und die Verbesserung der räumlichen und materiellen Ausstattung, z.B. durch die Versorgung mit Medikamenten oder medizinischen Geräten, als relevante Beiträge genannt. Mehrere Interviewpartner*innen thematisieren als möglichen Beitrag ihrer Projekte zu UHC von selbst die besondere Relevanz der Aus- und Weiterbildung von Gesundheitsfachpersonal. Dabei sprechen sie einerseits von der verbesserten Versorgungsqualität durch Schulungen und Fortbildungen zu bestimmten Themen, andererseits betonen sie Lobby-Maßnahmen bei lokalen oder nationalen Regierungen und Behörden, durch die etwa Curricula nachhaltig verbessert oder Strukturen für neue

Ausbildungen etabliert werden sollen. Diese Maßnahmen werden als besonders wichtig für die lokale Verankerung und langfristige Finanzierung der Projekte und die Nachhaltigkeit des Projektbeitrags zu UHC gesehen. Nicht alle Befragten thematisieren jedoch die Relevanz von Ausbildungsstrukturen und Weiterbildungsmöglichkeiten, die für das nachhaltige Erreichen von UHC unabdingbar sind.

IP.: *„Und wenn ich eine Situation verbessere, die vorher nicht einmal behandelt worden wäre, von den jeweiligen Teilnehmern [...] im Markt, habe ich eine Verbesserung schon herbeigeführt.“* (Interview Lohmann & Rauscher, Abs. 34)

IP.: *„Ja. Weil wie ich schon ausgeführt habe, einerseits braucht es mehr Pflegepersonal, die qualitative Pflege leisten, andererseits, und das Projekt macht ja nicht nur das, sondern macht ja auch Lobbying bei den staatlichen Stellen, um über diese die Pflegedienste zu finanzieren und dadurch wird der, der Zugang zu health services, wo ja für mich auch mobile Pflege dazugehört, erweitert.“* (Interview Hilfswerk International, Abs. 24)

Da die meisten Projekte neben den Maßnahmen im Gesundheitsbereich auch zu anderen Themen arbeiten, werden in den Interviews weitere SDGs genannt, zu denen das Projekt beitragen kann bzw. soll. Mehrfach genannt werden dabei SDG4 (hochwertige Bildung) und SDG5 (Geschlechtergleichheit), zumindest einmal genannt werden SDG8 (menschenwürdige Arbeit und Wirtschaftswachstum), SDG10 (weniger Ungleichheiten) sowie SDG16 (Frieden, Gerechtigkeit und starke Institutionen). In dem der Forscherin vorliegenden ADA-Förderantrag wird zudem SDG2 (kein Hunger) genannt (PHASE Austria, 2020). Eine Person betont dabei, dass die Verknüpfung der SDGs mit verschiedenen Themenbereichen nachhaltigen Wandel ermöglichen soll.

IP.: *„Das Ideal ist immer, dass alle drei Bereiche abgedeckt sind, um da wirklich eine Veränderung zu, hervorzubringen. Weil halt wir glauben, dass das Grundproblem schlicht und einfach die Armut ist. Und so nur in der Gesundheit anzusetzen, wenn die Leute nicht genug zu essen haben oder nicht ausreichend vielfältiges, ausgewogenes Essen haben, dann kann man den Leuten erklären, dass sie ihre Kinder besser ernähren sollen, wie man will, es wird nicht funktionieren.“* (Interview PHASE Austria, Abs. 34)

Insgesamt zeigt sich, dass den SDGs vor allem bei der Beantragung von Fördergeldern Bedeutung zugesprochen wird. Während sie dabei mehr oder weniger detailliert argumentiert werden, werden sie in Bezug auf die Projektumsetzung und die Implementierung konkreter Maßnahmen kaum bis gar nicht thematisiert. Nur in wenigen Fällen sind die verantwortlichen Mitarbeiter*innen sicher, zu welchen Haupt- und Unterzielen das Projekt beitragen soll. Analog dazu wird von der Mehrheit der Interviewpartner*innen auch kaum Konkretes zu UHC geäußert, das Wissen über dessen Dimensionen ist begrenzt, Reflexionen über die Bedeutung von SDG3.8 für das eigene Projekt gibt es kaum.

7.2.2 Kategorie „Projektplanung“

In der Phase der Projektplanung kommt es ausgehend von den Projektzielen, den lokalen Kontexten in den Zielregionen und gegebenenfalls durchgeführten Bedarfsanalysen zur Erarbeitung der Maßnahmen. Die den Subkategorien „lokaler Kontext vor Projektbeginn“, „Bedarfsanalyse und Erarbeitung der Maßnahmen“, „Projektziele“, „Ausblick auf weitere Aktivitäten in den Zielregionen“ und „Eigeninteressen der Projektträgerorganisation“ zugeordneten Daten zeigen dabei die Bemühungen der Projektverantwortlichen, die Projekte in dieser Phase in Zusammenarbeit mit lokalen Partner*innen möglichst gut auf den Bedarf der Zielgruppen abzustimmen.

Begründet werden die Notwendigkeit für das Projekt und die Aus- und Weiterbildungsmaßnahmen für Gesundheitsfachpersonal vor allem mit dem Personalmangel in den Zielregionen und/oder damit, dass bestehendes Personal nicht für alle benötigten Gesundheitsdienstleistungen ausgebildet sei. Hinzu kommen häufig fehlende Möglichkeiten der lokalen Bevölkerung, bestehende Gesundheitsinfrastruktur, die meist auf Städte oder größeren Gemeinden zentriert ist, aufzusuchen. Bei den betroffenen Regionen handle es sich laut Interviewpartner*innen meist um periphere, rurale Gebiete, in denen die Bevölkerung oft zudem unter schlechter Nahrungsmittelversorgung und Armut leide. Ausreichende Gesundheitsversorgung sei in vielen Fällen ohnehin nicht gegeben, durch lokale Bedingungen sei der Bedarf bei bestimmten Themen, wie etwa FGM, HIV-Prävention oder Versorgung chronischer Wunden, nochmals erhöht.

IP.: „[...] man kann sich das eben nicht so vorstellen wie hier. Also es ist wirklich so, dass in, in ländlichen Gebieten dann die alten Menschen zurückbleiben und total auf sich selbst gestellt sind. Also da gibt es keine, keine Infrastruktur oder keinen Bus, der fährt, oder keinen Arzt, der vorbeikommt oder jemanden, der, der sie mit dem Auto irgendwo hinführen kann.“ (Interview Österreichisches Rotes Kreuz, Abs. 24)

IP.: „In diesen entlegenen Dörfern ist ein Problem ganz bestimmt irgendwie der Absentismus von Regierungsmitarbeitern. Also es gibt in Nepal ein theoretisch und auch praktisch existierendes Gesundheitssystem, das diese, diesen allgemeinen Zugang ermöglichen würde. Das Problem ist, dass oft irgendwie Stellen nicht besetzt sind, oder die, die Mitarbeiter einfach nicht da sind, oder nicht regelmäßig da sind.“ (Interview PHASE Austria, Abs. 30)

Zusätzlich zum quantitativen Mangel an verfügbarem Gesundheitsfachpersonal führen mehrere Interviewpartner*innen an, dass bestehendes Personal in manchen Fachbereichen nicht ausreichend oder gar nicht ausgebildet sei. Teilweise wird das auf traditionelle Strukturen, derentwegen z.B. reproduktionsmedizinische Angelegenheiten oder Altenpflege bisher nicht in die Zuständigkeit von Gesundheitsfachkräften gefallen seien, zurückgeführt. In anderen Fällen sei das Personal prinzipiell gut ausgebildet, es mangle aber an Spezialisierungen oder spezifischen Kompetenzen zur Versorgung bestimmter Patient*innengruppen. In manchen Bereichen hingegen fehle es auch grundsätzlich an

bestimmten Berufsbildern und damit an entsprechenden Ausbildungen. Neben der Unterversorgung mit ausreichend (qualifizierten) Fachkräften wird auch ein steigender Bedarf an Gesundheitsversorgung thematisiert. Als Herausforderungen genannt werden z.B. Bevölkerungswachstum oder die fortschreitende Überalterung der Gesellschaften, kombiniert mit der Abwanderung jüngerer Generationen aus ruralen Regionen und dem Aufbrechen traditioneller Familienstrukturen.

IP.: „[...] da gibt es keine Berufsbilder, da gibt es keine Definitionen, da gibt es kaum Ausbildungen in diesem Bereich. Wir sprechen hier von Heimhilfe oder auch [...] Pflegeassistenten, wie es sie auch in Österreich Praxis und Usus sind. Das gibt es nicht, das ist, was so nicht vorgesehen in Georgien und da haben wir, da wollten wir ansetzen [...].“ (Interview Hilfswerk International, Abs. 4)

IP.: „Weil es gibt halt auch dort eine Bevölkerung, die altert, der Staat kann nicht genug Gesundheitsdienstleistungen irgendwie anbieten, teilweise auch finanzieren. Oder hat nicht genug Knowhow, zu wissen, wie sie es aufbauen.“ (Interview Österreichisches Rotes Kreuz, Abs. 24)

Alle Befragten berichten, dass die Planung und Ausarbeitung der Maßnahmen in enger Zusammenarbeit mit den in den Zielregionen ansässigen Partnerorganisationen stattgefunden haben. Zudem sei mit lokalen bzw. nationalen Behörden kooperiert worden, was in manchen Projektregionen Voraussetzung für eine Genehmigung der Projekte war. Vier Interviewte geben zudem an, vor bzw. zu Projektbeginn eine Bedarfsanalyse zum Ist-Zustand und Bedarf an verschiedenen Maßnahmen und Aktivitäten durchgeführt zu haben. Wenn Projektträgerorganisationen schon länger mit festen Partner*innen in den Zielregionen aktiv waren oder das untersuchte Projekt ein früheres fortsetzte, wurden die Aktivitäten hingegen ohne weitere Bedarfsanalyse fortgesetzt. In diesen Fällen berichten die Verantwortlichen, dass die Maßnahmen einfach von Vorschlägen der Partner*innen übernommen und nur dahingehend angepasst wurden, dass sie den Richtlinien der Fördergeber entsprechen.

IP.: „Und wir arbeiten ganz eng mit dem Armenischen Roten Kreuz zusammen, die natürlich genau wissen, was jetzt die Needs vor Ort sind, was gebraucht wird. Und wir machen dann auch immer so ein Needs-Assessment, und anhand von dem werden dann die Maßnahmen geplant.“ (Interview Österreichisches Rotes Kreuz, Abs. 53)

IP.: „Und dann treten wir als World Vision Österreich mit World Vision Afghanistan in Kontakt und sagen: ‘Schaut einmal her, da ist, gibt es diese funding Möglichkeiten. Arbeitet ihr in diesem Bereich und welche Maßnahmen sind gerade am dringendsten benötigt? Was schlagt ihr vor, das wir machen könnten?’ [...] Und wir von unserer Seite schauen einfach, dass es für die ADA-Standards angepasst ist, [...] dass die richtigen Dinge enthalten sind, dass die ganzen Regularien eingehalten werden, und so weiter.“ (Interview World Vision, Abs. 10)

Über eine Orientierung an den SDGs bei der Erarbeitung der Maßnahmen wird nicht berichtet, auch Kooperationen mit anderen international tätigen Organisationen oder Institutionen wie der WHO spielten in der Planungsphase nur in einem Projekt eine Rolle. Stattdessen wird ein bottom-up Prozess beschrieben, in dem lokale Partner*innen starken Einfluss darauf haben, welche Maßnahmen geplant werden. Dabei betonen alle Interviewpartner*innen die Notwendigkeit dieser Zusammenarbeit, um Projekte an lokale Kontexte anzupassen, alle relevanten Faktoren zu berücksichtigen und damit auch die Nachhaltigkeit der Projekte zu ermöglichen. Vor allem die Verantwortlichen der Wirtschaftspartnerschaften geben an, Maßnahmen an bereits bestehende Aktivitäten in den Zielregionen anzuknüpfen. Gemeinsam mit *Hilfswerk International* und dem *Österreichischen Roten Kreuz* handelt es sich auch um jene Projekte, deren Maßnahmen in einem klar abgegrenzten Bereich, in dem die Organisationen auch in Österreich tätig sind, angesiedelt wurden. So fokussieren beispielsweise die Projekte von *Hilfswerk International* und dem *Österreichischen Roten Kreuz* auf den Pflege- und Betreuungssektor, in welchem beide Organisationen auch in Österreich aktiv sind.

IP.: „Sondern das war schon auch ein bottom-up-Prozess sozusagen, wo man eben aufgrund der Aktivität, die MED-EL ja sowieso schon in diesen Ländern hat, und Berührungspunkte mit den diversen Organisationen bereits hatte, dass man gemeinsam definiert: Ok, was braucht es im Land XY wirklich? Wo liegen die Expertisen, wo ist die Machbarkeit, wo ist vielleicht schon das Interesse der staatlichen Behörden gegeben? Und wo kann man eine Langfristigkeit sicherstellen?“ (Interview MED-EL, Abs. 38)

IP.: „Also es liegt an unserer Strategie, wie wir als internationale Zusammenarbeit arbeiten. Wir versuchen halt wirklich die Expertise, die wir in Österreich haben, nach außen zu bringen. Also wir arbeiten nur in den Bereichen, wo wir selber ein bisschen ein Fachwissen haben. Oder Leute hinzuziehen können, die uns, die uns da zur Seite stehen. Und das ist natürlich die Gesundheit und Pflege, weil das ein großer Bereich ist in Österreich, den das Rote Kreuz eben abdeckt.“ (Interview Österreichisches Rotes Kreuz, Abs. 24)

Während manche Projekte dezidiert den Auf- und Ausbau von Ausbildungskapazitäten zum Ziel haben, zielen andere eher auf gesellschaftlichen Wandel ab. In Projekten zur Bekämpfung von FGM oder zur Verbesserung der Lebenssituation von Müttern und Kleinkindern stellt die Aus- und Weiterbildung von Gesundheitsfachpersonal etwa „nur“ ein Mittel zum Erreichen dieses Zieles dar. Die Maßnahmen sollen daher auch nicht den Aufbau und die Verankerung von Ausbildungskapazitäten ermöglichen, sondern durch Schulungen zu bestimmten Fachbereichen und Themen die Versorgung gewisser Patient*innengruppen verbessern. Diese Projekte fokussieren zudem häufig auf Bewusstseinsbildung. Bei anderen Projekten stehen Auf- und Ausbau von Ausbildungsstrukturen und -kapazitäten für Gesundheitsfachpersonal im Zentrum, um z.B. bestimmte Berufsgruppen überhaupt zu etablieren, für die es vor Ort bislang keine Ausbildungsmöglichkeiten gab. In mehreren Fällen berichten die Befragten

über die beabsichtigte Weiterentwicklung bestehender Ausbildungsstrukturen, um die Qualifikation bestehenden und zukünftigen Personals und damit die Versorgung der Bevölkerung zu verbessern und auf internationale Standards anzuheben. Auch wenn das Ziel von UHC nicht wörtlich genannt wird, wird es doch dahingehend umschrieben, dass die Projekte einen Beitrag dazu leisten sollen, möglichst allen Patient*innengruppen lokal Zugang zu hochwertiger Gesundheitsversorgung zu ermöglichen.

IP.: „Das hat eine Bedarfsanalyse im ersten Projektjahr ergeben, dass vor allem der Bereich Audiologie und Sprachtherapie, dass es dort überhaupt keine qualifizierten Fachkräfte gibt, weil es eben lokal in den jeweiligen Ländern oder generell in ganz Ostafrika keine Ausbildungsinstitution gibt, die solche Programme anbieten. Die einzigen qualifizierten Fachkräfte, die eben Audiologen sind oder Sprachtherapeuten, mussten, oder haben alle im Ausland studiert.“ (Interview MED-EL, Abs. 24)

IP.: „[...] wir haben [...] vor einigen Jahren die Entscheidung gefasst, das Projekt in Angriff zu nehmen, um die Wundversorgung vor Ort auf... Ich sag jetzt nicht, dass es keine Wundversorgung gab, aber auf nachhaltigere und (...) standardisiertere Beine zu stellen und die auch breiter aufzustellen, über diverse Schulungsansätze, die wir fahren in Form von post-graduate Diploma, über Basic-Kurse über Advanced-Kurse, die in Folge besucht werden.“ (Interview Lohmann & Rauscher, Abs. 6)

Langfristig weisen die Projekte zum Auf- und Ausbau von Ausbildungskapazitäten auch die dauerhafte, lokal getragene Verankerung der Ausbildungsstrukturen als Ziel auf. Alle Verantwortlichen derartiger Projekte geben als zentrales Ziel an, dass die Projektmaßnahmen zeitnah von lokalen Institutionen koordiniert werden sollen. Dadurch soll sichergestellt werden, dass die Finanzierung über internationale Fördergelder zeitlich begrenzt ist, etablierte Strukturen aber dennoch nachhaltig und lokal gesteuert weitergeführt werden.

IP.: „Konkret in unserem Fall wäre, wäre der Erfolg gegeben, wenn, wenn wir sehen, dass es eine, einen, einen Prozesscharakter gibt bei... Der Pflegeprozess verstanden ist, eingeführt ist, gelebt wird [...] vom lokalen Fachpersonal. [...] Wir pochen nicht darauf, dass es so sein muss, wie wir das sagen, aber wenn keine Standards, wenn keine, keine Finanzierungsmöglichkeiten da sind, das von staatlicher Seite weiterzuführen, muss man auch selbstkritisch sagen: Gut, dann war es ein Pilot [...].“ (Interview Hilfswerk International, Abs. 40-42)

Ebenfalls in Zusammenhang mit der Nachhaltigkeit der Projekte und ihren erzielten Erfolgen geben alle Befragten an, die Projektaktivitäten weiterführen zu wollen, da tatsächliche Veränderungen nicht ohne längerfristiges Engagement erreichbar seien. Nur jene Interviewpartner*innen, deren Projekte auf den Aufbau von Bildungsstrukturen für Gesundheitsfachkräfte abzielen, thematisieren jedoch eine Übergabe der Projektaktivitäten in lokale Verantwortung. Die anderen geben an, ausgewählte Maßnahmen weiterführen zu wollen, wobei manche besonders erfolgreiche Komponenten fortsetzen

wollen, während andere sich vorrangig auf Bereiche beziehen, in denen immer noch ein besonders großer Bedarf bestehe. Alle Befragten betonen diesbezüglich auch, dass die Fortführung der Projekte aus finanzieller Sicht immer ungewiss und schwer planbar sei. Im Falle der Wirtschaftspartnerschaften wird das vor allem darüber argumentiert, dass EZA-Aktivitäten eigentlich nicht dem Kerngeschäft der Unternehmen entsprächen, weshalb ein entsprechendes Engagement immer zeitlich begrenzt sei. Auf Seiten der NGOs stellt vor allem die fehlende Gewissheit über den Erhalt notwendiger Fördergelder ein Problem dar. Teilweise sei es beispielsweise nicht möglich, vor Abschluss des aktuellen Projekts parallel ein zweites einzureichen, teilweise sei einfach nicht klar, ob und wann es erneut Ausschreibungen für Förderungen in den betreffenden Bereichen gebe und ob man diese zugesprochen bekäme.

IP.: „Also wir werden natürlich weiterhin in diesen Ländern aktiv sein, aber vielleicht nicht mehr so weitreichende Projekte umsetzen können, weil es eben nicht unser Kerngeschäft ist. [...] im Jahr 2025 wird es dann eine Evaluierung geben und definiert und der Vorschlag an die ADA gemacht: Was wird weitergeführt und was braucht keinen Einsatz mehr vom Projekt.“ (Interview MED-EL, Abs. 34-48)

IP.: „Ja, also das ist geplant, gewollt, ist es immer. Weil eben also gerade, wir wissen ja, dass das Verhaltensveränderung Zeit braucht. [...] Und, also das, das wäre natürlich schön, aber es ist immer eine Frage der Finanzierung.“ (Interview PHASE Austria, Abs. 58)

Vereinzelt lässt sich ein Einfluss etwaiger Eigeninteressen der Projektträgerorganisationen auf die Projektinhalte feststellen. Beide Verantwortliche der Wirtschaftspartnerschaftsprojekte thematisierten von sich aus, dass die Projekte das eigene Kerngeschäft und somit auch das Produktportfolio bedienen. Ziel sei es aber nicht, sich einen unmittelbaren wirtschaftlichen Vorteil zu verschaffen oder marktverzerrend zu wirken. Die Schaffung von Infrastruktur und Kapazitäten sowie die Ausweitung des eigenen Netzwerks sollten aber dazu beitragen, die eigenen Produkte zu verkaufen, da die Wirtschaftspartnerschaft für den eigenen Betrieb auch mit großen Kosten verbunden sei. Diese Angaben decken sich mit den ADA-Anforderungen an Wirtschaftspartnerschaftsprogramme, die festlegen, dass durch die Projekte auch für die umsetzenden Betriebe ein unternehmerischen Nutzen entstehen muss (Austrian Development Agency, o.J.d). Ähnlich gibt auch ein*e andere*r Interviewpartner*in an, dass es sich beim Pflege- und Betreuungssektor in den Zielländern letztendlich nicht nur um ein Arbeitsfeld der EZA handle, sondern dieser auch als Markt gesehen werden könne. Die konkreten Projekt-Regionen wären daher auch darauf abgestimmt worden, wo sich später möglicherweise privat zahlende Kund*innen akquirieren ließen. Auch hier gehe es um die zukünftige Finanzierung etwaiger Aktivitäten, die damit zumindest zu Teilen ermöglicht werden können.

IP.: „[...] letztlich ist es auch ein, es ist nicht nur ein Feld der Entwicklungszusammenarbeit und der sozialen Dienstleister, sondern man kann damit auch Geld verdienen natürlich. Und deshalb spreche ich vom Zielmarkt. Wir haben uns in Bosnien den Zielmarkt Sarajevo ausgesucht, weil hier ein erwartbares Potential auch da ist, nicht nur, dass von staatlicher Seite subventioniert wird, sondern auch privat zahlende Kundinnen und Kunden akquiriert werden können. Das ist eben, wäre als Schiene gedacht gewesen, um das quer zu finanzieren [...]“ (Interview Hilfswerk International, Abs. 4).

IP.: „Einerseits natürlich bedient es einen minimalen Teil unseres Produktportfolios [...]. Man muss auch ganz ehrlich sein: Ja, natürlich, wir schauen auch, dass wir Produkte verkaufen. Irgendwie muss sich dieses ganze Projekt auch finanzieren. Und Bildung ist, wenn man sie ausrollt und anfängt umzusetzen, natürlich ein Kostenfaktor.“ (Interview Lohmann & Rauscher, Abs. 20)

Wie sich zeigt, liegt der Fokus in der Planungsphase der Projekte auf deren Anpassung an lokale Bedingungen und dem von den Partnerorganisationen angegebenen Bedarf. Abstimmungen mit den SDGs oder Bezugnahme auf wissenschaftliche Erkenntnisse oder UHC-Leitlinien der WHO oder anderer Institutionen werden hingegen kaum erwähnt.

7.2.3 Kategorie „Projektförderung durch die ADA“

Alle untersuchten Projekte werden in unterschiedlichem Ausmaß von der ADA gefördert, die im Auftrag der Republik Österreich und in Zusammenarbeit mit verschiedensten Organisationen EZA-Projekte plant, begleitet und finanziert. Die den Subkategorien „Projektform“, „Förderantrag und -richtlinien“, „Zusammenarbeit mit der ADA“ und „Evaluation und Kontrolle durch die ADA“ zugeordneten Daten weisen dabei daraufhin, dass vor allem der mit dem Verfassen des Förderantrags verbundene zeitliche und personelle Aufwand für die Projektverantwortlichen herausfordernd ist. Zudem zeigt sich, dass die Förderrichtlinien kaum Vorgaben zu Projekthaltungen (oder der Umsetzung der SDGs) beinhalten, sondern vor allem auf organisatorische und budgetäre Aspekte fokussieren.

Die Projekte aller Befragten befanden sich zum Zeitpunkt der Datenerhebung noch in Umsetzung und liefen seit mindestens sechs Monaten. Mit einer geplanten Laufzeit von durchschnittlich 2,5 Jahren werden sieben der Projekte von der ADA als EZA-Programme und eines als Maßnahme der humanitären Soforthilfe gefördert. Bei zwei Projekten handelt es sich um Nachfolgeprojekte bzw. Fortsetzungen früherer Programme durch dieselbe Projektträgerorganisation in der gleichen Region. In einem Fall wurde ein früheres Pilotprojekt in zwei Ländern als Wirtschaftspartnerschaft weitergeführt und auf 14 andere Staaten ausgeweitet. Wirtschaftspartnerschaften werden nicht von NGOs, sondern von Unternehmen umgesetzt, die dabei finanziell in Vorleistung gehen und nach einer Wirtschaftsprüfung einen Teil der Kosten durch die ADA refundiert bekommen.

IP.: „Und ein Wirtschaftspartnerschaften-Programm ist meistens so finanziert, dass circa 50% der geförderten Mittel von der ADA eben refundiert werden, die eben nach einer Wirtschaftsprüfung auch als förderwürdig definiert wurden. Also die, im Rahmen der Wirtschaftspartnerschaften geht, geht das Unternehmen in Vorleistung, gibt, ja, also macht die Ausgaben.“ (Interview MED-EL, Abs. 28)

Während die konkreten Voraussetzungen für den Erhalt von ADA-Förderungen in den jeweiligen Ausschreibungen kommuniziert werden, gibt es für den Aufbau der Anträge eine klar vorgegebene Struktur. Wie der für ein Projekt vorliegende Förderantrag zeigt, muss der Antrag detaillierte Informationen zur Projektorganisation und zu lokalen Partner*innen beinhalten. Daran anschließend folgen Informationen zur Ausgangslage in der Zielregion, eine Analyse der Problemlagen und der Potentiale für Veränderungen sowie die Auflistung der verschiedenen Zielgruppen. In Verknüpfung mit konkreten Zielvorgaben und Indikatoren zu deren Messung werden die Ziele des Projektes dargestellt, bevor alle geplanten Aktivitäten aufgelistet werden. Weitere Abschnitte behandeln die Zusammenarbeit mit internationalen und lokalen Organisationen, die Nachhaltigkeit der Programme, ein Risiko-Assessment, die geplante Evaluierung sowie Überlegungen zu bewusstseinsbildenden Maßnahmen in den Zielregionen und Österreich (PHASE Austria, 2020).

Bezüglich der inhaltlichen Gestaltung sind sich die Befragten einig, dass es seitens der ADA vor allem den Anspruch gebe, die Projekte mit den SDGs zu verknüpfen. Während einige nur von einer kurzen Auflistung der relevanten SDGs sprechen, betonen andere, dass Verbindungen zwischen den Aktivitäten und Maßnahmen sowie den SDGs und deren Unterzielen detailliert ausgearbeitet und argumentiert werden müssen. Zudem geben mehrere Befragte an, auch auf die Gender Action Plans der EU von 2016-2020 bzw. von 2020-2025 (EU-GAP II bzw. EU-GAP III) Bezug genommen zu haben. Generell gehe es bei den Anträgen vor allem darum klarzustellen, wie das Projekt langfristig zur Verbesserung der bestehenden Probleme beitragen könne, die SDGs dienen dabei maximal als Anknüpfungspunkte. Die Einschätzungen darüber, wie fordernd die Vorgaben der ADA für die Erstellung dieser Anträge sind, gehen bei den Befragten teils stark auseinander. Mehrere Interviewpartner*innen kritisieren, dass die Beschreibung der Aktivitäten und der Zielgruppen sehr detailliert sein müssen, was vor Projektbeginn eher spekulativ sei und sich im Projektverlauf ohnehin häufig ändere. Gleichzeitig zeigt sich großes Bewusstsein dafür, dass detaillierte Projektbeschreibungen bei Fördergeldern aus öffentlichen Finanzmitteln notwendig seien.

IP.: „Ich würde mir grundsätzlich wünschen, dass die Anträge nicht so ganz detailliert sein müssten, drei Jahre, vier Jahre im Vorhinein. Ich finde das ein bisschen eigenartig, dass ich wissen soll, was in drei Jahren, welche Aktivität mache ich im März 2025 oder so. Also das finde ich ein bisschen unrealistisch.“ (Interview Caritas Österreich, Abs. 46)

IP.: „Gefühlt eine Milliarde [Anm.: Anforderungen seitens der ADA]. Ich kann Ihnen den Spaß gerne empfehlen, sich einen ADA-Projektförderantrag einmal komplett durchzulesen und durchzuarbeiten, und den dann auch zu bearbeiten und abzugeben. Ist überschaubar lustig. Aber natürlich, die wollen genau wissen, was alles passiert. Da geht es eben, wie Sie auch schon gesagt haben, um Steuergelder.“ (Interview Lohmann & Rauscher, Abs. 22)

Kritisch gesehen wird der hohe administrative und zeitliche Aufwand beim Verfassen der Förderanträge. Terminlich sind die Projektorganisationen dabei an die Ausschreibungen der ADA gebunden, wobei nicht immer ganz klar zu sein scheint, wann diese veröffentlicht werden. Auch die Budgetierung und Adaptierung der Projektbeschreibung an die Vorgaben der ADA erfordere viel Zeit. Wie mehrere Befragte kleinerer NGOs (auch teils in informellen Gesprächen vor bzw. nach den Interviews) berichten, ist diese Phase aufgrund begrenzter personeller Ressourcen oft herausfordernd. Eine Person thematisiert im Interview offen, dass man als Organisation auf die Fördergelder angewiesen sei und daher Projekte so formuliere, dass sie Fördergeber möglichst gut ansprechen. Das gehe z.B. mit der Nennung verschiedenster SDGs, die eigentlich für das Projekt nur eingeschränkt relevant sind, einher. Zudem berichtet sie, es sei schwer, für gewisse Themen Förderungen zu bekommen, weshalb es nicht unüblich sei, diese in thematisch andere Anträge hineinzuschreiben, um die geplanten Tätigkeiten umsetzen zu können.

IP.: „Ich habe es nur mit einem leidvollen Blick gesagt, weil es eine, ein hoher Administrationsaufwand ist. Und teilweise, ich sage das auch kritisch zu mir selber, da, oder generell als Erkenntnis, man lebt natürlich davon, dass man Gelder bekommt. Wir leben von Projekten, die enden. Man muss sich weiter finanzieren, man möchte die Aktivitäten, die man begonnen hat, weiter finanzieren. [...] Und da [...] versucht man natürlich alle relevanten SDGs, wo man denkt, die sollte, möchte der Fördergeber hören, auch entsprechend zu nennen und einen Konnex zu zeigen, auch wenn dieser Konnex schwach ist. [...] Aber man hat manche Projekte, Ideen oder Bedarfe, für die findet man partout zu dem Zeitpunkt keinen Fördergeber. Und dann hat man ein Finanzierungsloch, das man irgendwie schließen muss. Und dann sucht man, schaut man natürlich, wie kann man eines, in einem größeren Projekt, zu einem anderen Thema, eine Sub-Komponente noch mit reinnehmen, um diese, diese Tätigkeiten weiterzuführen. Das ist, das ist nun einmal so. Aber das ist so eine, eine Logik, die, ja (...).“ (Interview Hilfswerk International, Abs. 14-16)

Auch in Bezug auf das Budget müsse der Antrag konkrete Informationen dazu enthalten, wie viel Geld in Summe beantragt wird und wofür es genau ausgegeben werden soll. Die Interviewpartner*innen berichten jedoch einstimmig, dass es während des Projektes möglich sei, Gelder umzuwidmen oder anders zu verteilen, solange die Änderungen mit der ADA abgestimmt würden. Das Gesamtbudget werde allerdings vor Projektbeginn festgelegt, was die Möglichkeiten für größere Änderungen, z.B. im

Fälle überraschend auftretender Herausforderungen, begrenze. Eine Herausforderung bei der Antragstellung liegt laut einer interviewten Person auch darin, dass immer nur ein Teil der notwendigen Finanzmittel von der ADA gestellt würden, zum Zeitpunkt der Antragstellung jedoch schon geklärt sein müsse, woher der Rest komme.

IP.: „Weil die ADA ist ja immer das Problem, also wir beantragen ein 600.000€ Projekt, 300.000€ gibt die ADA, 300.000€ müssen woanders herkommen. Und die müssen woanders hergekommen sein, bevor wir bei der ADA beantragen. Also ADA ist nicht, also das, das kann man nicht so mal machen. Weil wir eben in unserem, sozusagen, aus unseren eigenen Mitteln haben wir diese Menge an Geld nicht.“ (Interview PHASE Austria, Abs. 60)

Da die Projektträgerorganisationen im Projektverlauf auch das Verbindungsglied zu den Partner*innen in den Zielregionen darstellen, geben die Interviewpartner*innen an, in kontinuierlichem, engen Austausch mit der ADA zu stehen. Mehrere Befragte beschreiben, dass es bereits bei der Erarbeitung der Projekte regelmäßige Abstimmungen mit der ADA gegeben habe. Die Zusammenarbeit wird dabei als positiv beschrieben, die ADA fördere einen Dialog auf Augenhöhe und sei bemüht, ihre Ansprüche und Erwartungen mit jenen der Projektträgerorganisationen abzustimmen. Das ist, laut Aussagen einiger Befragter, bei anderen Fördergeber*innen, vor allem bei großen, internationalen Institutionen wie etwa der EU, nicht immer der Fall. Auch während der Umsetzung der Projekte funktioniere die Zusammenarbeit gut, da es immer direkte Ansprechpartner*innen gebe, an die sich Projektverantwortliche wenden können. In Abstimmung mit diesen finden den Interviewpartner*innen zufolge auch inhaltliche und finanzielle Adaptierungen während der Projektlaufzeit statt. Wie viel Kontakt letztlich zur ADA besteht, hängt daher, wie ein*e Befragte*r betont, nicht zuletzt von den Änderungen durch im Projekt auftretende Probleme und Herausforderungen ab. Solange diese jedoch argumentativ begründet werden können, wird die ADA dabei als sehr flexibel und entgegenkommend beschrieben.

IP.: „Im Fall von der ADA funktioniert es eigentlich auch sehr gut, sind sicher ein Positivbeispiel, weil es, die ADA sehr einen Dialog fördert mit den österreichischen NGOs. Und das Rahmenprogramm, im Rahmen dessen wir jetzt dieses Projekt durchführen, ist entstanden aus einem Dialog, wo man sich trifft, wo man schaut, was adaptiert werden muss, was dem Fördergeber wichtig ist und was unseren NGOs oder unserer NGO wichtig war. Das funktioniert aber nicht immer so.“ (Interview Hilfswerk International, Abs. 14)

IP.: „Aber sie sind grundsätzlich total offen, weil sie ja eh wissen, dass es ganz oft nicht so ist, wie wir es halt planen. Weil es ist eine Planung. Genauso beim Budget, da müssen wir auch teilweise dann

umschichten. Und da sind sie auch eigentlich recht ok, also das ist schon... Ich glaube es könnte viel schlimmer sein, bei anderen Geldgebern.“ (Interview Caritas Österreich, Abs. 46)

Ein*e Interviewpartner*in berichtet auch von ADA-geleiteten Austauschveranstaltungen, in denen Projektorganisationen, die ihre Projekte in Form von Rahmenprogrammen umsetzen, in regelmäßigen Abständen zusammenkommen, um zu diskutieren und sich zu vernetzen. Das scheint aber nicht für alle Projektformen Standard zu sein, wie der Wunsch einer anderen Person zeigt:

IP.: *„Wenn sie zum Beispiel ein Projektthema haben wie FGM, wäre super, wenn es so Austausch-Geschichten gäbe, unter den jeweiligen anderen Projekt-, also mit den jeweiligen anderen Projektnehmerinnen. Das man sagt, nach der ersten Runde, nach den ersten zwei Jahren oder so: ‚He, das funktioniert gut bei uns, das funktioniert überhaupt nicht. Wie schaut es denn bei euch aus?‘ [...] Und, also wenn es die ADA machen würde als Geldgeberin, dann würden sich die Leute auch, dann würden die Leute auch drüber reden müssen, ja.“ (Interview Caritas Österreich, Abs. 52)*

Während die Erarbeitung der Projekte von fast allen Befragten als Aufgabe der Projektträgerorganisation beschrieben wird, berichtet eine Person von Situationen, in der die ADA auf Projekthinhalte und -maßnahmen Einfluss genommen habe. Die betreffende Person hat das Projekt zwar erst kurz nach dessen Beginn übernommen, berichtet aber, dass die ADA die Fortsetzung eines früheren Projekts zum selben Thema forciert habe, da dieses der damaligen Außenministerin ein Anliegen gewesen sei. Während es dadurch laut Interviewpartner*in zwar erstmals mehr finanzielle Ressourcen für das Thema gegeben habe, habe das aber auch dazu geführt, dass auf Wunsch der ADA eine Projektkomponente inkludiert wurde, die in der Praxis kaum umsetzbar sei. Konkret geht es hierbei um eine Kooperation mit einem Krankenhaus, das FGM-Rückoperationen durchführt. Dieses Angebot werde aber in der Zielregion nicht in Anspruch genommen, weil den Betroffenen die Möglichkeit oder das Interesse daran fehle.

IP.: *„Ich weiß nur, die ADA wollte unbedingt ein, ein Fortsetzungsprojekt auch haben, weil ihnen das FGM-Thema einfach wichtig war. Das war die ehemalige Außenministerin, die [Name der Ministerin], die das unbedingt damals forciert hat. Was ja eine gute Idee ist... Ja, bei ein paar Punkten tun wir uns schwer, zum Beispiel so dass, dass es so Rückoperationen geben soll oder so. Und das findet de facto nicht statt. Also wir haben auch so eine Komponente da drinnen, die einfach schwierig umzusetzen ist, weil es die Frauen nicht machen. [...]“* **I.:** *„Und diese Komponente steht aber drin, weil es von der ADA forciert wurde? Weil Sie gerade angeschnitten haben, dass das ein Wunsch...“* **IP.:** *„Ja, genau, genau. [...] das war von der ADA anscheinend gewünscht, habe ich von den Kolleginnen gehört, dass es da unbedingt eine Kooperation geben soll.“ (Interview Caritas Österreich, Abs. 24-26)*

Ob und wie die Einhaltung der im Förderantrag festgelegten Projektbausteine und Vorgaben seitens der ADA kontrolliert wird, scheint einerseits von der Projektform abhängig zu sein, andererseits berichten auch Verantwortliche von Projekten mit ähnlichem Umfang von verschiedenen Abläufen. Es zeigt sich wieder der Sonderstatus der Wirtschaftspartnerschaftsprojekte, bei denen jedes Halbjahr inhaltliche und finanzielle Zwischenberichte und jedes Jahr eine Wirtschaftsprüfung vorgeschrieben sind. Das liegt auch daran, dass die Unternehmen wie beschrieben die finanziellen Ausgaben vorstrecken und erst nach Prüfung dieser Berichte refundiert bekommen. Während es in den finanziellen Berichten vor allem darum geht, entstandene Kosten darzustellen und zu rechtfertigen, umfassen die inhaltlichen Berichte primär die Beschreibung der Aktivitäten. Nach Abschluss der Projekte ist zudem eine Evaluierung des Gesamtprojektes vorgesehen. Analog dazu berichten die Verantwortlichen der NGO-Projekte von narrativen und finanziellen Zwischenberichten, in denen der ADA über Aktivitäten, davon begünstigte Personen oder die Zusammenarbeit mit anderen Organisationen berichtet werden müsse. Die Häufigkeit bzw. die zeitlichen Abstände scheinen zu variieren, manche berichten von jährlichen Berichten, andere von nur einem Zwischenbericht zur Halbzeit der Projekte. Generell werden die Zwischenberichte als sehr umfassend und ins Detail gehend beschrieben, da jede Projektausgabe gerechtfertigt, jede begünstigte Person angeführt und jede Maßnahme beschrieben werden müsse.

IP.: „Das Ding hat dann schon mal 25-35 Seiten. [...] sehr umfangreich, diese jährliche narrative Berichtslegung. Und zusätzlich dazu die gesamte finanzielle Berichtslegung. Also man muss ja natürlich - in Klammern: Fragezeichen - jede Projektausgabe rechtfertigen. Und sei es der, das Häferl vom Kaffee.“ (Interview Hilfswerk International, Abs. 38)

Zur Messung erzielter Erfolge werden die im Antrag festgelegten Ziele und Indikatoren herangezogen, wobei die Befragten vor allem quantifizierbare Faktoren wie die Zahl der geschulten Personen oder durchgeführten Workshops nennen. Damit spielen die SDGs nur dann eine Rolle, wenn sie im Antrag bei den Indikatoren oder Zielen erwähnt wurden. Inhaltliche Aspekte, wie etwa in Schulungen vermittelte Inhalte, werden nicht von der ADA geprüft. Gewisse Bereiche ließen sich aber ohnehin schwer evaluieren, zudem sei nicht immer eindeutig, welche Veränderungen sich tatsächlich (alleinig) auf die Projekte zurückführen ließen.

IP.: „Mit dem Outcome ist das sowieso immer so eine Sache. Wie misst man die Wirkung von Projekten? Kann man die eindeutig, ohne Kontrollgruppe und so weiter, wirklich dem Projekt zuschreiben.“ (Interview Hilfswerk International, Abs. 16)

Auch hinsichtlich der Evaluierungen der NGO-geführten Projekte zeigt sich ein diverses Bild; während manche über eine geplante finale Evaluation berichten, ist eine solche bei anderen Projekten noch

nicht sicher. Das liegt unter anderem daran, dass laut mehreren Befragten die Evaluierungen relativ groß angelegt und von externen Institutionen durchgeführt werden müssen, womit erhebliche Kosten verbunden seien. Zwischenevaluationen sind von der ADA kaum vorgesehen, eine Befragte berichtet aber von Monitoring-Besuchen, bei denen auch zusammen mit der verantwortlichen ADA-Kontaktperson die Zielregionen und Projekteinrichtungen besucht worden seien.

IP.: „Wissen wir noch nicht genau, was das heißt, weil Evaluation immer für die ADA ein relativ großes Ding ist. Und eben so Sachen müssen wir auch absprechen mit der ADA. Ist das eine Evaluierung mit oder ist das nur so ein [...] interner Zwischenbericht, der dann nicht Evaluierung heißt. Das müssen wir erst auch, das müssen wir erst absprechen mit ihnen.“ (Interview Caritas Österreich, Abs. 48)

IP.: „Zusätzlich gibt es noch Monitoring-Besuche von der ADA, also eine Dame von der ADA, unsere direkte Ansprechperson, hat uns schon besucht in Georgien für eine Woche.“ (Interview Hilfswerk International, Abs. 36)

Wie die Interviews zeigen, loben die Befragten zwar die Zusammenarbeit mit der ADA, betonen aber auch den dabei entstehenden, hohen administrativen Aufwand. Die Auffassungen darüber, wie detailliert einzelne Bereiche der Förderanträge ausformuliert und argumentiert sein müssen, unterscheiden sich ebenso wie Aussagen zur Evaluierung der Projekte und zu einzureichenden Zwischenberichten. Nur bei den Wirtschaftspartnerschaften scheint es von Anfang an festgelegte, einheitliche Vorgaben zu geben.

7.2.4 Kategorie „Umsetzung der Projekte“

Da Informationen zur Projektrealisierung den größten Teil der Interviews ausmachen, werden Daten zu den Aus-, Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen des Gesundheitsfachpersonals sowie zur Zusammenarbeit mit den Partner*innen vor Ort anschließend in eigenen Kategorien präsentiert. Dieser Hauptkategorie zugeordnet sind die Subkategorien „Projektträgerorganisationen (Aufgaben und Charakteristika)“, „Herausforderungen und Änderungen im Projektverlauf“ sowie „Projekterfolge“. Die ihnen zugehörigen Daten verdeutlichen dabei die zentrale Position, die die interviewten Projektverantwortlichen als Mittler*innen zwischen der ADA und den Partner*innen in den Zielregionen einnehmen. Gleichzeitig verweisen sie aber auch auf verschiedenste Herausforderungen, die den Projektverlauf beeinflussen.

Von den sechs NGOs und zwei Unternehmen als Projektträgerorganisationen hatte nur ein Unternehmen vor dem untersuchten Projekt keine Erfahrung im EZA-Bereich. Zudem war nur eine Projektträgerorganisation vor Projektbeginn nicht im Zielland aktiv, in allen anderen Fällen handelt es sich z.B. um Schwerpunktländer der Organisationen oder es gab bereits seit mehreren Jahren wirtschaftliches oder zivilgesellschaftliches Engagement in der Region.

IP.: „Und Armenien zählt eben zu einem Schwerpunktland, von, von unserer internationalen Arbeit. Das heißt, da ist es zentral, wir können, also wir haben das Schwerpunktland, wir haben das inhaltliche Fachwissen, und wir haben einen Partner, das Armenische Rote Kreuz, das sich in diese Richtung weiterentwickeln will.“ (Interview Österreichisches Rotes Kreuz, Abs. 24)

IP.: „Und das ist das Feld, worin wir aktiv sind im Bereich der Hörgesundheit. Und [...] insbesondere in Ländern mit wenigen Ressourcen oder Entwicklungsländern ist MED-EL auch sehr stark aktiv seit Jahren schon. Insbesondere auch in den afrikanischen Ländern.“ (Interview MED-EL, Abs. 8)

Als Trägerorganisation und offizielle Projektpartner*innen der ADA sehen die Befragten sich vor allem als Vermittler*innen zwischen den Partner*innen in den Zielregionen mit ihren projektspezifischen Interessen und den Vorgaben und Ansprüchen der ADA als Fördergeberin. Alle Interviewpartner*innen berichten dahingehend, ein wichtiger Teil ihrer Arbeit bestehe in der kommunikativen und administrativen Schnittstelle zwischen diesen beiden Seiten. So sind sie z.B. dafür zuständig zu kommunizieren, welche Maßnahmen (nicht) förderbar sind, oder die Anträge und Berichte den Vorgaben der ADA entsprechend zu formulieren. Zusätzlich zur Mittlerrolle beschreiben die Projektverantwortlichen ihre Beratungsfunktion in den Projekten. So berichtet etwa eine Person, dass sie eine Expert*innenrolle im Projekt einnehme, aber auch dafür verantwortlich sei, Reflexionsprozesse anzuregen und Prozesse kritisch zu hinterfragen. Eine andere erwähnt regelmäßige Planungs- und Austauschtreffen, für deren Management und Koordination sie zuständig sei. Für die tatsächliche Implementierung der Projekte sehen die Befragten ihre Organisation nicht zuständig, dies sei Aufgabe der Partner*innen vor Ort. Vereinzelt wird von Besuchen in den Projektregionen zur Sicherstellung der erfolgreichen Implementierung oder von internen Evaluierungen durch Expert*innen aus den eigenen Reihen, die in den Projektregion Maßnahmen bewertet und Empfehlungen für den weiteren Projektverlauf erarbeitet hätten, berichtet.

IP.: „Also wir, wir fahren maximal einmal im Jahr in die Projektgebiete und schauen uns das an. Aber ich meine letzten Endes, also die, die gesamte Projektimplementierung, -abwicklung, -supervision, et cetera liegt bei PHASE Nepal.“ (Interview PHASE Austria, Abs. 38)

IP.: „Wir unterstützen und konsultieren mehr, beraten mehr. Also haben mehr so eine Expertenrolle, würde ich jetzt mal sagen. [...] Also ein bisschen so die hinterfragende Rolle, die ein bisschen externe Brille einnehmende Rolle. [...] Aber diese Rolle nehmen wir aktiv wahr. Also dieses kritische Reflektieren, Hinterfragen: ‚Sind wir auf dem richtigen Weg? Passt es zu dem, was wir unserem Fördergeber versprochen haben?‘“ (Interview Hilfswerk International, Abs. 28)

Alle Befragten berichten, dass inhaltliche, aber auch budgetäre oder personelle Anpassungen und Veränderungen im Projektverlauf die Norm seien. Auslöser dafür seien etwa Naturkatastrophen,

politische Entwicklungen in den Zielregionen oder Herausforderungen bei der Zusammenarbeit mit lokalen Communities. So berichten die Interviewpartner*innen z.B., dass Erdbeben, Überflutungen und nicht zuletzt die Corona-Pandemie zu massiven Herausforderungen und Verzögerungen in den Projekten geführt bzw. erzielte Erfolge wieder zunichtegemacht hätten. Zudem hätten diese Änderungen das Budget beeinflusst, durch die Verzögerungen sei es teilweise zu Kapazitätsproblemen gekommen. Ähnlich wird über politische Entwicklungen, wie etwa Arbeitsverbote für weibliche Mitarbeiterinnen, berichtet, die die Projektumsetzung gebremst und Änderungen erforderlich gemacht hätten. Auch die Zusammenarbeit mit politischen Entscheidungsträger*innen bzw. mit lokalen Meinungsführer*innen sei teilweise herausfordernd gewesen und habe Umstrukturierungen oder Anpassungen notwendig gemacht.

IP.: „Und gleich darauf im Jänner gab es zwei mittelschwere Erdbeben auch im Projektgebiet. Mit auch wieder entsprechenden Zerstörungen. Ja, ich meine, das, das Problem, das man in diesen Projekten hat, ich meine die, die Budgetmittel sind halt fix, die kann man nicht verändern. Und für solche, für solche Ereignisse kann man eigentlich keine, keine contingency einbauen, weil da bräuchte man dann wieder zehntausende Euro mehr.“ (Interview PHASE Austria, Abs. 50)

IP.: „Das andere war in die religiösen Communities reinzukommen, also zu den, zu den religiösen Meinungsführern vorzustoßen. Das hat sich als weitaus langwieriger herausgestellt, schwieriger Prozess gewesen.“ (Interview Make Me Smile International, Abs. 38)

Häufig sei aber auch im Projektverlauf klargeworden, dass manche Maßnahmen nicht umsetzbar waren, während sich andere als für einen erfolgreichen Projektverlauf notwendig erwiesen. Mehrere Interviewpartner*innen nennen dahingehend z.B., dass erforderliche Strukturen für gewisse Maßnahmen erst geschaffen werden mussten oder weitere Aktivitäten zu bestimmten Themen für ein Erreichen der Projektziele notwendig wurden. Als Herausforderungen für diese Adaptionen nennen die Befragten die begrenzten Budgetmittel, die die Möglichkeiten für Anpassungen teils stark beschränken und Einsparungen bei anderen Komponenten notwendig machen, sowie kurze Projektlaufzeiten, durch die sich Verzögerungen besonders folgeschwer auswirken. Die Auswirkungen dieser Adaptierungen und Änderungen auf das Erreichen der Projektziele oder auf den Beitrag der Projekte zu den in die Anträge inkludierten SDGs thematisiert niemand der Befragten.

IP.: „Und dann hat man im Projekt [...] ein Betrag Fix-Euro budgetiert, weil man davon ausgeht, die Gebäude, die die Gemeinden zur Verfügung stellen, sind nicht desolat. Und alles, was die Gemeinde findet, ist ein desolates Gebäude und dann explodieren [...] die Renovierungskosten zum Beispiel. Also das muss man, hilft ja nichts. Man braucht ja ein Gebäude, um vor Ort tätig zu sein, sprich man muss

hier um-budgetieren. Gleichzeitig COVID, Kriegsausbruch Ukraine, Inflation. Alle Kosten explodieren.“
(Interview Hilfswerk International, Abs. 34)

IP.: „Da stoßen wir aber in Geo-, in Bosnien aber schon an die Grenzen, weil für alles andere [...] also Heimhilfe war relativ einfach jetzt einzuführen. Alles, was an höheren medizinischen Leistungen, wenn man daran denkt, eckt man an bei Erfordernissen, lokalen Erfordernissen und Regularien. Und da braucht es einen längeren Atem, um Lobbying-Arbeit zu betreiben, dass man dann bestehende Curricula, von nurses zum Beispiel, adaptiert. Demnach, in unserem Projekt momentan, sind wir auf der Stufe der Heimhelferinnen und Heimhelfer in Bosnien verblieben.“ (Interview Hilfswerk International, Abs. 4)

In einem Fall berichtet eine Befragte auch, dass durch verstärkte Zusammenarbeit mit anderen in der Zielregion aktiven NGOs Änderungen am Projekt vorgenommen werden mussten. Diese Kooperation habe zwar große Fortschritte im Sinne des Projektes ermöglicht, die Qualität der Zusammenarbeit sei aber ausbaufähig gewesen:

IP.: „Und glücklicherweise, während unser Projekt lief und noch immer läuft, gab es eine neue Initiative von [Name der Organisation] geführt, wo man gesagt hat, man möchte Standards für Heimhilfe, mobile Pflege einführen. Und trotz vieler Querelen, die es gibt, weil es ja viele Anbieter gibt, sprich auch Wettbewerb, ist es dieser Initiative gelungen, alle Anbieter an einen Tisch zu bringen in einer Arbeitsgruppe unter dem Gesundheits- und Sozialministerium. [...] Der Prozess war jetzt nicht der trans-, transparenteste und partizipativste, wurde eher durchgepeitscht das Programm. Aber es sind Standards verabschiedet worden mit Jänner diesen Jahres [...]. Und diese Standards schaffen viel mehr professionelle Qualität, als es nur die Ausbildung betrifft.“ (Interview Hilfswerk International, Abs. 4)

Äußerungen der Befragten zu ersten Erfolgen in den Projektregionen fokussieren vor allem auf erkennbaren Anzeichen für gesellschaftlichen Wandel oder betonen anhand von Beispielen die bei der Aus- und Fortbildung von Gesundheitsfachkräften erzielten Fortschritte. Die in den Anträgen festgelegten Ziele werden dabei kaum beachtet, ebenso werden auch die mit den Projekten in Verbindung stehenden SDGs in diesem Zusammenhang von keiner der Interviewpartner*innen thematisiert. Mehrere Befragte nennen etwa gesteigertes Wissen über bestimmte gesundheitsspezifische Themen oder erhöhtes Bewusstsein der Bevölkerung als Erfolge, die sich bereits während der Projektlaufzeit gezeigt hätten. Gemessen werden diese Erfolge z.B. über die Anzahl der Personen, die über Projektmaßnahmen erreicht werden konnten. Eine Person berichtet zudem von Rückgängen bei Teenager-Schwangerschaften oder bei HIV-positiven Personen, wobei sie, wie auch ein*e andere*r Interviewpartner*in, anmerkt, dass derartige Ergebnisse nicht zwingend (vollständig) auf die eigenen Aktivitäten zurückgeführt werden können.

IP.: „[...] also wir haben einen ziemlich heftigen Rückgang bei den, bei den Jugendlichen-Schwangerschaften verzeichnen konnten in den Schulen, wo wir aktiv waren. Dann gibt es, allgemein in der Region ist die HIV-Prävalenz um vier Prozent gefallen in den sechs Jahren. Das ist nicht alleine an uns, ja, das ist, dass muss auch klar sein.“ (Interview Make Me Smile International, Abs. 40)

IP.: „Mit dem Outcome ist das sowieso immer so eine Sache. Wie misst man die Wirkung von Projekten? Kann man die eindeutig, ohne Kontrollgruppe und so weiter, wirklich dem Projekt zuschreiben?“ (Interview Hilfswerk International, Abs. 16)

Ansonsten wird vor allem über Erfolge bei der Etablierung von Aus- und Weiterbildungsstrukturen berichtet. So konnten im Rahmen einiger Projekte Ausbildungskapazitäten geschaffen oder ganze Berufsausbildungen etabliert werden, teilweise wurden bereits erste Fachkräfte fertig ausgebildet. In anderen Projekten konnten Ausbildungsmodule in bestehende nationale Curricula integriert oder Qualitätsstandards für die Versorgung von Patient*innen und die Ausbildung von Fachkräften in Kooperation mit staatlichen Institutionen und anderen Akteur*innen der Region definiert werden. Im Sinne der Nachhaltigkeit dieser Erfolge berichten zwei Interviewpartner*innen, dass auch die Finanzierung dieser Ausbildungsinstitutionen bzw. des fertig ausgebildeten Fachpersonals lokal verankert werden konnte, und in einem Fall sogar zur Bildung einer Expert*innengruppe geführt habe.

IP.: „Aber es sind Standards verabschiedet worden [...]. Und diese Standards schaffen viel mehr professionelle Qualität als es nur die Ausbildung betrifft. Also es, einerseits wird festgeschrieben, welche professionellen Gruppen es braucht, nicht nur Heimhilfen, sondern auch nurses, Assistenten, technisches Personal. Es wird auch festgeschrieben, wie der Schlüssel ist, zwischen wie viel, wie viel Kundinnen und Kunden soll eine bestimmte Fachgruppe maximal in einem Monat bearbeiten? Was sind qualitative, was sind fachliche Kriterien, die diese Personen, oder Tätigkeitskriterien, die diese Personen erfüllen dürfen?“ (Interview Hilfswerk International, Abs. 4)

IP.: „[...] und das ist eigentlich eine großartige Erfolgsgeschichte in der Elfenbeinküste, [...] aufgrund des Otologie-Ausbildungsprogrammes und dieser installierten Trainingsstationen hat sich dann eine Otologie-Trainings-, eine Otologie-Expertengruppe formiert, in der Elfenbeinküste, von der HNO-Gesellschaft, von der ivoirianischen HNO-Gesellschaft. Und die fungieren jetzt als Formation, als lokale, in der französischsprachigen Region anerkannte Ausbildungsinstitution.“ (Interview MED-EL, Abs. 48)

Es zeigt sich abermals, dass die Projektverantwortlichen sich vor allem in einer Mittlerposition sehen, in der sie einerseits den Kontakt mit den lokalen Partner*innen und der ADA als Fördergeberin halten, und andererseits Projekthalte so formulieren, dass eine Förderung möglich ist. Bei der Umsetzung sind Herausforderungen verschiedenster Art die Norm, die dann Anpassungen und Änderungen von den Projektmaßnahmen notwendig machen. Bereits während der Umsetzung erkennen die

Projektverantwortlichen erste Erfolge, die sich aber von den in den Förderanträgen festgelegten, eher quantitativen Evaluationskriterien und Projektzielen unterscheiden.

7.2.5 Kategorie „Aus-, Fort- und Weiterbildung von Gesundheitsfachpersonal“

Die Daten der Subkategorien „Format der Bildungsangebote“, „Zielgruppen der Maßnahmen“ und „Ausbildungsinhalte und Leitlinien“ umfassend zeigt sich bei dieser Hauptkategorie, dass die Projekte nur in seltenen Fällen Ausbildungsstrukturen schaffen, sondern meist auf die Qualifizierung bereits bestehenden Personals ausgerichtet sind. Die thematischen Schwerpunkte und Zielgruppen der Bildungsangebote variieren dabei je nach Projekt stark.

Insgesamt zeigt sich, dass die Formate der umgesetzten Bildungsmaßnahmen für Gesundheitsfachkräfte von niederschwellig angelegten, einmaligen Schulungen oder Trainings bis zu Lehrgängen auf universitärer Ebene reichen. Am häufigsten beschrieben werden Workshops oder Vorträge, in denen lokales Personal schwerpunktmäßig zu bestimmten Themen geschult wird. Vor allem die Vertreter*innen kleinerer NGOs berichten in den Interviews, dass vorrangig niederschwellige Weiterbildungen, z.B. in Form praktischer Trainings oder theoretischer Fortbildungen, umgesetzt würden. Gehalten werden diese meist von lokalen Expert*innen, in wenigen Fällen wird berichtet, dass vereinzelt auch Lektor*innen über die Trägerorganisation hinzugezogen werden. Besonders die Vertreter*innen der Wirtschaftspartnerschaften berichten aber auch von höheren Aus- und Weiterbildungen, die im Rahmen der Projekte etabliert und implementiert wurden. Dabei zielen die Projekte z.B. auf die Schaffung mehrstufiger Kurssysteme, universitärer Lehrgänge oder postgradualer Weiterbildungen ab. In einem Fall wurde auch ein Ausbildungssystem etabliert, über das zukünftige Trainer*innen für das Feld ausgebildet werden. Beschrieben wird dahingehend aber auch, dass diese Komponenten in der Umsetzung nicht nur deutlich komplexer seien, sondern auch besonders viel zeitliche, personelle und materielle Ressourcen in Anspruch nähmen.

IP.: „Und dann geht es wirklich darum, theoretisches und praktisches knowledge und skills für health professionals and project staff zu anzubieten. Und da gab es zum Beispiel jetzt im ersten Jahr ein Drei-Tages-Training über die gesundheitlichen und, und psychosozialen Impacts, Folgen, von FGM. Da sind 39 health professionals zum Beispiel trainiert worden [...]“ (Interview Caritas Österreich, Abs. 8)

IP.: „Und das hängt einfach damit zusammen, [...] dass wir eigentlich jetzt drei knackige Jahre Zeit haben für die Implementierung. Und drei Jahre klingt vielleicht viel, aber sind für 14 Jahre [Anm.: gemeint sind 14 Länder] und für die Maßnahmenpakete, die wir im Antrag festgelegt haben, ist das wirklich nicht viel. [...] Wie Etablierung von Bachelorprogrammen an den Universitäten. Solche Projekte brauchen einfach länger als drei Jahre, bis man diesen ganzen Curriculum-Prozess und so weiter einfach durch hat.“ (Interview MED-EL, Abs. 42)

Der Großteil dieser Bildungsmaßnahmen fokussiert auf bestehende Gesundheitsfachkräfte, deren Kapazitäten und Kompetenzen dadurch gestärkt und erweitert werden sollen. Nur in einem Fall wird davon berichtet, dass Personal komplett neu ausgebildet wurde. Bei jenen Projektkomponenten mit niederschwelligen Bildungsangeboten zu Gesundheitsthemen stehen neben Fachkräften auch Familien und sogenannte Multiplikator*innen im Zentrum. Dabei handelt es sich meist um lokale Freiwillige, die zu verschiedenen Themen geschult werden und durch ihren direkten Zugang zur Bevölkerung das Erlernte weitergeben sollen.

IP.: *„Es gibt die sogenannten female community health volunteers [...]. Wo eben Frauen aus den Dörfern [...] quasi die Gesundheitsversorgung unterstützen, indem sie zum Beispiel bei Impfkampagnen helfen oder eben als erste Anlaufstelle fungieren. Und da ist ein sehr starker Fokus bei uns, diese Frauen irgendwie besser zu befähigen, als diese erste Anlaufstelle zu fungieren. Und sie eben über alles Mögliche, von eben Schwangerenvorsorge, Ernährung, Abstillnahrung, bis hin zu Kinderrechten und Frauenrechten aufzuklären.“* (Interview PHASE Austria, Abs. 24)

Bei den Themen und Inhalten der Aus- und Weiterbildungskomponenten zeigt sich insofern ein sehr diverses Bild, als dass diese meist eng an die jeweiligen Schwerpunkte der Projekte anknüpfen. So stehen abhängig von den jeweiligen Projektzielen beispielsweise die Themen Verhütung, Infektionskrankheiten oder Mangel- und Unterernährung im Fokus. Laut den Befragten geht es auch bei kürzeren Workshops nicht nur um die Versorgung der Betroffenen. Stattdessen sei auch das Assessment von Patient*innen oder Wissen zu Langzeitfolgen von Krankheitsbildern und zu Präventionsmaßnahmen zentral. Zudem berichten mehrere Interviewpartner*innen über Schulungen zur Verwendung medizinischer Geräte oder Hilfsmittel. Bei den Gruppen, die im nächsten Schritt von dieser verbesserten Aus- und Weiterbildung des Gesundheitsfachpersonals profitieren sollen, handelt es sich, sofern nicht die verbesserte Versorgung der Gesamtbevölkerung im Zentrum steht, vor allem um vulnerable Teile der Gesellschaft. Genannt werden beispielsweise Frauen bzw. Schwangere, Kleinkinder oder alte Menschen.

IP.: *„Und im Rahmen von unseren Ausbildungsprogrammen versuchen wir eben individuelle Trainingskomponenten zu definieren und diese dann zu implementieren genau für diese verschiedenen Zielgruppen. Beispielsweise arbeiten wir im Rahmen von den [...] newborn-hearing-screening-Projekten, bilden wir Hebammen und Krankenpfleger aus. Ebene im Bereich: Was ist Hörverlust? Was sind die Symptome? Wie äußert sich das? Was sind die Konsequenzen? [...] Wie wird ein Hörtest durchgeführt? Welche verschiedenen Arten von Hörtests gibt es? Welche werden wann angewandt? Wie erfolgt eine Diagnose? Wie soll die Kommunikation mit den Eltern erfolgen und was ist die Strategie dabei?“* (Interview MED-EL, Abs. 22)

IP.: „Und, und in ganz Europa ist prinzipiell diese, diese alternde Bevölkerung eigentlich eine Herausforderung, weil viele Systeme einfach noch nicht soweit sind, dass sie das abfedern können. [...] Also es ist wirklich so, dass in, in ländlichen Gebieten dann die alten Menschen zurückbleiben und total auf sich selbst gestellt sind.“ (Interview Österreichisches Rotes Kreuz, Abs. 24)

Auch in Hinblick auf die Leitlinien für Schulungen und Kurse zeigen sich große Unterschiede. Vier Interviewpartner*innen geben an, sich an von der WHO für den jeweiligen Bereich herausgegebenen Standards zu orientieren, auf die SDGs oder UHC nimmt jedoch niemand Bezug. Eine Person berichtet, dass österreichische Richtlinien und Curricula übernommen wurden, in einem anderen Fall wurden Standards europäischer Länder herangezogen. In den übrigen zwei Fällen geben die Interviewpartner*innen an, dass für die Erarbeitung der Ausbildungsinhalte national geltende Leitlinien verwendet wurden.

IP.: „[...] prinzipiell ist das gesamte inhaltliche Programm der hearing healthcare alliance abgestimmt, beziehungsweise angelehnt, an der Weltgesundheitsorganisation. Dort gibt es eben eine Sektion für disabilities, speziell für hearing loss. Und [...] diese Maßnahmen oder diese recommendations der WHO heißen eben hearing recommendation und inhaltlich ist die hearing healthcare alliance auf diese Empfehlungen der WHO abgestimmt prinzipiell.“ (Interview MED-EL, Abs. 26)

IP.: „Und angelehnt ist das Ganze, an das österreichische Curriculum. [...] Und es wurde dann der Schluss gezogen, dass man das für Bosnien das tatsächlich so macht, wie es in Österreich angeboten wird. In diesem vollen Umfang von 434 Ausbildungsstunden Theorie und Praxis. Auch mit dem Argument, dass in Bosnien und Herzegowina Österreich als Qualitätsmerkmal zieht [...].“ (Interview Hilfswerk International, Abs. 4)

Wie die Ergebnisse zeigen, werden die meisten Bildungsmaßnahmen in Form kürzerer Schulungen oder Workshops durchgeführt, vereinzelt wurden aber auch höherwertige Ausbildungen zur (weiteren) beruflichen Qualifizierung etabliert. Die Mehrheit der Kurse richtet sich an bereits ausgebildetes Personal, von dessen besserer Qualifizierung besonders vulnerablere Gruppen profitieren sollen. Als Standards dienen teilweise von der WHO veröffentlichte Leitlinien, manche Projekte orientieren sich aber auch an österreichischen oder in den Projektregionen geltenden, nationalen Richtlinien.

7.2.6 Kategorie „Partnerorganisationen in den Zielregionen“

Für die Implementierung der Projekte arbeiten alle Trägerorganisationen mit einer oder mehreren in den Zielregionen ansässigen Partnerorganisationen zusammen. Um alle relevanten Dimensionen der Zusammenarbeit zu erheben, umfasst diese Kategorie die Daten der Subkategorien „Charakteristika lokaler Partner*innen“, „Aufgaben lokaler Partner*innen“, „Einflussnahme lokaler Partner*innen auf

die Maßnahmen“ und „Herausforderungen bei der Zusammenarbeit“. Die Äußerungen der Interviewpartner*innen heben dabei hervor, dass den Partnerorganisationen in den Zielregionen nicht nur die Hauptverantwortung bei der Umsetzung der Projekte zukommt, sondern sie bereits deren Erarbeitung und Planung maßgeblich beeinflussen.

Bezüglich der in den Zielregionen für die Implementierung der Projekte zuständigen Partner*innen geben alle Befragten übereinstimmend an, mit lokal anerkannten, nicht gewinnorientierten Organisationen zusammenzuarbeiten. Betont wird zudem, dass diese mit vor Ort lebenden Arbeitskräften arbeiten, was wichtig für die Inklusion lokaler Perspektiven sei. Bezüglich der Hintergründe dieser Partnerorganisationen zeigt sich, dass manche Trägerorganisationen auch in den Zielländern ansässige Teilorganisationen haben, mit denen sie kooperieren, während der Rest mit anderen Organisationen zusammenarbeitet. Konkret berichten vier Interviewpartner*innen über nationale Teilorganisationen der eigenen Organisation als Implementierungspartner*innen. In einem weiteren Fall wurde für das Projekt vor Ort extra ein der eigenen Organisation angehöriger Verein gegründet.

IP.: „Und diese Implementierungsorganisationen sind immer unabhängige und nicht auf Gewinn orientierte Organisationen, sondern Organisationen, die einfach thematisch diese Implementierungen vornehmen können und auch von dem jeweiligen Land oder staatlichen Behörden offiziell anerkannt sind, eben in diesem Bereich tätig zu sein.“ (Interview MED-EL, Abs. 36)

IP.: „[...] vor Ort unser Partner ist Make Me Smile Kenia. Das ist eine eigene Organisation und die hat ihre eigenen Leute in den Communities drin. Die haben ein Team von, das ist mittlerweile ein Team von 100 Angestellten, und 800, 900 [...] community volunteers. [...], die dann in den Communities drinnen sind und dort die Leute betreuen und mit denen arbeiten.“ (Interview Make Me Smile International, Abs. 46)

Je nach Größe des Projektes berichten die Befragten von unterschiedlich vielen Partner*innen. So arbeiten z.B. die Unternehmen in Wirtschaftspartnerschaften mit zahlreichen verschiedenen Organisationen zusammen, eine davon auch in mehreren Ländern. Sofern die Trägerorganisationen keine lokale Repräsentanz vor Ort haben, handelt es sich bei den Partner*innen z.B. um Universitäten, Fachgesellschaften aus dem Gesundheits- und Sozialbereich, NGOs oder religiös-karitative Vereinigungen.

IP.: „Also der Projektpartner ist bei uns die, die Diözese Meki, das ist einfach eine katholische Diözese [...] südlich von, von Addis Abeba.“ (Interview Caritas Österreich, Abs. 4)

IP.: „Wir haben einen educational partner mit dem IHM. Das IHM übernimmt vorwiegend die Kommunikation als nonprofit organisation. [...] Also sowohl das Lincoln University College als auch die

malaysische Wundgesellschaft als auch der malaysische Rote Halbmond haben in einem Projekt ihre Aufgaben und erfüllen diese...“ (Interview Lohmann & Rauscher, Abs. 40)

Alle Befragten sind sich darüber einig, dass die Hauptverantwortung für die Projektimplementierung bei den lokal ansässigen Partnerorganisationen liege, sie selbst seien vorrangig für organisatorische Angelegenheiten wie etwa die Kommunikation mit der ADA zuständig. Da die Partner*innen mit ihrem lokalen Personal viel besser über Bedingungen und Kontexte vor Ort Bescheid wüssten, liege die Verantwortung für projektspezifische Entscheidungen bei ihnen. Auch die Planung und Erarbeitung der Projekte wird zu einem Gutteil als Aufgabe der Partner*innen gesehen. Im Laufe der Umsetzung seien sie zudem für die Akquise von Projektteilnehmer*innen oder die Kommunikation mit beteiligten Akteur*innen sowie das Einbringen von Adaptionsideen bei auftretenden Herausforderungen zuständig. Diese führende Rolle bei der Umsetzung bewerten mehrere Befragte auch als zentral, um die Projekte zeitnah vollständig in lokale Hände zu übergeben. Für die Abwicklung der Projektförderung und zur Kontrolle des Prozesses sei es auch Aufgabe der lokalen Partner*innen, den Trägerorganisationen regelmäßig über den Projektverlauf und finanzielle Angelegenheiten Bericht zu erstatten und notwendige Anpassungen mit ihnen zu koordinieren.

IP.: *„Also was die Projekte betrifft, würde ich eben ganz generell sagen: Implementierung von A bis Z liegt bei PHASE Nepal. Was wir halt sehr stark machen, ist die Unterstützung bei Antragstellung und Berichterstattung. Aber auch da kommt natürlich die Grundlage, also die Daten, kommen von PHASE Nepal.“* (Interview PHASE Austria, Abs.38)

IP.: *„Eben World Vision Afghanistan hat sehr spezialisierte Mitarbeiter, die einfach den lokalen Kontext sehr gut kennen, die eben größtenteils selber dort aufgewachsen sind und ihr Leben dort verbracht haben. Das heißt, es ist wirklich das Team vor Ort, ist für, ich würde einmal sagen, 90% der Arbeit zuständig. Das heißt, sie haben das Projekt entworfen vom, von den inhaltlichen Schwerpunkten, und sie führen das Projekt durch.“* (Interview World Vision, Abs. 22)

Bezüglich der Planung der Projekte und der Erarbeitung der konkreten Maßnahmen geben die Befragten einstimmig an, dass die Projekthalte und -komponenten vorrangig von den lokalen Partner*innen vorgeschlagen und ausgearbeitet wurden, da sie über die notwendige Expertise und Erfahrungen verfügen würden. Mehrere Befragte bewerten die Rücksprache mit den Trägerorganisationen als wichtig, die Entscheidungsmacht über die Projektmaßnahmen liege letztendlich bei den Partnerorganisationen, solange deren Vorhaben mit den Fördervorgaben vereinbar seien. Die Entscheidungen über Projekthalte werden daher meist gemeinsam getroffen, letztlich sind die lokalen Partner*innen aber auf die Zustimmung der Projektträger angewiesen.

IP.: „Also der Prozess war jetzt nicht so, dass MED-EL hergegangen ist und sich einen Antrag überlegt hat und diesen jetzt irgendwie durchführen will. Sondern das war schon auch ein bottom-up-Prozess [...]. Also das ist mir ganz wichtig zu betonen, dass das jetzt nicht MED-EL war, die die, die sich dem inhaltlichen Programm, also den Programmpunkt überlegt hat.“ (Interview MED-EL, Abs. 38)

Während alle Interviewpartner*innen aktiv betonen, dass Projektmaßnahmen schlussendlich in Zusammenarbeit auf Augenhöhe festgelegt werden, die Vorschläge und Ideen dafür aber primär von den Projektpartner*innen vor Ort kämen, verweisen die in den Interviews beschriebenen Kontexte auch auf zwei Gegenbeispiele. In einem bereits erwähnten Fall sei der Projektschwerpunkt sowie eine konkrete Maßnahme auf Initiative der ADA in das Projekt inkludiert worden, im anderen Fall berichtet ein*e Befragte*r, dass Komponenten inkludiert wurden, die den Fördergeber*innen wichtig gewesen seien bzw. weil er*sie als Projektverantwortliche*r diese als notwendig und sinnvoll erachtet habe.

IP.: „Ich weiß, nur die ADA wollte unbedingt ein, ein Fortsetzungsprojekt auch haben, weil ihnen das FGM-Thema einfach wichtig war. [...] Und deswegen gibt es da eine Kooperation und da, das war von der ADA anscheinend gewünscht, habe ich von den Kolleginnen gehört, dass es da unbedingt eine Kooperation geben soll.“ (Interview Caritas Österreich, Abs. 24-26)

IP.: „Also zum Beispiel bei diesem Landwirtschaftsprojekt, [...] das eben zusätzlich gekommen ist, da ist das von mir ausgegangen, dass ich irgendwie diesen Zwischenbericht geschrieben habe über, für, für unseren Fördergeber. Und eben das gesehen hat, es, dass es eben nicht so funktioniert, wie an anderen Orten. Und dann eben ganz aktiv irgendwie die Förderung für landwirtschaftliche Projekte gesucht habe. Und eben vorgeschlagen habe, dass das dort gemacht wird.“ (Interview PHASE Austria, Abs. 40)

Obwohl vorwiegend positiv über die Zusammenarbeit mit den lokalen Partnerorganisationen berichtet wird, gibt es auch Schwierigkeiten, die die Kooperation und damit das Projekt belasten würden. So berichtet etwa eine Person, dass lokales Personal teilweise starkem Einfluss aus ihrem traditionell geprägten Umfeld unterliege. Bei einem anderen Projekt berichtet ein*e Befragte*r, dass der begrenzte Wille von Partner*innen, auf politischer Ebene mehr Verantwortung für die Projektfortführung und -finanzierung zu übernehmen, zu Problemen führe. Ein ähnliches Problem wird auch in einem weiteren Interview thematisiert, wo aufgrund mangelnder Motivation und Nachvollziehbarkeit der gesetzten Maßnahmen die Projektumsetzung in einem Zielland komplett gestoppt und durch ein anderes ersetzt wurde.

IP.: „Da stoßen wir aber [...] in Bosnien aber schon an die Grenzen [...]. Alles, was an höheren medizinischen Leistungen, wenn man daran denkt, eckt man an bei Erfordernissen, lokalen Erfordernissen und Regularien. Und da braucht es einen längeren Atem, um Lobbying-Arbeit zu betreiben, dass man dann bestehende Curricula, von nurses zum Beispiel, adaptiert. [...] von staatlicher

Stelle, da wird kaum Beitrag geleistet, dass die weder eine Ausbildung übernehmen als, noch eine, also tatsächlich die Kosten der Pflege.“ (Interview Hilfswerk International, Abs. 4)

IP.: *„Aber es sind natürlich, die [Anm.: das Personal] wohnen alle in den Dörfern, und sind da genauso mit aufgewachsen, wie alle anderen auch. Und tragen da natürlich auch die Idee mit, dass FGM ein Scheiß ist, aber keine Ahnung wie sehr sie da wirklich auskönnen, aus diesen ganzen...“ (Interview Caritas Österreich, Abs. 8)*

Zwei Interviewpartner*innen berichten zudem von starker Fluktuation bei den Mitarbeiter*innen der Partnerorganisationen, was die Zusammenarbeit erschwere und z.B. Wiederholungen durchgeführter Schulungen notwendig mache. Eine andere befragte Person berichtet auch von Fällen, in denen die Partnerorganisation aufgrund anderer Verpflichtungen nur begrenzte Ressourcen für das Projekt gehabt habe, wodurch Adaptionen und Planänderungen notwendig geworden seien.

IP.: *„Die sind natürlich dann von COVID anders gefordert gewesen, und hatten da natürlich andere Ressourcen... Also hatten natürlich dann keine Ressourcen, muss man auch ganz ehrlich sagen. [...] Und jetzt im Dezember hätten die ersten Nach-COVID-Kurse so richtig durchstarten sollen, dann war im Dezember die Flut. Jetzt ist gerade Südmalaysia wieder überflutet. Da gibt es akutere Sachen, die behandelt werden müssen, als sich um Kursstrukturen und Abläufe zu kümmern.“ (Interview Lohmann & Rauscher, Abs. 44)*

Die Projektverantwortlichen sehen also die lokalen Partner*innen als Hauptverantwortliche für die Implementierung der Projekte, aber auch für Entscheidung darüber, welche Maßnahmen gesetzt werden sollen. Je nach Trägerorganisation und Projektform erfolgt die Zusammenarbeit mit einer oder mehreren lokal ansässigen Partnerorganisationen, die im jeweiligen Bereich über besondere Expertise verfügen. Auch wenn die Zusammenarbeit grundsätzlich positiv beschrieben wird, werden vereinzelt auch Herausforderungen in der Zusammenarbeit, z.B. durch Personalwechsel oder mangelnde Motivation einzelner Partner*innen, thematisiert.

7.2.7 Nebenkategorie „weitere Projektmaßnahmen“

Auch wenn der Fokus der vorliegenden Arbeit auf den Projektteilen zur Aus-, Fort- und Weiterbildung von Gesundheitsfachkräften liegt, soll dennoch kurz skizziert werden, welche anderen Maßnahmen im Rahmen dieser Projekte umgesetzt werden. So beinhalten etwa mehrere Projekte Aktivitäten zur Bewusstseinsbildung oder Gesundheitserziehung von Schüler*innen oder der breiten Bevölkerung, wobei mehrfach lokale Einwohner*innen in der Funktion von Multiplikator*innen erwähnt werden. Umgesetzt werden die Maßnahme z.B. über Straßentheater, Schulworkshops oder Radioshows. Zwei Befragte berichten zudem von der Ausgabe von Nahrungsmitteln oder Saatgut zur Verbesserung Ernährungssituation der Gesamtbevölkerung.

IP.: „Und das vierte Element ist eben Bewusstseinsbildungsmaßnahmen, so awareness raisings und Kommunikation auf verschiedenen Ebenen. Also die generelle Bevölkerung, die diversen Fachkräfte und natürlich im Endeffekt die Autoritäten und Entscheidungsträger.“ (Interview MED-EL, Abs. 20)

IP.: „Die livelihood-Komponente zielt im Prinzip auch auf Nahrungsmittelsicherheit, mehr oder weniger, ab. [...] es wird 431 Haushalten Geld zur Verfügung gestellt für Essen kaufen. Und die zweite Komponente ist, von diesem livelihood-Sektor quasi, ist mehr eine langfristige, wo eben versucht wird, die langfristige Nahrungsmittelsicherheit zu gewährleisten, durch die Ausgabe von, von Samen, durch verbesserte Anbaumethoden und so weiter.“ (Interview World Vision, Abs. 4)

Am häufigsten werden die Bildungsmaßnahmen für Gesundheitsfachkräfte mit Projektkomponenten zur sofortigen Verbesserung der Gesundheitsversorgung, wie z.B. Unterstützung bei der Finanzierung von Fachkräften, bei der Renovierung und Ausstattung benötigter Räumlichkeiten oder dem Ankauf von Medikamenten, kombiniert. In mehreren Fällen beinhalten die Projekte auch Elternberatung bzw. -schulungen, durch die die Versorgung von Kindern verbessert werden soll. Eine interviewte Person berichtet zudem von Workshops mit traditionellen Heiler*innen, um die Kompetenz- und Aufgabenbereiche zu definieren, eine weitere Person erwähnt das Anlegen eines medizinischen Permakulturgartens, worüber ebenfalls traditionelles Wissen inkludiert werden soll.

IP.: „Und zwar geht es darum, zum einen um die, quasi, nicht Ausbildung, sondern zur-Verfügung-Stellung von so mobilen Gesundheitsteams. So ein Team besteht aus einem Doktor, einer Krankenschwester, einer Hebamme, einem [...] Community-mobilizer, mehr oder weniger, und einem psychologisch geschultem Personal. [...] Und in dem Projekt werden jetzt von World Vision drei solche mobile health and nutrition teams bezahlt.“ (Interview World Vision, Abs. 4)

IP.: „Also auch da arbeitet PHASE Nepal mit diesen Gruppen zusammen, und bietet traditional healer trainings an. Also wo sie eben über häufige Probleme aufgeklärt werden und, und eben sozusagen aufgefordert werden, zu überweisen, wenn ihre, ihre, ihr Wissen nicht mehr ausreicht. Also weniger gegen sie zu arbeiten, sondern mit ihnen zu arbeiten, weil sie halt auch in den Dörfern meistens irgendwie recht wichtige Meinungsführer sind.“ (Interview PHASE Austria, Abs. 30)

8 Diskussion

Die zuvor präsentierten Forschungsergebnisse werden im Folgenden in Hinblick auf das Erkenntnisinteresse der Arbeit sowie unter Berücksichtigung der im Theoriekapitel und Literaturreview behandelten Quellen diskutiert. Ziel der anschließenden Diskussion ist dabei die Beantwortung der Forschungsfragen, indem der Einfluss der genannten Gruppen und der für sie geltenden Bedingungen auf die Umsetzung von UHC im Rahmen der untersuchten EZA-Projekte erörtert wird. Da sich bereits

bei der Präsentation der Daten besonders einflussreiche Faktoren abgezeichnet haben, treten diese in den anschließenden thematischen Unterkapiteln teilweise wiederholt auf.

Auf die Frage, wie UHC im Rahmen der untersuchten Projekte implementiert wird, lässt sich aufgrund der teilweise stark divergierenden Interviewdaten keine einheitliche Antwort geben. Eine Gemeinsamkeit, die sich jedoch abzeichnet, ist die Implementierung in allen Projekten im Sinne eines interaktiven Prozesses, wie er auch von der *Contextual Interaction Theory* (Nienhusser & Connery, 2021) beschrieben wird. Zentralen Einfluss darauf, ob bzw. wie UHC in den untersuchten Projekten umgesetzt wird, haben dabei vor allem die Mitarbeiter*innen der Projektträgerorganisationen; in ihren Handlungen und Entscheidungen werden sie jedoch maßgeblich von der Zusammenarbeit mit der ADA als Fördergeberin und den lokalen Partner*innen in den Zielregionen beeinflusst. Neben den Interessen und Ideen der Projektträgerorganisationen, der Partnerorganisationen in den Zielregionen sowie der ADA als Vertreterin der politischen Entscheidungsträger*innen wird zudem der Einfluss institutioneller Bedingungen sowie der Verfügbarkeit relevanter Informationen auf die Implementierung von UHC diskutiert.

8.1 Unbewusste Implementierung durch Informationsmangel

Ob bzw. wie UHC in den untersuchten EZA-Projekten implementiert wird, hängt den Interviewdaten zufolge maßgeblich davon ab, wie gut die an ihrer Planung und Umsetzung beteiligten Personen über UHC allgemein Bescheid wissen. Grundsätzlich zeigen die Interviews dahingehend auf, dass die Projektverantwortlichen in den meisten Fällen nur über begrenztes Wissen zu UHC verfügen und, sofern sie überhaupt mit dem Konzept vertraut sind, kaum über dessen konkrete Inhalte informiert zu sein scheinen. Wird explizit auf UHC Bezug genommen, betonen sie daher vor allem die universelle Verfügbarkeit und die Leistbarkeit bzw. den freien Zugang zu Gesundheitsdienstleistungen als wichtigsten Beitrag ihrer Projekte zum Erlangen von UHC. Damit nehmen sie zwar implizit auf die Dimension von *financial coverage* Bezug, explizit genannt werden aber weder diese Dimension noch jene der *population* bzw. *service coverage*. Während diese Informationslücke eine enorme Behinderung für die Implementierung von SDG3.8 darstellen kann, lassen die erhobenen Daten dennoch den Schluss zu, dass das mangelnde oder fehlende (Detail-)Wissen keinesfalls bedeutet, dass UHC im Rahmen der Projekte überhaupt nicht umgesetzt wird.

Trotz fehlenden Wissens über UHC bzw. mangelnden Bewusstseins über dessen Bedeutung für gesundheitsspezifische EZA-Projekte, betonen alle Interviewpartner*innen Projektkomponenten, -schwerpunkte und/oder -ziele, die zentralen Forderungen des UHC-Konzepts und seiner Dimensionen zumindest teilweise entsprechen. So beinhalten etwa alle Projekte Maßnahmen zur Verbesserung der Gesundheitsversorgung, deren Zielgruppen bislang unerreichte Bevölkerungsgruppen oder besonders vulnerable Personen sind, was auch zentraler Bestandteil der

Dimension von *population coverage* ist. Ein ähnliches Bild zeigt sich auch bei der Dimension *service coverage*, die den Fokus auf die Abdeckung aller wesentlicher Gesundheitsdienstleistungen legt. Mehrere Projekte beinhalten etwa Komponenten, durch die von der WHO als essentiell eingestufte Gesundheitsdienste zur Verfügung gestellt und gleichzeitig die Versorgungsqualität verbessert werden soll. So sind beispielsweise die im *Service Coverage Index* enthaltenen Themen reproduktive Gesundheit, Mütter-, Neugeborenen- und Kindergesundheit oder Kapazitäten und Zugang zu (Gesundheits-)diensten (UN-Generalversammlung, 2017) in der Mehrzahl der Projekte von zentraler Bedeutung. Als wesentlicher Beitrag zum Erreichen von (Teilzielen der) UHC werden sie jedoch nur in Einzelfällen in den Interviews identifiziert, weder der SCI noch die Dimension *service coverage* scheinen den Projektverantwortlichen bekannt zu sein, da sich auch auf Nachfrage nur wenige Interviewpartner*innen explizit dazu äußern.

Somit leisten die Projekte in verschiedensten Bereichen zwar wichtige Beiträge für das Erreichen von UHC, die Implementierung von SDG3.8 passiert aber größtenteils unwissentlich und wird daher von den beteiligten Akteur*innen auch nicht als Priorität angesehen. Ebenfalls durch dieses mangelnde Wissen bedingt wird auch die Bedeutung von Aus-, Fort- und Weiterbildungsmöglichkeiten für Gesundheitsfachpersonal zum Erreichen von UHC kaum reflektiert. Gleichzeitig zeigen die Daten jedoch, dass es sehr wohl Bewusstsein für die Relevanz von Bildungsangeboten für bestehendes bzw. die Etablierung von Ausbildungsstrukturen für zukünftiges Fachpersonal gibt. Vor allem bei jenen Projekten, die konkret den Aufbau von Aus- bzw. Weiterbildungsstrukturen zum Ziel haben, reflektieren die Interviewpartner*innen so etwa die Bedeutung dieser Maßnahmen zur nachhaltigen Schaffung hochwertiger Gesundheitsversorgung für die lokale Bevölkerung. Selbst jene Interviewpartner*innen, die mit dem Konzept von UHC vertraut waren, identifizierten die Maßnahmen zur Aus- und Weiterbildung von Gesundheitsfachpersonal jedoch nur in Ausnahmefällen als wichtigen Beitrag für das Erreichen von UHC.

Insgesamt steht das Wissen und Bewusstsein dieser Gruppe, die für die Planung und Realisierung von EZA-Projekten im Gesundheitsbereich verantwortlich ist, damit in deutlichem Gegensatz zum großen Bewusstsein für die Bedeutung von UHC, das sich in den im Literaturreview aufgezeigten wissenschaftlichen Debatten zum Thema zeigt. Besonders deutlich wird dieser Gegensatz in Hinblick auf die Themen Aus-, Fort- und Weiterbildung von Gesundheitsfachkräften; während diese in der Literatur eng mit dem Erreichen von UHC verknüpft werden (u.a. Campbell et al., 2013; Evans et al., 2016; Reich et al., 2016), identifizierten die interviewten Projektverantwortlichen diese Verbindung kaum bis gar nicht. Auf mögliche Ursachen dafür wird im Folgenden noch genauer eingegangen. Dem fehlenden Wissen über UHC, seine Teilbereiche und ihnen zugrundeliegende Zusammenhänge gegenüber stehen dennoch zahlreiche Projektaktivitäten, die in vielen Bereichen weitgehend den

Forderungen von UHC entsprechen. Man könnte daher an dieser Stelle von unbewusster Implementierung sprechen, bei der UHC im Rahmen der Projekte teilweise implementiert wird, ohne dass die von den beteiligten Akteur*innen explizit gewollt bzw. geplant ist.

Gleichzeitig muss aber auch davon ausgegangen werden, dass diese Informations- und Bewusstseinsmängel eine möglichst effektive Implementierung von UHC hemmen, da sie die Abstimmung und Verknüpfung der Projektkomponenten und -ziele behindern. Nur in Ausnahmefällen verweisen die Interviewpartner*innen etwa darauf, dass relevante WHO-Dokumente für die Erarbeitung und Umsetzung der Projekte herangezogen wurden, die in großer Zahl existierenden wissenschaftlichen Publikationen scheinen trotz ihrer thematischen Relevanz noch weniger Beachtung zu erfahren. Damit werden komplementäre Maßnahmen, wie etwa die Verankerung lokaler Finanzierungsmechanismen, die für die nachhaltige Sicherung eines freien Zugangs zu hochwertiger Gesundheitsversorgung notwendig wären (UN-Generalversammlung, 2012), nicht (ausreichend) beachtet. Zudem werden gesundheitsspezifische Maßnahmen nur in Ausnahmefällen mit anderen relevanten Themen wie etwa Bildung, Armutsbekämpfung oder Ernährung abgestimmt und koordiniert. Daher kann davon ausgegangen werden, dass das mangelnde Wissen zur UHC in vielen Fällen vor allem nachhaltige Projekterfolge behindert.

Informationsmangel, vor allem auf Ebene der sogenannten *street-level-bureaucrats*, zu denen im vorliegenden Fall etwa die Verantwortlichen der Projektträgerorganisationen gezählt werden könnten, wird auch im Rahmen der *Contextual Interaction Theory* (CIT) als Faktor aufgegriffen, der die Implementierung hemmen kann. Die CIT bezieht sich dabei vor allem auf solche Fälle, in denen die umsetzenden Akteur*innen nicht über alle, für eine erfolgreiche Implementierung notwendigen Informationen verfügen (Javakhishvili & Jibladze, 2018). Die für diese Arbeit erhobenen Daten zeigen jedoch, dass auch Fälle auftreten können, in denen weitestreichender Informationsmangel vorliegt. Die CIT führt Informationsmangel dabei unter anderem auf Probleme bei der Kommunikation zwischen politischen Entscheidungsträger*innen und dem umsetzenden Personal zurück (Javakhishvili & Jibladze, 2018; Spratt, 2009). Das trifft auch im vorliegenden Fall insofern zu, als dass die Aussagen aller Interviewpartner*innen keine Rückschlüsse auf konkrete inhaltliche Vorgaben seitens der ADA zur Umsetzung von SDG3.8 geben. Obwohl diese die Implementierung der SDGs im Rahmen ihrer geförderten Projekte sicherstellen muss (Bundeskanzleramt Österreich, 2019), lassen die Äußerungen der Interviewpartner*innen darauf schließen, dass diese vorrangig als Anknüpfungspunkte für die Förderanträge von Bedeutung sind. Eine spezifische Bezugnahme auf UHC bei EZA-Projekten mit Gesundheitsschwerpunkt scheint es seitens der ADA hingegen ebenso wenig zu geben wie Vorgaben dazu, wie UHC (oder andere SDGs) im weiteren Projektverlauf tatsächlich zu implementieren wäre. Auch Kontrollen dazu, ob bzw. wie etwaige in den Anträgen genannte SDGs umgesetzt werden gibt es

dementsprechend nicht. Damit zeigt sich insgesamt eine sehr pragmatische Herangehensweise an die Umsetzung der SDGs, teilweise könnte man sogar von ihrer Instrumentalisierung im Sinne einer möglichst förderungswürdigen Darstellung der Projekte sprechen. Ob es sich hierbei um einen Prozess handelt, der für die Umsetzung derart renommierter, internationaler Policies gängig ist, oder ob davon negative Auswirkungen auf die Realisierung der SDGs zu erwarten sind, lässt sich dabei an dieser Stelle nicht beurteilen.

Besonders auffällig erscheint der Aspekt des Informationsmangels im vorliegenden Fall auch deshalb, weil viele relevante Ressourcen zum Thema UHC z.B. von der WHO online frei zur Verfügung gestellt werden. Im Gegensatz zur Annahme implementierungstheoretischer Ansätze (Javakhishvili & Jibladze, 2018; Spratt, 2009) scheitert es damit im vorliegenden Fall vermutlich nicht an fehlendem Zugang zu konkreten Informationen. Stattdessen fehlt es möglicherweise grundsätzlich an Wissen darüber, was UHC bedeutet und welche Informationsquellen es gibt, sowie am Bewusstsein darüber, dass diese Informationen für die eigenen Projekte von Relevanz sein könnten. Da dieses Problem bei kleineren NGOs besonders ausgeprägt zu sein scheint, während Verantwortliche der Wirtschaftspartnerschaftsprojekte verhältnismäßig gut informiert sind, kann davon ausgegangen werden, dass materieller Ressourcenmangel eine zentrale Ursache des Problems darstellt. Gerade in Bezug auf die Gruppe der *street-level-bureaucrats* wird dieses Phänomen auch von implementierungstheoretischen Ansätzen aufgegriffen (Derkyi-Kwarteng et al., 2021; Lipsky, 1969). Übereinstimmend mit diesen theoretischen Überlegungen berichten die Befragten beispielsweise von Engpässen in Bezug auf finanzielle und personelle Ressourcen. Diese Ressourcenknappheit könnte damit eine zentrale Ursache dafür sein, dass Projektverantwortliche sich trotz zahlreicher, im Internet frei verfügbarer Informationsquellen nicht detaillierter informieren (können). Zusätzlich erschwert wird die Situation vermutlich dadurch, dass die Mehrheit der Projektverantwortlichen über keine fachliche Ausbildung im Gesundheitsbereich (z.B. Gesundheitsmanagement, Public Health, o.Ä.) verfügt und die Projekte in einigen Fällen nicht selbst erarbeitet, sondern aus verschiedensten Gründen erst während der bereits laufenden Umsetzung übernommen hat.

Die erhobenen Daten legen somit nahe, dass die Implementierung von SDG3.8 im Rahmen der untersuchten EZA-Projekte maßgeblich von einem eklatanten Informationsmangel über UHC allgemein und seine Bedeutung für die projektspezifischen Aktivitäten beeinflusst wird, jedoch weniger durch eine fehlende Verfügbarkeit relevanter Informationsquellen, sondern vielmehr durch Ressourcenmangel, in Bezug auf das Thema *Gesundheit* fachfremdes Personal auf Ebene der *street-level-bureaucrats* und fehlende inhaltliche Vorgaben zur Umsetzung von UHC seitens der ADA als Fördergeberin. Trotz dieser hindernden Faktoren kann jedoch festgehalten werden, dass die

Maßnahmen und Aktivitäten der untersuchten Projekte in vielen Fällen zumindest teilweise mit den Forderungen und Zielen von UHC übereinstimmen.

8.2 Street-level-bureaucrats zwischen Ressourcenmangel und Machtposition

Wie eben ausgeführt, findet die Implementierung von UHC im Rahmen der EZA-Projekte vorrangig unbewusst statt. Eine Sonderrolle nehmen dabei vor allem die interviewten Projektverantwortlichen ein, die in ihren Entscheidungen und Möglichkeiten von verschiedensten strukturellen Bedingungen auf organisatorischer und politischer Ebene beeinflusst werden.

Die erhobenen Daten lassen den Schluss zu, dass die Mitarbeiter*innen der in Österreich ansässigen Trägerorganisationen als Angehörige der sogenannten *street-level-bureaucracy* durch ihre zentrale Rolle bei der Planung und Umsetzung den größten Einfluss auf die Umsetzung von UHC in den untersuchten Projekten haben. Das kann unter anderem darauf zurückgeführt werden, dass seitens der ADA nur für den Förderantrag eine Bezugnahme auf projektrelevante SDGs gefordert wird, wobei auch hier in den meisten Fällen keine konkrete Auseinandersetzung mit den erwähnten (Unter-)Zielen gefordert scheint. Da es somit auch keine inhaltlichen Vorgaben zur Umsetzung von UHC im Rahmen der Projekte gibt, kann aus implementierungstheoretischer Perspektive von stark dezentralisierter Implementierung gesprochen werden (Tosun & Treib, 2018). Wie in der Literatur beschrieben, verfügen die Projektverantwortlichen als umsetzende Personen dadurch über ein hohes Ausmaß an Flexibilität und Gestaltungsfreiheit. Gerade für die Umsetzung komplexer und umfassender Policies, wozu UHC definitiv gezählt werden kann, betonen die *principal-agents-theories* aber auch die Notwendigkeit eines Mindestmaßes zentraler Vorgaben für eine erfolgreiche Implementierung (Ho et al., 2022; Howlett, 2019). Der zuvor thematisierte Informationsmangel könnte daher auch als Indiz dafür gesehen werden, dass es von Seiten der politischen Entscheidungsträger*innen zu wenig Vorgaben gibt, die von den Projektverantwortlichen zur Orientierung genutzt werden können.

Mitverantwortlich für diesen Mangel zentraler Vorgaben und Richtlinien könnte auch das Fehlen einer universellen SDG-Implementierungsstrategie sein. Diese Offenheit wird zwar als notwendig erachtet, um dem universellen Anspruch der Agenda 2030 gerecht zu werden. Gleichzeitig wird dadurch aber bereits auf nationaler Ebene die Implementierung von UHC erschwert (Allen et al., 2016; Niklasson, 2019), was möglicherweise zur Folge hat, dass es auch bei der ADA als Vertreterin der politischen Entscheidungsträger*innen zu wenig Wissen und Bewusstsein über die Bedeutung von UHC gibt. Diese Annahme lässt sich aufgrund der nicht erfolgten Datenvalidierung mit einem*r Vertreter*in der ADA zwar nicht explizit bestätigen, die Daten legen jedoch nahe, dass mehr und klarere Vorgaben seitens der ADA auch eine zielgerichtete Implementierung von UHC im Rahmen der Projekte ermöglichen würden.

Letztendlich führt diese Situation aber jedenfalls dazu, dass die interviewten Projektverantwortlichen die Hauptakteur*innen bei der Implementierung von UHC im Rahmen der EZA-Projekte sind. Hilfreich für die Analyse ihres Einflusses sind somit vor allem bottom-up Ansätze, die besonders auf Kontextfaktoren und die Rolle der *street-level-bureaucracy* als jene Gruppe, die letztendlich (bewusst oder unbewusst) für die Umsetzung einer Policy sorgt, fokussieren (Cerna, 2013; Mthethwa, 2012).

Während die Literatur vor allem auf den direkten Austausch dieser Gruppe mit der breiten Bevölkerung Bezug nimmt (Lipsky, 2010), spielt dieser im vorliegenden Fall eine eher geringe Rolle, da sich die Projektverantwortlichen nur sehr selten in den Zielregionen ihrer Projekte aufhalten und nicht im öffentlichen Dienst tätig sind. Dafür nehmen sie im vorliegenden Fall eine wichtige Rolle als Vermittler*innen zwischen der ADA als fördernder Institution auf der einen und den lokalen Partner*innen auf der anderen Seite ein. Wie auch in der Literatur beschrieben, sind sie in dieser Position als *street-level-bureaucrats* mit teilweise widersprüchlichen bzw. schwer vereinbaren Erwartungen beider Seiten konfrontiert (Derkyi-Kwarteng et al., 2021; Lipsky, 1969). Diese Herausforderungen werden von den Interviewpartner*innen auch explizit beschrieben, wenn sie z.B. die Vorschläge und Erwartungen auf Seite der lokalen Partner*innen mit den Fördervorgaben der ADA abstimmen müssen. Aufgrund der Abhängigkeit vom Erhalt der Fördergelder stehen sie dabei unter besonders großem Druck, da abgelehnte Förderanträge nicht nur ein Scheitern der Projekte, sondern auch schwerwiegende finanzielle Folgen für die lokalen Partner*innen und die eigene Organisation (und damit nicht zuletzt für den eigenen Job) haben kann. Zusätzlich verschärft wird diese Situation häufig durch Ressourcenprobleme, von denen vor allem NGO-Mitarbeiter*innen berichten. Auf die Ursachen und Folgen dieses Ressourcenmangels, der auch in der Literatur umfassend diskutiert wird, wird im Folgenden noch explizit eingegangen. Hier erwähnenswert scheint aber, dass an dieser Stelle eine Gegenüberstellung mit den Sichtweisen und Einschätzungen von ADA-Mitarbeiter*innen möglicherweise besonders aufschlussreich gewesen wäre, dies aber aufgrund fehlender Möglichkeit der Datenvalidierung nicht umsetzbar war.

Für die Erarbeitung und Umsetzung der untersuchten EZA-Projekte und damit auch für die Implementierung von UHC in deren Rahmen, scheint der Gruppe der *street-level-bureaucrats* also ein noch größerer Einfluss zuzukommen, als ohnehin in der Literatur nahegelegt wird. Wie die Daten zeigen, sind sie dabei nicht nur mit einer Knappheit an finanziellen und personellen Ressourcen konfrontiert, sondern auch mit einem weitreichenden Informationsmangel. Dass die Projekte dennoch zahlreiche Komponenten enthalten, die zur Implementierung von UHC beitragen können, spricht dafür, dass die *street-level-bureaucrats* trotz dieser erschwerten Bedingungen praktische Wege und Lösungen für den Umgang mit dieser Situation finden. Das ist besonders bemerkenswert, da außer den Verantwortlichen der beiden Wirtschaftspartnerschaftsprojekte (bei denen auch der

Ressourcenmangel kein dominantes Thema zu sein scheint) die Mehrheit der Befragten weder über eine fachliche Ausbildung im Gesundheitsbereich noch über umfassende Erfahrung mit gesundheitsspezifischen Projekten verfügten. Gleichzeitig verweisen dieser fehlende fachliche Hintergrund sowie der bereits thematisierte Informationsmangel aber auch auf eine überraschend große Lücke zwischen den für die Erarbeitung und den für die Umsetzung der SDGs verantwortlichen Instanzen hin, was für implementierungstheoretische Debatten zur Realisierung (internationaler) Policies relevant ist.

Abgesehen von diesen schwierigen Arbeitsumständen legen die Daten aber auch nahe, dass die Projektverantwortlichen sich durch ihre Rolle als Vermittler*innen zwischen der ADA und den Partnerorganisationen in den Zielregionen in einer sehr einflussreichen Position befinden. Weitreichende Entscheidungen können sie zwar nicht unabhängig von anderen Akteur*innen treffen, aufgrund ihrer Position können sie diese jedoch beeinflussen. Während die *principal-agent*-Theorien von einer Informationsasymmetrie zugunsten der politischen Entscheidungsträger*innen ausgehen (Brinkerhoff & Bossert, 2014; O'Toole, 1995), scheint diese im vorliegenden Fall vielmehr zugunsten der Projektverantwortlichen zu verlaufen. Als primäre Ansprechpartner*innen für beide Seiten sind sie die zentrale Instanz der Projekte, bei der alle Fäden zusammenlaufen. Dadurch sind sie in der Lage, Projekthinhalte und -abläufe maßgeblich mitzubestimmen oder sogar vorzugeben. Alle Befragten beschreiben dahingehend etwa ihren weitreichenden Einfluss auf die Auswahl und Festlegung der Projektschwerpunkte und der zentralen Maßnahmen. Beschränkt wird dieser Einfluss zwar maßgeblich durch die Förderrichtlinien der ADA, deren Einfluss an späterer Stelle noch speziell thematisiert wird, der Einfluss der Projektverantwortlichen auf die Implementierung von UHC im Rahmen der Projekte wird aber deutlich.

Betrachtet man die Förderrichtlinien der ADA und den bestehenden Ressourcenmangel als institutionellen Kontext, in dem die *street-level-bureaucrats* agieren, braucht es daher eine Analyse der Perspektiven und Interessen dieser Gruppe, um zu erörtern, wie sich ihr Einfluss letztendlich auf die Projekthinhalte und -maßnahmen auswirkt. Relevante Informationen zu den Variablen *Interessen* und *Ideen*, die auch im Theoriekapitel diskutiert wurden (Fox & Reich, 2015; Rizvi et al., 2020), lassen sich dabei vor allem aus den Kontexten der Äußerungen der Befragten erschließen. Auch wenn UHC in den untersuchten Projekten (wie zuvor erwähnt) vorrangig unbewusst implementiert wird, spiegeln sich in den gesetzten Maßnahmen und deren Zielgruppen die Interessen der Projektverantwortlichen und der Organisationen, die sie vertreten.

Im Falle der Wirtschaftspartnerschaften geben die Verantwortlichen etwa offen zu, dass das Engagement nicht nur dem Knowhow-Transfer zur Verbesserung der Gesundheitsdienste in den Zielregionen dient, sondern auch mit ökonomischen Interessen, wie z.B. der Erschließung neuer

Märkte, verknüpft ist. Für die Implementierung von UHC bedeutet das, dass durch die spezifische Expertise der Projektträgerorganisationen und ihrer etablierten Netzwerke besonders gezielte und fundiert erarbeitete Maßnahmen mit erfahrenen Partnerorganisationen gesetzt werden können; gleichzeitig bleiben diese jedoch auf die Arbeitsgebiete der umsetzenden Unternehmen begrenzt, womit nicht unbedingt jene Bereiche oder Zielgruppen, bei denen der größte Bedarf besteht, bedient werden. Da die wirtschaftlichen Interessen der Unternehmen aber vor allem langfristiger Natur sind, könnten sie auch positiven Einfluss auf die Nachhaltigkeit der Projekte haben, weil sowohl die Etablierung von Strukturen als auch die Fortführung der begonnenen Aktivitäten für die Unternehmen von großem Interesse sind, um nach Projektabschluss auch tatsächlich von den getätigten Investitionen profitieren zu können.

Eine Analyse der Variable *Ideen* scheint für die Untersuchung des UHC-Implementierungsprozesses insofern bedeutend zu sein, als die Weltanschauungen der Akteur*innen Einfluss darauf haben, welche Probleme überhaupt als solche wahrgenommen und welche Lösungen für deren Bearbeitung vorgeschlagen werden (Ho et al., 2022). So zeigen die erhobenen Daten beispielsweise, dass mehrere Projekte einen thematischen Fokus auf FGM, Mütter- bzw. Frauengesundheit oder Pflege und Betreuung alter Menschen legen. Mangelnde Versorgung von Frauen, Kindern oder Alten werden also als Probleme wahrgenommen, explizite Schwerpunkte zu männerspezifischen Gesundheitsproblemen oder für die verbesserte Versorgung der erwerbstätigen Bevölkerung finden sich hingegen in keinem der Projekte. Auch wenn die acht in der Untersuchung berücksichtigten Projekte auf Grund der kleinen Zahl und der (zeitlich terminierten) Gelegenheitsstichprobe keinesfalls ein repräsentatives Bild liefern können, zeigt das Beispiel dennoch, wie die *street-level-bureaucrats* mit ihren Einschätzungen über vulnerable Gruppen und relevante Gesundheitsbereiche die Projekthalte beeinflussen können. So belegen die Daten etwa, dass sich Organisationen wie *Österreichisches Rotes Kreuz* oder *Hilfswerk International*, die über besonderes Bewusstsein zur Bedeutung von pflege- und betreuungsspezifischen Themen verfügen, auch in ihren Projekten auf diese Thematik konzentrieren, während bei einer anderen, kleineren NGO der Hauptfokus auf Kinder- und Müttergesundheit liegt und eine nahe Angehörige der Projektverantwortlichen in der Zielregion als Gynäkologin und Kinderärztin tätig ist.

Basierend auf den angeführten Beispielen ist davon auszugehen, dass dieser Einfluss der Ideen der Projektverantwortlichen sich teilweise sogar positiv auf die Implementierung von UHC im Rahmen der Projekte auswirkt, da es um die Bereitstellung essentieller Gesundheitsdienste und die Versorgung besonders vulnerabler Gruppen geht. Problematisch ist jedoch, dass es wenig Reflexion über den Einfluss der eigenen Perspektiven zu geben scheint. In Kombination mit dem mangelnden Wissen zu UHC könnte das zur Folge haben, dass eigentlich dringender benötigte Maßnahmen nicht gesetzt oder

andere vulnerable Zielgruppen, wie Menschen mit Behinderungen oder Suchterkrankungen, nicht berücksichtigt werden. Dass die in den untersuchten Projekten gesetzten Maßnahmen zu guten Teilen doch mit Schwerpunkten und Forderungen von UHC übereinstimmen, kann möglicherweise darauf zurückgeführt werden, dass bereits bei der Projektplanung regelmäßiger und direkter Austausch mit den Partnerorganisationen der Zielregionen gepflegt wurde, wodurch relevantes Wissen über lokale Kontexte und Bedingungen berücksichtigt werden konnte. Der Fokus auf die Zielgruppe Frauen und Kleinkinder könnte andererseits auch auf eine stärkere mediale Präsenz dieser Gruppe zurückgeführt werden, insbesondere wenn die Projekte mittels Spendengeldsammlungen (ko-)finanziert werden (sollen).

Insgesamt legen die Daten also nahe, dass die Projektverantwortlichen in ihrer einflussreichen Rolle als *street-level-bureaucrats* maßgeblich von ihren Interessen und Ideen geleitet zu sein scheinen und damit die Umsetzung von UHC beeinflussen (können). Bewusstsein oder Reflexion über diese Machtposition lässt sich bei den betreffenden Personen im Rahmen der Interviews aber selten erkennen.

8.3 Projektförderung als Möglichkeit & Hindernis für die Implementierung von UHC

Alle untersuchten Projekte werden, wenn auch in unterschiedlichem Ausmaß und unter verschiedenen Bedingungen, von der ADA gefördert. Dass die ADA als für die OEZA zuständige Institution dabei Gelder für gesundheitsspezifische Projekte bereitstellt, bietet Projektträgerorganisationen damit grundsätzlich erst die Möglichkeit, mit ihren Maßnahmen und Aktivitäten einen Beitrag zum Erreichen von UHC zu leisten. Auch, dass sie dabei entsprechend ihrer Schwerpunktthemen besonders Projekte unterstützt, die zu Knowhow-Transfer, beruflicher Qualifizierung und Weiterentwicklung der Gesundheitssysteme beitragen sollen und übereinstimmend mit ihren Schwerpunktländern vor allem in ressourcenschwachen Staaten des sogenannten Globalen Südens umgesetzt werden (Bundesministerium für Europa, Integration und Äußeres, 2018; Bundesministerium für europäische und internationale Angelegenheiten, 2016), deckt sich mit wichtigen Aspekten von UHC. Dennoch lassen die Erläuterungen der befragten Projektverantwortlichen darauf schließen, dass die Vergabe der Fördergelder die tatsächliche Berücksichtigung und Umsetzung von UHC im Rahmen der Projekte in mehrerlei Hinsicht auch behindert bzw. blockiert.

Wie beschrieben kommt dem Förderantrag, den die Projektträgerorganisationen vor Projektbeginn an die ADA stellen, die zentrale Rolle bei der Projektförderung zu. Jene Projekte, die als Wirtschaftspartnerschaften umgesetzt werden, nehmen dabei wieder einen Sonderstatus ein, da die Fördergelder hierfür nicht offiziell ausgeschrieben werden, sondern die Unternehmen mit ihren Ideen und Plänen direkt an die ADA herantreten. Diese Projektideen werden dann den betreffenden Interviewpartner*innen zufolge in enger Zusammenarbeit weiterentwickelt. Für den Erhalt der

Fördergelder wird zwar letztendlich ebenfalls ein Förderantrag ausformuliert und eingereicht, aufgrund der engen Zusammenarbeit bei der Projektentwicklung scheint der positive Entscheid aber eher ein formeller Akt zu sein. Im Falle der übrigen Projekte sind die Projektträgerorganisationen hingegen auf die Ausschreibung von Fördermitteln (*calls for proposals*) angewiesen, an deren Richtlinien sie ihre Projekte entsprechend entwickeln und mittels Förderantrag um den Erhalt der Gelder ansuchen.

Da beim Verfassen der Förderanträge und somit über den Großteil der Projektplanungsphase hinweg nicht klar ist, ob das Projekt letztendlich gefördert und damit realisiert werden kann, finden sich die Projektträgerorganisationen in einer heiklen Abhängigkeitsposition. Für die Projektinhalte bedeutet es, dass nicht zwingend die sinnvollsten oder notwendigsten Maßnahmen gesetzt werden, sondern Projektschwerpunkte an die Förderausschreibungen angepasst werden, um eine Finanzierungszusage möglichst wahrscheinlich zu machen. Mehrere Befragte berichten dahingehend auch, dass es für manche Themenbereiche oder Maßnahmen zu gewissen Zeitpunkten einfach keine Förderungen gebe, und diese daher kaum bzw. nur untergeordnet in die Projekte inkludiert werden könnten. Für die Implementierung von UHC ist das deshalb problematisch, weil Projektkomponenten dadurch möglicherweise nicht berücksichtigt werden können, auch wenn sie besonders notwendig wären. Im Gegenzug werden stattdessen andere, die in den *calls for proposals* explizit erwünscht werden, in den Antrag inkludiert, obwohl sie weniger bedeutend sind oder, wie ein*e Befragte*r berichtet, kaum realisierbar scheinen.

Obwohl die ADA also keine inhaltlichen Vorgaben zur Umsetzung von UHC macht, beeinflusst ihre Fördermittelvergabe diese deutlich, indem manche Aktivitäten und Maßnahmen anderen gegenüber bevorzugt gefördert und damit letztendlich auch umgesetzt werden. Selbst wenn den Projektverantwortlichen oder ihren Partner*innen in den Zielregionen also in manchen Fällen klar ist, welche Aktivitäten es bräuchte, um den Zugang zu leistbarer, hochwertiger Gesundheitsversorgung zu ermöglichen, bedeutet das noch nicht, dass diese auch wirklich in den Projekten berücksichtigt werden können. Während der Einfluss begrenzter Ressourcen auf die Implementierung von Policies auch in der Literatur umfassend thematisiert wird (Lipsky, 1969), führt diese Situation im vorliegenden Fall aufgrund der Konkurrenz um die limitierten Fördermittel auch zu einer merklichen Abhängigkeit der Projektträgerorganisationen, die sich daher nach eigenen Aussagen maßgeblich darauf konzentrieren, ihr Möglichstes für den Erhalt der Fördergelder zu tun. In logischer Konsequenz können damit auch weniger Ressourcen für die inhaltliche Erarbeitung und die Abstimmung der Projektmaßnahmen mit Partnerorganisationen in den Zielregionen zur Verfügung stehen. Ausgehend von der Annahme, dass gerade das Ausmaß der Zusammenarbeit mit lokalen Partner*innen maßgeblichen Einfluss darauf hat, ob bzw. bis zu welchem Grad UHC-relevante Aspekte in den Projektmaßnahmen berücksichtigt

werden, dürfte diese Abhängigkeit von den Fördergeldern also die Implementierung von UHC in den Projekten behindern.

An dieser Stelle bestätigen die Daten auch, dass die Implementierung von UHC im Rahmen von EZA-Projekten ein vorrangig politischer Prozess ist, wie es auch in der Literatur für dessen Umsetzung auf nationaler oder regionaler Ebene beschrieben wird (Ho et al., 2022; Rizvi et al., 2020). Welche Themen gefördert werden und wieviel finanzielle Mittel dafür bereitstehen, wird im geltenden Dreijahres-Programm der ADA festgelegt, das vom Bundesministerium für europäische und internationale Angelegenheiten und somit von den jeweils amtierenden politischen Entscheidungsträger*innen und ihren Vertreter*innen herausgegeben wird (Bundesministerium für europäische und internationale Angelegenheiten, 2022). Wie in implementierungstheoretischen Ansätzen unter dem Stichwort *Ideen* diskutiert, spiegeln die geförderten Projekte also wider, welche Themen von Entscheidungsträger*innen als besonders notwendig erachtet werden und welche andererseits keine Beachtung und somit keine Finanzierung bekommen (Ho et al., 2022). Besonders deutlich zeigt sich das in einem Interview, in dem davon berichtet wird, wie die ADA auf besonderen Wunsch einer amtierenden Außenministerin zusätzliche Förderungen für das Thema FGM und Projekte zu diesem Thema bereitgestellt habe. Auch wenn die Bekämpfung weiblicher Genitalverstümmelung, der Schutz von Frauen und Mädchen als besonders vulnerable Gruppe und die Förderung reproduktiver Gesundheitsdienstleistungen den Forderungen von UHC entsprechen, bleibt es (nicht nur) für die Umsetzung von UHC problematisch, dass nicht die besondere Notwendigkeit der Maßnahmen für die Bereitstellung der finanziellen Mittel ausschlaggebend gewesen zu sein scheint, sondern die persönliche Einschätzung einer einzelnen, aber einflussreichen Entscheidungsträgerin.

Anknüpfend an den im vorherigen Unterkapitel argumentierten Einfluss der *street-level-bureaucrats* auf die Umsetzung von UHC könnte die Einschätzung daher an dieser Stelle um die Anmerkung ergänzt werden, dass die Frage, ob überhaupt UHC-relevante Inhalte umgesetzt werden können, massiv von den durch politische Entscheidungsträger*innen festgelegten und über die Fördervorschriften weitergegebenen Schwerpunkten abhängig ist. Dass diese Schwerpunkte nicht unbedingt darauf abgestimmt zu sein scheinen, wo der größte Bedarf besteht, entspricht dabei weder den Anliegen von UHC noch dem Leitspruch „Leave no one behind“ der SDGs (zu deren Erreichen sie eigentlich ebenfalls beitragen sollten). Ob diese Situation darauf zurückzuführen ist, dass es auch bei den verantwortlichen Mitarbeiter*innen der ADA zu wenig Wissen über UHC gibt oder UHC einfach nicht als Priorität der OEZA betrachtet wird, lässt sich dabei aufgrund der fehlenden Möglichkeit einer Datenvalidierung mit einem*r Vertreter*in der ADA nicht beurteilen.

Ein weiteres Hemmnis für die Implementierung von UHC kann im Förderantrag und dem damit verbundenen bürokratischen Aufwand identifiziert werden. Auch wenn dessen Notwendigkeit für eine

transparente Vergabe öffentlicher Gelder anerkannt wird, verweisen alle Befragten übereinstimmend auf den erheblichen administrativen Aufwand, nicht nur bei der Antragsstellung, sondern auch bei der im Projektverlauf anfallenden Berichterstattung. Während der Einfluss bürokratischer Aufgaben auf die Umsetzung von Policies in der für diese Arbeit berücksichtigten Literatur kaum diskutiert wird, lassen die erhobenen Interviewdaten darauf schließen, dass er den ohnehin bestehenden Mangel an personellen und zeitlichen Ressourcen weiter verstärkt. Die Formulierung des Förderantrags bzw. der Zwischenberichte und die Abstimmung auf die von der ADA geforderten Vorgaben und Richtlinien nehmen so viel Zeit in Anspruch, dass damit auch verringerte Ressourcen für die Ausarbeitung der Projekthinhalte und die Zusammenarbeit mit lokalen Partner*innen in den Zielregionen einhergehen würden. Die Folgen für die Implementierung von UHC dürften dann wieder besonders schwerwiegend sein, wenn Projektverantwortliche über wenig Expertise und/oder Erfahrung im Gesundheitsbereich verfügen und daher besonders auf den Austausch mit den lokalen Partnerorganisationen angewiesen sind, um Projekthinhalte zu erarbeiten, die bestmöglich zu nachhaltig verbesserter Gesundheitsversorgung beitragen können.

Für die Umsetzung von UHC bedeutet das, dass die gesetzten Maßnahmen nicht nur davon abhängig sind, wofür es überhaupt Fördergelder gibt, sondern auch davon, wieviel Zeit den Projektverantwortlichen für deren inhaltliche Ausarbeitung bleibt. Insgesamt entsteht dadurch für die Umsetzung von UHC in den untersuchten Projekten ein institutioneller Kontext, in dem die Vergabe der Fördergelder nicht immer einem „Wettbewerb der besten Ideen“ zu entsprechen scheint. Stattdessen scheint die Frage, wie viele bürokratische Kapazitäten Trägerorganisationen haben, um ihre Projekte möglichst gut an die Ausschreibungen der Fördergelder anzupassen, von großer Bedeutung. Damit bestätigen die vorliegenden Daten auch die Annahme zahlreicher implementierungstheoretischer Ansätze, wonach dem institutionellen Kontext für die Implementierung von Policies große Bedeutung zukommt (vgl. Ho et al., 2022; McLaughlin, 1987; Tosun & Treib, 2018). Interessant ist dabei, dass im vorliegenden Fall die politische Macht und die Spielregeln für die Umsetzung von UHC besonders über die Vergabe von Fördermitteln Ausdruck finden, da sie letztendlich Akteur*innen dazu befähigen, aber auch darin beschränken, ob und wie UHC in ihren Projekten umgesetzt wird und welcher Beitrag dadurch zum Erreichen von UHC in den Zielländern geleistet werden kann. Dass mehr bürokratische Kapazitäten sich positiv auf die Umsetzung von UHC im Rahmen der untersuchten EZA-Projekte auswirken können, scheint sich dadurch zu bestätigen, dass jene Projekte von Unternehmen, die einen größeren finanziellen Spielraum haben, oder größeren NGOs mit mehr personellen Ressourcen für die Betreuung der Projekte auch mehr Maßnahmen aufweisen, in denen zentrale Dimensionen und Aspekte von UHC berücksichtigt wurden.

Zusätzlich zur Vergabe der Gelder mittels Förderantrag beeinflussen auch die im Vorhinein festgelegten Förderrichtlinien der ADA die Umsetzung von UHC in den untersuchten EZA-Projekten. Einerseits ist darin festgelegt, wieviel Budget zur Verfügung gestellt werden kann und wofür dieses (nicht) verwendet werden darf, andererseits ist darin die Laufzeit der Projekte festgelegt und damit auch der Zeitpunkt, zu dem bestimmte Erfolge erzielt sein müssen. Das bedeutet, dass manche Maßnahmen, die nur unter besonders großem finanziellem und/oder zeitlichem Aufwand umsetzbar wären, im Regelfall nicht in die Projekte inkludiert werden können. Das erklärt beispielsweise, warum nur die Wirtschaftspartnerschaftsprojekte die Etablierung von Bildungsmaßnahmen für Gesundheitsfachkräfte auf universitärer Ebene enthalten. Selbst hier berichten die Verantwortlichen jedoch, dass die Projektlaufzeit eigentlich zu kurz sei, da die Entwicklung und Etablierung von Studiengängen oder post-gradualen Weiterbildungen besonders zeitaufwändig seien.

Für NGOs, die im Gegensatz zu Unternehmen oft kaum Eigenmittel zur Umsetzung beisteuern können, sind solche umfassenden Maßnahmen damit schwer realisierbar. Ungeachtet der finanziellen Situation bleibt jedoch die Herausforderung bestehen, dass die Laufzeit der meisten Projekte auf drei Jahre begrenzt ist und über eine mögliche Verlängerung bzw. Fortsetzung frühestens kurz vor Projektabschluss und bei entsprechend vorzuweisenden Projekterfolgen entschieden wird. Geht es also beispielsweise um die Etablierung einer Fachausbildung auf Hochschulebene, ist davon auszugehen, dass dieser Zeitraum auch ohne zusätzliche Herausforderungen zu kurz sein dürfte, um in Kooperation mit lokalen Expert*innen und unter Absprache mit örtlichen Behörden und potentiellen Trägerinstitutionen wie einer lokalen Universität ein an lokale Begebenheiten und Bedürfnisse angepasstes Curriculum zu entwickeln, Lehrende und Teilnehmer*innen zu rekrutieren und nicht zuletzt die Finanzierung auch längerfristig zu sichern.

Auch wenn hier nicht vorschnell auf das Vorliegen eines monokausalen Zusammenhangs geschlossen werden darf, lassen die zu den Projekthaltungen erhobenen Daten doch darauf schließen, dass begrenzte finanzielle und zeitliche Ressourcen dazu führen, dass die Trägerorganisationen eher auf kürzere, einfach umzusetzende Weiterbildungen in Form von ein- oder mehrtägigen Workshops und Schulungen setzen. Auch, dass im Rahmen der Projekte trotz zahlreicher Berichte der Befragten über einen quantitativen Mangel an Fachpersonal deutlich mehr Maßnahmen zur Fort- und Weiterbildung als zur Rekrutierung und Ausbildung neuen Personals gesetzt werden, könnte auf den zugrundeliegenden, deutlich größeren finanziellen und zeitlichen Aufwand dabei zurückgeführt werden. Besonders problematisch für die Implementierung von UHC ist das nicht zuletzt deshalb, weil der Literaturreview gezeigt hat, dass es in vielen Ländern besonders an höherqualifiziertem Personal mangelt, dessen Ausbildung teurer ist und bei denen es höhere Raten der Arbeitsmigration gibt (Dussault, 2015; Global Health Workforce Alliance & Weltgesundheitsorganisation, 2013).

Zusätzlich zu den Einschränkungen, welche Projektmaßnahmen mit den zur Verfügung stehenden Ressourcen überhaupt realisierbar sind, lassen die Daten darauf schließen, dass begrenzte Förderperioden auch die Nachhaltigkeit einiger Aktivitäten beeinträchtigen. So zeigen die Erläuterungen mehrerer Interviewpartner*innen, dass aus Ressourcengründen österreichische oder europäische Ausbildungsleitlinien übernommen wurden, um möglichst bald mit der Umsetzung der Aus- oder Weiterbildungsprogramme beginnen zu können. Zudem wird davon berichtet, dass – da diese Bildungsmaßnahmen meist fast vollständig von den Fördergeldern abhängig sind - viele Aktivitäten nach Projektabschluss aufgrund fehlender Finanzierung auslaufen. Sofern über Verhandlungen mit lokalen Behörden zur dauerhaften Verankerung einer zukünftigen Finanzierungsstruktur berichtet wird, betonen die Projektverantwortlichen auch dahingehend vor allem den Aufwand und die Komplexität derartiger Prozesse. Unter Berücksichtigung der durchschnittlichen Förderperioden, die bei den untersuchten Projekten nur ca. 2,5 Jahre beträgt, scheint es wenig überraschend, dass die zeitlichen (und damit auch finanziellen) Ressourcen für die Erarbeitung lokal angepasster Ausbildungsinhalte und die Umsetzung der Bildungsmaßnahmen sowie ein positiver Abschluss von Verhandlungen mit lokalen Behörden über deren weitere Finanzierung nicht ausreichen. Auch unter dem Druck, Projekterfolge vorweisen zu müssen, scheint der Fokus in den untersuchten Projekten daher auf der Umsetzung von Weiterbildungsangeboten für bereits mit Basisgrundlagen ausgebildete Gesundheitsfachkräfte zu liegen.

Während also laut Literaturreview wissenschaftliche Publikationen zum Thema, aber auch Empfehlungen und Leitlinien der WHO betonen, welche Bedeutung fortlaufenden Bildungsmaßnahmen zum Erhalt bestehender und Erwerb neuer, lokal benötigter Kompetenzen zukommen (Campbell et al., 2013; Evans et al., 2016), scheint es in vielen Projekten aus zeitlichen (und auch finanziellen) Gründen an genau diesen Komponenten zu fehlen. Auch für die von wissenschaftlicher Seite geforderte Koordinierung von Aus- und Weiterbildungsprogrammen in Bereichen wie der Schaffung von Gesundheitsinfrastruktur (Reich et al., 2016; Sripathy et al., 2017) mangelt es an Ressourcen und es kommt zu zeitlichem Druck im Projektverlauf, wie mehrere Interviewpartner*innen wiederholt betonen. Damit behindert die Abhängigkeit von zeitlich stark begrenzten Fördergeldern besonders jene Mechanismen, durch die trotz des unter dem Stichwort „unbewusste Implementierung“ angesprochenen Informations- und Wissensmangels zu SDG3.8 und relevanten gesundheitsspezifischen Zusammenhängen UHC-relevante Inhalte und Aspekte in den Projekten berücksichtigt werden könnten.

Insgesamt lassen die Äußerungen der Projektverantwortlichen mit primärer Zuständigkeit für die Organisation finanzieller und zeitlicher Ressourcen also darauf schließen, dass die Vergabe der Fördermittel und die Förderrichtlinien der ADA enormen Einfluss darauf haben, welche Aktivitäten

(nicht) umgesetzt werden können, wie viel Abstimmung mit lokalen Partner*innen erfolgt und inwiefern die Nachhaltigkeit der gesetzten Maßnahmen gewährleistet bzw. gefördert werden kann. Damit zeigt sich auch, dass die ADA – obwohl sie die Umsetzung von UHC im Rahmen der Projekte kaum bis gar nicht durch inhaltliche Vorgaben beeinflusst - durch institutionelle Bedingungen wie die Vergabe der Fördermittel und die Festlegung der Förderrichtlinien deutlich auf diese einwirkt. Vor allem die kurzen Förderperioden dürften dabei in starkem Gegensatz zum eigentlichen Anspruch der SDGs, nämlich der Förderung nachhaltiger Entwicklung, stehen.

8.4 Einfluss lokaler Partner*innen und struktureller Bedingungen in den Zielregionen

Auch wenn laut Fördervertrag die in Österreich ansässigen Projektträgerorganisationen als Hauptverantwortliche für die Planung und Umsetzung der Projekte gelten, sollte der Einfluss der Partnerorganisationen in den jeweiligen Zielregionen nicht unterschätzt werden. Wie in der Datenpräsentation beschrieben, gibt es in allen untersuchten Projekten eine bzw. mehrere Partnerorganisationen, die dabei nicht nur als Erfüllungsgehilfen an der Umsetzung der Maßnahmen mitarbeiten, sondern aufgrund ihrer Expertise und ihres direkten Kontakts mit der lokalen Bevölkerung auch die Projektschwerpunkte und -inhalte maßgeblich beeinflussen.

Die Schilderungen der Interviewpartner*innen zeigen, dass die Zusammenarbeit mit den Partnerorganisationen in den Zielregionen bereits für die Planung der Projekte von großer Bedeutung zu sein scheint. Alle Befragten berichten darüber, dass bereits bei der Planung der Projekte intensiver Austausch mit den lokalen Partner*innen bestand, um die geplanten Maßnahmen möglichst gut an die Begebenheiten und Bedürfnisse vor Ort anzupassen. Dieser regelmäßige Austausch dürfte auch maßgeblich dazu beigetragen haben, dass relevante Aspekte und Dimensionen von UHC, wie etwa ein besonderer Fokus auf vulnerable Zielgruppen oder die Förderung hochwertiger Versorgung, trotz mangelnden Wissens über UHC oder gesundheitspezifische Themen allgemein, in den Projekten berücksichtigt wurden. In welchem Ausmaß UHC in den Projekten schließlich (unbewusst) implementiert wurde und inwiefern sie damit tatsächlich zum Erreichen von UHC beitragen können, könnte auch davon beeinflusst sein, welche Partnerorganisationen in den Zielregionen beteiligt waren.

An dieser Stelle dürften beispielsweise die Wirtschaftspartnerschaftsprojekte über einen Vorteil verfügen, da die Unternehmen, wie die Projektverantwortlichen bestätigten, bereits bei Projektbeginn über ein etabliertes Netzwerk lokaler Fachgesellschaften und relevanter Institutionen verfügten und teilweise bereits Kontakt mit zuständigen Behörden bestand. Ähnlich dürften auch Organisationen profitieren, die wie das *Österreichische Rote Kreuz* in den Zielländern mit im Gesundheitsbereich etablierten, nationalen Teilorganisationen der eigenen Organisationen kooperieren. Besonders in diesen Fällen berichten die Interviewpartner*innen etwa darüber, dass durch langjährige Zusammenarbeit und die lokale, aber auch gesundheitsbezogene, fachliche Expertise der

Partnerorganisationen Projektmaßnahmen besonders gut an die Bedürfnisse der lokalen Bevölkerungen und die politischen und gesellschaftlichen Bedingungen angepasst werden konnten. Das kann auch als Hinweis darauf gesehen werden, dass der Einfluss der lokalen Partner*innen in diesen Fällen dazu beitragen konnte, die Auswirkungen des Informations- und Wissensmangels auf Seiten der Projektverantwortlichen etwas auszugleichen.

Während auch die Projektverantwortlichen von NGOs ohne lokale Teilorganisationen weitgehend positiv über die Zusammenarbeit mit den Partnerorganisationen in den Zielländern berichten und deren Relevanz für die Projekte betonen, zeichnet sich dennoch ab, dass zwischen ihren Projektmaßnahmen weniger Verknüpfung besteht und sich weniger Maßnahmen zur Sicherung der Nachhaltigkeit, wie etwa Lobbying bei lokalen Behörden für die Anpassung von Ausbildungscurricula, finden. Zurückgeführt werden könnte das unter anderem darauf, dass es sich bei den Partnerorganisationen in diesen Fällen nicht immer um auf den Gesundheitsbereich spezialisierte Organisationen handelt, sondern z.B. um religiöse oder karitative Vereine. Damit dürfte es in diesen Fällen möglicherweise an wichtiger Expertise zu gesundheitsspezifischen Zusammenhängen fehlen, was besonders problematisch ist, da es den zuständigen Personen der Projektträgerorganisationen wie erwähnt selbst häufig an Expertise mangelt. Insgesamt zeigt sich damit, dass die Zusammenarbeit der Projektverantwortlichen mit den Partnerorganisationen aus den Zielregionen zu einer effektiveren Implementierung von UHC im Rahmen der untersuchten Projekte beitragen kann, aber nicht muss.

Neben der Expertise der Partnerorganisation scheinen auch Ressourcenfragen wieder von zentraler Bedeutung zu sein, da die Zusammenarbeit zwischen den Organisationen in den Zielregionen und den in Österreich ansässigen Projektträger*innen nicht nur Zeit benötigt (die häufig begrenzt ist), sondern auch mit finanziellem Aufwand verbunden ist. So wird etwa der positive Einfluss von persönlichen Treffen oder regelmäßigem Austausch per Video-Call betont. Die dafür benötigte materielle Grundausstattung (z.B. Laptops, stabiles Internet etc.) bzw. dabei entstehende Reisekosten sind aber in vielen Fällen durch die Fördermittel nicht (ausreichend) gedeckt. Dass vor allem Projektverantwortliche kleinerer NGOs von diesen Herausforderungen berichten, während regelmäßige Reisen in die Projektregionen bei den Wirtschaftspartnerschaften Standard sind, kann als weiteres Beispiel für den hinderlichen Einfluss von Ressourcenmangel durch begrenzte Fördergelder auf die Zusammenarbeit mit den lokalen Partnerorganisationen und damit auch die Implementierung von UHC gedeutet werden.

Die Berichte der Interviewpartner*innen lassen den Schluss zu, dass zahlreiche UHC-relevante Projektkomponenten vor allem auf Initiative der lokalen Partner*innen inkludiert wurden. Besonders in jenen Fällen, in denen Interviewpartner*innen bereits bei der Projektplanung über intensive Zusammenarbeit berichten, sind die gesetzten Maßnahmen etwa besonders gut auf lokale Bedürfnisse

abgestimmt und mit lokalen Entscheidungsträger*innen und Communities koordiniert. Auch wenn im Rahmen der vorliegenden Arbeit kein direkter Kontakt mit diesen Partnerorganisationen bestand, gibt es keinen Hinweis darauf, dass diese über explizites Wissen zu UHC verfügen bzw. dessen Umsetzung in den Projekten aktiv anstreben. Damit dürften sie, ähnlich wie die Projektverantwortlichen, vor allem unbewusst zur Implementierung von UHC beitragen. Gleichzeitig kann besonders in jenen Fällen, in denen mit nur einer einzelnen Partnerorganisation zusammengearbeitet wird, nicht ausgeschlossen werden, dass deren Mitarbeiter*innen etwa mit ihren Vorschlägen zur Verwendung von Geldern auch individuelle Interessen verfolgen.

Die Kooperation zwischen Projektträgerorganisationen in Österreich auf der einen und Partnerorganisationen in den Zielregionen auf der anderen Seite lässt sich dabei wieder unter Rückgriff auf die *principal-agent*-Theorien analysieren. Im Gegensatz zur Zusammenarbeit mit der ADA oder die Vergabe der Projektförderungen betreffend, nehmen die Projektverantwortlichen in dieser Beziehung allerdings eher die Rolle von Entscheidungsträger*innen ein, die Kontrolle über die von ihnen abhängigen Partnerorganisationen in den Zielregionen ausüben können. Während in der konsultierten Literatur die Aufteilung in Entscheidungsträger*innen und umsetzende Agent*innen als etwas sehr Eindeutiges dargestellt wird (Winter et al., 2008), lassen die erhobenen Daten darauf schließen, dass dies nicht immer so trennscharf ist. Stattdessen dürften die Projektverantwortlichen der Trägerorganisationen je nach Projektphase sowohl die Rolle der Entscheidungsträger*innen als auch der (von der ADA abhängigen) Agent*innen einnehmen, was wieder auf ihre bereits diskutierte Bedeutung für die Projekte hinweist.

In der Zusammenarbeit mit lokalen Partner*innen übernehmen sie dabei Aufgaben, die eindeutig der Seite der *principals* bzw. der Entscheidungsträger*innen zuzuordnen sind. Konfrontiert sind sie dabei allerdings mit dem klassischen Kontrollproblem, das auch von den *agency-theories* umfassend diskutiert wird (O'Toole, 1995; Winter et al., 2008). Unter anderem durch den bereits thematisierten Mangel an finanziellen und zeitlichen Ressourcen bedingt, fehlen ihnen in vielen Fällen die Möglichkeiten zu überprüfen, ob die Maßnahmen tatsächlich wie geplant umgesetzt werden. Besonders durch fehlende Präsenz vor Ort kann beispielsweise kaum kontrolliert werden, ob Inhalte und Ausmaß der Bildungsmaßnahmen mit der Planung übereinstimmen. Erschwerend hinzu kommen dürfte im vorliegenden Fall, dass vor allem die Projektverantwortlichen der NGOs häufig allein für die Projekte zuständig sind und mit den Bedingungen in den Zielregionen in der Mehrheit der Fälle nicht konkreter vertraut sind. In Kombination mit fehlenden Ressourcen für eine regelmäßige Anwesenheit in den Projektgebieten, um die Notwendigkeit gewisser Maßnahme oder den Status ihrer Umsetzung zu beurteilen, haben damit vor allem jene Organisationen ein Kontrollproblem, die mit nur einer

Partnerorganisation zusammenarbeiten und über keine lokale Repräsentanz in den Zielregionen verfügen.

Auch wenn die Partnerorganisationen in den Zielregionen detailliert Bericht erstatten müssen über ihre Ausgaben, den Projektverlauf oder Kennzahlen wie zu den durch die Projektkomponenten erreichten Personen etc., kann nicht ausgeschlossen werden, dass Maßnahmen oder Aktivitäten dabei anders als geplant umgesetzt werden. Vor allem bei der Planung der Projekte, bei der die Partnerorganisationen in den Zielregionen aktiv Vorschläge für Projektkomponenten machen können, haben sie die Möglichkeit, ihre Interessen und Vorstellungen miteinzubringen. Um abschließend beurteilen zu können, inwiefern die Interessen der lokalen Partner*innen und ihre Vorstellungen darüber, was notwendig und angebracht ist, die Projekthalte und somit auch die Umsetzung von UHC beeinflussen, bräuchte es allerdings auch Interviews mit Vertreter*innen dieser Organisationen. Auch wenn dies in der vorliegenden Arbeit nicht der Fall war und es den Umfang einer Masterarbeit deutlich übersteigen würde, soll dennoch darauf hingewiesen werden, dass dieser Mangel an Kontrolle seitens der Projektträgerorganisationen vermutlich beeinflusst, welche Projekthalte von den lokalen Partnerorganisationen (nicht) vorgeschlagen und somit auch (nicht) realisiert werden. Wenngleich dazu in den Interviews nichts explizit thematisiert wurde, könnten hier auch fehlende Kenntnisse der Sprachen und der Bedingungen in den Zielregionen dazu führen, dass die Einschätzungen und Darstellungen jener Vertreter*innen der Partnerorganisationen, mit denen (direkte) Kommunikation möglich ist, für die Projektverantwortlichen in Österreich kaum oder nur sehr schwer überprüfbar sind.

Neben den Partnerorganisationen spielen auch andere organisatorische und institutionelle Bedingungen in den Zielregionen eine tragende Rolle. Die Zusammenarbeit mit lokalen Behörden und die organisatorische Beschaffenheit des Gesundheitssystems können etwa maßgeblich beeinflussen, ob und wie UHC in den Projekten überhaupt implementiert werden kann. Berichte verschiedener Interviewpartner*innen zeigen etwa, dass Vorgaben lokaler Behörden, aber auch inoffizieller Autoritäten und Entscheidungsträger*innen bei der Auswahl und Umsetzung der Projektmaßnahmen berücksichtigt werden müssen. So scheitert die Umsetzung geplanter Projektkomponenten in manchen Fällen schon daran, dass dafür benötigte Räumlichkeiten in den Zielregionen nicht vorhanden sind oder notwendige Ressourcen lokal nicht bereitgestellt werden können. In manchen Fällen kann das auf mangelnde Abstimmung mit den Partnerorganisationen oder unzureichende Erhebungen des Ist-Standes vor Projektbeginn zurückgeführt werden. In anderen führen jedoch veränderte politische Bedingungen oder unerwartete Ereignisse wie Naturkatastrophen dazu. Gerade bei der Umsetzung komplexer Policies wie UHC muss daher auch der Einfluss der Bedingungen in den Zielregionen berücksichtigt werden und unter Umständen viel Flexibilität gelebt werden.

Ebenfalls an dieser Stelle erwähnenswert scheint, dass in mehreren Projekten mit Akteur*innen aus dem Gesundheitsbereich zusammengearbeitet wurde, die wegen mangelnder Ausbildung nicht als Gesundheitsfachpersonal bezeichnet werden können (Maier & Kuhlmann, 2021). Diese Gruppe, zu der etwa *community health workers* ohne umfassendere fachliche Ausbildung gezählt werden können, spielen vor allem in Projektregionen, in denen die Gesundheitsversorgung vorrangig auf den städtischen Raum konzentriert ist, eine bedeutende Rolle für die Versorgung ländlicher Regionen und schwer erreichbarer Communities. Auch wenn im Literaturreview dieser Arbeit vorrangig Publikationen zu Gesundheitsfachkräften berücksichtigt wurden, lässt sich festhalten, dass der Rolle dieser Gruppe und vor allem ihrer Zusammenarbeit mit Gesundheitsfachkräften in der konsultierten Literatur wenig Beachtung zukommt. Dass *community health workers* oder vergleichbare Akteur*innen den Interviewpartner*innen zufolge häufig besonders eng mit den Zielgruppen verbunden sind, über relevante Expertise verfügen und oft ungehindert Zugang zu diesen haben, spricht dafür, dass diese Gruppe eine für das Erreichen von UHC strategisch wichtige Mittlerrolle zwischen Fachkräften und der Bevölkerung einnehmen kann. In den untersuchten Projekten scheint das zumindest teilweise der Fall zu sein, auch hier weisen die Daten aber darauf hin, dass die jeweiligen Kompetenzbereiche und die Zusammenarbeit mit Gesundheitsfachkräften nicht ausreichend definiert und abgegrenzt sind.

Insgesamt lässt sich dahingehend zusammenfassend sagen, dass die Zusammenarbeit mit den Partner*innen in den Zielregionen die Umsetzung von UHC im Rahmen der untersuchten EZA-Projekte maßgeblich beeinflusst. Die Art des Einflusses hängt dabei allerdings von zahlreichen verschiedenen Faktoren ab, nicht zuletzt der Form und Intensität der Zusammenarbeit, der Anzahl, den Eigenschaften und Interessen der lokalen Partner*innen und von den Bedingungen, die das Gesundheitssystem, aber auch die politischen Strukturen betreffen. Wie mehrfach aufgezeigt, scheint auch hier die Umsetzung von UHC (mitbedingt durch den deutlichen Informationsmangel aller Beteiligten) in vielen Fällen davon beeinflusst zu sein, inwiefern die Interessen und Vorstellungen der jeweiligen Akteur*innen sich mehr oder weniger zufällig mit den Forderungen von UHC überschneiden oder beteiligte Akteur*innen UHC-relevante Ziele (z.B. Gesundheitsversorgung für besonders vulnerable Gruppen) anstreben, ohne zu wissen, dass diese auch in UHC enthalten sind.

8.5 Aus-, Fort- und Weiterbildung von Gesundheitsfachkräften als Beitrag zu UHC

Für die Praxis ist die Frage der Umsetzung von SDG3.8 in den untersuchten EZA-Projekten vor allem deshalb relevant, um deren Beitrag zum Erreichen von UHC in den Zielregionen beurteilen zu können und zu identifizieren, welche Umstände mögliche Erfolge blockieren. Es muss darauf verwiesen werden, dass diese Frage hier nur auf Basis der mündlichen Darstellungen der interviewten Projektverantwortlichen erörtert werden kann. Aufgrund mangelnden Zugangs zu relevanten

schriftlichen Projektunterlagen (z.B. Förderanträge oder Evaluierungen sämtlicher untersuchter Projekte) und der fehlenden Möglichkeit zur Durchführung von Interviews mit Vertreter*innen der ADA sowie der Partnerorganisationen in den Zielregionen kann die folgende Argumentation daher nicht als abschließende Antwort verstanden werden. Nichtsdestotrotz liefern die erhobenen Daten hierzu interessante Einblicke.

Da sich alle Projekte zum Zeitpunkt der Datenerhebung noch in der Umsetzung befanden und teilweise erst wenige Monaten zuvor begonnen wurden, geht es hier vorrangig darum, inwiefern ein Beitrag der Projekte zum Erreichen von UHC unter Berücksichtigung der zuvor erörterten Bedingungen erwartet werden kann. Der Versuch, die hierfür notwendigen Daten zu erheben, hat deutlich gemacht, wie sehr sich die Wahrnehmungen der Interviewpartner*innen dabei von den in den Förderanträgen festgeschriebenen Projektzielen und Evaluierungskriterien unterscheiden können. Abgesehen davon, dass die Aussagen über geplante oder bereits durchgeführte Evaluierungen bei fast allen Projekten stark divergieren, zeigt sich, dass Projektverantwortliche diese quasi als „notwendiges Übel“ wahrnehmen, ähnlich dem Förderantrag zum Erhalt von Projektgeldern. Die dafür in den ADA-Anträgen festgelegten Kriterien beziehen sich vor allem auf quantifizierbare Erfolge, wie z.B. die Anzahl erreichter Personen oder durchgeführter Schulungen. Auf Nachfrage zu bereits erzielten Erfolgen aus ihrer Perspektive berichten die Befragten hingegen von den Beiträgen ihrer Projekte zum Bewusstseinswandel in der lokalen Bevölkerung, über gute Zusammenarbeit mit Akteur*innen in den Zielregionen oder über positive Rückmeldungen aus der Bevölkerung, deren Zugang zu Gesundheitsversorgung sich durch die Projekte verbessert hat.

Diese divergierenden Wahrnehmungen darüber, was Projekte leisten können und sollen, zeigen erneut die unterschiedlichen Interessen und Ideen der beteiligten Akteur*innen und Ebenen auf. Die Gruppe der *street-level-bureaucrats* findet sich dabei wieder in der Verantwortung, die heterogenen Erwartungen und Ansprüche zu kombinieren und zu erfüllen. Für den Beitrag der Projekte zum Erreichen von UHC bietet diese Situation aber trotz des Drucks, der dabei für die Projektverantwortlichen entsteht, die Chance, mehrdimensional zu UHC beizutragen. Die Notwendigkeit, quantifizierbare Evaluationskriterien zu erfüllen, führt so beispielsweise dazu, dass Bildungsmaßnahmen eine bestimmte Mindestanzahl an Teilnehmer*innen erreichen müssen. Die Art und Weise, wie die Projektverantwortlichen Erfolge definieren, stellt hingegen sicher, dass nicht nur die Zahl der erreichten Personen im Vordergrund steht, sondern auch die Bedürfnisse der lokalen Bevölkerung berücksichtigt werden, um für die Zielgruppen wahrnehmbare Veränderungen zu erzielen.

Grundsätzlich lassen die Erläuterungen der Interviewpartner*innen daher darauf schließen, dass die Projekte vor allem aufgrund ihrer Komponenten zur Aus-, Fort- und Weiterbildung von

Gesundheitsfachkräften einen relevanten Beitrag zum Erreichen von UHC in den Zielregionen leisten können. So kann etwa die Ausbildung neuen Personals (zumindest lokal begrenzt) zur Bekämpfung des in den Zielregionen stark ausgeprägten Mangels an Gesundheitsfachkräften beitragen. Noch viel größer dürfte der Beitrag der Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen für bestehendes Personal sein. Diese erhöhen nämlich nicht nur die Kompetenzen vorhandener Fachkräfte, sondern fokussieren dabei in vielen Fällen auf Themen und Zielgruppen, die sowohl von der WHO und wissenschaftlicher Seite als auch von Akteur*innen in den Zielregionen als besonders notwendig erachtet werden. Ihr Beitrag zur Verbesserung der Versorgungsqualität, zur Erweiterung der Palette verfügbarer Services und zur besonderen Berücksichtigung bisher kaum oder nicht erreichter Zielgruppen kann dabei als wesentlicher Beitrag zu den Dimensionen *service coverage* und *population coverage* gesehen werden. Dass fast alle Projekte sich auch darum bemühen, niederschwellige Angebote, z.B. in Form kommunaler Gesundheitshelfer*innen oder Multiplikator*innen, in die Projekte zu inkludieren, kann als wichtiger Beitrag zur Leistbarkeit und Zugänglichkeit von Gesundheitsdienstleistungen und damit als Schritt zum Erreichen der Dimension von *financial coverage* gesehen werden.

Da Investitionen in die Aus- und Weiterbildung des Personals die Versorgungsqualität nachhaltig verbessern können, ist auch davon auszugehen, dass die Effekte zum Erreichen von UHC auch über die Projektlaufzeit fortbestehen. Gleichzeitig muss diese Einschätzung um die Reflexion ergänzt werden, welche darüber hinausreichenden Beiträge zu UHC im Rahmen der Projekte möglich wären, aber aufgrund der verschiedenen behinderten Faktoren nicht erreicht werden. So muss beispielsweise nochmals betont werden, dass die Nachhaltigkeit einiger Projektmaßnahmen maßgeblich dadurch beschränkt sein dürfte, dass die Mehrheit der untersuchten Projekte kaum Maßnahmen zur Fortsetzung der initiierten Aktivitäten oder deren zukünftiger Finanzierung enthält. Gerade im Gesundheitsbereich, wo regelmäßige Weiterbildungen auch für den Erhalt bestehender Kompetenzen unverzichtbar sind, können die Projekte so einiges an Potential zum Erreichen von UHC in den Zielregionen einbüßen.

Zudem ist davon auszugehen, dass sich auch die durch Informations- und Ressourcenmangel bedingte fehlende bzw. begrenzte Abstimmung mit im Gesundheitsbereich tätigen Organisationen und Expert*innen negativ auf den Beitrag der Projekte zum Erreichen von UHC auswirkt. Projekteinhalte und -maßnahmen sollten nicht nur auf aktuelle lokale Bedarfe angepasst werden, sondern auch regionale, nationale und globale Entwicklungen und Gesellschaftsdynamiken (z.B. Bevölkerungswachstum, Veränderungen der demographischen Altersstrukturen, Zunahme infektiöser Krankheiten, Klimawandel etc.) berücksichtigen. Dass dies in den Projekten kaum bis gar nicht der Fall zu sein scheint, obwohl relevante Informationen in vielen Bereichen zur Verfügung stünden und sich Institutionen wie die WHO mit genau diesen Thematiken beschäftigten, lässt darauf schließen, dass

die gesetzten Maßnahmen in vielen Fällen nicht optimal auf den eigentlichen Bedarf abgestimmt sind. Bestätigt wird diese Annahme nicht zuletzt dadurch, dass viele von wissenschaftlicher Seite oder von der WHO geforderte Maßnahmen und Herangehensweisen, wie im vorstehenden Kapitel aufgezeigt, keine oder kaum Berücksichtigung finden.

Insgesamt lässt sich schlussfolgern, dass die Projekte definitiv einen Beitrag leisten und mit ihren Bildungsmaßnahmen für Gesundheitsfachpersonal entscheidend dazu beitragen können, dass in den Zielregionen ein wichtiger Schritt zum Erreichen von UHC gesetzt wird. Gleichzeitig muss aber, da die Projekte zu relevanten Teilen mit öffentlichen Geldern finanziert werden, kritisiert werden, dass die Potentiale selbst mit den begrenzten Finanzmitteln bei weitem nicht ausgeschöpft werden dürften. Wie in der Diskussion aufgezeigt, liegt die Verantwortung hierfür nicht nur bei den Projektträgerorganisationen. Stattdessen scheint die Situation durch eine Kombination aus weitreichendem Informationsmangel zu UHC auf Seiten aller Beteiligten, durch die begrenzte Verfügbarkeit finanzieller, aber auch personeller Ressourcen und das fast vollständige Fehlen von Abstimmung mit Expert*innen aus dem Gesundheitsbereich verursacht zu sein.

Der verbreitete Ressourcenmangel, der z.B. dazu führt, dass kaum höhere Ausbildungen wie Studiengänge etabliert werden können, lässt darauf schließen, dass in einigen Fällen statt zahlreicher einzelner, zeitlich strikt begrenzter Projekte in verschiedensten Regionen nachhaltiges längerfristiges Engagement in festgelegten Zielländern hilfreich wäre. Damit könnten sich Projektverantwortliche besser in die Zielregionen und Probleme einarbeiten, die Zusammenarbeit mit lokalen Partner*innen könnte sich institutionalisieren und der Fokus könnte auf langfristigen Veränderungen und Zielen liegen, statt einfach zu implementierende Maßnahmen und schnelle Erfolge anzustreben.

Insgesamt könnte also nicht nur der Beitrag der Projekte zum Erreichen von UHC erhöht werden, die zur Verfügung gestellten Ressourcen könnten auch besser genutzt werden, womit auch der möglichst effizienten Verwendung öffentlicher Mittel Rechenschaft getragen würde. Größtes Hindernis für die Implementierung von UHC in den untersuchten EZA-Projekten bleibt offenbar jedoch, dass beteiligte Akteur*innen auf allen Ebenen kaum bis gar nicht über UHC Bescheid wissen. Gemessen daran, dass die Laufzeit der Agenda 2030 bereits zur Hälfte verstrichen ist, erscheint es besonders problematisch, dass die Mehrheit der Akteur*innen im vorliegenden Fall trotz ihrer Tätigkeit im EZA-Bereich kein Wissen zu SDG3.8 bzw. UHC vorweisen konnte.

Abschließend ist festzuhalten, dass sich in der Argumentation einige zentrale Faktoren identifizieren ließen, die in allen Interviews wiederkehrend in Erscheinung traten und bei denen aufgrund der erhobenen Daten begründet davon ausgegangen werden kann, dass sie die Implementierung von UHC in den verschiedenen Phasen der untersuchten EZA-Projekte maßgeblich beeinflussen.

Weitreichendsten Einfluss dürfte dabei der mehrfach angesprochene Informations- und Wissensmangel zu UHC haben, auch die Abhängigkeit von Fördermitteln sowie die Zusammenarbeit mit Partnerorganisationen in den Zielregionen scheinen eine bedeutende Rolle zu spielen. In den verschiedenen Projektabschnitten und in Bezug auf die unterschiedlichen beteiligten Akteursgruppen scheinen diese drei Faktoren sich zudem gegenseitig zu beeinflussen und teilweise zu verstärken.

9 Limitationen

Die Durchführung von Interviews mit Projektverantwortlichen hat sich als geeignet erwiesen, umfassende und gleichzeitig konkrete Informationen zur Implementierung von UHC in den untersuchten EZA-Projekten zu bekommen. Die Übertragbarkeit bzw. Verallgemeinerung der Ergebnisse dieser Arbeit ist jedoch möglicherweise durch die im Folgenden dargestellten limitierenden Faktoren eingeschränkt:

Die Auswahl des Forschungsdesigns und methodische Vorgehensweise können die Erhebung, Auswertung und Diskussion der gesammelten Daten beeinflusst haben. Daher kann die in dieser Arbeit dargelegte Argumentation nicht als allgemein gültige Erkenntnisse über die Umsetzung von UHC in ADA-geförderten EZA-Projekten zur Aus- und Weiterbildung von Gesundheitsfachpersonal herangezogen werden. Stattdessen liefert die vorliegende Forschung auf Basis der erhobenen Daten erste Einblicke dazu, wie UHC in den hier untersuchten Projekten implementiert wird, und kann damit möglicherweise eine Basis für weitere (Feld-)Forschung darstellen.

Ein limitierender Faktor könnte in der geringen, wenngleich für qualitativ-explorative Forschungsarbeiten nicht unüblichen Anzahl an inkludierten Projekten und Interviewpartner*innen liegen. Hier könnte eine *selection bias* vorliegen, da nur eine Stichprobe von neun Projektmitarbeiter*innen aus acht verschiedenen Projekten genutzt wurde. Auch wenn die Gesamtzahl von ADA-geförderten EZA-Projekten zur Aus-, Fort- und Weiterbildung von Gesundheitsfachpersonal nicht zuletzt wegen der überschaubaren OEZA-Landschaft gering ist, konnten nicht alle elf in Frage kommenden und angefragten Projekte berücksichtigt werden, da nicht alle Institutionen Interesse an einer Teilnahme zurückmeldeten. Die Ergebnisse sind also möglicherweise dadurch verzerrt, dass nur Vertreter*innen jener Projektträgerorganisationen befragt werden konnten, die auch bereit waren, sich zu dem Thema zu äußern. Zu erwähnen ist hier außerdem der mögliche Einfluss des *social desirability bias*, der vor allem im Hinblick auf ein zum Interviewzeitpunkt aktives Arbeitsverhältnis der Befragten mit der jeweiligen Projektorganisation (die auf Wunsch Einsicht in die finale Arbeit nehmen konnte) und ihre eigene Projektverantwortlichkeit eventuell dazu geführt haben könnte, dass die eigenen Projekte teilweise positiver dargestellt wurden, als es der Realität entspricht.

Als einschränkend kann auch die - einer universitären Qualifikationsarbeit geschuldete - zeitliche Begrenzung der Datenerhebung angesehen werden. Aspekte, wie etwa mögliche längerfristige Einflüsse politischer Verhältnisse oder wechselnder amtierender Entscheidungsträger*innen, können daher aufgrund fehlender Daten aus Vergleichszeiträumen kaum beurteilt werden.

Hinzu kommt, dass zur Datenerhebung ausschließlich acht mündliche Interviews mit Mitarbeiter*innen der Projektträgerorganisationen herangezogen werden konnten. Auf Grund fehlenden Zugangs bzw. mangelnder Bereitschaft von Ansprechpartner*innen der ADA war weder eine Datenvalidierung mit den dort Verantwortlichen noch ein umfassender Einblick in schriftliche Projektunterlagen (mit einer Ausnahme) möglich. Da die Interviewdaten somit nicht mithilfe anderer Quellen und Methoden im Sinne einer Triangulation überprüfbar waren, kann hier wieder nicht ausgeschlossen werden, dass manche Darstellungen der Interviewpartner*innen von ihren persönlichen Interessen (oder denen ihrer Arbeitgeber*innen) beeinflusst wurden. Durch regelmäßige Rückfragen während der Interviews und Berücksichtigung dieser Einflüsse bei der Diskussion der Daten wurde jedoch versucht, mit dieser Situation transparent umzugehen und ihre möglichen Konsequenzen zu erörtern.

Aufschlussreich in diesem Zusammenhang wäre auch die Durchführung eines Fokusgruppeninterviews gewesen, um die Daten der Einzelinterviews zur Diskussion zu stellen, und so mögliche Fehlinterpretationen zu korrigieren und die Ergebnisse zu validieren. Auch das war aufgrund der begrenzten zeitlichen Ressourcen der Interviewpartner*innen nicht möglich.

An dieser Stelle muss zudem darauf verwiesen werden, dass qualitative Forschungsergebnisse auch von den subjektiven Einschätzungen und Perspektiven der forschenden Person abhängig sind. Während der Interviewleitfaden im Vorfeld mit Personen entsprechender fachlicher Expertise diskutiert wurde, um ihn von Verzerrungen zu bereinigen, kann in Bezug auf die Interviewtechnik und den Verlauf der Gespräche ein *interviewer bias* nicht ausgeschlossen werden. Auch die Erstellung des Kategoriensystems, der Codier-Prozess sowie die Auswertung und Interpretation der Daten kann von möglichen Erwartungen, Einstellungen oder Erfahrungen der Forscherin beeinflusst worden sein. Fachlich einschränkend kann sich vor allem der nicht-gesundheitsspezifische Hintergrund der Forscherin auf manche Erkenntnisse oder Verknüpfungen ausgewirkt haben. Durch das Anstreben von Mayrings (2016) Gütekriterien qualitativer Forschung, umfassende Literatur- und Hintergrundrecherche und Rücksprachen mit Gesundheitsfachkräften aus dem persönlichen Umfeld der Forscherin wurde jedoch auch hier aktiv versucht, diese Einflüsse gering zu halten.

10 Conclusio und Ausblick

Ziel der vorliegenden Arbeit war das Generieren von Erkenntnissen darüber, wie SDG3.8 bzw. UHC in ADA-geförderten Projekten zur Aus-, Fort- und Weiterbildung von Gesundheitsfachpersonal implementiert und umgesetzt wird.

Trotz zahlreicher theoretischer Arbeiten zu Implementierungsprozessen gibt es bisher nur wenig empirische Untersuchungen zur Umsetzung der SDGs. Insofern ist auch die Anzahl empirischer Forschungen zur Implementierung der SDGs sowie zur Rolle von UHC im Rahmen von EZA-Projekten bislang sehr gering. Die Durchführung von Interviews mit Verantwortlichen der Projektträgerorganisationen haben sich dabei als geeignet erwiesen, umfassende Einblicke in die Kontexte der Projektplanung und -umsetzung, die Bedingungen der Projektförderungen sowie die Zusammenarbeit mit den Partnerorganisationen der Zielregionen und der ADA zu gewinnen. Auch wenn die Einsicht in relevante schriftliche Projektunterlagen (vor allem der ADA-Förderanträge) sowie eine Datenvalidierung mit Vertreter*innen der ADA wünschenswert und vermutlich aufschlussreich gewesen wären, konnte die durchgeführte Forschung dennoch Erkenntnisse dazu liefern, wie UHC in den untersuchten Projekten umgesetzt wird, und welche Faktoren den Prozess behindern bzw. fördern. Dieses Kapitel soll daher eine Zusammenfassung der wichtigsten Erkenntnisse, aber vor allem auch eine Reflexion über mögliche Schlussfolgerungen für die OEZA sowie Ansätze für weiterführende Forschung zu diesem und angrenzenden Themen bieten.

Die zentrale Erkenntnis der Forschung ist, dass die sich gegenseitig beeinflussenden Kontextfaktoren *Wissens- und Informationsmangel zu UHC* sowie *finanzieller und personeller Ressourcenmangel* jene Faktoren sind, die die Implementierung von UHC in den untersuchten EZA-Projekten am stärksten beeinflussen (und zu behindern scheinen). Das Ausmaß des identifizierten Informations- und Wissensmangels auf Seiten der Projektverantwortlichen, aber vermutlich auch der ADA und politischer Entscheidungsträger*innen, hat aufgezeigt, wie weitreichend die Konsequenzen einer fehlenden Implementierungsstrategie sein können. Wenig überraschend führt mangelndes, wenn nicht sogar gänzlich fehlendes Wissen und Bewusstsein auf oberster Ebene dazu, dass das Ziel von UHC, trotz Österreichs Bekenntnis zu den strategischen Zielen der WHO sowie zur Umsetzung der SDGs, in allen Abschnitten der untersuchten Projekte und unter sämtlichen beteiligten Akteursgruppen zu wenig Beachtung erfährt. Möglichkeiten zur Verbesserung lägen dabei vor allem bei der ADA bzw. den für diese unmittelbar zuständigen politischen Entscheidungsträger*innen: Diese könnten als verantwortliche Instanz durch klare inhaltliche Vorgaben, die Bereitstellung von UHC-bezogenen Informationen und einer generellen Priorisierung des Themas relativ einfach, aber effektiv zur Implementierung von SDG3.8 in gesundheitsspezifischen Projekten beitragen.

Die Berichte der Projektverantwortlichen über generell begrenzte Relevanz der SDGs für die Projekterarbeitung und -umsetzung legen zudem nahe, dass dieses Problem keineswegs nur in Bezug auf SDG3.8 bzw. UHC besteht. Ob diese Situation unter anderem dadurch verursacht ist, dass den SDGs in Österreich auf politischer Ebene insgesamt zu wenig Bedeutung zugewiesen wird, kann an dieser Stelle nur vermutet werden. Klar wird jedoch, dass es zumindest für den EZA-Bereich an festgelegten Implementierungsstrategien mangelt, die eine konsequente Umsetzung der SDGs im Rahmen öffentlich geförderter Projekte sicherstellen. In Anbetracht der Tatsache, dass zum Zeitpunkt der Fertigstellung dieser Arbeit bereits über die Hälfte der 15-jährigen Laufzeit der SDGs verstrichen ist, ist zu befürchten, dass sich diese Situation nicht förderlich auf das Erreichen der SDGs auswirken dürfte. Für eine genauere Einschätzung bräuchte es aber auch hierzu konkrete Forschung sowie eine Zwischenevaluierung zum Status quo der Umsetzung und vor allem nach 2030 spezifische Untersuchungen und Evaluierung, um aus Fehlern und Erfolgen des SDG-Implementierungsprozesses lernen zu können.

Der an zahlreichen Stellen thematisierte Informationsmangel zu UHC generell und das fehlende Bewusstsein über dessen Bedeutung für gesundheitsspezifische EZA-Projekte haben zudem aufgezeigt, dass die alleinige Verfügbarkeit relevanter und qualitativ hochwertiger thematischer Informationen oder Leitlinien nicht ausreicht. Stattdessen bräuchte es offensichtlich deutlich mehr Bemühungen, wissenschaftliche Expert*innen und Vertreter*innen von Fachorganisationen, politische Entscheidungsträger*innen und das für die Umsetzung von Policies tatsächlich zuständige Personal zusammenzubringen und einen aktiven Austausch zwischen ihnen zu forcieren. Dieses im Rahmen der Forschung ersichtlich gewordene Vernetzungsproblem, das die Überführung (wissenschaftlicher) Erkenntnisse und theoretisch entwickelter Guidelines in die Praxis hemmt bzw. behindert, ist in der Implementierungsforschung dabei hinlänglich bekannt. Hinzu kommt, dass der Literaturreview gezeigt hat, dass der Forschungsstand zur Rolle von UHC in gesundheitsspezifischen EZA-Projekten sowie zur Bedeutung internationaler Zusammenarbeit für UHC generell recht begrenzt ist. Auch hier zeigt sich wiederum die Notwendigkeit weiterer Forschung, z.B. dazu, inwiefern das Übertragen (europäischer) Ausbildungscurricula auf andere Länder in Bezug auf deren Gesundheitssysteme und Ausbildungsstrukturen überhaupt Sinn macht.

Auf Ebene des Gegenstands dieser Arbeit, nämlich ADA-geförderte EZA-Projekte, kann davon ausgegangen werden, dass dem identifizierten Informationsmangel insofern verhältnismäßig einfach entgegengewirkt werden könnte, als dass es vor allem an Wissen über die Existenz von Informationen zu UHC, über deren mögliche Bedeutung für die eigene Arbeit sowie an den zeitlichen und personellen Ressourcen, sich mit ihnen zu beschäftigen, fehlt. Vorgaben seitens der ADA, bei der Projekterarbeitung mit Expert*innen aus dem Gesundheitsbereich zusammenzuarbeiten, Bezug auf

relevante Leitlinien der WHO zu nehmen und deren Empfehlungen in die eigenen Projekte einzuarbeiten, könnten demnach einen logischen und einfach realisierbaren ersten Schritt zur Bekämpfung des Informationsmangels über UHC darstellen. Auch die von einem*r Interviewpartner*in positiv erwähnten Austauschrunden mit den verschiedenen Projektträgerorganisationen könnten ein probates Mittel darstellen, nicht nur das Wissen des umsetzenden Personals zu erhöhen, sondern auch dessen Vernetzung untereinander zu fördern und ein Setting zu schaffen, in dem alle von Erfahrungen und Fehlern der anderen lernen können. In Anbetracht der überschaubar großen OEZA-Szene könnte die ADA so mit begrenztem Ressourcen- und Administrationsaufwand die Implementierung von UHC in den von ihnen geförderten Projekten fördern, indem UHC nicht nur, wie im Rahmen dieser Forschung aufgezeigt, unbewusst implementiert wird, sondern aktiv als Zielsetzung verfolgt wird.

Neben dem Informations- und Wissensmangel konnte teils stark ausgeprägter Ressourcenmangel als zweiter Faktor identifiziert werden, der die Implementierung von UHC wesentlich beeinflusst, und maßgeblich mit der Vergabe der Fördergelder und den zugehörigen Richtlinien zusammenhängt. Auch wenn der mit der Projektförderung verbundene administrative Aufwand und die Abhängigkeit von positiven Förderzusagen die Umsetzung von UHC und damit den Beitrag der Projekte zu universeller Gesundheitsversorgung negativ zu beeinflussen scheint, kann an dieser Stelle kaum beurteilt werden, wie einer transparenten Vergabe der dafür verwendeten öffentlichen Budgetmittel anders Rechnung getragen werden könnte. Klar geworden ist jedoch, dass sowohl die finanziellen Mittel als auch die kurzen Förderperioden die Implementierung von UHC in den verschiedenen Projektabschnitten hemmen. Eine Verlängerung der Förderzeiträume könnte daher eine erste Verbesserung darstellen, durch die sowohl bei der Planung als auch bei der Umsetzung der Projekte mehr Zeit für die Abstimmung der Projekthalte mit den Forderungen von UHC zur Verfügung stünde. In Hinblick auf damit verbundene Personalkosten erscheint auch eine Erhöhung der zur Verfügung gestellten Mittel zwingend notwendig, um negative Auswirkungen des thematisierten Ressourcenmangels auf die Umsetzung von UHC zu reduzieren bzw. verhindern und gezielte, statt unbewusste Implementierung zu ermöglichen.

Eine mögliche Lösung diesbezüglich könnte die Umsetzung einer geringeren Zahl, aber umfassenderer Programme unter Beteiligung mehrerer Trägerorganisationen darstellen. Diese könnten etwa die zahlreichen kleineren Projekte ersetzen, die aufgrund ihrer stark begrenzten Ressourcen kaum verknüpfte, umfassende Maßnahmen beinhalten, sondern meist zeitlich und thematisch auf wenige Unterbereiche fokussiert sind und somit oft nur begrenzt zu UHC beitragen können. Durch die Bündelung der Ressourcen könnte UHC in diesen Programmen aktiv und gezielt implementiert werden, indem umfassendere, bedarfsorientierte Maßnahmen gesetzt werden, ausreichend Ressourcen für die

Zusammenarbeit mit geeigneten Partnerorganisationen zur Verfügung gestellt werden, um besonders die Nachhaltigkeit und die Weiterführung der Aktivitäten durch lokale Institutionen in den Fokus zu stellen. Von der Zusammenarbeit verschiedener Trägerorganisationen könnten die Projekte zudem profitieren, da die unterschiedlichen Akteur*innen auch über verschiedene Kompetenzen verfügen. Gerade für den Bereich der Aus-, Fort- und Weiterbildung von Gesundheitsfachpersonal, dem für das Erreichen von UHC zentrale Bedeutung zukommt und in dem es langfristig angelegte sowie gründlich geplante Investitionen braucht, könnten diese Umstrukturierungen großes Potential bieten. Angedacht werden könnte in diesem Zusammenhang etwa ein Aufbrechen der strikten Trennung von Wirtschaftspartnerschaften und NGO-geführten Projekten. Durch die Zusammenarbeit von Unternehmen aus dem Medizinbereich und NGOs mit Erfahrung im EZA-Bereich könnten beispielsweise Perspektiven und Kompetenzen beider Seiten in die Projekte inkludiert und etwa vorhandene Schwächen ausgeglichen werden. Vor allem in Zusammenarbeit mit qualifizierten und gut ausgerüsteten Partner*innen in den Zielregionen, die sich - wie die Forschung gezeigt hat - positiv auf die Berücksichtigung UHC-relevanter Inhalte auswirkt, könnten die Projekte dann vermutlich entscheidende Beiträge für das Erreichen von UHC leisten. Angemerkt werden muss jedoch, dass derartige Zusammenarbeit potentiell auch mit projektgefährdenden Risiken, wie etwa Interessenskonflikten, unklaren Zuständigkeiten oder fehlenden Weisungsrechten, verbunden sein könnte.

Eine Zusatzerkenntnis von Recherche und Forschung, die vor allem unter Berücksichtigung des auf dem Thema *Aus-, Fort- und Weiterbildung von Gesundheitsfachpersonal* liegenden Schwerpunkts dieser Arbeit relevant erscheint, ist, dass es an Wissen dazu mangelt, welche Rolle nicht oder kaum ausgebildete *community health workers* für das Erreichen von UHC spielen könnten. Die Interviewdaten deuten jedoch daraufhin, dass diese aufgrund ihres ungehinderten Zugangs zu den Zielgruppen, ihrer breitgefächerten Einsatzmöglichkeiten und ihrer niederschwellig angebotenen Gesundheitsdienstleistungen eine tragende Rolle für eine universelle und leistbare Zurverfügungstellung von Gesundheitsversorgung spielen könnten. Gerade angesichts dieses Potentials zeigt sich allerdings zudem, dass es mehr Beschäftigung damit bräuchte, wie durch klar festgelegte Kompetenz- und Zuständigkeitsbereiche und strukturierte Zusammenarbeit mit gut ausgebildetem Fachpersonal auch die Qualität der Gesundheitsversorgung sichergestellt werden könnte. Erkenntnisse dazu könnten dabei nicht nur für die Umsetzung von UHC in EZA-Projekten hilfreich sein, sondern auch zur allgemeinen Verbesserung von Gesundheitsversorgung in vielen Teilen der Welt beitragen. Im Bereich häuslicher Pflege und Versorgung chronisch kranker Personen übernehmen weltweit häufig gering qualifizierte Personen aus dem Umfeld der Betroffenen in der informellen Pflege wichtige Teile der Gesundheitsversorgung; ohne gut koordinierte Zusammenarbeit mit professionellem Personal, klare Verteilung von Zuständigkeiten und qualifizierte Anleitung und

möglicherweise Aufsicht besteht jedoch überall das Risiko, dass Patient*innen unzureichend versorgt sind und der Bedarf an pflegerischer und medizinischer Betreuung zudem unerkannt bleibt. Gerade weil UHC aber den Anspruch erhebt, dass Gesundheitsversorgung hochwertig, leistbar und gleichzeitig für alle Menschen zugänglich sein soll, sollte die Gruppe der nicht-professionellen, teilweise informellen *community health workers* deutlich mehr Beachtung und Schulung erfahren.

Zusammenfassend macht die vorliegende Forschung trotz ihrer Limitationen klar, dass es nicht zuletzt auf Ebene politischer Entscheidungsträger*innen mehr aktive Hinwendung zu UHC bräuchte, um dessen Implementierung in den untersuchten EZA-Projekten sicherzustellen. Zur Bekämpfung des aufgezeigten Informations- und Ressourcenmangels wäre dabei nicht nur eine andere Verteilung und Vergabe vorhandener Mittel hilfreich, sondern es braucht schlichtweg auch mehr Budget. Da Österreich das im Regierungsprogramm verankerte Ziel, 0,7% des Bruttonationaleinkommens für öffentliche Entwicklungsleistungen aufzuwenden, seit Jahren verfehlt (Austrian Development Agency, o.J.c), wäre das eine Möglichkeit, zusätzliche Gelder auch im Sinne der Implementierung der SDGs zu investieren. Zu guter Letzt hat die Arbeit zudem gezeigt, wie stark es an Zusammenarbeit und Informationsaustausch zwischen Forschung, Politik und dem umsetzenden Personal mangelt. Gerade die CoVid-19-Pandemie hat jedoch eindrücklich klargemacht, wie schwerwiegend die Folgen dieses mangelnden Austausches sein können und wie weitreichend verschiedene Bereiche des Gesundheitssystems, wie z.B. ausreichend Personal, benötigte Infrastruktur, Information auf Seiten der Bevölkerung und der Fachkräfte etc., zusammenhängen. Es erscheint daher nur angemessen, dieses *learning* auch bei sämtlichem Engagement zum Erreichen von UHC immer zu berücksichtigen und umfassende Maßnahmen zu setzen, die all diese Bereiche inkludieren, um damit nachhaltige Erfolge zu ermöglichen.

11 Literaturverzeichnis

- Abedi, A., Adelson, J., Androudi, S., Antriyandarti, E., Aravkin, A. Y., Asaad, M., Ayano, G., Badiye, A. D., Balassyano, S., Basu, S., Bhutta, Z. A., Bockarie, M. J., Bohlouli, S., Brady, O. J., Briant, P. S., Briggs, A. M., Christensen, H., Chu, D.-T., Cortesi, P. A., . . . Zhao, Y. (2020). Measuring universal health coverage based on an index of effective coverage of health services in 204 countries and territories, 1990-2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *The Lancet (British Edition)*, 396(10258), 1250–1284. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30750-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30750-9)
- Abihiro, G. A. & Allegri, M. de (2015). Universal health coverage from multiple perspectives: A synthesis of conceptual literature and global debates. *BMC international health and human rights*, 15(1), 17. <https://doi.org/10.1186/s12914-015-0056-9>
- Afzal, S., Masroor, I. & Shafqat, G. (2012). Migration of health workers: A challenge for health care system. *Journal of the College of Physicians and Surgeons Pakistan (JCPSP)*, 22(9), 586–587. <http://www.jcpsp.pk/archive/2012/Sep2012/10.pdf>
- Aiken, L. H., Sloane, D. M., Bruyneel, L., van den Heede, K., Griffiths, P., Busse, R., Diomidous, M., Kinnunen, J., Kózka, M., Lesaffre, E., McHugh, M. D., Moreno-Casbas, M. T., Rafferty, A. M., Schwendimann, R., Scott, P. A., Tishelman, C., van Achterberg, T. & Sermeus, W. (2014). Nurse staffing and education and hospital mortality in nine European countries: a retrospective observational study. *The Lancet (British Edition)*, 383(9931), 1824–1830. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)62631-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(13)62631-8)
- Allen, C., Metternicht, G. & Wiedmann, T. (2016). National pathways to the Sustainable Development Goals (SDGs): A comparative review of scenario modelling tools. *Environmental Science & Policy*, 66, 199–207. <https://doi.org/10.1016/j.envsci.2016.09.008>
- Austrian Development Agency. (o.J.a). *Akteure*. <https://www.entwicklung.at/akteure> [letzter Zugriff: 20.06.2023].
- Austrian Development Agency. (o.J.b). *Internationale Organisationen*. <https://www.entwicklung.at/akteure/internationale-organisationen> [letzter Zugriff: 20.06.2023].
- Austrian Development Agency. (o.J.c). *Öffentliche Entwicklungshilfeleistungen*. <https://www.entwicklung.at/ada/oeffentliche-entwicklungshilfeleistungen> [letzter Zugriff: 20.06.2023].
- Austrian Development Agency. (o.J.d). *Was wir fördern*. <https://www.entwicklung.at/akteure/unternehmen/wirtschaftspartnerschaften/was-wir-foerdern> [letzter Zugriff: 20.06.2023].
- Austrian Development Agency. (2022). *Unternehmenskonzept 2022-2026*. Austrian Development Agency. https://www.entwicklung.at/fileadmin/user_upload/Dokumente/Publikationen/Unternehmenskonzept/ADA_UK_2022-2026.pdf
- Austrian Development Agency. (2023). *Alle Projekte*. <https://www.entwicklung.at/projekte/alle-projekte> [letzter Zugriff: 20.06.2023].
- Betz, J. (2021). *Entwicklungspolitik: Eine Einführung in Zielsetzungen und Ergebnisse*. Springer VS.
- Bogner, A., Littig, B. & Menz, W. (2014). *Interviews mit Experten: Eine praxisorientierte Einführung*. Springer VS.
- Boniol, M., Kunjumen, T., Nair, T. S., Siyam, A., Campbell, J. & Diallo, K. (2022). The global health workforce stock and distribution in 2020 and 2030: a threat to equity and 'universal' health coverage? *BMJ global health*, 7(6), e009316. <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2022-009316>
- Bonk, M. B. & Döring, O. (2021). Globalisierung und Gesundheit. In M. B. Bonk & T. Ulrichs (Hrsg.), *Global Health: Das Konzept der Globalen Gesundheit* (147–178). De Gruyter.

- Bressers, H. (2004). Implementing Sustainable Development: How to Know What Works, Where, When and How. In W. M. Lafferty (Hrsg.), *Governance for sustainable development: The challenge of adapting form to function* (S. 284–318). Edward Elgar Publishing.
- Brinkerhoff, D. W. & Bossert, T. J. (2014). Health governance: principal-agent linkages and health system strengthening. *Health policy and planning*, 29(6), 685–693.
<https://doi.org/10.1093/heapol/czs132>
- Bundesgesetz über die Entwicklungszusammenarbeit, Fassung vom 07.06.2023.
<https://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung/Bundesnormen/20001847/EZA-G%2c%20Fassung%20vom%2007.06.2023.pdf>
- Bundeskanzleramt Österreich. (2019). *Umsetzung der Agenda 2030: Wie werden die Sustainable Development Goals (SDGs) in Österreich implementiert?*
<https://www.bundeskanzleramt.gv.at/themen/nachhaltige-entwicklung-agenda-2030/implementierung.html> [letzter Zugriff: 20.06.2023].
- Bundesministerium für Europa, Integration und Äußeres. (2018). *Gemeinsam. Für unsere Welt: Dreijahresprogramm der österreichischen Entwicklungspolitik 2019 bis 2021*. Bundesministerium für Europa, Integration und Äußeres.
https://www.entwicklung.at/fileadmin/user_upload/Dokumente/Publikationen/3_JP/2019-2021_Dreijahresprogramm.pdf
- Bundesministerium für europäische und internationale Angelegenheiten. (2016). *Zukunft braucht Entwicklung. Entwicklung braucht Zukunft: Dreijahresprogramm der österreichischen Entwicklungspolitik 2016 bis 2018*. Bundesministerium für europäische und internationale Angelegenheiten.
https://www.entwicklung.at/fileadmin/user_upload/Dokumente/Publikationen/3_JP/2016-2018_Dreijahresprogramm.pdf
- Bundesministerium für europäische und internationale Angelegenheiten. (2022). *Bessere Lebensperspektiven weltweit, mehr Sicherheit in Österreich: Dreijahresprogramm der österreichischen Entwicklungspolitik 2022 bis 2024*. Bundesministerium für europäische und internationale Angelegenheiten.
https://www.entwicklung.at/fileadmin/user_upload/Dokumente/Publikationen/3_JP/2022-2024_Dreijahresprogramm.pdf
- Bundesministerium für europäische und internationale Angelegenheiten der Republik Österreich. (o.J.). *Entwicklungspolitik und -zusammenarbeit*.
<https://www.bmeia.gv.at/themen/entwicklungs-zusammenarbeit/> [letzter Zugriff: 20.06.2023].
- Bundes-Verfassungsgesetz, 779 der Beilagen zu den Stenographischen Protokollen des Nationalrates XXII. GP.
<https://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=LrW&Gesetzesnummer=20000213>
- Campbell, J., Buchan, J., Cometto, G., David, B., Dussault, G., Fogstad, H., Fronteira, I., Lozano, R., Nyongator, F., Pablos-Méndez, A., Quain, E. E., Starrs, A. & Tangcharoensathien, V. (2013). Human resources for health and universal health coverage: fostering equity and effective coverage. *Bulletin of the World Health Organization*, 91(11), 853–863.
<https://doi.org/10.2471/blt.13.118729>
- Cancedda, C., Cotton, P., Shema, J., Rulisa, S., Riviello, R., Adams, L. V., Farmer, P. E., Kagwiza, J. N., Kyamanywa, P., Mukamana, D., Mumena, C., Tumusiime, D. K., Mukashyaka, L., Ndenga, E., Twagirimugabe, T., Mukara, K. B., Dusabejamba, V., Walker, T. D., Nkusi, E., . . . Binagwaho, A. (2018). Health Professional Training and Capacity Strengthening Through International Academic Partnerships: The First Five Years of the Human Resources for Health

- Program in Rwanda. *International journal of health policy and management*, 7(11), 1024–1039. <https://doi.org/10.15171/ijhpm.2018.61>
- Cancedda, C., Farmer, P. E., Kerry, V., Nuthulaganti, T., Scott, K. W., Goosby, E. & Binagwaho, A. (2015). Maximizing the Impact of Training Initiatives for Health Professionals in Low-Income Countries: Frameworks, Challenges, and Best Practices. *PLOS Medicine*, 12(6), e1001840. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1001840>
- Cerna, L. (2013). *The Nature of Policy Change and Implementation: A Review of Different Theoretical Approaches*. Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung. www.oecd.org/edu/ceri/The%20Nature%20of%20Policy%20Change%20and%20Implementation.pdf
- Cueto, M. (2004). The origins of primary health care and selective primary health care. *American journal of public health*, 94(11), 1864–1874. <https://doi.org/10.2105/ajph.94.11.1864>
- Demey, D., Dieye, S. O., Feipel, V., Holey, L. A., Kruger, J., van Le, T., Morgan, P., Skinner, M. A. & Willems, P. (2022). International collaboration to improve physiotherapists' training, Viet Nam. *Bulletin of the World Health Organization*, 100(11), 733–738. <https://doi.org/10.2471/BLT.22.288100>
- Derkyi-Kwarteng, A. N. C., Agyepong, I. A., Enyimayew, N. & Gilson, L. (2021). A Narrative Synthesis Review of Out-of-Pocket Payments for Health Services Under Insurance Regimes: A Policy Implementation Gap Hindering Universal Health Coverage in Sub-Saharan Africa. *International journal of health policy and management*, 10(7), 443–461. <https://doi.org/10.34172/ijhpm.2021.38>
- Dussault, G. (2015). Bringing the Health Workforce Challenge to the Policy Agenda. In E. Kuhlmann, R. H. Blank, I. L. Bourgeault & C. Wendt (Hrsg.), *The Palgrave international handbook of healthcare policy and governance* (S. 273–288). Palgrave Macmillan.
- Evans, T. G., Araujo, E. C., Herbst, C. H. & Pannenberg, O. (2016). *Addressing the challenges of health professional education: Opportunities to accelerate progress towards universal health coverage: A Special Report of the Health Professional Education Advisory Board*. Weltbank. <https://doi.org/10.13140/RG.2.2.15878.37449>
- Flick, U. (2022). Gütekriterien qualitativer Sozialforschung. In J. Blasius & N. Baur (Hrsg.), *Handbuch Methoden der empirischen Sozialforschung* (3. Aufl., S. 533–547). Springer Fachmedien Wiesbaden GmbH.
- Fowler, L. (2019). Problems, politics, and policy streams in policy implementation. *Governance*, 32(3), 403–420. <https://doi.org/10.1111/gove.12382>
- Fox, A. M. & Reich, M. R. (2015). The Politics of Universal Health Coverage in Low- and Middle-Income Countries: A Framework for Evaluation and Action. *Journal of health politics, policy and law*, 40(5), 1023–1060. <https://doi.org/10.1215/03616878-3161198>
- Frenk, J. & De Ferranti, D. (2012). Universal health coverage: good health, good economics. *The Lancet (British Edition)*, 380(9845), 862–864. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)61341-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(12)61341-5)
- Friedrichs, J. (2022). Forschungsethik. In J. Blasius & N. Baur (Hrsg.), *Handbuch Methoden der empirischen Sozialforschung* (3. Aufl., S. 349–358). Springer Fachmedien Wiesbaden GmbH.
- Fuß, S. & Karbach, U. (2019). *Grundlagen der Transkription: Eine praktische Einführung* (2. Auflage). Verlag Barbara Budrich.
- Garrett, L., Chowdhury, A. M. R. & Pablos-Méndez, A. (2009). All for universal health coverage. *The Lancet (British Edition)*, 374(9697), 1294–1299. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(09\)61503-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(09)61503-8)

- Georgeson, L. & Maslin, M. (2018). Putting the United Nations Sustainable Development Goals into practice: A review of implementation, monitoring, and finance. *Geo: Geography and Environment*, 5(1), e00049. <https://doi.org/10.1002/geo2.49>
- Global Health Workforce Alliance & Weltgesundheitsorganisation. (2013). *A universal truth: no health without a workforce*. Weltgesundheitsorganisation. https://cdn.who.int/media/docs/default-source/health-workforce/ghwn/ghwa/ghwa_auniversaltruthreport.pdf?sfvrsn=966aa7ab_6&download=true
- Greer, S. L. & Méndez, C. A. (2015). Universal Health Coverage: A Political Struggle and Governance Challenge. *American journal of public health*, 105(S5), 637–639. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2015.302733>
- Greer, S. L., Wismar, M., Figueras, J. & Vasev, N. (2016). Policy lessons for health governance. In S. L. Greer, M. Wismar & J. Figueras (Hrsg.), *Strengthening health system governance: Better policies, stronger performance* (S. 105–125). Open University Press.
- Hall, P. A. & Taylor, R. C. R. (1996). Political Science and the Three New Institutionalisms. *Political Studies*, 44(5), 936–957. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9248.1996.tb00343.x>
- Hauptabteilung Wirtschaftliche und Soziale Angelegenheiten. (2021). *2021 Voluntary National Reviews Synthesis Report*. Vereinte Nationen. <https://desapublications.un.org/file/958/download>
- Helfferich, C. (2022). Leitfaden- und Experteninterviews. In J. Blasius & N. Baur (Hrsg.), *Handbuch Methoden der empirischen Sozialforschung* (3. Aufl., S. 875–892). Springer Fachmedien Wiesbaden GmbH.
- Ho, C. J., Khalid, H., Skead, K. & Wong, J. (2022). The politics of universal health coverage. *The Lancet (British Edition)*, 399(10340), 2066–2074. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(22\)00585-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(22)00585-2)
- Howlett, M. (2004). Beyond Good and Evil in Policy Implementation: Instrument Mixes, Implementation Styles, and Second Generation Theories of Policy Instrument Choice. *Policy and Society*, 23(2), 1–17. [https://doi.org/10.1016/S1449-4035\(04\)70030-2](https://doi.org/10.1016/S1449-4035(04)70030-2)
- Howlett, M. (2019). Moving policy implementation theory forward: A multiple streams/critical juncture approach. *Public Policy and Administration*, 34(4), 405–430. <https://doi.org/10.1177/0952076718775791>
- Howlett, M. & Ramesh, M. (1993). Patterns of Policy Instrument Choice: Policy Styles, Policy Learning and the Privatization Experience. *Review of Policy Research*, 12(1-2), 3–24. <https://doi.org/10.1111/j.1541-1338.1993.tb00505.x>
- International conference on primary health care. (1978). *Primary health care: Report of the International Conference on Primary Health Care Alma-Ata, USSR, 6-12 Sept. 1978*. Weltgesundheitsorganisation. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/39228/9241800011.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Javakhishvili, N. & Jibladze, G. (2018). Analysis of Anti-Domestic Violence Policy Implementation in Georgia Using Contextual Interaction Theory (CIT). *Journal of Social Policy*, 47(2), 317–334. <https://doi.org/10.1017/S0047279417000551>
- Kuckartz, U. & Rädiker, S. (2022). *Qualitative Inhaltsanalyse: Methoden, Praxis, Computerunterstützung* (5. Auflage). Beltz Juventa.
- Labonté, R., Sanders, D., Mathole, T., Crush, J., Chikanda, A., Dambisya, Y., Runnels, V., Packer, C., MacKenzie, A., Murphy, G. T. & Bourgeault, I. L. (2015). Health worker migration from South Africa: causes, consequences and policy responses. *Human resources for health*, 13(1), 92. <https://doi.org/10.1186/s12960-015-0093-4>

- Lascoumes, P. & Le Gales, P. (2007). Introduction: Understanding Public Policy through Its Instruments? From the Nature of Instruments to the Sociology of Public Policy Instrumentation. *Governance*, 20(1), 1–21. <https://doi.org/10.1111/j.1468-0491.2007.00342.x>
- Lavis, J. N., Ross, S. E., Hurley, J. E., Hohenadel, J. M., Stoddart, G. L., Woodward, C. A. & Abelson, J. (2002). Examining the role of health services research in public policymaking. *The Milbank quarterly*, 80(1), 125–154. <https://doi.org/10.1111/1468-0009.00005>
- Lévy-Tödter, M. (2020). Impact der globalen Ärztemigration auf die Agenda 2030 – Herausforderungen bei der Definition von Messinstrumenten und ethischen Kriterien. In E. Herlyn & M. Lévy-Tödter (Hrsg.), *Die Agenda 2030 als Magisches Vieleck der Nachhaltigkeit: Systemische Perspektiven* (1. Aufl., S. 231–252). Springer Fachmedien Wiesbaden.
- Linder, S. H. & Peters, B. G. (1989). Instruments of Government: Perceptions and Contexts. *Journal of Public Policy*, 9(1), 35–58. <https://doi.org/10.1017/S0143814X00007960>
- Lipsky, M. (1969). *Toward a theory of street-level bureaucracy (IRP Discussion Papers No. 48-69)*. Institute for Research on poverty, University of Wisconsin. <http://www.irp.wisc.edu/publications/dps/pdfs/dp4869.pdf>
- Lipsky, M. (2010). *Street-Level Bureaucracy: Dilemmas of the Individual in Public Service* (30th anniversary expanded ed.). Russell Sage Foundation.
- Lynch, J. (2017). Reframing inequality? The health inequalities turn as a dangerous frame shift. *Journal of public health*, 39(4), 653–660. <https://doi.org/10.1093/pubmed/fdw140>
- Maier, C. B. & Kuhlmann, E. (2021). Gesundheitspersonal und die SDGs: globale Herausforderungen, neue Strategien und Politikgestaltung. In M. B. Bonk & T. Ulrichs (Hrsg.), *Global Health: Das Konzept der Globalen Gesundheit* (S. 581–599). De Gruyter.
- Matland, R. E. (1995). Synthesizing the Implementation Literature: The Ambiguity-Conflict Model of Policy Implementation. *Journal of Public Administration Research and Theory*, 5(2), 145–174. <https://doi.org/10.1093/oxfordjournals.jpart.a037242>
- Mayring, P. (2016). *Einführung in die qualitative Sozialforschung: Eine Anleitung zu qualitativem Denken* (6., überarbeitete Auflage). Beltz Verlag.
- Mayring, P. & Fenzl, T. (2022). Qualitative Inhaltsanalyse. In J. Blasius & N. Baur (Hrsg.), *Handbuch Methoden der empirischen Sozialforschung* (3. Aufl., S. 691–706). Springer Fachmedien Wiesbaden GmbH.
- McLaughlin, M. W. (1987). Learning From Experience: Lessons From Policy Implementation. *Educational Evaluation and Policy Analysis*, 9(2), 171–178. <https://doi.org/10.3102/01623737009002171>
- Michel, J., Mohlakoana, N., Bärnighausen, T., Tediosi, F., Evans, D., Di McIntyre, Bressers, H. T. A. & Tanner, M. (2022). Testing the contextual Interaction theory in a UHC pilot district in South Africa. *BMC health services research*, 22(1), 343. <https://doi.org/10.1186/s12913-022-07705-z>
- Mthethwa, R. M. (2012). Critical dimensions for policy implementation. *African Journal of Public Affairs*, 5(2), 36–47. https://repository.up.ac.za/bitstream/handle/2263/20618/Mthethwa_Critical%282012%29.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Nair, M. & Webster, P. (2013). Health professionals' migration in emerging market economies: patterns, causes and possible solutions. *Journal of public health*, 35(1), 157–163. <https://doi.org/10.1093/pubmed/fds087>
- Najib, M., Salloum, A. & Juni, M. H. (2019). Brain-drain phenomenon among healthcare workers. *International Journal of Public Health and Clinical Sciences*, 6(3), 90–103. <https://doi.org/10.32827/ijphcs.6.3.90>

- Nienhusser, H. K. & Connery, C. (2021). Examining the Undocumented College Student Policy Implementation Environment Through a Contextual Interaction Theory Lens. *Educational Evaluation and Policy Analysis*, 43(4), 615–646.
<https://doi.org/10.3102/01623737211009240>
- Niklasson, L. (2019). Global goals in search of strategies. In L. Niklasson (Hrsg.), *Improving the Sustainable Development Goals: Strategies and the Governance Challenge* (S. 5–23). Routledge.
- Nilsen, P. (2015). Making sense of implementation theories, models and frameworks. *Implementation science*, 10(1), 53. <https://doi.org/10.1186/s13012-015-0242-0>
- Nilsen, P., Ståhl, C., Roback, K. & Cairney, P. (2013). Never the twain shall meet?--a comparison of implementation science and policy implementation research. *Implementation science*, 8(1), 63. <https://doi.org/10.1186/1748-5908-8-63>
- Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung. (2016). *Health Workforce Policies in OECD Countries: Right Jobs, Right Skills, Right Places*. Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung. <https://read.oecd.org/10.1787/9789264239517-en?format=pdf> <https://doi.org/10.1787/9789264239517-en>
- O'Toole, L. J. (1995). Rational Choice and Policy Implementation: Implications for Interorganizational Network Management. *The American Review of Public Administration*, 25(1), 43–57.
<https://doi.org/10.1177/027507409502500103>
- O'Toole, L. J. (2000). Research on Policy Implementation: Assessment and Prospects. *Journal of Public Administration Research and Theory*, 10(2), 263–288.
<https://doi.org/10.1093/oxfordjournals.jpart.a024270>
- O'Toole, L. J. (2004). The Theory-Practice Issue in Policy Implementation Research. *Public Administration*, 82(2), 309–329. <https://doi.org/10.1111/j.0033-3298.2004.00396.x>
- Owens, K. A. (2008). *Understanding how actors influence policy implementation: A comparative study of wetland restorations in New Jersey, Oregon, The Netherlands and Finland* [Doctoral Thesis]. Univesity of Twente. <https://doi.org/10.3990/1.9789036526982>
- Perry, H. B. (2020). Primary Health Care: History, Trends, Controversies, and Challenges. In D. Bishai & M. Schleiff (Hrsg.), *Achieving Health for All: Primary Health Care in Action* (S. 19–55). Johns Hopkins University Press.
- PHASE Austria. (2020). *Individual Project - Application for funding/Project Document*. Unveröffentlichter Förderantrag gestellt von PHASE Austria an die Austrian Development Agency [Anm.: Dokument ohne Recht auf Veröffentlichung für die Forschung bereitgestellt].
- Portela, G. Z., Fehn, A. C., Ungerer, R. L. S. & Poz, M. R. D. (2017). Human resources for health: Global crisis and international cooperation. *Ciência & Saúde Coletiva*, 22(7), 2237–2246.
<https://doi.org/10.1590/1413-81232017227.02702017>
- Reich, M. R., Harris, J., Ikegami, N., Maeda, A., Cashin, C., Araujo, E. C., Takemi, K. & Evans, T. G. (2016). Moving towards universal health coverage: lessons from 11 country studies. *The Lancet (British Edition)*, 387(10020), 811–816. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)60002-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)60002-2)
- Reid, M., Gupta, R., Roberts, G., Goosby, E. & Wesson, P. (2020). Achieving Universal Health Coverage (UHC): Dominance analysis across 183 countries highlights importance of strengthening health workforce. *PloS one*, 15(3), e0229666. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0229666>
- Rizvi, S. S., Douglas, R., Williams, O. D. & Hill, P. S. (2020). The political economy of universal health coverage: a systematic narrative review. *Health policy and planning*, 35(3), 364–372.
<https://doi.org/10.1093/heapol/czz171>

- Rodin, J. & De Ferranti, D. (2012). Universal health coverage: the third global health transition? *The Lancet (British Edition)*, 380(9845), 861–862. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)61340-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(12)61340-3)
- Sabatier, P. & Mazmanian, D. (1980). The implementation of public policy: a framework of analysis. *Policy Studies Journal*, 8(4), 538–560. <https://doi.org/10.1111/j.1541-0072.1980.tb01266.x>
- Sandset, T., Engebretsen, E. & Heggen, K. (2021). *Sustainable sexual health: Analysing the implementation of the SDGs*. Routledge.
- Seljan, E. C. (2014). The limits of tax and expenditure limits: TEL implementation as a principal-agent problem. *Public Choice*, 159(3-4), 485–501. <https://doi.org/10.1007/s11127-013-0063-0>
- Shamian, J., Murphy, G. T., Rose, A. E. & Jeffs, L. (2015). Human resources for health: a new narrative. *The Lancet (British Edition)*, 386(9988), 25–26. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)61195-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)61195-3)
- Sobel, H. L., Huntington, D. & Temmerman, M. (2016). Quality at the centre of universal health coverage. *Health policy and planning*, 31(4), 547–549. <https://doi.org/10.1093/heapol/czv095>
- Spratt, K. (2009). *Policy Implementation Barriers Analysis: Conceptual Framework and Pilot Test in Three Countries*. U.S. Agency for International Development, Health Policy Initiative. http://www.healthpolicyplus.com/archive/ns/pubs/hpi/Documents/998_1_PIBA_FINAL_12_07_09_acc.pdf
- Sripathy, A., Marti, J., Patel, H., Sheikh, J. I. & Darzi, A. W. (2017). Health Professional Education And Universal Health Coverage: A Summary Of Challenges And Selected Case Studies. *Health affairs*, 36(11), 1928–1936. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.2017.0517>
- Tangcharoensathien, V., Mills, A. & Palu, T. (2015). Accelerating health equity: the key role of universal health coverage in the Sustainable Development Goals. *BMC medicine*, 13(1), 101. <https://doi.org/10.1186/s12916-015-0342-3>
- Tosun, J. & Treib, O. (2018). Linking Policy Design and Implementation Styles. In M. Howlett & I. Mukherjee (Hrsg.), *Routledge handbook of policy design* (S. 316–330). Routledge.
- Ulrichs, T. (2021). Gesundheit in humanitärer Hilfe und Entwicklungszusammenarbeit. In M. B. Bonk & T. Ulrichs (Hrsg.), *Global Health: Das Konzept der Globalen Gesundheit* (465-490). De Gruyter.
- UN-Generalversammlung. (2012). *Resolution adopted by the General Assembly on 12 December 2012: A/RES/67/81* Vereinte Nationen. <https://undocs.org/en/A/RES/67/81>
- UN-Generalversammlung. (2015). *Resolution der Generalversammlung, verabschiedet am 25. September 2015: A/RES/70/1* Vereinte Nationen. <https://www.un.org/depts/german/gv-70/band1/ar70001.pdf>
- UN-Generalversammlung. (2017). *Resolution adopted by the General Assembly on 6 July 2017: A/RES/71/313*. Vereinte Nationen. <https://undocs.org/en/A/RES/71/313>
- United States Agency for International Development. (o.J.a). *Education*. <https://www.usaid.gov/education> [letzter Zugriff: 20.06.2023].
- United States Agency for International Development. (o.J.b). *Global Health*. <https://www.usaid.gov/global-health> [letzter Zugriff: 20.06.2023].
- Weltgesundheitsorganisation. (2006). *The world health report 2006: Working together for health*. Weltgesundheitsorganisation. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43432/9241563176_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Weltgesundheitsorganisation. (2010). *The World Health Report - Health Systems Financing: The path to universal coverage*. Weltgesundheitsorganisation.

- https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44371/9789241564021_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Weltgesundheitsorganisation. (2013). *Transforming and scaling up health professionals' education and training: World Health Organization guidelines 2013*. Weltgesundheitsorganisation. <https://apps.who.int/iris/rest/bitstreams/439438/retrieve>
- Weltgesundheitsorganisation. (2016a). *Global strategy on human resources for health: Workforce 2030*. Weltgesundheitsorganisation. <https://apps.who.int/iris/rest/bitstreams/1061558/retrieve>
- Weltgesundheitsorganisation. (2016b). *Health workforce requirements for universal health coverage and the Sustainable Development Goals: Background paper No. 1 to the Global Strategy on Human Resources for Health [Human Resources for Health Observer Series No 17]*. Weltgesundheitsorganisation. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/250330/9789241511407-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Weltgesundheitsorganisation. (2022). *Universal health coverage (UHC)*. [https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/universal-health-coverage-\(uhc\)](https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/universal-health-coverage-(uhc)) [letzter Zugriff: 20.06.2023].
- Weltgesundheitsorganisation. (2023a). *Coverage of essential health services (SDG 3.8.1)*. <https://www.who.int/data/gho/data/themes/topics/service-coverage> [letzter Zugriff: 20.06.2023].
- Weltgesundheitsorganisation. (2023b). *Millennium Development Goals (MDGs)*. [https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/millennium-development-goals-\(mdgs\)](https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/millennium-development-goals-(mdgs)) [letzter Zugriff: 20.06.2023].
- Weltgesundheitsorganisation. (2023c). *Universal Health Coverage: 2030 Agenda for SDGs*. https://www.who.int/health-topics/universal-health-coverage#tab=tab_3 [letzter Zugriff: 20.06.2023].
- Weltgesundheitsorganisation. (2023d). *Universal Health Coverage: Overview*. https://www.who.int/health-topics/universal-health-coverage#tab=tab_1 [letzter Zugriff: 20.06.2023].
- Weltgesundheitsorganisation. (2023e). *Universal Health Coverage: WHO response*. https://www.who.int/health-topics/universal-health-coverage#tab=tab_2 [letzter Zugriff: 20.06.2023].
- Weltgesundheitsorganisation & Internationale Bank für Wiederaufbau und Entwicklung/Weltbank. (2020). *Global monitoring report on financial protection in health 2019*. Weltgesundheitsorganisation; Internationale Bank für Wiederaufbau und Entwicklung/Weltbank. <https://apps.who.int/iris/rest/bitstreams/1274733/retrieve>
- Weltgesundheitsorganisation & Internationale Bank für Wiederaufbau und Entwicklung/Weltbank. (2021a). *Global monitoring report on financial protection in health 2021*. Weltgesundheitsorganisation; Internationale Bank für Wiederaufbau und Entwicklung/Weltbank. <https://apps.who.int/iris/rest/bitstreams/1399095/retrieve>
- Weltgesundheitsorganisation & Internationale Bank für Wiederaufbau und Entwicklung/Weltbank. (2021b). *Tracking Universal Health Coverage: 2021 Global Monitoring Report*. Weltgesundheitsorganisation; Internationale Bank für Wiederaufbau und Entwicklung/Weltbank. <https://apps.who.int/iris/rest/bitstreams/1439716/retrieve>
- Weltgesundheitsversammlung. (2005). *Fifty-eighth world health assembly: WHA58/2005/REC/1*. Weltgesundheitsorganisation. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/20398/A58_2005_REC1-en.pdf?sequence=1&isAllowed=y

- Weltgesundheitsversammlung. (2010). *WHO Global Code of Practice on the International Recruitment of Health Personnel: WHA63.16*. Weltgesundheitsorganisation.
<https://apps.who.int/iris/rest/bitstreams/8094/retrieve>
- Winter, S. C. (2012). Implementation Perspectives: Status and Reconsideration. In B. Peters & J. Pierre (Hrsg.), *The SAGE Handbook of Public Administration* (S. 265–278). SAGE Publications Ltd.
- Winter, S. C., Skou, M. & Beer, F. (2008). *Effective management for national or local policy objectives? Implementing welfare sanction policy in Denmark [SFI Working Paper Nr. 14]*. SFI - The Danish National Centre for Social Research.
<https://www.vive.dk/media/pure/3926/271305>

12 Anhang

Anhang 1: Abstract in Deutsch

Die vorliegende Masterarbeit untersucht die Implementierung von Universal Health Coverage (UHC) in von Österreich öffentlich geförderten Entwicklungszusammenarbeits-Projekten zur Aus-, Fort- und Weiterbildung von Gesundheitsfachpersonal. Als Teil der Sustainable Development Goals (SDG3.8) strebt UHC an, dass alle Menschen weltweit ungehindert Zugang zu leistbarer und qualitativ hochwertiger Gesundheitsversorgung haben, wofür auch ausreichend und angemessen ausgebildete Gesundheitsfachkräfte notwendig sind. Ziel dieser Arbeit ist es daher zu untersuchen, ob bzw. inwiefern UHC in von der Austrian Development Agency geförderten Projekten, die Maßnahmen zur Aus-, Fort- oder Weiterbildung von Gesundheitsfachpersonal beinhalten, implementiert wird. Damit zusammenhängend wird auch erörtert, welche Faktoren den Implementierungsprozess beeinflussen und welchen Beitrag die Projekte letztendlich zum Erreichen von UHC leisten können. Als theoretischer Anknüpfungspunkt der Forschung dienen dabei ausgewählte Policy-Implementierungstheorien. Die Datenerhebung erfolgt mittels leitfadengestützten Expert*inneninterviews, in denen Projektverantwortliche von acht in Frage kommenden Projekten befragt werden. Die Auswertung der Daten erfolgt in Form einer qualitativen Inhaltsanalyse auf Basis eines eigens erarbeiteten Kategoriensystems. Zentrale Erkenntnis der Forschung ist, dass die Projekte zwar zum Erreichen von UHC beitragen, die Implementierung von SDG3.8 aufgrund von Informations- und Ressourcenmangel aber vorrangig unbewusst geschieht, wodurch Potentiale teilweise ungenutzt bleiben.

Abstract in English:

This Master's thesis examines the implementation of Universal Health Coverage (UHC) in development cooperation projects publicly funded by the Austrian state that take measures on the education and training of health professionals. As part of the Sustainable Development Goals (SDG3.8), UHC aims to ensure that all people worldwide have unrestricted access to affordable and high-quality health care, which also requires a sufficient and appropriately trained health workforce. Therefore, the aim of this study is to examine whether and how UHC is implemented in projects funded by the Austrian Development Agency that include measures for the education or training of health professionals. In addition, factors influencing the implementation process as well as the examined projects' ability to contribute to achieving UHC are analysed. Selected policy implementation theories serve as a theoretical starting point for the research. Guideline-based expert interviews with project leaders of eight projects in question are used for the data collection. The data analysis is carried out using a qualitative content analysis based on a specially developed system of categories. The research's central finding is that while the projects contribute to UHC, the implementation of SDG3.8 happens primarily unconsciously due to a lack of information and resources, causing that some potential remain unused.

Anhang 2: Beispielanfrage Interview

Sehr geehrtes Team von MED_EL!

Ich verfolge derzeit am Institut für Internationale Entwicklung der *Universität Wien* meine Masterarbeit. In dieser beschäftige ich mich mit Projekten der österreichischen Entwicklungszusammenarbeit (EZA), die sich der Aus-, Fort- und Weiterbildung von Gesundheitsfachpersonal widmen.

In meiner Forschung setze ich mich konkret mit Bildungsinitiativen für Gesundheitsfachpersonal und der Frage, wie diese zum Erreichen von allgemeiner Gesundheitsversorgung beitragen können, auseinander. Bei meinen Recherchen bin ich auf Ihr Projekt „Hearing Healthcare Alliance“ gestoßen, dass Sie in Kooperation mit der Austrian Development Agency umsetzen.

Da Ihr Projekt Aus-, Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen für Gesundheitspersonal umfasst und einen besonders umfassenden Ansatz zur Verbesserung der Gesundheitsversorgung in Schwellen- und Entwicklungsländern aufweist, würde ich mich sehr freuen, wenn eine*r Ihrer Mitarbeiter*innen sich vorstellen könnte, mir im Rahmen eines qualitativen Interviews Fragen zu diesem Projekt zu beantworten. Alle darin übermittelten Informationen sowie die Audioaufzeichnung würden dabei natürlich vertraulich behandelt und nur für die Datenauswertung und die Forschung verwendet werden.

Ein derartiges Interview würde im Normalfall zwischen 30 und 60 Minuten dauern und könnte je nach Ihrer Verfügbarkeit persönlich oder online durchgeführt werden.

Ich würde mich sehr freuen, wenn Sie zu einem Interview bereit wären! Sollten Sie Fragen haben, stehe ich natürlich jederzeit gerne zur Verfügung.

Vielen Dank und mit freundlichen Grüßen,

Anhang 3: Mündliche Einverständniserklärung zur Teilnahme an der Forschung (für die Aufzeichnung)

Einwilligungserklärung zur Teilnahme am Interview

Sie erklären sich hiermit einverstanden, an diesem Interview teilzunehmen, das Teil meiner Forschung zu österreichischen Projekten der Entwicklungszusammenarbeit zur Aus-, Fort- und Weiterbildung von Gesundheitsfachpersonal ist.

Sie wissen über die Ziele und Inhalte der Forschung Bescheid, haben den Informationstext für Teilnehmer*innen erhalten und sich freiwillig für die Teilnahme an der Forschung entschieden. Sollten Sie ihre Meinung ändern, können Sie das Interview jederzeit ohne Angabe von Gründen beenden. Sollten zu einem späteren Zeitpunkt Fragen auftreten, können Sie sich jederzeit per Mail an die auf dem Informationsblatt für Teilnehmer*innen angegebenen Kontaktdaten wenden.

Mit Ihrer Teilnahme erklären Sie sich einverstanden, dass dieses Interview (ton)aufgezeichnet wird und die dabei erhobenen Daten analysiert werden. Weder die Aufzeichnung noch Ihre Kontaktdaten werden weitergegeben. Mit Ihrer Zustimmung zeigen Sie sich einverstanden, als Vertreter*in Ihres Arbeitgebers genannt zu werden. Ihr Name und Ihre genaue Jobbezeichnung werden jedoch anonymisiert.

Wenn Sie der Teilnahme an dieser Studie zustimmen, antworten Sie bitte mit „ja, ich stimme zu“

Anhang 4: Informationsblatt und schriftliche Einverständniserklärung zur Teilnahme an der Forschung

Informationsblatt und Einwilligungserklärung zur Teilnahme an der Studie

„Aus-, Fort- und Weiterbildung von Gesundheitsfachpersonal in Projekten der österreichischen Entwicklungszusammenarbeit“

Sehr geehrte*r Teilnehmer*in,

Sie sind eingeladen, an der oben genannten Studie teilzunehmen. Ihre Teilnahme an dieser Studie erfolgt freiwillig und kann jederzeit ohne Angabe von Gründen abgelehnt oder zurückgezogen werden, ohne dass für Sie daraus negative Konsequenzen entstehen.

Damit durch diese Studie verlässliche wissenschaftliche Ergebnisse gewonnen werden können, lesen Sie bitte vor Ihrer Teilnahme dieses Informationsblatt sorgfältig durch. Sollten Fragen auftreten, wenden Sie sich gerne an die unten angeführten Kontaktdaten.

1. Zweck der Studie:

Die Studie ist Teil der Masterarbeit von [Name anonymisiert] am Institut für Internationale Entwicklung an der Universität Wien. Sie dient der Untersuchung von Projekten der österreichischen Entwicklungszusammenarbeit, die die Aus- und Weiterbildung von Gesundheitsfachpersonal fördern wollen. Mithilfe von Interviews wird dabei der Beitrag von Projekten der Entwicklungszusammenarbeit auf die Aus- und Weiterbildung von Gesundheitsfachpersonal und damit das Erreichen allgemeiner Gesundheitsversorgung erforscht. Besonders im Fokus steht dabei die Frage, welche Bedeutung internationalen und nationalen politischen Übereinkünften und Strategien bei der Planung und Umsetzung der Projekte und Maßnahmen zukommt.

2. Ablauf der Studie:

Für die Forschung werden Interviews mit Vertreter*innen verschiedener Organisationen der österreichischen Entwicklungszusammenarbeit sowie Institutionen der österreichischen Gesundheitspolitik durchgeführt. Die Interviews erfolgen entweder persönlich oder online und werden audio-aufgezeichnet. Die Aufzeichnung dient dabei ausschließlich der Transkription und Datenauswertung, die Aufnahmen werden nicht weitergegeben oder veröffentlicht. Die Länge der Interviews ist abhängig vom Antwortverhalten der Teilnehmer*innen, jedenfalls aber nicht länger als 60 Minuten. Die Befragung kann dabei zu jedem Zeitpunkt ohne Angabe von Gründen beendet werden.

Die im Rahmen der Interviews erhobenen Daten werden ausschließlich für die Forschungsarbeit verwendet. Persönliche Informationen wie Name oder Kontaktdaten werden bestmöglich anonymisiert und nach Abschluss der Forschung gelöscht. Da es sich bei der Forschung um einen Teil einer Masterarbeit handelt, werden die Forschungsergebnisse im Nachhinein öffentlich zugänglich sein. Alle Daten werden jedoch so verarbeitet, dass Rückschlüsse auf konkrete Personen nicht möglich sind.

Ihnen entstehen durch die Teilnahme an dieser Studie keine Kosten. Sie erhalten keine Vergütung für die Teilnahme an dieser Studie. Falls gewünscht, werden sie nach Abschluss der Forschung über die Forschungsergebnisse informiert.

Es besteht die Möglichkeit, vor Beginn des Interviews Fragen zu stellen. Sollten Sie weiteren Fragen haben, wenden Sie sich bitte an:

Name: [Name anonymisiert]

E-Mail: [Mailadresse anonymisiert]

Institution: Masterstudentin am Institut für Internationale Entwicklung, Universität Wien

3. Einwilligungserklärung:

Name der teilnehmenden Person in Druckbuchstaben:

Ich erkläre mich bereit, an der Studie „Aus- und Weiterbildung von Gesundheitsfachpersonal in Projekten der österreichischen Entwicklungszusammenarbeit“ teilzunehmen.

Ich wurde von [Name anonymisiert] ausführlich und verständlich über Zielsetzung und Bedeutung der Studie und die sich daraus ergebenden Anforderungen aufgeklärt. Ich habe den Text dieser Teilnehmer*inneninformation und Einwilligungserklärung sorgfältig gelesen und hatte die Möglichkeit aufgetretene Fragen zu klären. Ich hatte genügend Zeit, mich zu entscheiden, ob ich an der Studie teilnehmen möchte und habe zurzeit keine weiteren Fragen mehr.

Ich werde die Hinweise, die für die Durchführung der Studie erforderlich sind, befolgen, behalte mir jedoch das Recht vor, meine freiwillige Mitwirkung jederzeit zu beenden, ohne dass mir daraus Nachteile entstehen. Sollte ich aus der Studie ausscheiden wollen, so kann ich dies jeder Zeit bei [Name anonymisiert] ([Mailadresse anonymisiert]) veranlassen.

Ich bin zugleich damit einverstanden, dass meine im Rahmen dieser Studie erhobenen Daten aufgezeichnet und ausgewertet werden.

Ich stimme zu, dass meine Daten dauerhaft elektronisch gespeichert werden. Die Daten werden in einer nur der Projektleitung zugänglichen Form gespeichert, die gemäß aktueller Standards gesichert ist. Sollte ich zu einem späteren Zeitpunkt die Löschung meiner Daten wünschen, so kann ich dies schriftlich ohne Angabe von Gründen bei [Name anonymisiert] ([Mailadresse anonymisiert]) veranlassen.

(Datum und Unterschrift der Teilnehmerin/des Teilnehmers)

.....

Anhang 5: Beispiel-Interviewleitfaden

Interviewleitfaden Projektorganisation

Projekt: Empowering the Hearing Healthcare Sector in Developing and Emerging Countries (Laufzeit: 01.02.2022 – 31.01.2025)

Projektträger: Med-EL Elektromedizinische Geräte GmbH

Interviewpartnerin: [Name anonymisiert]

Einwilligungserklärung zur Teilnahme am Interview

Einleitung:

Diese Masterarbeit beschäftigt sich mit der Erforschung von österreichischen EZA-Projekten zur Aus-, Fort- und Weiterbildung von Gesundheitsfachpersonal. Der Fokus liegt dabei auf der Frage, welchen Beitrag diese Projekte durch die Bereitstellung von ausreichend Fachkräften für die Gesundheitsversorgung in den Zielregionen leisten können. Vielen Dank für Ihre Bereitschaft zu diesem Expert*inneninterview! Ich möchte gerne mit allgemeinen Fragen zum Projekt beginnen:

Abschnitt 1: Sie sind Leiter*in der Allianz „Empowering the Hearing Healthcare Sector in Developing and Emerging Countries“ von MED-EL, dessen Ziel es ist, die Hörgesundheit und Versorgung für Menschen mit Hörbeeinträchtigungen in 14 Entwicklungsländern nachhaltig verbessern.

Frage	Mögliche Nachfragen	Anknüpfungen Theorieteil
Können Sie mir das Projekt in einigen Sätzen beschreiben? Interessant wären dabei vor allem Aspekte, die die Aus- und Weiterbildung von Gesundheitsfachkräften betreffen.	- Was ist das Ziel des Projekts? - Wie war die Ausgangssituation? - Wie entstanden das Projekt und die Idee dahinter? - Zur Lösung welches Problems bzw. welcher Situation soll es beitragen? - Welche Maßnahmen wurden bzw. werden von Ihnen und Ihren Projektpartner*innen umgesetzt?	<u>Interessen:</u> Welche Interessen vertritt das MED-EL im Projekt, was soll erreicht werden? <u>Ideen:</u> Was wird als Problem gesehen & wie soll es gelöst werden?

Das Projekt versucht also unter anderem, die Aus- und Weiterbildung medizinischer Gehörspezialist*innen zu verbessern. Warum wurden die Ansätze bzw. Maßnahmen, die dabei umgesetzt werden, konkret ausgewählt?	- Wurden z.B. wissenschaftliche Erkenntnisse zu den Themen Fachkräftemangel und Gesundheitsversorgung einbezogen? - Wurden politische Leitlinien, die auf nationaler oder internationaler Ebene existieren, berücksichtigt? Dazu gehören z.B. Konzepte der WHO zur Aus- und Weiterbildung von Gesundheitsfachpersonal oder vergleichbare Richtlinien vom Gesundheitsministerium oder anderen nationalen Akteur*innen	<u>Information:</u> Welche Informationen stehen zur Verfügung, woran wurde sich orientiert mit wem wurde zusammengearbeitet?
Mit welchen Institutionen hat Ihre Organisation bei der Planung des Projekts und der Erarbeitung der Maßnahmen zusammengearbeitet?	- Gab es im Vorfeld z.B. Austausch mit der <i>Gesundheit Österreich GmbH</i>, die in Österreich für die Planung und Steuerung der Fachkräfteausbildung zuständig ist oder mit Teilorganisationen relevanter internationaler Institutionen wie der WHO? - Falls nein, warum nicht?	
Worin sehen Sie die besondere inhaltliche Bedeutung der gewählten Maßnahmen und des Projekts insgesamt?		<u>Interessen & Ideen</u> von MED-EL → UHC wurde bis zu diesem Zeitpunkt nicht aktiv angesprochen → wird es von selbst genannt?

Abschnitt 2:

Ihr Projekt wird unter anderem von der *Austrian Development Agency* (ADA) gefördert. Es erhält damit öffentliche Gelder der Republik Österreich. Um Fördergelder von der ADA zu erhalten, hat Ihre Organisation einen Antrag gestellt, in dem das Projekt und die geplanten Maßnahmen dargestellt sind. Seit Österreichs Unterzeichnung der Sustainable Development Goals (SDGs) der Vereinten Nationen im Jahr 2015 ist die ADA verpflichtet, diese in ihren Projekten und Aktivitäten zu berücksichtigen.

Frage	Mögliche Nachfragen	Anknüpfungen Theorieteil
Welche inhaltlichen Vorgaben seitens der ADA mussten erfüllt sein, um Fördergelder für das Projekt zu erhalten?	- Bezug auf SDGs - Inhaltliche Aspekte wie Gender, Nachhaltigkeit, lokale Kooperationen etc.	<u>Principal-agent-relations:</u> Implementierung von UHC in EZA-Projekten unter „Kontrolle“ der ADA
Wurde in Ihrem Projektantrag bzw. Vertrag mit der ADA auf die <i>Sustainable Development Goals</i> Bezug genommen?	- Falls ja, wurde dabei konkret Bezug zu Universal Health Coverage (Unterziel von <i>SDG3 Gesundheit und Wohlergehen</i>), hergestellt?	
<i>Falls bis zu diesem Zeitpunkt nicht thematisiert → Erklärung UHC:</i> Universal Health Coverage will (gemäß der SDGs und der WHO) erreichen, dass alle Menschen weltweit ausreichend Zugang zu leistbarer und hochwertiger Gesundheitsversorgung haben. Inwieweit hatten Sie im Rahmen dieses Projekts bereits Kontakt mit dem Konzept von UHC?	- War Ihnen bekannt, dass Projekte, die von der ADA gefördert werden, zum Erreichen der SDGs beitragen müssen? - Bzw. wurden Sie von der ADA darauf hingewiesen?	<u>Information:</u> Ist bekannt, dass ADA-geförderte Projekte die SDGs und damit UHC umsetzen müssen?
Inwiefern kann das Projekt mit seinen Maßnahmen zur Aus- und Weiterbildung von Gesundheitsfachpersonal (Ihrer Meinung nach) zum Erreichen von Universal Health Coverage beitragen?		

Abschnitt 3:

Abschließend habe ich noch ein paar Fragen zum Ablauf des Projektes und den Bedingungen, unter denen es umgesetzt wird.

Frage	Mögliche Nachfragen	Anknüpfungen Theorieteil
Welche konkreten Herausforderungen gab oder gibt es bei der Umsetzung?	- z.B. sprachlich, organisatorisch, finanziell, in Zusammenarbeit mit lokalen Partner*innen	<u>Institutionen</u>
Mit welchen Partnerorganisationen arbeiten Sie vor Ort zusammen und wie ist dabei die Arbeitsaufteilung zur Umsetzung der Maßnahmen?	- Wer übernimmt die Planung und Koordinierung, wer ist tatsächlich vor Ort etc.?	<u>Principal-agent-relations</u> <u>Institutionen</u> <u>Informationen</u>

Inwiefern sind bzw. waren diese Partner*innen und Personen vor Ort bereits in die Entscheidungen bei der Planung des Projekts und der Maßnahmen eingebunden?		<u>Street-level-bureaucrats</u>
Welche Möglichkeiten haben lokale Partner*innen und Mitarbeiter*innen vor Ort bei der Umsetzung des Projekts zur Adaptierung der geplanten Maßnahmen an lokale Begebenheiten oder unerwartete Bedingungen?	- Gibt es Beispiele, die Sie nennen können? ○ Anpassung an lokale Kontexte ○ Wurden die Maßnahmen nach Projektstart noch einmal angepasst?	<u>Street-level-bureaucrats</u>
Das Projekt läuft seit ca. einem Jahr und endet planmäßig mit Ende Jänner 2025. Ist bereits eine Zwischenevaluation erfolgt und falls ja, welche Kriterien wurden dabei herangezogen, um Erfolge oder Veränderungen zu erkennen?	- Falls keine Zwischenevaluation erfolgt ist: Ist eine abschließende Evaluation nach Projektende geplant und falls ja, welche Kriterien sollen dabei herangezogen werden, um Erfolge oder Auswirkungen des Projekts zu erkennen? - Sind nach Projektabschluss weitere Aktivitäten eine Verlängerung des Projektes geplant?	

Abschluss: Am Ende des Fragebogens möchte ich mich für Ihre Expertise und das aufschlussreiche Gespräch bedanken. Gibt es aus Ihrer Sicht noch wichtige Aspekte, die bisher nicht ausreichend thematisiert wurden oder die Sie gerne noch ansprechen würden?

Anhang 6: Kategorienhandbuch nach adaptierter Vorlage von Kuckartz und Rädiker (2022)

Name der Kategorie (Hauptkategorien fett gedruckt)	Inhaltliche Beschreibung	Anwendung der Kategorie (Inhalte, Abgrenzung von anderen Kategorien etc.)
Sustainable Development Goals	Die SDGs sind Teil der Agenda 2030, die 2015 von der UN herausgegeben wurden; ihre 17 Ziele sollen bis 2030 nachhaltige Entwicklung auf ökonomischer, sozialer und ökologischer Ebene ermöglichen	Wird codiert, wenn es grundsätzlich um die SDGs oder die Agenda 2030 geht; geht es um die Rolle der SDGs im Förderantrag, wird auch der Code <i>Förderantrag und -richtlinien</i> vergeben; wird nicht codiert, wenn konkrete (Unter-)Ziele genannt werden → fällt entweder unter <i>SDG3 Gesundheits- und Wohlergehen</i> und <i>SDG3.8 UHC</i> oder unter <i>weitere SDGs</i>
SDG3 Gesundheits- und Wohlergehen & SDG3.8 UHC	SDG3 umfasst jene Unterziele, die sich auf Gesundheit oder menschliches Wohlergehen beziehen; UHC ist ein Unterziel von SDG3 und bezieht sich gemäß der WHO auf einen Zustand, bei dem alle Menschen weltweit ausreichend Zugang zu leistbarer und hochwertiger Gesundheitsversorgung haben	Wird codiert, wenn es um SDG3, SDG3.8 bzw. UHC oder um allgemeine Gesundheitsversorgung geht; geht es darum, ob dieses Ziel im Förderantrag thematisiert wurde, wird auch der Code <i>Förderantrag und -richtlinien</i> vergeben; wird UHC als Ziel des Projektes genannt, wird auch der Code <i>Projektziele</i> vergeben
Weitere SDGs	Neben SDG3 zu Gesundheit und Wohlergehen umfasst die Agenda 2030 noch 16 weitere Ziele, die z.B. Bildung, Geschlechtergleichheit oder Armutsbekämpfung thematisieren	Wird codiert, wenn konkrete Haupt- oder Unterziele der SDGs, mit Ausnahme jener, die zu SDG3 gehören, thematisiert werden; geht es darum, dass diese Ziele im ADA-Antrag genannt wurden, wird auch der Code <i>Förderantrag und -richtlinien</i> vergeben; werden sie als offizielle Projektziele genannt, wird auch der Code <i>Projektziele</i> vergeben
Projektplanung	In der Planungsphase werden die Projekte mit ihren Maßnahmen und Aktivitäten unter Berücksichtigung der lokalen Kontexte und der Projektziele erarbeitet	[diese Hauptkategorie umfasst verschiedene Unterkategorien, wurde jedoch selbst nicht vergeben]

Lokaler Kontext vor Projektbeginn	Probleme und Herausforderungen, die vor Beginn des untersuchten Projektes in dessen Zielregion(en) bestanden	Wird codiert, wenn beschrieben wird, wie die Situation in den Projekt-Zielregionen vor deren Beginn war, um zu erfassen, zur Lösung welcher Probleme die Projekte beitragen sollen
Bedarfsanalyse und Erarbeitung der Maßnahmen	Bei der Erarbeitung der Projekte werden inhaltliche und organisatorische Aspekte der geplanten Maßnahmen festgelegt; teilweise kommen dafür Needs-Assessments oder Bedarfsanalysen zum Einsatz	Wird codiert, wenn darüber berichtet wird, wie die Maßnahmen sowohl inhaltlich als auch organisatorisch erarbeitet wurden; wird codiert, wenn dafür durchgeführte Bedarfsanalysen oder Needs-Assessments erwähnt werden; wird darüber berichtet, welche Aufgaben dabei die lokalen Partnerorganisationen in den Zielregionen übernehmen, wird auch der Code <i>Aufgaben lokaler Partner*innen</i> vergeben
Projektziele	Projektziele sind die offiziellen inhaltlichen Ziele, die durch das Projekt und seine Maßnahmen erreicht werden sollen	Wird codiert, wenn es darum geht, was durch das Projekt erreicht werden soll (z.B. zu welchen Entwicklungen das Projekt beitragen soll, welche Probleme gelöst werden sollen); wird auch (gemeinsam mit dem Code <i>Förderantrag und -richtlinien</i>) codiert, wenn es um im Antrag festgeschriebene Ziele geht
Ausblick auf weitere Aktivitäten in den Zielregionen	Auch wenn die Projektaktivitäten durch die Förderperioden auf einige Jahre begrenzt sind, planen Projektträgerorganisationen teilweise auch nach Projektlaufzeit bzw. -abschluss in den Zielregionen aktiv zu bleiben	Wird codiert, wenn es darum geht, ob bzw. unter welchen Bedingungen und in welchem Ausmaß Projektorganisationen auch nach Ende des derzeitigen Projektes in der Zielregion aktiv bleiben werden bzw. wollen; wird auch codiert, falls bereits über konkrete Verhandlungen mit Fördergeber*innen gesprochen wird
Eigeninteressen der Projektträgerorganisationen	Auch wenn die Projekte der Förderung nachhaltiger Entwicklung dienen sollen, können Inhalte oder organisatorische Aspekte von etwaigen ideologischen, wirtschaftlichen oder organisationalen Eigeninteressen beeinflusst sein	Wird codiert, wenn es darum geht, wie die Projektträgerorganisationen (z.B. finanziell durch Erschließung neuer Märkte oder Schaffung von Arbeitsplätzen für die eigene Organisation) vom Projekt profitieren; wird auch codiert, wenn es um Auswirkungen dieser Interessen auf die Projekthinhalte oder -ziele geht; wird erwähnt, dass diese Eigeninteressen bei der Projekterarbeitung relevant waren, wird auch der Code <i>Bedarfsanalyse und Erarbeitung der Maßnahmen</i> vergeben

Projektförderung durch die ADA	Alle im Rahmen der Forschung untersuchten Projekte werden von der ADA gefördert und unterliegen daher gewissen Förderrichtlinien und Kontrollmechanismen	[diese Hauptkategorie umfasst verschiedene Unterkategorien, wurde jedoch selbst nicht vergeben]
Projektform	Die ADA fördert Projekte mit Mitteln aus verschiedenen Fördertöpfen, zudem unterscheiden sich die Projekte z.B. hinsichtlich ihres Umfangs oder ihrer Laufzeit	Wird codiert, wenn es um organisatorische Aspekte der Projekte, z.B. ihre Laufzeit, ihren Umfang oder das Format des Projektes geht
Förderantrag und -richtlinien	Damit Projekte von der ADA gefördert werden, müssen die Organisationen einen Antrag stellen und das Projekt und seine Maßnahmen darlegen. Dafür gibt es verschiedene finanzielle, organisatorische und inhaltliche Bedingungen und Richtlinien, die eingehalten werden müssen	Wird codiert, wenn es um den Förderantrag bzw. den Prozess der Antragstellung geht; wird codiert, wenn es darum geht, welche finanziellen, administrativen oder inhaltlichen Bedingungen für die Förderung erfüllt bzw. eingehalten werden müssen
Zusammenarbeit mit der ADA	Für die Kommunikation und Absprachen mit der ADA im Rahmen der Projekte sind die Projektträgerorganisationen zuständig, die auch den Förderantrag eingereicht haben	Wird codiert, wenn es um die Zusammenarbeit mit der ADA als Fördergeberin geht und bezieht sich auf die Zusammenarbeit bei der Planung und der Umsetzung des Projektes; wird auch codiert wenn es um Herausforderungen bei der Zusammenarbeit geht
Evaluation und Kontrolle durch die ADA	Teilweise sind Evaluationen während der Umsetzung oder nach Projektabschluss vorgesehen, hinzu kommen andere Kontrollmechanismen, wie etwa verpflichtende Einreichungen finanzieller und inhaltlicher Projektberichte	Wird codiert, wenn es darum geht, ob bzw. wann Evaluierungen der Projekte vorgesehen sind und unter welchen Bedingungen diese (nicht) erfolgen; wird auch codiert, wenn es um Berichte geht, in denen der ADA die Projekteinhalte und finanzielle Aspekte dargelegt werden müssen
Umsetzung der Projekte	In der Phase der Implementierung werden die geplanten Maßnahmen umgesetzt, durch unerwartete Bedingungen kann es aber auch zu Adaptionen kommen	[diese Hauptkategorie umfasst verschiedene Unterkategorien, wurde jedoch selbst nicht vergeben]
Projektträgerorganisation (Aufgaben und Charakteristika)	Projektträgerorganisation ist die in Österreich ansässige Organisation, die den Förderantrag mit der ADA abgeschlossen hat	Wird codiert, wenn es um die Hintergründe oder sonstige Arbeit der Projektträgerorganisationen oder um Charakteristika, die sie aufweisen, geht; wird codiert, wenn es um Aufgaben, die sie im Projektverlauf übernehmen, geht; geht es um ihre Aufgaben bei der

		Erstellung des Förderantrags wird auch der Code <i>Förderantrag und -richtlinien</i> vergeben
Herausforderungen und Änderungen im Projektverlauf	Im Projektverlauf auftretende Probleme oder unerwartete Bedingungen (z.B. sich verändernde politische Kontexte oder Naturkatastrophen) beeinflussen den Projektverlauf und machen teilweise inhaltliche Adaptionen oder finanzielle Änderungen notwendig	Wird codiert, wenn es um Verzögerungen, organisatorische oder administrative Probleme oder finanzielle Herausforderungen geht, die bei der Umsetzung der Projekte aufgetreten sind; wird codiert, wenn darüber berichtet wird, dass Maßnahmen gestrichen, adaptiert oder ersetzt werden mussten; wird nicht codiert, wenn es um Herausforderungen bei der Zusammenarbeit mit den Partner*innen in den Zielregionen geht → fällt unter den Code <i>Herausforderungen bei der Zusammenarbeit</i>
Projekterfolge	Projekterfolge beziehen sich auf das Erreichen der Projektziele sowie auf die erfolgreiche Umsetzung von Projektkomponenten	Wird codiert, wenn erwähnt wird, welche Erfolge Projekte erzielt haben oder welche Komponenten bereits erfolgreich umgesetzt wurden
Aus-, Fort- und Weiterbildung von Gesundheitsfachpersonal	Alle im Rahmen der Forschung untersuchten Projekte enthalten Maßnahmen, die die Kapazitäten von bestehendem Gesundheitspersonal stärken sollen oder durch die Strukturen für die Ausbildung zukünftiger Gesundheitsfachkräften geschaffen und institutionalisiert werden sollen	[diese Hauptkategorie umfasst verschiedene Unterkategorien, wurde jedoch selbst nicht vergeben]
Format der Bildungsangebote	Je nach Fachgebiet, Zielgruppe und vorherrschenden Bedingungen werden Bildungsangebote für Gesundheitsfachpersonal in verschiedenen Formen (z.B. universitäre Lehrgänge, praktische Trainings, thematische Vorträge etc.) umgesetzt	Wird codiert, wenn das Format, der Umfang oder die organisatorischen Hintergründe der umgesetzten bzw. geplanten Bildungsmaßnahmen beschrieben werden; wird auch codiert, wenn es darum geht, mit welchen lokalen Institutionen oder Vortragenden dabei zusammengearbeitet wird → falls relevant, werden auch die Codes <i>Aufgaben lokaler Partner*innen</i> und/oder <i>Einflussnahme lokaler Partner*innen auf die Maßnahmen</i> vergeben
Zielgruppen der Maßnahmen	Zielgruppen der Bildungsmaßnahmen sind einerseits jene Gruppen von Gesundheitsfachkräften, die an den Angeboten teilnehmen (sollen), und andererseits jene	Wird codiert, wenn es darum geht, an welche Berufsgruppen sich die Bildungsmaßnahmen konkret richten oder wer daran teilnimmt bzw. teilnehmen soll; wird codiert, wenn es darum geht, welche

		Bevölkerungsteile, die von den verbesserten Kompetenzen des Personals profitieren sollen	Teile der Bevölkerung im nächsten Schritt davon profitieren sollen, dass das Gesundheitspersonal über mehr Kompetenzen verfügt
Ausbildungsinhalte und Leitlinien		Nationale oder internationale Leitlinien für bestimmte Fachbereiche dienen im Gesundheitsbereich dazu, die standardisierte Versorgung von Patient*innen nach aktuellen wissenschaftlichen Standards zu gewährleisten	Wird codiert, wenn es darum geht, welche Leitlinien oder Standards für die Inhalte der Bildungsmaßnahmen herangezogen wurden; wird auch codiert, wenn es um Inhalte und Schwerpunkte der Aus- und Weiterbildungsmaßnahmen geht; geht es um die Erarbeitung dieser Maßnahmen wird ggf. auch der Code <i>Bedarfsanalyse und Erarbeitung der Maßnahmen</i> vergeben
Partnerorganisationen in den Projekt-Zielregionen		Partnerorganisationen sind jene in den Zielregionen ansässigen Organisationen, mit denen die Projektträgerorganisationen bei der Planung und Umsetzung der Projekte zusammenarbeiten	[diese Hauptkategorie umfasst verschiedene Unterkategorien, wurde jedoch selbst nicht vergeben]
Charakteristika Partner*innen	lokaler	Lokale Partnerorganisationen können z.B. NGOs, religiöse Vereine oder medizinische Fachgesellschaften sein, mit denen in den Zielregionen zusammengearbeitet wird	Wird codiert, wenn es darum geht, welche Organisationen als Partner*innen fungieren oder warum diese ausgewählt wurden; wird auch codiert wenn es um organisatorische Hintergründe, Charakteristika oder Besonderheiten dieser Partner*innen geht
Aufgaben Partner*innen	lokaler	Als vor Ort tätige Organisationen übernehmen die Partner*innen bestimmte Aufgaben bei der Erarbeitung und v.a. Umsetzung der Projekte; was konkret in ihre Zuständigkeit fällt, kann sich aber je nach Projekt teils stark unterscheiden	Wird codiert, wenn es um Aufgaben und Zuständigkeiten der lokalen Partner*innen bei der Erarbeitung und Umsetzung der Projekte geht; wird nicht codiert, wenn thematisiert wird, dass lokale Partner*innen ihre Aufgaben nicht (angemessen) erfüllen → fällt unter Code <i>Herausforderung bei der Zusammenarbeit</i>
Einflussnahme Partner*innen auf die Maßnahmen	lokaler auf die	Je nach Projekt haben lokale Partnerorganisationen weitreichende oder nur sehr beschränkte Möglichkeiten, inhaltliche und organisatorische Aspekte der Projekte oder Änderungen bei den Projektmaßnahmen zu beeinflussen	Wird codiert, wenn thematisiert wird, ob bzw. inwiefern lokale Partner*innen bei der Planung und Umsetzung inhaltliche, finanzielle und organisatorische Aspekte der Maßnahmen beeinflussen können; wird codiert, wenn es darum geht, ob bzw. inwiefern lokale Partner*innen Einfluss darauf haben, ob Maßnahmen gestrichen, adaptiert oder neue geplant werden; wird codiert, wenn es darum geht, dass lokale Partner*innen das Projekt bzw. einzelne Maßnahmen an unerwartete Bedingungen anpassen

Herausforderungen bei der Zusammenarbeit	Bei der Zusammenarbeit zwischen den in Österreich ansässigen Projektträgerorganisationen und den Partner*innen vor Ort kann es zu Herausforderungen kommen, die von einer bzw. beiden Seiten als Problem wahrgenommen werden	Wird codiert, wenn es darum geht, dass die Zusammenarbeit zwischen lokalen Partner*innen und Projektträgerorganisationen nicht problemlos funktioniert; wird auch codiert, wenn es darum geht, dass deshalb Änderungen am Projekt vorgenommen werden mussten → fällt dann ggf. auch unter den Code <i>Herausforderungen und Änderungen im Projektverlauf</i> ; wird nicht codiert, wenn es um Herausforderungen bei der Zusammenarbeit mit der ADA geht → fällt unter den Code <i>Zusammenarbeit mit der ADA</i>
Nebenkategorie: weitere Projektmaßnahmen	Neben Maßnahmen zur Aus-, Fort- und Weiterbildung von Gesundheitsfachpersonal umfassen die meisten Projekte noch andere Komponenten, die z.B. Armutsbekämpfung oder Geschlechtergleichstellung zum Ziel haben	Wird codiert, wenn es um andere Projektkomponenten, die nicht die Aus-, Fort- oder Weiterbildung von Gesundheitsfachpersonal zum Ziel haben, geht