



MASTERARBEIT | MASTER'S THESIS

Titel | Title

Deservingness und Ressourcenverteilung im Kontext einer NGO:
Medizinische Versorgung unversicherter Personen in Österreich

verfasst von | submitted by
Lea Georgia Locker B.A.

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

Wien | Vienna, 2025

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

UA 066 656

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

Masterstudium CREOLE-Cultural Differences and
Transnational Processes

Betreut von | Supervisor:

Univ.-Prof. Mag. Dr. Janina Meillan-Kehr

Mitbetreut von | Co-Supervisor:

Lisa Lehner BA BA MA MA Ph.D.

Abstract Deutsch

Antworten auf die Frage, wie medizinische Versorgung für unversicherte Personen in Wohlfahrtsstaaten wie Österreich organisiert und umgesetzt wird, bleiben in der Kultur- und sozialanthropologischen Forschung weitestgehend unterrepräsentiert. Deswegen widmet sich diese Arbeit einer Nichtregierungsorganisation, die außerhalb des staatlichen Sozialversicherungssystems, kostenfrei unversicherte Personen medizinisch behandelt. Im Mittelpunkt stehen dabei die internen Entscheidungsmechanismen hinter der Ressourcenvergabe und wie diese den Zugang zu medizinischer Versorgung prägen.

Die theoretische Grundlage fußt dabei in dem medizinanthropologischen Verständnis des Konzepts der Deservingness. Durch dieses Fundament soll erörtert werden, wie Vorstellungen darüber, wer medizinische Versorgung „verdient“, den Alltag der Organisation beeinflussen. Das Konzept der Deservingness biete eine differenzierte Perspektive auf komplexe Aushandlungsprozesse einer Organisation, deren Ziel es in erster Linie ist, ärztliche Betreuung für unversicherter Personen in Österreich anzubieten. Dabei sieht sich diese vor strukturelle Herausforderungen gestellt, die einen Einfluss auf jenes Ziel haben.

Die Organisation bewegt sich dabei an einer Schnittstelle struktureller Umstände und medizinischer Versorgung. Durch die Einführung des Begriffes der *ressourcenbewussten Verteilung*, soll dieses Spannungsfeld aufgezeigt werden. Mit Hilfe des Begriffes lässt sich analysieren wie die Vergabe von Ressourcen in der Organisation durch Strukturen der Deservingness relational und situativ geformt werden. Es wird argumentiert, dass medizinische Versorgung dabei durch verschiedene Faktoren ausverhandelt wird. Diese werden einerseits anhand potenzieller Heilungschancen von den Patient*innen bemessen, andererseits spielen moralische Bewertungen und Annahmen über die Patient*innenschaft eine Rolle darüber, welche Behandlungsstrategien angeboten werden. Diese Faktoren definieren nicht unabhängig voneinander den Zugang zu medizinischer Versorgung, sondern überlagern sich in den Entscheidungsmechanismen der Organisation. Mit Hilfe der vorliegenden Arbeit, sollen die daraus resultierenden Strukturen reflektiert und in einen übergeordneten Kontext gesetzt werden.

Abstract English

How medical care is provided for uninsured people in welfare states like Austria is a rarely discussed topic in social and cultural anthropology. This work focuses therefore on a nongovernmental organisation which provides free medical care to uninsured people outside the social security system. The point of interest of this analysis will be the internal decision-making mechanisms behind the allocation of resources and how these shape access to medical aid.

The theoretical point of view will be based on the concept of Deservingness and its medical anthropological understanding. This foundation will be used to discuss how ideas about who “deserves” medical care have influenced the everyday life of the organisation. Deservingness offers a differentiated perspective on complex decision-making processes of an organisation whose primary goal is to offer free medical aid, while facing structural challenges that have an impact on this aim. Hence the organisation operates at an interface between structural circumstances and medical care. To examine these circumstances the term resource-conscious distribution (ressourcenbewusste Verteilung) will be established. The term intends to highlight this area of tension. It will be used to analyse how the allocation of resources in the organization is shaped relationally and situationally by structures of deservingness.

It is argued that medical care is distributed through various factors. On the one hand, these are measured by the patients’ potential chances of recovery. On the other hand, moral conclusions and assumptions about the patients play a role in determining which treatment strategies are offered. The overlapping of those factors is fundamental in the decision-making mechanisms of the organization. They shape the access to medical care. This paper aims to reflect on these resulting structures and places them in an overarching context.

Danksagung

Zunächst möchte ich mich bei der NGO und allen involvierten Personen bedanken, die mir ihr Vertrauen entgegengebracht und ihre Türen für mich geöffnet haben. Ohne sie hätte diese Arbeit nie realisiert werden können. Ich möchte mich dafür bedanken, dass sie meine zahlreichen Fragen beantwortet und mir ihre Zeit geschenkt haben, um ein Bild von ihrem Alltag vor Ort zu zeichnen. Darüber hinaus möchte ich anmerken, wie sehr ich sie für ihre großartige Arbeit, ihr Engagement, ihre Offenheit und ihre Geduld bewundere und mit Nachdruck betonen, wie wichtig ich ihre Arbeit finde. Danke dafür, dass ihr euch jeden Tag so sehr dafür bemüht Menschen zu unterstützen, die von dem System nicht mitgedacht werden.

Außerdem möchte ich mich bei meiner Betreuerin Janina Kehr bedanken. Für ihre Geduld, ihr kritisches Feedback und wertvollen Anregungen, ohne die meine Arbeit einen anderen thematischen Schwerpunkt hätte. Mit Hilfe ihrer fachlichen und persönlichen Unterstützung konnte ich viele Unsicherheiten dieser Arbeit überkommen. Danke, dass du mir dabei geholfen hast, den Wald vor lauter Bäumen zu sehen.

Ein besonderes Dankeschön möchte ich auch meiner Zweitbetreuerin Lisa Lehner widmen. Ohne ihre kritische Begleitung wäre diese Arbeit eine andere. Ihr scharfsinniger Blick, ansteckender Enthusiasmus und anhaltendes Feedback hatten einen großen Einfluss auf die Entwicklung dieser Forschung. Lisa, danke für deinen Ratschlag, darauf hören zu müssen, was die Daten zu mir sagen. Dieser Rat hat meine Arbeit fundamental beeinflusst. Dadurch habe ich mir erlaubt, meine Perspektiven zu ändern und mich irritieren zu lassen, um so tatsächlich näher an die relevanten Dynamiken der NGO heranzutreten.

Ich möchte mich außerdem bei meinem Partner Max bedanken, für seine kontinuierliche Unterstützung, sein kritisches Denken und seinen andauernden Zuspruch. Danke dafür, dass du mein verlässlicher und inspirierender Begleiter in dieser intensiven Phase warst. Danke für den Wind in meinen Segeln.

Besonders möchte ich meiner Mutter Annerose für ihr Vertrauen und ihre grenzenlose Unterstützung danken. Danke auch an all meine Freund*innen in meinem Leben, die mich in dieser Lebensphase begleitet und motiviert haben, ohne euch wäre diese Arbeit nicht möglich gewesen. Dank euch habe ich nicht einmal daran gezweifelt, dass ich diese Arbeit früher oder später beenden werde.

Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung	1
2. Forschungsstand und theoretischer Rahmen	4
2.1. Deservingness als zentrales Konzept	5
2.2. Kultur- und Sozialanthropologische Perspektiven auf Deservingness	6
2.3. Deservingness in der Medizinanthropologie	12
2.4. Ressourcen und die Logik der Verteilung	19
3. Das österreichische Gesundheitssystem	21
3.1. Ein Überblick	21
3.1.1. Primärversorgung in Österreich	23
3.2. Das Sozialversicherungssystem	24
4. Die Nichtregierungsorganisation	27
4.1. Strukturen der NGO	28
4.2. Assistenz	35
5. Forschungsansatz und Reflexion	36
5.1. Zugang und erster Kontakt	37
5.2. Teilnehmende Beobachtung	38
5.3. Interviews	41
5.3.1 Rahmenbedingungen der Interviews	43
5.3.2. Interviewaufbau	43
5.3.2.1. Hauptfragen	45
5.4. Datenanalyse	50
5.4.1. Induktion und Deduktion	51
5.4.2. Umsetzung der Analyse	53
5.5. Selbstreflexion und ethische Überlegungen	55
5.5.1. Reflexion meiner Rolle und Einverständnis	56
5.5.2. Identität im Feld	59

6. Deservingsness und Ressourcenbewusste Verteilung	62
6.1. Medizinische Behandlung vor Ort	63
6.1.1. Beschwerden greifbar machen	67
6.1.1.1. Symptombenennung	68
6.2. Medikamente	69
6.2.1. Die Funktion von Medikamenten	71
6.2.1.1. Psychosomatische Beschwerden	71
6.2.1.2. Scabies	73
6.2.2. Medikamente in der ressourcenbewussten Verteilung	75
6.3. Körperbasierte Entscheidungen	76
6.3.1. Antizipierte Entwicklung des Körpers	77
6.3.2. Spannungsfeld: Diagnose	81
6.3.3. Priorisierte Körper	84
6.4. Entscheidungslogiken der Versorgung	85
7. Fazit und Ausblick	87
7.1. Ressourcenbewusste Verteilung und medizinische Versorgung	88
7.2. Ausblick	91
8. Literaturverzeichnis	93
9. Hilfsmittelverzeichnis	101

1. Einleitung

*Es ist etwa 07:50 Uhr als ich ankomme und noch ein paar Minuten im Warteraum verbringe, bis mir jemand die verschlossene Tür zur Rezeption öffnet. Eine ältere Dame spricht mich an, um nach der Uhrzeit zu fragen und ob ich wissen würde, wann die Rezeption öffnet. Im selben Moment betritt Lena den Raum und beantwortet die Fragen der Patientin. Sie schließt mir die Tür zu den Räumlichkeiten der Organisation auf – außer Lena, der Patientin und mir ist noch niemand da. Sie erzählt mir, dass für heute Früh Termine mit dem Orthopäden und dem Kinderarzt vergeben wurden. Die erste Patientin hätte schon für 07:45 Uhr einen Termin bekommen. Dies sei eine gängige Praxis, um sicherzustellen, dass die Ordination ab 08:00 Uhr geöffnet werden kann. Nach etwa dreißig Minuten und einigen erfolglosen Anrufen von Lena, ist der heutige behandelnde Arzt noch immer nicht da. Als ich Lena frage, ob das öfter passieren würde, erklärt sie mir, dass das nicht der Normalfall sei, aber dass es schonmal vorkommen kann. Sie erzählt von einem Szenario, in dem ein Kinderarzt seinen Termin bei der Organisation vergessen hatte. Er wäre stattdessen auf einer Tagung gewesen. Kurzfristig hätten sie dann versucht einen anderen Kinderarzt zu erreichen, der spontan hätte einspringen und die Patient*innen noch behandeln können, dieser hatte allerdings COVID. An dem Tag mussten sie alle Patient*innen fortschicken, da sie ohne Arzt keine Behandlungen anbieten konnten. Nach einer kurzen Sprechpause atmet Lena tief ein und aus und fügt am Ende ihres Atmens hinzu „das war mir sehr unangenehm“.*

Bei dem Auszug aus meinem Protokoll handelt es sich um ein Szenario, das ich während meiner viermonatigen Feldforschung beobachtet habe. Dabei wurde eine Nichtregierungsorganisation erforscht, die für unversicherte Personen in Österreich medizinische Versorgung anbietet. Die Situation illustriert beispielhaft, wie vorhandene Ressourcen den Alltag dieser Organisation geprägt haben. Um sie in einen größeren Kontext zu setzen, ist es hilfreich einen Blick auf die Strukturen des österreichischen Sozialversicherungssystems zu werfen.

In Österreich waren im Jahr 2021 laut des Jahresberichts des Dachverbands der österreichischen Sozialversicherungen, rund 8,8 Millionen „anspruchsberechtigte

Personen in der Krankenversicherung“ (Dachverband der österreichischen Sozialversicherungen, 2022, S. 12–13). Außer der Krankenfürsorgeanstalt der Bediensteten der Stadt Wien (KFA) werden durch diesen Bericht alle weiteren österreichischen Krankenkassen abgedeckt. Dazu zählt die „österreichische Gesundheitskasse“ (ÖGK), die „Sozialversicherung der Selbstständigen“ (SVS) und die „Versicherungsanstalt für öffentlich Bediensteter, Eisenbahnen und Bergbau“ (BVAEB). Im Jahr 2025 veröffentlichte der Dachverband die aktuellen Statistiken für 2024, in denen es einen Versichertenzuwachs von rund 2,7 % gab. Dies ist im Vergleich zum Jahr 2021 eine Differenz von rund 240.000 Personen (Dachverband der österreichischen Sozialversicherungen, 2025, S. 12–13). Zeitgleich gab es einen Bevölkerungszuwachs von rund 8,9 auf 9,2 Millionen Personen (Statistik Austria, 2025). Rechnerisch versichern die aufgeführten Krankenkassen somit etwa 96 % der österreichischen Bevölkerung. Im Umkehrschluss bedeutet dies, dass in Referenz zu den gemeldeten Einwohner*innen (ausgeschlossen von der KFA) rund 67.000 Personen nicht in die Kategorie der „anspruchsberechtigten Personen in der Krankenversicherung“ fallen (Dachverband der österreichischen Sozialversicherungen, 2022 & 2025, S. 12–13). Diese Statistik berücksichtigt ausschließlich in Österreich gemeldete Personen. Es gibt keine repräsentative Studie darüber, wie viele Personen keinen Anspruch auf eine Krankenversicherung haben, die in Österreich leben, aber nicht offiziell gemeldet sind.

Vor diesem Hintergrund stellt sich die Frage, wie medizinische Versorgung in Österreich für Personen strukturiert wird, die nicht in die Kategorie der „anspruchsberechtigten Personen in der Krankenversicherung“ fallen. Um diese Frage zu beantworten, richtet diese Arbeit ihren Fokus auf eine Nichtregierungsorganisation in Österreich, die medizinische Versorgung kostenfrei für unversicherte Personen anbietet. Dabei wird untersucht, wie Versorgungskriterien in der Organisation strukturiert wurden um Patient*innen zu behandeln. Der Zugang zu nichtstaatlichen, medizinischen Versorgungsorten bietet eine Perspektive, auf ein Feld, das bisher in der medizinanthropologischen Forschung nur vereinzelt Berücksichtigung gefunden hat. Hier konnte untersucht werden, wie moralische Bewertungen, die Ressourcenvergabe und Behandlungsprioritäten ineinandergriffen. Relevant ist dabei, wie außerhalb des Sozialversicherungssystems eigenständig definierte Kriterien den Zugang zu medizinischer Versorgung prägten.

Um die vorab skizzierten Dynamiken analysieren zu können, stand von Beginn an die Frage im Zentrum, wie medizinische Versorgung für unversicherte Personen in Österreich angeboten und strukturiert wird. Im Rahmen der Feldforschung wurde sichtbar, dass Ideen davon, wem welche Art der Versorgung zusteht, die medizinische Betreuung durch die Organisation geprägt hat. Aufgrund dessen bediene ich mich in dieser Arbeit dem Konzept der „Deservingness“. Übersetzt bedeutet der Begriff das „Verdienstvollsein“. Im Zuge dessen hat sich der Titel *„Deservingness und Ressourcenverteilung im Kontext einer NGO: Medizinische Versorgung unversicherter Personen in Österreich“* entwickelt. Die Analyse dieses Themas unterteilt sich in drei Fragen. Die erste fragt danach, wie medizinische Versorgung für unversicherte Personen in Österreich angeboten und strukturiert wird. Der Fokus der zweiten Frage liegt auf Verteilungsstrategien, wobei beleuchtet wird, wie die Vergabe von Ressourcen den Zugang zu medizinischer Versorgung strukturiert. Mit Hilfe der dritten Frage soll erörtert werden, anhand welcher Kriterien Ressourcen vergeben werden und inwieweit sich dabei Praktiken der Deservingness wiederfinden lassen. Um dies zu beantworten, wurde im Laufe dieser Arbeit der Begriff der *ressourcenbewussten Verteilung* etabliert. Er beschreibt die Verbindung zwischen Ressourcenvergabe in der Organisation und Strukturen von Deservingness.

Um ein Verständnis von Deservingness zu etablieren, widmet sich das zweite Kapitel dem theoretischen Rahmen dieser Arbeit. Dabei wird eine grundsätzliche Definition von dem Konzept Deservingness eingeführt, gefolgt von einer kultur- und sozialanthropologischen Perspektive. Da es sich um eine Forschung im Rahmen der Medizinanthropologie handelt, setzt sich das zweite Kapitel mit medizinanthropologischen Zugängen zu Deservingness auseinander. Darüber hinaus widmet sie sich kultur- und sozialanthropologischen Definition des Ressourcenbegriffs. Die Grundlage dieser Arbeit ist die medizinische Versorgung unversicherter Personen durch eine Organisation. Dementsprechend, behandelt das dritte Kapitel das Gesundheitssystem und die damit einhergehenden Strukturen. Ziel ist es, die äußeren Rahmenbedingungen zu definieren, aufgrund derer die Organisation gegründet wurde. Das vierte Kapitel widmet sich daran anknüpfend der Nichtregierungsorganisation, ihren Aufgaben und Teammitgliedern. Außerdem werde ich näher auf die Rolle der „Assistenz“ eingehen, die ein elementarer Bestandteil meiner teilnehmenden Beobachtung und meiner Position im Feld war. Der methodologische Zugang dieser Arbeit wird in Kapitel Fünf behandelt. Dabei wird der erste Kontakt mit der Organisation

thematisiert und wie ich im Laufe der Feldforschung die teilnehmende Beobachtung strukturiert habe. Anknüpfend daran skizziere ich die Rahmenbedingungen und den Aufbau meiner Interviews. Zusätzlich beschreibe ich, wie die erhobenen Daten im Rahmen der Analyse verwertet wurden und mit welchen methodologischen Ansätzen ich dabei gearbeitet habe. Darüber hinaus beschäftige ich mich im fünften Kapitel selbstreflexiv mit meiner Position im Feld und den damit einhergehenden ethischen Überlegungen. Im sechsten Kapitel werden die erhobenen Daten mittels der vorab beschriebenen Methoden analysiert. Dafür wird zunächst ausführlich veranschaulicht, wie die medizinische Behandlung in der Organisation klassischerweise realisiert wurde. Gefolgt von Kapitel 6.2. und 6.3., werden dabei Fallbeispiele mit Fokus auf Deservingness-Praktiken und der ressourcenbewussten Verteilung analysiert. In Kapitel 6.4. soll übergreifend der rote Faden, der in Kapitel Sechs behandelten Fallbeispiele thematisiert werden. Final widmet sich das Siebte und letzte Kapitel der medizinischen Versorgung durch ressourcenbewussten Verteilung und somit dem Fazit und Ausblick dieser Arbeit.

Ziel ist es, anhand der Strukturen einer Nichtregierungsorganisation aufzuzeigen, wie medizinische Versorgung für unversicherte Personen in Österreich zugänglich gemacht wird. Im Fokus der Analyse steht dabei die Frage, wie die Vergabe von Ressourcen mittels Deservingness diesen Zugang strukturiert und inwieweit dadurch Priorisierungslogiken entstehen. Es soll ein Verständnis dafür etabliert werden, wie durch Vorannahmen, hypothetische Heilungschancen und chronische Erkrankungen medizinische Versorgung strukturiert wird. Der Begriff der ressourcenbewussten Verteilung soll dabei veranschaulichen, dass Entscheidungsmechanismen relational und situativ getroffen wurden.

In dieser Arbeit werde ich aus Gründen der sprachlichen Inklusion das Gendersternchen verwenden, dabei sind alle Geschlechter mitgemeint.

2. Forschungsstand und theoretischer Rahmen

Das Ziel des folgenden Kapitels ist es, ein theoretisches Fundament zu schaffen. Um dies umzusetzen, wird zunächst eine allgemeine Definition des Begriffes Deservingness etabliert. Darauf aufbauend widmet sich das Kapitel 2.2. kultur- und sozialanthropologischen Theoretiker*innen und ihren Forschungen zu Deservingness.

Dieser Zugang wird im Anschluss in 2.3. vertieft, indem der Fokus vor allem auf medizinanthropologische Forschungen zu der Thematik liegt. Abschließend widmet sich das Zweite Kapitel Ressourcen und der Logik der Verteilung, wobei der Ressourcenbegriff aus einer kultur- und sozialanthropologischen Perspektive definiert wird.

2.1. Deservingness als zentrales Konzept

Der englische Begriff „Deservingness“ (Würdigkeit, oder das Verdienstvollsein von etwas) versteht sich als ein komplexes Konzept, das eine zentrale Rolle in (gesundheits-) politischen, sozio-ökonomischen und gesellschaftsrelevanten Diskursen spielt (Tošić & Streinzer, 2022, S. 7, Willen, 2012, S. 812–813). Es ist tief in gesellschaftlichen Strukturen verankert und verhält sich als eine Art Bewertungsfaktor, der die selektive Verteilung von Ressourcen jeglicher Art beeinflusst (Tošić & Streinzer, 2022, S. 3–6). Deservingness versteht sich dabei nicht als ein objektives oder universelles Kriterium. Es ist ein Konzept, das auf moralischen Bewertungen, strukturellen und gesellschaftlich verankerten Normen und historischen Entwicklungen beruht (Tošić & Streinzer, 2022, S. 8–10; Tarkiainen, 2023, S.9–10; Willen, 2012, S. 814). Dadurch kann Deservingness einen direkten Einfluss darauf haben, wem (kein) Zugang zu Ressourcen wie beispielsweise medizinischer Versorgung, rechtlicher Beratung oder finanzieller Unterstützung gewährt wird. Dabei können Faktoren wie die Staatsangehörigkeit, das Geschlecht, Alter, sozialer Stand und Konformität oder die körperliche Beschaffenheit eine Rolle darin spielen, wer als versorgungswürdig anerkannt wird (Malakasis & Sahraoui, 2023, S. 171–172; Tarkiainen, 2023, S. 8, S. 12; Willen, 2012, S. 812–814).

Vor allem im Rahmen der Kultur- und Sozialanthropologie (KSA) wird das Konzept von Deservingness als eine elementare Analysekategorie verwendet. Hier dient es dazu gesellschaftspolitische Dimensionen von alltäglichen Verteilungspraktiken, strukturelle (Un-)Gleichheiten und sozio-politischen Entwicklungen in Themen wie Migration, medizinischer Versorgung oder staatlichen Regularien zu analysieren (Tošić & Streinzer, 2022, S. 4–7). Dadurch erlangen Forschende eine tiefgreifende Einsicht darüber wie nicht nur der Staat oder etablierte Institutionen das „Verdienstvollsein“ von etwas aushandeln, sondern auch wie im Kleinen diese Logik reproduziert wird (Tošić & Streinzer, 2022, S. 4; Willen, 2012, S. 815–816). Dabei geht es weniger um eine

normative Bewertung, sondern vielmehr um subjektiv festgelegte Parameter, die bedingen wer als „(un-)würdig“ für etwas klassifiziert wird (Fassin, 2012, S. 104–106; Tošić & Streinzer, 2022, S. 6). Im Fokus der Kultur- und Sozialanthropologie steht, dass es sich bei Deservingness nicht um ein universelles oder objektives Konzept handelt. Vielmehr betonen anthropologische Ansätze dessen Prozesshaftigkeit, die abhängig von Gesellschaft, Gruppe, Zeit oder Ort ist. Es handelt sich dabei um eine Logik, die keinen statischen Zustand hat, sondern einen konstanten Wandel durchläuft. Dieser Wandel wird durch soziale Diskurse verhandelt, ausgeübt, angefochten und geformt, stets unter der Prämisse, wer als „verdienstvoll“ gilt (Tošić & Streinzer, 2022, S. 7–9). Eine entscheidende Rolle spielt dabei ebenfalls das Konzept des „Othering“. Dies beschreibt einen Prozess in dem Personengruppen oder Individuen durch Kategorien wie Ethnizität, Geschlecht oder auch Staatsangehörigkeit als „die Anderen/andersartig“ konstruiert und als potenziell „unwürdig“ für etwas deklariert werden (Fassin, 2001, S. 3–5; Grove & Zwi, 2006, S. 1932–1934). In der Anthropologie versteht sich Othering als ein zentraler Faktor, mit dessen Hilfe (moralische) Grenzen etabliert und Verteilungsmechanismen ausgehandelt werden. Dadurch trägt Othering fundamental zur Logik von Deservingness bei (Malakasis & Sahraoui, 2023, S.183).

Die Kultur- und Sozialanthropologie bietet im Zuge dessen einen kontextsensiblen Blick auf Deservingness, indem sie unter anderem Machtstrukturen oder staatliche Regulatorien untersucht (Tošić & Streinzer, 2022, S. 9–10). Dabei liegt der Forschungsfokus auf den feinen Nuancen die durch kulturelle, soziale, politische und moralische Dimensionen verhandelt werden und einen direkten Einfluss auf den Zugang zu Ressourcen haben (Tošić & Streinzer, 2022, S. 4, 9–10).

2.2. Kultur- und Sozialanthropologische Perspektiven auf Deservingness

Um die Frage zu beantworten, inwieweit Deservingness analytisch genutzt werden kann, um Prozesse der Inklusion und Exklusion ethnographisch greifbar zu machen, ist eine dezidierte Auseinandersetzung mit relevanten Kultur- und Sozialanthropologischen Arbeiten notwendig. Ziel dieses Kapitels ist es, ein theoretisches Fundament zu etablieren, das Deservingness als ein kontextgebundenes und struktursensibles Analysewerkzeug in der KSA skizziert.

Andreas Streinzer und Jelena Tošić argumentieren in ihrer Arbeit „Ethnographies of Deservingness. Unpacking Ideologies of Distribution and Inequality“ von 2022, dass Deservingness keine geschlossene Theorie sei (Tošić & Streinzer, 2022, S. 4–6). Vielmehr sehen sie darin ein heuristisches Konzept, mit Hilfe dessen ethnografisch soziale Ungleichheit und Umverteilung analysiert und dessen moralischen Dimensionen hinterfragt werden können (Tošić & Streinzer, 2022, S. 3). Dadurch verstehen sie Deservingness nicht als eine kausale Erklärung, die universell anwendbare Antworten auf komplexe Strukturen liefert. Stattdessen ebnet das Konzept einen Weg, kontextabhängig Themen wie Ressourcenverteilung, (sozialen) Ein- und Ausschluss oder auch moralische Bewertung in einem wissenschaftlichen Kontext untersuchbar zu machen. Um dies umzusetzen ist laut Tošić und Streinzer ein konstantes Aushandeln zwischen Theorie und Ethnografie unabdingbar. Nur so sei es möglich eine tiefgreifende Analyse von Deservingness im situierten Feld diskursiv einzubetten und vergleichbar zu machen (Tošić & Streinzer, 2022, S. 3–6). Der Fokus Streinzer’s und Tošić’s liegt somit darauf, anthropologische Perspektiven mit Hilfe von Deservingness als analytisches Werkzeug zu erweitern, wobei ethnografische Forschung einen substanziellen Zugang in die komplexen soziale Vorstellungen von (Un-)Gleichheit, „richtig oder falsch“ und Verdienstlichkeit bietet (Tošić & Streinzer, 2022, S. 4). Im Zuge dessen argumentieren sie, dass besonders mit Blick auf Immigration und den Diskurs um die „Anti-Immigration Rhetorik“ (Tošić & Streinzer, 2022, S. 11), Deservingness einen Blickwinkel bietet, der intersektionale Ungleichheit aufschlüsselt. Dadurch lässt sich begreifen, welche Parameter darüber entscheiden, welche migrantischen Personengruppen als verdienstvoll in der Gesellschaft gelten und welche nicht (Tošić & Streinzer, 2022, S. 12). Damit greifen die Autor*innen eine lange Tradition der Kultur- und Sozialanthropologie auf, indem sie sich mit moralischen Bewertungen von Bedürftigkeit und der damit verbundenen Ressourcenverteilung befassen.

An diesen Diskurs knüpfen auch Sarah S. Willen und Jennifer Cook an, mit ihrer Arbeit „Must the Tired and Poor ‘Stand on Their Own Two Feet’? Tools for Analysing How Migrants’ Deservingness is Reckoned“ in Streinzer’s und Tošić’s Buch „Ethnographies of Deservingness. Unpacking Ideologies of Distribution and Inequality“ von 2022. Dabei untersuchen sie, wie Ungleichheit im Kontext von Migration, durch Zuschreibungen der gesundheitsbezogenen Verdienstlichkeit reproduziert wird und inwieweit das Konzept von Deservingness dies sichtbar machen kann (Willen & Cook,

2022, S.90–91; Tošić & Streinzer, 2022, S. 20). Sie argumentieren, dass Narrative rund um Migration von zwei Hauptkomponenten geformt werden – rechtlich und moralisch. Dabei wird nicht nur mit Hilfe von juristisch verankerten Regelwerken entschieden, wer „würdig“ ist, gewisse Ressourcen zu erhalten, sondern darüber hinaus entscheiden auch moralische Wertvorstellungen darüber. Die moralische Komponente (also jene, die sich im Rahmen von Deservingness bewegt) benennen sie dabei ganz konkret als die „Kehrseite von Rechten“ (Willen & Cook, 2022, S. 71). Deservingness dient hier als sozial verankerter Status, der zwar keinen empirischen Grundlagen zugrunde liegt, aber dennoch konstant (neu) eruiert, hinterfragt und ausgehandelt wird (Willen & Cook, 2022, S. 70–72).

Während es sich bei rechtlichen Vorgaben um bürokratisch festgelegte Parameter handelt, entstehen Verdienstlichkeitszuschreibungen durch Ordnungssysteme, die durch kulturelle, moralische, hierarchisch und/oder soziale Wertvorstellungen geprägt werden und tief in der Gesellschaft verankert sind. Diese Ordnungssysteme etablieren Glaubenssätze, die darüber entscheiden, was in der Gesellschaft als gerecht oder „legitim“ erachtet werden darf. Darüber hinaus spielen dabei Faktoren wie das Verhalten, die Art der Bedürftigkeit oder die Biografie der Migrant*innen eine Rolle darin, wie und ob sie als verdienstvoll bewertet werden (Willen & Cook, 2022, S. 73–75). Somit lässt sich feststellen, dass es zwar Migrant*innen gibt die gegenüber dem Staat oder Institutionen eine formelle Inanspruchnahme von Ressourcen geltend machen können, jedoch werden diese simultan den gesellschaftlichen Zuschreibungen von Verdienstlichkeit ausgesetzt und anhand dessen moralisch bewertet (Willen & Cook, 2022, S. 70–75).

Ein zentraler Punkt in Cook's und Willen's Arbeit ist ihr Ansatz, diese Auswirkungen auf einer gesellschaftlichen Ebene ethnografisch zu untersuchen, um zu verstehen, wie Deservingness nicht nur staatlich, sondern auch sozial reproduziert wird. Dabei plädieren sie vor allem dafür, Instanzen wie Sozialarbeiter*innen oder medizinisches Personal, die Deservingness in ihrer Praktik ausüben, näher zu betrachten (Willen & Cook, 2022, S. 77– 80). So bilden sie eine Brücke zwischen strukturellen Diskursen und konkreten Alltagspraktiken, die es erlaubt, einen Perspektivwechsel in der Analyse zu berücksichtigen. Sie stellen somit normative Verhaltens- und Denkmuster in Frage und betrachten eine kritische Auseinandersetzung mit diesen als notwendigen Bestandteil der ethnografischen Forschung.

Auch Miriam Ticktin widmet sich in ihrer Arbeit *Casualties of Care. Immigration and the Politics of Humanitarianism in France* von 2011 der Frage, wie eine restriktive Einwanderungspolitik Frankreichs, durch moralisch-aufgeladene Parameter wie fehlende Fürsorge oder Mitgefühl geformt wird (Ticktin, 2011, S. 2–3).

Im Zuge dessen setzt sie sich unter anderem mit der „Krankheitsklausel“ auseinander. Einem Begriff, den sie im Rahmen ihrer Forschung formuliert hat (Ticktin, 2011, S. 89). Diese beschreibt gesetzliche Regulierungen, mit Hilfe derer bemessen wird, welche undokumentierten Personengruppen eine Aufenthaltsgenehmigung in Frankreich erhalten. Bemessen wird dies anhand des Gesundheitszustands der Betroffenen. Wird eine Person als besonders krank eingestuft und dem potenziellen Tod mit der Rückreise in ihr Ursprungsland ausgesetzt, darf sie rein rechtlich in Frankreich bleiben und erlangt somit den Aufenthaltsstatus (Ticktin, 2011, S. 91). Ticktin argumentiert, dass solche Regelungen die auf Fürsorge oder Mitgefühl („Care“) fußen, einen fundamentalen Einfluss darauf haben, wie Einwanderung in Frankreich strukturiert wird, ohne die daraus resultierenden Auswirkungen in Gänze zu antizipieren (Ticktin, 2011, S. 2). Im Zuge dessen hinterfragt sie, was es bedeutet, wenn Care einen direkten Einfluss auf staatliche Regularien hat, diese formt und somit darüber entscheidet, welcher Personengruppe, durch den physiologischen Zustand ihres Körpers, welche Rechte zustehen. Sie versucht zu ergründen, was es heißt, ein leidender Körper im System zu sein und stellt die Frage danach, wann dieser als verdienstvoll bewertet wird (Ticktin, 2011, S. 3–5; S. 12). Daran anknüpfend argumentiert sie, dass diese Art von Politik in einem selektiven Legitimitätsglauben fußt, der hoch moralisch ist. Im Umkehrschluss wird so Ungleichheit reproduziert, indem vermeintlich „schutzwürdigen“ Körpern eine Daseinsberechtigung zugestanden wird, während andere zurückgewiesen werden (Ticktin, 2011, S. 3–5). Ticktin beleuchtet, inwieweit sich moralische Vorstellungen von Care mit staatlichen Regulierungen überschneiden und wie diese in einer direkten Relation zu einer Körperpolitik stehen (Ticktin, 2011, S. 23–24). Sie stellt eine direkte Verbindung zwischen Leid, Körper und gesellschaftlicher Anerkennung her und veranschaulicht, dass vor allem Personen, die sichtbar leiden, als „würdig“ für Unterstützung anerkannt werden (Ticktin, 2011, S. 11–12). Für Ticktin steht dabei im Fokus zu hinterfragen warum ausgerechnet mit Hilfe von Care die diagnostizierbare Verletzlichkeit über die strukturelle Ungleichheit oder politische Verfolgung von Personen gestellt wird (Ticktin, 2011, S. 24; 110; 127; 218–224). Mit Hilfe ihrer ethnografischen Feldforschung elaboriert sie diese Erkenntnisse beispielhaft

und beschreibt sie als eine Art selektive Kategorisierung, mit derer der (moralische) Wert eines Lebens anhand medizinisch verwaltbarer Parameter bemessen wird (Ticktin, 2011, S. 9; 12; 90–99; 224). Somit entsteht laut Ticktin eine moralische Hierarchie in der Care mit Hilfe von Deservingness konstruiert und anhand des physiologischen Zustands des Körpers bemessen wird (Ticktin, 2011, S. 11–14; 24; 90; 223–224). Dadurch macht Miriam Ticktin deutlich, dass wohl gemeinte Ansätze von Care, dennoch Teil eines Systems sein können, die Ungleichheiten entlang normativer Vorstellungen von Verdienstlichkeit reproduziert.

Damit stützt sie sich auf das Konzept der „moral economy“ (moralische Ökonomie). Dieses wurde zwar von E.P. Thompson geprägt, jedoch bezieht sie sich in ihrer Arbeit auf die theoretischen Überlegungen des Anthropologen und Soziologen Didier Fassin (Ticktin, 2011, S. 98; 238). Die moralische Ökonomie versteht sich hier als ein System, das maßgeblich durch gesellschaftliche Vorstellungen geprägt ist, wer welche Unterstützung „verdient“ hat. Somit werden Ressourcen nicht nur entlang juristischer Parameter verteilt, sondern mit Hilfe von moralisch verankerten Vorstellungen und Werten (Fassin, 2012, S. 1; 7; 266).

Fassin untersucht in „Humanitarian Reason. A Moral History of the Present“ von 2012, inwiefern moralische Werte wie Gerechtigkeitsempfinden, Mitgefühl, aber auch Empörung einen fundamentalen Beitrag in der Wahrnehmung von Verdienstlichkeit leisten und einen direkten Einfluss auf den politischen Diskurs haben. Er argumentiert, dass die politischen Entscheidungsgrundlagen, von Aus- oder Einschluss bestimmter Personengruppen durch rechtliche Parameter geformt werden. Dabei beobachtet er einen Fokuswechsel auf vermeintlich universelle und moralisch aufgeladene Schutzbedürftigkeit, im Rahmen medizinischer oder humanitärer Versorgung. Diese Entwicklung beschreibt Fassin als „*Humanitarian Reason*“ (humanitäre Vernunft) (Fassin. 2012, S. 1–5; 69–72).

Sein Ziel ist es dabei, einen Einblick in den politischen Wandel von humanitären Regierungsformen zu schaffen. Diesen Wandel nennt er die „Politik des Lebens“ (politics of life), wobei er vor allem darauf aufmerksam machen möchte, wie tiefgehend politische Entwicklungen und der öffentliche Raum durch moralische Werte geformt werden (Fassin. 2012, S. 5). Fassin prägte diesen Begriff maßgeblich in seiner Arbeit „Another Politics of Life is Possible“ von 2009, in der er sich bewusst von dem Soziologen Michel Foucault und seinem Konzept der Biopolitik abgegrenzt hat (Fassin, 2009, S. 49–50). In Abgrenzung zu Foucaults Augenmerk auf strukturelle

Machtstechniken, richtet Fassin seinen Fokus vor allem auf moralisch geprägte Legitimationsprozesse, die im Rahmen von humanitärer Intervention darüber entscheiden, wessen Leben als schützenswert erachtet wird (Fassin, 2009, S.50–52). Zwar greift er auf Foucaults Konzept der Biopolitik zurück (das politische Regierungsformen als eine Art der Erhaltung und Regulierung von Leben versteht), erweitert es jedoch um eine moralische Dimension, die laut Fassin maßgeblich politische Entscheidungen prägt. In Fassin's Weiterführung zeigt sich, dass gesundheitspolitische Entscheidungen nicht neutral sind, sondern Strukturen verfestigen, die Ungleichheit reproduzieren und Ausschluss fördern. Dies geschieht insbesondere, indem eine spezifische Personengruppe als verdienstvoller im Vergleich zu anderen Personengruppen wahrgenommen wird. Dabei handelt es sich um einen Prozess, der eng mit dem Konzept von Deservingness verwoben ist und sich somit in politischen Diskursen, wie der Ressourcenverteilung festigt (Fassin, 2012, S. 38–39; 45–49; 70–73; 78–79; 253–254). Diese Dynamik veranschaulicht er unter anderem anhand eines Asylverfahrens, indem medizinische Gutachten als Beweis für Schutzbedürftigkeit des Betroffenen dienen (Fassin, 2012, S. 113–114). Besonders prägnant ist dabei vor allem, dass sichtbares Leid in einer vermeintlich direkten Korrelation mit gesetzlich-regulierter Schutzwürdigkeit stehen, insbesondere dann, wenn diese mit Hilfe von sichtbaren physiologischen Gebrechen belegt werden kann (Fassin, 2012, S. 113–114; 118–119).

Es lässt sich festhalten, dass es sich bei Deservingness in der Kultur- und Sozialanthropologie um ein Konzept handelt, das als kontextgebundenes Analysewerkzeug angewandt werden kann. Dabei werden komplexe, gesellschaftsformende und sich gegenseitig bedingende Strukturen von Politik, Moral und Machtverhältnissen freigelegt. Mithilfe dieses Konzepts lassen sich Verteilungsmechanismen aufdecken, die Personen sowohl rechtlich als auch ressourcenbezogen ein- und ausschließen. Anhand der thematisierten Arbeiten wurde deutlich, wie tiefgehend Deservingness in den Feldern von Migration oder humanitärer Hilfe verankert ist.

Jelena Tošić und Andreas Streinzer etablieren mit ihrer Arbeit ein Fundament, um mit Deservingness ethnografisch forschen zu können, indem sie es als ein heuristisches Werkzeug zur Analyse moralischer Dimensionen verstehen. Mit einem ähnlichen analytischen Blick zeigen Willen und Cook, wie soziale Ungleichheit durch alltägliche

Interaktionen mit professionellen Akteur*innen oder Institutionen reproduziert und in Gesellschaftsstrukturen etabliert wird. Deservingness versteht sich dabei zugleich als analytisches Konzept, um ethnografisch moralische Bewertungen sichtbar zu machen, sowie als ein sozialer Mechanismus, der Verteilungsprozesse strukturiert.

Mit Hilfe von Ticktin und Fassin wird deutlich, dass moralische Dimensionen nicht nur im persönlichen Austausch entstehen, sondern auch fester Bestandteil politischer Diskurse sind. Dadurch bestimmen sie den strukturell verankerten Ausschluss mit. Während Ticktin dies anhand von Care und Körperpolitik veranschaulicht, liegt Fassin's Fokus auf humanitären Regierungsformen, die mit Hilfe von Schlagwörtern wie Fürsorge oder Leid ausgehandelt werden.

Im folgenden Unterkapitel möchte ich den Fokus noch mehr auf Forschungen im Rahmen der Medizinanthropologie lenken und veranschaulichen, inwieweit das Konzept von Deservingness im Feld medizinischer Versorgung die vorab beschriebenen Strukturen sichtbar macht.

2.3. Deservingness in der Medizinanthropologie

Ein kultur- und sozialanthropologischer Blick auf Deservingness erschafft eine Grundlage, institutionelle Praktiken im Kontext medizinischer Versorgung umfassend zu untersuchen. Dementsprechend widmet sich das folgende Kapitel der Frage danach, wie der Zugang zu dem Gesundheitssystem, Gesundheitsleistungen oder generell medizinischer Versorgung durch das Konzept von Deservingness geprägt wird. Hierbei steht im Fokus, sichtbar zu machen, dass formale Kriterien häufig nicht die alleinigen Entscheidungsparameter sind, die medizinische Versorgungszugänge regulieren. Darüber hinaus haben alltägliche Aushandlungen im individuellen Gespräch, administrative Entscheidungen im Gesundheitssystem oder interne Logiken in nichtstaatlichen Organisationen einen fundamentalen Einfluss darauf, wie ein Zugang konstruiert wird. Mit Hilfe des Konzepts von Deservingness, kann so danach gefragt werden wer als „behandlungswürdig“ gilt – wem warum welcher Zugang zusteht, wer weshalb welche Parameter erfüllt, wie anhand dessen Ressourcen verteilt werden und inwiefern die physiologische Verfassung darauf einen direkt Einfluss hat.

Um zu verstehen inwieweit Deservingness als Indikator dient, der Entscheidungsprozesse verschiedener Instanzen über Behandlung und Krankheit beeinflusst, werde ich im Folgenden zentrale medizinanthropologische Arbeiten behandeln. Dabei werde ich im Rahmen dieser Arbeit den Begriff der „Biomedizin“ nutzen, um von Medizin oder (bio-)medizinischer Praxis zu sprechen. Biomedizin beschreibt dabei vor allem den westlichen Zugang zu Medizin, der behauptet ausschließlich auf naturwissenschaftlichen Erkenntnissen zu beruhen. Diese wird maßgeblich im euro-amerikanischen Raum praktiziert und richtet ihren Fokus vor allem auf den menschlichen Körper. Laut Arthur Kleinman und Robert A. Hahn ist Biomedizin jedoch mehr als ein sozio-kulturell geprägtes System zu verstehen, dass weder universell noch neutral anwendbar ist. Stattdessen sind die Wurzeln der Biomedizin tief in kulturellen Werten und sozialen Dynamiken verankert (Hahn & Kleinmann, 1983, S. 305–306).

Der Medizinanthropologe und Psychiater Arthur Kleinman befasst sich in „The Illness Narratives. Suffering, Healing, and the Human Condition“ von 2020 (Erstauflage 1988), grundlegend mit den Begriffen „illness“ und „disease“. Möchte man diese Begriffe auf Deutsch übersetzen, so könnte man „illness“ als das subjektive Krankheitserleben von Individuen beschreiben und „disease“ als von Ärzt*innen diagnostizierte Krankheitsbefunde im biomedizinischen Sinne (Kleinman, 2020, S. 24). Illness ist eine soziale Erfahrung und bezeichnet das subjektive Krankheitserleben, eines veränderten Körperzustands, noch bevor eine biomedizinische Diagnostik stattgefunden hat (Kleinman, 2020, S. 24–26). Der diagnostizierte Krankheitsbefund (disease) hingegen, ist eine theoretisch verankerte Zuschreibung von einer externen Instanz, die mit Hilfe von erlernten Wissen die vorhandenen Symptome der Betroffenen in Kategorien einordnet. Demnach ist disease ein biomedizinischer Zustand, der auf messbaren, physiologischen Veränderungen im menschlichen Körper beruht (Kleinman, 2020, S. 26–27). Außerdem macht Kleinman zusätzlich eine Unterscheidung in dem Begriff „sickness“ (Krankheit). Sickness beschreibt das gesellschaftliche Verständnis von Krankheiten und wie diese von sozialen Gruppen anerkannt wird. Darüber hinaus besteht für ihn zwischen Krankheit und makrosozialen Einflüssen immer eine Kausalität. Das bedeutet, dass eine Krankheit maßgeblich durch äußere Einflüsse aus Wirtschaft, Politik oder anderen institutionellen Instanzen geformt wird (Kleinmann, 2020, S. 27). Diese Unterscheidung eröffnet einen breiteren Blick auf biomedizinische Versorgung. Sie schärft den Blick dafür, dass diese nicht

ausschließlich durch objektive Behandlungsmethoden praktiziert wird, sondern auf sozialen Praktiken beruht, die einen direkten Einfluss auf Diagnosen und Behandlungsformen haben (Kleinmann, 2020, S. 26; 36–37; 231–232). Daran anknüpfend betont Kleinman, dass Patient*innen als individuelle Subjekte wahrgenommen werden sollten, deren Krankheitserleben unabhängig von diagnostizierbaren Krankheitsbefunden existiert. Ein Aspekt, der laut ihm vor allem elementar für chronisch erkrankte Personen ist (Kleinmann, 2020, S. 26–28; 76–78). Hier lässt sich ein Bezug auf das Konzept der Deservingness herstellen. Zwar erwähnt Kleinman das Konzept nicht konkret in seiner Arbeit, jedoch zeigt er auf, wie sich in der Biomedizin Narrative etablieren, in denen zwischen „echten“ Erkrankungen und solchen unterschieden wird, denen es aus biomedizinischer Sicht an Legitimation fehlt, um adäquat behandelt zu werden (Kleinmann, 2020, S. 36–37). Laut Kleinman wird biomedizinische Versorgung nicht ausschließlich anhand objektiver Daten praktiziert. Stattdessen geht diese immer mit Vorstellungen darüber einher, wessen Leid als „legitim“ wahrgenommen wird. Dieses Phänomen beschreibt er als eine Form der Delegitimierung der subjektiv erlebten Krankheitserfahrung (Kleinmann, 2020, S. 71; 149–150). Wie Patient*innen im Kontext ihrer Behandlungsform, oder der Diagnose wahrgenommen werden, hängt laut dem Medizinanthropologen stark davon ab, wie die Betroffenen ihre Beschwerden an Instanzen aus dem Gesundheitssektor herantragen. Dabei erscheinen bestimmte Narrative für Ärzt*innen und Pflegepersonal relevanter oder glaubwürdiger als andere (Kleinmann, 2020, S. 67–68; 70). Somit ist nicht nur relevant, ob Symptome diagnostizierbar sind, sondern auch wie diese sozial eingebettet und bewertet werden.

Im Jahr 1999 veröffentlichte Kleinman den Artikel „Moral Experience and Ethical Reflection: Can Ethnography Reconcile Them?“. Dabei beschäftigt er sich mit Bioethik und fokussiert sich vor allem auf die „moral experience“ (moralische Erfahrung). Darunter versteht er kollektiv und individuell gelebte Praktiken, die durch soziale Werte im Lebensalltag (häufig unbewusst) praktiziert werden (Kleinman, 1999, S. 71). Diese entstehen in Kontexten, in denen sich Menschen oder Institutionen mit Erwartungen, Machtstrukturen oder Konflikten konfrontiert sehen. Dabei vermischen sich moralische Erfahrungen und persönliche Erlebnisse und fusionieren zu emotional aufgeladenen Werten. Somit versteht Kleinman Moral nicht nur als einen Denkprozess, sondern als etwas, das emotional und strukturell geprägt wird (Kleinman, 1999, S. 72). Moral ist dabei nicht nur eine individuelle Haltung, sondern eine sozial-gesellschaftlich geformte

Praxis, die häufig unbewusst einen Einfluss auf Wertvorstellungen hat. Darüber hinaus weist er darauf hin, dass ethisch aufgeladene Begrifflichkeiten wie Gerechtigkeit oder Gleichheit in ihrer moralisch aufgeladenen Schlagkraft wirkungslos bleiben, wenn sie nicht an die Lebensrealitäten der marginalisierten Personengruppen angeglichen werden. Kleinmann stellt fest, dass Personen, die am Ende sozial etablierter Machtstrukturen verortet sind, am stärksten davon betroffen sind. Laut ihm bedeute das, dass eine Auflösung Ihrer institutionellen Marginalisierung erst dann stattfinden kann, wenn die Analyse dieser strukturellen Ungleichheit dort beginnt, wo die betreffende Personen diese erfahren (Kleinman, 1999, S. 72). Insbesondere Institutionen wie Gesundheitssysteme reproduzieren laut Kleinman Strukturen von moralischer Ordnung, da Entscheidungen über biomedizinische Versorgung nicht isoliert getroffen werden, sondern unter dem Einfluss von sozial-kulturellen und ökonomischen Machtverhältnissen stehen (Kleinman, 1999, S. 72–73; 88).

Anhand dieser Prozesse wird sichtbar, wie etablierte Normen und Werte mitentscheiden, wer als „behandlungswürdig“ erscheint und somit im System (nicht) mitgedacht wird. Kleinmans Analyse zeigt auf, dass moralisch aufgeladene Entscheidungen innerhalb institutioneller Strukturen soziale Ungleichheit festigen. Deservingness lässt sich dabei als eine verdeckte Praxis verstehen, die sowohl einen Einfluss auf individuelle Bewertungen hat, als auch auf strukturelle Entscheidungsparameter innerhalb des Gesundheitssystems (Kleinman, 1999, S. 88). Deservingness als verdeckte Praxis wird auch in Paul Brodwins ethnografischer Forschung zum Erleben von „Sinnlosigkeit“ bei Personal einer Gemeindepsychiatrie sichtbar (Brodwin, 2011, S. 189; 192). Hier illustriert er, wie institutionelle Anforderungen an das Fachpersonal ein Gefühl der „futility“, also der therapeutischen Ohnmacht fördern (Brodwin, 2011, S. 205). Grund dafür sind standardisierte Therapiepläne, die den Angestellten abverlangen einen konstanten Fortschritt der Patient*innen festzuhalten (Brodwin, 2011, S. 194; 197). Kann dieser nicht verbucht werden, entwickeln sich Dynamiken die nicht nur das Personal selbst, sondern auch die Patient*innen betreffen. Fehlender Fortschritt verändert die Wahrnehmung über die Patient*innen und ihre vermeintlich fehlende Bereitschaft zur Genesung. Dies führt im Umkehrschluss zu einem Narrativ, in dem die „Behandlungswürdigkeit“ der Betroffenen durch eine moralische Bewertung hinterfragt wird. Dies zeigt sich insbesondere durch die Verwendung von Begrifflichkeiten wie „unkooperativ“ (Brodwin, 2011, S. 195–197; 201). Dabei wird deutlich, wie die Vorstellung von

Verdienstlichkeit sozial eingebettet ist, indem das Personal subtil eine Erwartungshaltung gegenüber den Betroffenen etabliert, die mit fehlender Umsetzung zu Sanktionen führt (Brodwin, 2011, S. 202). Besonders prägnant ist dabei, dass die bürokratisierten Entwicklungs- und Fortschrittsprotokolle einen internen Druck auf das Personal und die Patient*innen ausüben. Patient*innen, die keine lineare Besserung verbuchen, und somit nicht in das vorgegebene Schema passen, fallen durch das System. Die Sanktionen in Form von therapeutischer Resignation oder negativen Zuschreibungen (Brodwin, 2011, S.188; 202–203) sind ein Ergebnis von institutionalisierter Deservingness, die nicht nur strukturell verortet ist, sondern vor allem durch konstruierte und standardisierte Anforderungen des Gesundheitssystem reproduziert werden (Brodwin, 2011, S. 201; 205).

Der Einfluss von institutionalisierter Deservingness, praktiziert durch bürokratische Regelwerke, wird auch in Didier Fassins und Estelle d'Halluins Arbeit zum französischen Asylsystem sichtbar (Fassin & d'Halluin, 2005). Hierbei untersuchen sie, inwieweit die körperliche Beschaffenheit und medizinische Gutachten eine direkte Auswirkung auf Asylverfahren haben (Fassin & d'Halluin, 2005, S. 598). Dabei wird laut den beiden Autor*innen der Körper zum Beweis für erlebtes Trauma geflüchteter Personen, sowohl physisch als auch psychisch. Er gilt als Referenzpunkt, anhand dessen durch externe Instanzen bestimmt wird, wie schwerwiegend autobiografische Kriegs- und/oder Foltererlebnisse erkennbar sind (Fassin & d'Halluin, 2005, S. 597–598). Dadurch werden medizinische Gutachten zu einem standardisierten Nachweis von Gewalt, während sie gleichzeitig Betroffenen die Chance auf Asyl ermöglichen. Der Körper der Betroffenen muss sich also einer bürokratischen Einschätzung unterziehen, um ein potenzielles Anrecht auf Aufenthalt zu haben (Fassin & d'Halluin, 2005, S. 598). Während autobiografische Erzählungen der Betroffenen an Relevanz verlieren, gelangt körperliche Evidenz, erhoben durch Fachpersonal, in den Fokus (Fassin & d'Halluin, 2005, S. 598). Dies führt zu Zerrüttung in Nichtregierungsorganisationen (NGOs), die häufig für das Ausstellen der Gutachten verantwortlich sind. Grund dafür ist die Kritik seitens der NGOs, Betroffene auf ein Formular zu reduzieren, das über die Validität der Asylanträge entscheidet. Zeitgleich gibt es Stimmen innerhalb der Organisationen, die die Notwendigkeit der Gutachten anerkennen und sie als eine Chance auf Asyl verstehen (Fassin & d'Halluin, 2005, S. 600–604). Fassin und d'Halluin setzen die medizinischen Gutachten und die damit verbundene Praxis in einen größeren Kontext – für sie sind sie ein Zeugnis von

Machtausübungen über die politische und physische Existenz der Asylsuchenden (Fassin & d'Halluin, 2005, S. 606). Der Zustand des Körpers entscheidet somit darüber, ob den Betroffenen der Zugang zu sozialem Recht und somit auch zu Ressourcen gewährt wird. Dabei stehen sie an der Schnittstelle von politisch-administrativer und medizinischer Bewertung, wobei ihr Körper zu einem Ort der Legitimität und Zugehörigkeit wird (Fassin & d'Halluin, 2005, S. 597).

Wem Unterstützung zusteht, ist hierbei an konkrete bürokratische Vorstellungen von nachvollziehbarer Verletzlichkeit gekoppelt. Dabei dient die Bewertung des Körpers durch Fachpersonal als rechtliche Grundlage. Zugang zu Recht hat die Person, deren Körper einen Leidenszustand widerspiegelt, der institutionell verwertbar ist. Somit ist die Ressourcenverteilung und ihre Verdienstlichkeit direkt an den physiologischen Körper gekoppelt.

Carolyn Sargent argumentiert, dass ein Zugang zu (biomedizinischer) Versorgung nicht zwangsläufig an eine medizinische Notwendigkeit gebunden ist. Sie elaboriert, dass politische, ökonomische und soziale Faktoren einen fundamentalen Einfluss darauf haben und somit Migration, Gesundheit und Politik in einer direkten Korrelation stehen (Sargent, 2012, S. 856). Dabei macht sie vor allem einen Unterschied zwischen Zugangsformen, die auf „Entitlement“ oder Deservingness basieren (Sargent, 2012, S. 855–856). Entitlement beschreibt dabei die rechtliche Zugangsberechtigung, während Deservingness durch moralische Bewertung implementiert wird. Beide Kategorien klassifizieren, ob eine Person als „unterstützungswürdig“ gilt oder nicht. Wenn auch gemessen anhand unterschiedlicher Parameter, bedingen sie sich dabei wechselseitig (Sargent, 2012, S. 855). Gerade im Kontext von Migration, ist ein etabliertes Verständnis von Ungleichheiten im Gesundheitssystem notwendig, um Exklusionsprozesse sichtbar zu machen. Dabei spielen insbesondere die Verknüpfungen zwischen Staatsbürger*innenschaft, ökonomischer Produktivität, neoliberaler Politik und moralischen Zuschreibungen eine fundamentale Rolle (Sargent, 2012, S. 855–856).

Die große Gemeinsamkeit, die alle Texte in diesem Kapitel teilen, ist die Frage danach, wie moralische Bewertungen den Zugang zu medizinischer Versorgung beeinflussen, sowohl institutionell als auch sozial. Sichtbar wird dies durch Prozesse, in denen systemkonforme Formate subjektive Krankheitserfahrungen (illness) durch biomedizinische Diagnosen (disease) kategorisieren und somit verwertbar machen. Im Rahmen von d'Halluins und Fassins Arbeit wird dies am Beispiel des Asylverfahrens

besonders deutlich. Der Zugang zum französischen System wird anhand der Schwere und Sichtbarkeit von autobiografischen Krankheitserfahrung der Antragsteller*innen reguliert. Hierbei wird der Körper zum Schauplatz von vermeintlicher Wahrheit. Der Zustand der Betroffenen wird in ein diagnostisches Regelwerk des Systems übersetzt, was am Ende darüber entscheidet, wie schwerwiegend ihre Krankheitserfahrungen klassifiziert werden. Die subjektive Erfahrung erlangt Validität durch die Beglaubigung des Systems oder verliert an institutioneller Legitimation durch dessen Abstinenz. Die Korrelation zwischen dem bewerteten Gesundheitszustand von Betroffenen und dem Gesundheitssystem wird ebenfalls in Brodwins Arbeit ersichtlich. Der Zustand des gelebten Körpers wird dabei in eine systemisch-lineare Fortschrittslogik übersetzt. Zwar geht es dabei nur sekundär um den Entzug von (medizinischen) Ressourcen, dennoch sehen sich die Patient*innen, als Folge von mangelndem Fortschritt mit sozial stigmatisierenden Zuschreiben konfrontiert, die sie an den Rand der Gesellschaft drängen. Eine Praxis, die durch die moralische Erfahrung nach Kleinman fest im Gesundheitssystem verankert ist. Dabei wird sowohl eine strukturelle, als auch eine moralische Ordnung reproduziert, die beim fehlenden Einhalten in ein Gefühl von Sinnlosigkeit (futility) bei dem Personal umschlägt.

Die Arbeiten elaborieren einschlägig, dass ein System, das über „behandlungswürdige und -unwürdige“ Krankheitserfahrungen entscheidet, eng mit Machtverhältnissen verbunden ist. Standardisierte Narrative schließen dabei automatisch Krankheitserfahrungen aus, die sich nicht in das System übersetzen lassen. Prägnant dabei ist, dass die medizinische Notwendigkeit normativen Wertvorstellungen unterliegt und somit nicht als alleiniger Faktor darüber entscheidet, wer final als „behandlungswürdig“ anerkannt wird. Sargent betont in ihrer Arbeit, dass sowohl ökonomische, also auch sozialpolitische Parameter einen direkten Einfluss auf rechtliche Regularien und deren Auswahlverfahren haben. Durch das Identifizieren dieser Strukturen werden zentrale Schnittstellen sichtbar, die den Zugang zu sozialen und gesundheitlichen Ressourcen maßgeblich regulieren.

Mit Hilfe des Konzepts der Deservingness lässt sich darlegen, wie Ressourcen in einem System verteilt werden und welche Logik dabei verfolgt wird. Das folgende Kapitel beschäftigt sich daher mit Ressourcen als materielles und symbolisches Gut im Gesundheitssystem. Der inhaltliche Fokus liegt hier auf der Vergabe von Mitteln und wie diese nicht ausschließlich an Bedarf oder Effizienz gekoppelt sind, sondern durch moralische Bewertungen und gesellschaftliche Ideen von Verdienst geformt

werden. Ziel ist, anhand ausgewählter Literatur zu elaborieren, wie die Vergabe von Ressourcen die Teilhabe oder den Ausschluss am System mitbestimmt.

2.4. Ressourcen und die Logik der Verteilung

Der Ressourcenbegriff ist ein breitgefächelter Begriff, der in den verschiedensten Disziplinen eine relevante Rolle spielt. Während er in dem wirtschaftswissenschaftlichen Kontext vor allem Rohstoffe und (Hilfs-)Güter meint (Schubert & Knecht, 2015, S. 1), versteht er sich in der Wirtschafts-Anthropologie als etwas, dass immer in Relation zu historischen Prozessen und sozialem Austausch steht (Narotzky, 1997, S. 9). Dabei wird etwas erst zu einer Ressource, wenn es von Menschen als solches anerkannt und genutzt wird (Narotzky, 1997, S. 10). Im Kontrast dazu bezeichnet die Soziologie Ressourcen als Kapitalformen, die unterschiedlich verwurzelt und zugänglich sein können. Dazu zählt unter anderem Bildung, Geld oder Güter mit monetärem Wert, der Gesundheitszustand einer Person, Zeit die jemandem zur Verfügung steht oder individuelle psychische Kapazitäten (Bourdieu, 1983, S.185; 191; 195; Schubert & Knecht, 2015, S. 24–25).

Im Folgenden möchte ich mich allerdings der kultur- und sozialanthropologischen, besonders der medizinanthropologischen, Definition des Ressourcenbegriffs widmen. Die Kultur- und Sozialanthropologie versteht Ressourcen als etwas, das kontextgebunden ist. Eine Ressource ist kein simples Objekt oder Gut, sondern etwas, das durch soziale und institutionelle Praktiken Bedeutung erlangt und somit in Gesellschaftspraktiken eingebettet wird (Uchibori, 2011, S. 143). Der Begriff denkt dabei sowohl materielle als auch immaterielle oder symbolische Ressourcen mit (Uchibori, 2011, S. 151–152). Somit werden unter anderem soziale Beziehungen, der physiologische Zustand des Körpers oder Wissen zu einer Ressource (Lock & Nguyen, 2010, S. 219; 262–263). Demnach ist eine Ressource kein festgeschriebener Gegenstand, sondern sozial erschaffen, wobei sie immer in Relation zu Menschen und deren Bedürfnissen steht (Uchibori, 2011, S. 145). Die Verfügbarkeit von Ressourcen wird dabei jedoch nicht nur nach Bedarf verteilt, sondern anhand struktureller Machtverhältnisse (Farmer, 1999, S. 1488). Ein Resultat dieser Verteilungslogik ist laut Paul Farmer ein unausgewogener Zugang, sowie ein systematischer und sozialer Ausschluss von Menschen vom Gesundheitssystem (Farmer, 1999, S. 1493). Ob der Zugang gerechtfertigt ist oder nicht, wird anhand staatlicher Regulatorien und

künstlichen Verknappungslogiken getroffen (Farmer, 1999, S. 1487–1488; Scheper-Hughes, 1992, S. 169–170). Scheper-Hughes erkennt darin eine salonfähige Form der Vernachlässigung. Der Zugang und die Verteilung von Ressourcen wird so zum Ausdruck von Verhandlungsstrukturen, die über den Wert eines Lebens entscheiden (Scheper-Hughes, 1992, S. 169–170). Entscheidend ist dabei vor allem, dass die moralische Einordnung darüber mitentscheidet, wer einen „legitimen“ Anspruch auf Ressourcen hat (Sabaté Muriel, 2022, S. 351; Tošić & Streinzer, 2022, S. 3). Ressourcen werden somit im Gesundheitssystem nicht neutral vergeben, sondern immer mit Hinblick auf strukturelle Einflüsse, die den Zugang zur medizinischen Betreuung beeinflussen (Good, 1994, S. 44; Nichter, 2008, S. 113–114; 126). Besonders aus medizinanthropologischer Perspektive lassen sich diese Dynamiken erkennen. Ressourcen werden entlang struktureller und politischer Vorgaben vergeben, die eng mit der Idee der Deservingness verwoben sind. Sie werden also sozial konstruiert und bestimmen damit die Verteilungslogik. Sie existieren nicht einfach, sondern werden von Menschen erschaffen, relational anerkannt, ausgehandelt und verteilt (Tošić & Streinzer, 2022, S. 3).

Hier wird eine direkte Verbindung zu den Kapiteln 2.2. und 2.3. sichtbar. Am Beispiel von Ticktin in Kapitel 2.2. lässt sich feststellen, dass geflüchtete Personen in Frankreich insbesondere dann einen Zugang zu Ressourcen des Systems erhalten, wenn ihre Bedürftigkeit medizinisch nachweisbar ist. Das Bedürfnis allein ist dabei nicht ausreichend, um einen Zugang zum französischen Gesundheitssystem zu erlangen. Erst ein physisch erkennbarer und diagnostizierbarer Leidenszustand des Körpers ermöglicht eine Chance auf einen Zugang (Ticktin, 2011, S. 9; 12; 22; 90–99). In Kapitel 2.3. zeigt Brodwins Arbeit exemplarisch auf, dass immaterielle Ressourcen wie Aufmerksamkeit, Fürsorge, soziale Anerkennung, oder ein wertschätzender Umgang gegenüber Patient*innen, unterschiedlich von Ärzt*innen verteilt werden. Institutionelle Vorstellungen über den medizinischen Fortschritt der Betroffenen führen dazu, dass der individuelle Heilungsprozess relational bewertet wird. Je nach Entwicklung der Patient*innen bleibt der Zugang zu immateriellen Ressourcen bestehen oder er wird sanktioniert (Brodwin, 2011, S. 194; 197; 201; 205).

Bei der Verteilung von Ressourcen im System, stellen Nichtregierungsorganisationen eine weitere wichtige Instanz dar. Insbesondere im Hinblick auf institutionalisierte Versorgungslogiken, die bestimmte Personengruppen, wie im Fallbeispiel von Ticktin,

nur sekundär oder gar nicht mitdenken. Der Medizinanthropologe Mark Nichter beschreibt Nichtregierungsorganisationen als relevante Akteur*innen im Zugang zur internationalen Gesundheitsversorgung (Nichter, 2008, S. 136–137). Nichter argumentiert darüber hinaus, dass diese Art von Organisationen zwar nicht direkt mit staatlichen Instanzen zusammenarbeiten, deren Strukturen aber dennoch reproduzieren und dabei bestehende Gesundheitssysteme unter Umständen sogar stärken (Nichter, 2008, S. 139). Im Zuge dessen hinterfragt er, wessen Interessen durch Nichtregierungsorganisationen tatsächlich verfolgt werden. Dadurch, dass diese häufig von externen Geldern abhängig sind, beschreibt er eine Form der Abhängigkeit zwischen Organisation und Geldgeber*innen (Nichter, 2008, S. 138). Aufgrund dessen können Nichtregierungsorganisationen laut Nichter nicht neutral sein, stattdessen sind sie tief in die strukturelle Verteilungslogik von Ressourcen im System eingebettet (Nichter, 2008, S. 138–139).

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass der Zugang zu Ressourcen multidimensionalen Ordnungs- und Verteilungslogiken im System unterliegt. Wer Zugriff auf Ressourcen hat, wird anhand komplexer Bewertungsprozesse strukturiert. Die zentralen Fragen sind dabei, wer als „ressourcenwürdig“ verstanden wird und inwieweit der Körper, Herkunft und Lebensumstände oder Moralvorstellungen einen Einfluss darauf haben. Somit sind Ressourcen und deren Verteilung und Zugang eng mit dem Konzept der Deservingness verbunden.

3. Das österreichische Gesundheitssystem

Im Folgenden wird das österreichische Gesundheitssystem und dessen Entstehung thematisiert. Dies soll als thematische Grundlage dienen, um die Gründung der Organisation in den anschließenden Kapiteln besser einordnen zu können.

3.1. Ein Überblick

Mit dem Beginn einer gesetzlich geregelten Sozialversicherungsstruktur wurde 1889 in Österreich ein essenzielles Fundament für das heutige Gesundheitssystem geschaffen (Bachner et al., 2019, S. 22; Österle, 2005, S. 11). Diese beinhaltete unter anderem das Kranken- und Unfallversicherungsgesetz, wodurch eine

Versicherungspflicht etabliert wurde, die an die Erwerbstätigkeit gekoppelt war (Obinger & Tálos, 2006, S. 51; Österle, 2005, S. 11). Jedoch hatte nur ein Teil der Arbeitnehmer*innen, einen Anspruch auf die Kranken- und Unfallversicherung (Österle, 2005, S. 11). Um als Arbeitnehmer*in Teil des Versicherungssystems sein zu können, galt es Beiträge zu entrichten, die „zu zwei Dritteln von den Arbeitern und zu einem Drittel von den Arbeitgebern aufgebracht“ wurden (Österle, 2005, S. 12).

Vorreiter davon waren bereits private Versicherungsvereine sowie die 1745 in Wien eröffnete Handlungs- und Versorgungsanstalt (Hofmarcher & Rack, 2006, S. 16), oder die 1860 eingeführte Armenfürsorge für Bürger*innen der Habsburgermonarchie (Obinger & Tálos, 2006, S. 51). Vorbild für die gesetzliche Verankerung eines Sozialversicherungsmodells in Österreich war das bismarcksche Sozialgesetz Deutschlands (Hofmarcher & Rack, 2006, S. 18; Österle, 2005, S. 11). Mit dem Bestreben einen Wohlfahrtsstaat zu erschaffen, der ein funktionierendes Gesundheitssystem als elementaren Bestandteil ansieht, wurde bereits 1867 mit Hilfe neuer Gesetze zur Vereinsbildung ein Grundpfeiler dafür gesetzt (Hofmarcher & Rack, 2006, S. 16). Ab 1935 wurden die bis dahin in Selbstverwaltungen entstandenen Sozialversicherungen der Angestellten durch das Gewerbliche Sozialversicherungsgesetz zusammengelegt (Hofmarcher & Rack, 2006, S. 22). Durch Österreichs Entscheidung, sich dem deutschen Hitlerfaschismus anzuschließen, wurden ferner in den Jahren 1939–1945 die deutschen Rechtsvorschriften übernommen. Diese sollten allerdings nach dem Ende des Zweiten Weltkriegs wieder abgeschafft werden, wozu ein Überleitungsgesetz und die Gründung eines Hauptverbandes dienen sollten. Schließlich wurde eine Neuordnung des Sozialversicherungssystems im Jahr 1956 ermöglicht, durch die Einführung des allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes (Hofmarcher & Rack, 2006, S. 23–24). Zu dem Zeitpunkt waren bereits 70 Prozent der Bevölkerung versichert, 24 Jahre später waren es 99 Prozent (Hofmarcher & Rack, 2006, S. 26–27). Die Kehrseite dieser Errungenschaft waren allerdings Kürzungen in Form von Sparmaßnahmen (Hofmarcher & Rack, 2006, S. 27).

Wenn auch zunächst eingeschränkt, konnte mit der Etablierung eines Sozialversicherungsmodells, eine Kranken-, und Unfallversicherung für Arbeitnehmer*innen etabliert werden, wodurch sie erstmals über ihre Erwerbstätigkeit versichert waren. Angelehnt an das deutsche bismarcksche

Sozialgesetz entstand somit 1956 das allgemeine Sozialversicherungsgesetz. Die historische Entwicklung des Gesundheitssystems legt somit die Grundbausteine für ein Primärversorgungssystem in Österreich, worauf ich im Folgenden Kapitel näher eingehen werde.

3.1.1. Primärversorgung in Österreich

Seit 1948 ist Österreich Mitglied der Weltgesundheitsorganisation (WHO) (Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz, 2025a). Im Rahmen der internationalen Konferenz über medizinische Grundversorgung im Jahre 1978, wurde mit der Erklärung von Alma-Ata eine global zugängliche und umfassende Gesundheitsversorgung als Menschenrecht festgelegt. Darunter versteht sich nicht nur Abstinenz von Krankheit, sondern ein Gesundheitsniveau, das das geistige, soziale und körperliche Wohlbefinden priorisiert (World Health Organization, S. 3–6, 1978). Um dies zu realisieren, ist der Zugang zu einer Primärversorgung zentral.

Der Begriff der Primärversorgung beschreibt den direkten Zugang zu einer Gesundheitsfürsorge. Grundlegend ist hierbei das Ziel, der Gesellschaft einen niederschweligen Zugang zu medizinischer Versorgung zu ermöglichen (Bachner et al., 2019, S. 170–171; 173–176; 253–254; Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz, 2023a; Hofmarcher & Rack, 2006, S. 224–225). Die Finanzierung erfolgt dabei über die Bevölkerung, mit Hilfe von Sozialversicherungsbeiträgen, sowie über die öffentliche Gesundheitsfinanzierung durch den Staat. Die Kombination aus öffentlichen und privaten Geldern soll sicherstellen, dass die medizinische Grundversorgung für die Bevölkerung jederzeit zugänglich und erschwinglich ist (Bachner et al., 2019, S. 18; 79–80).

Jeder Nationalstaat ist für die Umsetzung seines Gesundheitswesens und den damit verbundenen Rechten und Pflichten verantwortlich (Bachner et al., 2019, S. xxii; 18–19; Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz, 2025a; Hofmarcher & Rack, 2006, S. xiii). Die Primärversorgung in Österreich wird in erster Linie durch niedergelassene Ärzt*innen in Einzelordinationen, oder Gemeinschaftspraxen angeboten (Bachner et al., 2019, S. 173; Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz, 2023a). Grundlegend soll sie als leicht zugängliche und wohnortnahe Anlaufmöglichkeit für Personen dienen, bei denen ein Bedarf an gesundheitsbezogener Betreuung besteht (Bachner et al., 2019,

S. 161; Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz, 2023a). Im von 2013 bis 2016 entwickelten Bundes-Zielsteuerungsvertrag wurden konkrete Ziele und Maßnahmen vereinbart, die im Rahmen der Gesundheitsversorgung eine umfassende, ambulante Primärversorgung gewährleisten sollen (Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz, 2024a). Im Zuge dessen wurde 2017 das Primärversorgungsgesetz erlassen, um beispielsweise ein Fundament für Primärversorgungseinheiten (PVE) legen zu können. PVEs sollen Anlaufstellen für Patient*innen sein, die ein diverses Angebot an gesundheitlicher Beratung zur Verfügung stellen. Dazu zählen „Teams aus Ärztinnen oder Ärzten der Allgemeinmedizin, diplomierten Gesundheits- und Krankenpfleger:innen und anderen Gesundheits- und Sozialberufen [...]. In diesen multiprofessionellen Teams können z.B. auch Sozialarbeiter:innen, Physiotherapeutinnen und -therapeuten, Logopädinnen und Logopäden, Psychotherapeutinnen und -therapeuten, Diätologinnen und Diätologen tätig sein.“ (Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz, 2023b).

Die Primärversorgung ist somit die erste Anlaufstelle für medizinische Betreuung in Österreich. Ziel ist es dabei, einen vollumfänglichen und niederschweligen Zugang zu gewährleisten. Im Zuge neuer Reformen und dem Primärversorgungsgesetz, sollen im Laufe der kommenden Jahre mehr Primärversorgungseinheiten etabliert werden, um den Zugang stärker auszubauen und noch niederschwelliger zu gestalten.

Die aktuelle Umsetzung des Sozialversicherungssystems steht in direktem Zusammenhang mit der Primärversorgung. Im folgenden Kapitel wird daher das aktuelle österreichische Sozialversicherungssystem und dessen Zugangskriterien näher beleuchtet.

3.2. Das Sozialversicherungssystem

Das allgemeine Sozialversicherungsgesetz erklärt, dass in Österreich die Sozialversicherungspflicht für Arbeitnehmer*innen, Selbstständige und Pensionist*innen gilt. Dabei umfasst die allgemeine Sozialversicherung die Krankenversicherung, die Unfallversicherung und die Pensionsversicherung (Allgemeines Sozialversicherungsgesetz, o.J.). Laut dem Dachverband für

Sozialversicherungsträger lebt das Modell der Sozialversicherung (anders als die Privatversicherung) von dem Solidaritätsprinzip (Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz, 2025b; Dachverband der Sozialversicherungsträger, 2025). Demzufolge richtet sich die Vergabe von Leistungen nach dem Bedarf der Versicherten. Somit soll ein Ausgleich zwischen den unterschiedlichen Versicherten innerhalb des Trägers stattfinden. Hierbei spielen ökonomische Parameter zur Gewinnorientierung keine Rolle, vielmehr steht laut Dachverband das Soziale im Vordergrund (Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz, 2025c; Dachverband der Sozialversicherungsträger, 2025).

Um dies zu realisieren, wird ein finanzielles Umlageverfahren genutzt, damit die medizinische Versorgung der Mitglieder sichergestellt werden kann (Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz, 2025d). Dabei werden die Beiträge nicht pro Person gesammelt, stattdessen fließen sie unmittelbar in einen gemeinsamen Verteiler, der dazu genutzt wird, eine kollektive Finanzierung zu gewährleisten. Um dieses Prinzip aufrechterhalten zu können, ist die Pflichtversicherung ein Teil des österreichischen Sozialversicherungssystems. Somit werden Arbeitnehmer*innen, Selbstständige und Pensionist*innen einem Versicherungsträger zugeordnet. Dadurch habe die jeweiligen Personengruppe automatisch einen Versicherungsschutz und Zugang zum österreichischen Gesundheitssystem. Der Versicherungsträger kann also nicht frei gewählt werden. Stattdessen werden Personen je nach Berufsgruppe einem jeweiligen Träger zugeteilt. Dadurch stehen die jeweiligen Sozialversicherungsträger auch nicht in Konkurrenz zueinander (Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz, 2019, S. 6–7). Umsetzen lässt sich dies, durch die monetären Beiträge der Versicherten und Arbeitgeber*innen, die jeweils an das individuelle Einkommen angepasst sind. Diese Form von Solidarität soll eine einkommensabhängige und somit leistbare Beitragsstruktur für alle Versicherten ermöglichen (Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz, 2019, S. 6–7; 31).

In Österreich bestehen seit dem 2020 in Kraft getretenen Sozialversicherungs-Organisationsgesetz fünf Sozialversicherungsträger (Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz, 2023c; Bachner et al., 2019, S. 20). Bevor die neue Reform verabschiedet wurde, gab es insgesamt 21

Sozialversicherungsträger (Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz, 2023c). Darüber hinaus ist nun ein Dachverband für die Aufgabenbereiche des ursprünglichen Hauptverbands verantwortlich. Dieser kontrolliert die Einheitlichkeit von Sozialversicherungsträgern, dessen Koordination, Zusammenarbeit und Verwaltung (Dachverband der Sozialversicherungsträger, 2022). Darüber hinaus wurden die zuvor zuständigen neun Gebietskrankenkassen in die gemeinschaftliche und heute noch aktive "Österreichische Gesundheitskasse" überführt. Somit ist nicht mehr jedes Bundesland mit seiner eigenen Gebietskrankenkasse vertreten, sondern es gibt österreichweit eine einheitliche Gesundheitskasse (Bachner et al., 2019, S. 33–34). Die bisherigen Sozialversicherungen für die gewerbliche Wirtschaft und jene für Bäuer*innen wurden ebenfalls zusammengelegt und gelten nun als „Sozialversicherungsanstalt für Selbständige“ (SVS). Die „Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter, Eisenbahnen und Bergbau“ (BVAEB) löst ebenfalls die vorherigen drei Versicherungsanstalten ab, die für diese Berufsgruppe verantwortlich waren. Hinzu kommt außerdem die Pensionsversicherungsanstalt (PVA) und die Allgemeine Unfallversicherungsanstalt (AUVA) (Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz, 2023c). Mit den Umstrukturierungen hin zu fünf Versicherungsträgern innerhalb eines Dachverbands, soll laut dem Bundesministerium eine leistungsfähige Modernisierung der Sozialversicherung gewährleistet werden (Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz, 2023c; Bachner et al., 2019, S. 254–255).

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass die österreichische Sozialversicherung auf einem Pflichtversicherungssystem beruht, das Kranken-, Unfall-, und Pensionsversicherungen umfasst. Der Zugang ist dabei an die Erwerbstätigkeit gebunden, wodurch Personen abhängig von ihrer Profession einer der fünf Versicherungsgemeinschaften zugeteilt werden. Die Versichertenbeiträge richten sich nach dem Einkommen der Arbeitnehmer*innen. Dabei stützt sich das System auf das Solidaritätsprinzip, wodurch Leistungen nach individuellem Bedarf unabhängig von geleisteten Beiträgen vergeben werden.

Wie in Kapitel 2.2. und 2.3. gezeigt wurde, ist der Zugang zu medizinischer Versorgung häufig an Bedingungen gekoppelt, wodurch bestimmte Menschen nicht vom Gesundheitssystem erfasst werden. Auch im österreichischen Gesundheitssystem

wird das durch § 2 des allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes geregelt, welche spezifische Personengruppen in das System eingebunden sind. Somit haben Personen, die nicht in dieser Auflistung erfasst sind, keinen direkten Anspruch auf Leistungen des Sozialversicherungssystems. Teil der Auflistung sind dabei Erwerbstätige oder Empfänger*innen von Sozialleistungen. Nicht erwähnt werden beispielsweise geflüchtete oder wohnungslose Menschen (Allgemeines Sozialversicherungsgesetz, o.J.).

Das folgende Kapitel setzt sich mit einer Nichtregierungsorganisation (NRO; Englisch Non-Governmental Organisation, NGO) auseinander, die medizinische Versorgung für diejenigen Personengruppen anbietet, die durch das Gesundheitssystem nicht erfasst werden. Sie haben keinen Zugang zu dem Sozialversicherungssystem und sind dementsprechend nicht krankenversichert. Im Zuge dieser Arbeit spreche ich von „Unversicherten“, wenn ich mich auf diese Personengruppe beziehe. Der Begriff der *medizinischen Versorgung* wird in den folgenden Kapiteln entsprechend der biomedizinischen Definition nach Hahn und Kleinmann verwendet, wie in Kapitel 2.3. beschrieben (Hahn & Kleinman, 1983, S.305–306).

4. Die Nichtregierungsorganisation

Dieses Kapitel soll den Feldforschungsort der Arbeit skizzieren, in der meine ethnografische Forschung stattgefunden hat. Ziel ist es, einen Überblick über die Organisation zu geben, ihre Praktiken und deren Umsetzung zu schildern. Dafür widme ich mich ihren Zielen, den Räumlichkeiten vor Ort, dem Team und der Rolle der „Assistenz“, welche im Laufe der Forschung auch zu meiner Rolle wurde. Bei dem Feldforschungsort handelt es sich um eine Nichtregierungsorganisation in Österreich, die für Unversicherte medizinische Versorgung außerhalb des regulären Sozialversicherungssystems anbietet. Um den Identitätsschutz der Organisation zu wahren, verwende ich im Rahmen dieser Arbeit die Bezeichnung „die NGO“ oder „die Organisation“, sowie Pseudonyme für das Team. Im Fokus dieses Kapitels stehen vor allem Personen, die eine zentrale Rolle in der NGO spielen und mit denen ich während meiner Feldforschung regelmäßig im Austausch stand. Die ausgewählten Personen umfassen jedoch nicht das komplette Team der NGO oder alle ehrenamtliche Ärzt*innen und Assistent*innen. Die im Folgenden besprochenen Ärzt*innen und

externen Freiwilligen arbeiteten in relativ unsteten, flexiblen Phasen, wohingegen die anderen Parteien 30 bis 40 Stunden pro Woche in der Organisation arbeiteten.

4.1. Strukturen der NGO

Die NGO wurde in den frühen 2000er Jahren gegründet, mit dem Ziel, medizinische Versorgung für asylsuchende und obdachlose Menschen ohne Krankenversicherung sicherzustellen. Mittlerweile ist die NGO eine etablierte Anlaufstelle für Personen ohne Krankenversicherung, die medizinische Betreuung suchen. Die Gesamtkoordination der Organisation lag bei der Einrichtungsleitung Helena. Begonnen hat sie in den frühen 2000er Jahren als ehrenamtliche Dolmetscherin, wurde später zur hauptamtlichen Mitarbeiterin und somit monatlich mit einem festen Gehalt vergütet. Nachdem sie über viele Jahre hinweg stellvertretende Einrichtungsleitung war, übernahm sie vor ein paar Jahren die Leitung der Organisation. Neben ihrer allgemeinen Leitungstätigkeit war sie auch für die Ehrenamtskoordination verantwortlich.

Die Organisation wurde sowohl durch private Spenden finanziert, als auch durch öffentliche Mittel der Wiener Gebietskrankenkasse, des Fonds Soziales Wien und des Bundesministeriums für Gesundheit. Dennoch operierte die NGO in einem finanziellen Defizit, weshalb sie konstant auf externe Fördergelder angewiesen war. Um diese finanzielle Unterstützung von externen öffentlichen Instanzen zu erhalten, musste die NGO eine Prüfung auf „Förderungswürdigkeit“ durchlaufen (Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz, 2025e). Dazu zählte unter anderem, dass die NGO die Gesundheitsziele Österreichs vertritt, indem sie die Gesundheit und das Gesundheitsbewusstsein der Bevölkerung verbessert, oder eine Finanzierungsnotwendigkeit durch Bundesmittel besteht (Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz, 2025e; Fond Soziales Wien, 2022, S. 1).

Dasselbe galt für die NGO-interne Unterstützung durch Zivildienstler (Zivis) und junge Menschen im Freiwilligen Sozialjahr (FSJ). Um Zivis und FSJler*innen betreuen zu können, musste die NGO vorab von den Landeshauptleuten der Landesregierung und dem Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz positiv geprüft werden (Zivildienstagentur, o.J.; Bundesministerium für Soziales,

Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz, 2024b). Trotz umfangreichem bürokratischen Aufwand und institutioneller Auflagen, erfüllte die NGO die Bedingungen der Fördergeldgeber*innen. Dies verdeutlicht die strukturelle Verbindung zwischen ihnen und staatlichen Institutionen, die an enge formale Standards gekoppelt waren.

Zivildienstler und FSJler*innen waren ein elementarer Bestandteil der bürokratischen und organisatorischen Koordination innerhalb der NGO. Sie sind kostenfreie Arbeitskräfte, die aufgrund ihrer Auflagen eine Mindestanzahl an Stunden pro Woche in der Organisation verbringen müssen, wodurch sie einen großen Anteil anfallender Arbeit auffangen. Während meines Aufenthalts war einer der jährlich wechselnden Zivildienstler Tim. Der Zivildienst wurde 1975 als eine Alternative zur allgemeinen Wehrpflicht in Österreich eingeführt. Die Wehrpflicht, oder der Zivildienst ist für Männer verpflichtend und muss in Österreich in einem Zeitraum von neun Monaten abgehalten werden. Im Falle des Zivildienstes gilt, dass eine Leistung für die Gemeinschaft erbracht werden soll. Maßgeblich muss dieser in verschiedenen sozialen Einrichtungen wie Krankenhäusern, Pflegeheimen, Rettungsdiensten, Behindertenwerkstätten oder anderen gemeinnützigen Organisationen geleistet werden (Zivildienstserviceagentur, 2025, S. 5–6). Tim beschrieb sich selbst als „Allrounder“ in der NGO und wurde monatlich mit einem Zivildienstlergehalt bezahlt. Er war verantwortlich für die Rezeption, begleitete Ordinationssitzungen als Assistenz, betreute Patient*innen vor und nach ihren Ordinationssitzungen, koordinierte administrative und bürokratische Abläufe und kümmerte sich simultan um anfallende Wäsche oder andere Haushaltsaufgaben der NGO. Zusätzlich war er oft Ansprechperson für andere freiwillige Helfer*innen, Ärzt*innen oder FSJler*innen. Ein weiterer elementarer Teil seines Aufgabenbereichs lag in der kontinuierlichen Überprüfung des Versicherungsstatus von Patient*innen. Im Kern bewerkstelligte er alle bürokratischen Anliegen, die die administrative Betreuung der Patient*innen betraf, wodurch er in einer konstanten Interaktion mit Patient*innen oder Ärzt*innen war und sich selbst als „diese Brücke zwischen Ärzt*innen und der Organisation“ beschrieb. Die Rolle der FSJler*innen, deckte sich mit der von Tim. Als ich meine Feldforschung bei der NGO begonnen habe, war Lena seit einem Monat als FSJlerin in der Organisation und Katrin seit einer Woche. Beide arbeiteten ohne Vergütung bei der NGO. Auch sie saßen hinter der Rezeption, interagierten mit den Patient*innen, vereinbarten Termine aller Art und assistierten den Ärzt*innen. Das Freiwillige

Sozialjahr in Österreich gilt laut des Bundesministeriums als gesellschaftliches Engagement, das dem Gemeinwohl dient und anstrebt, die individuelle Persönlichkeitsentwicklung zu stärken. Die FSJler*innen können, angelehnt an Lernzielen und pädagogisch begleitet, in verschiedenen sozialen Einsatzbereichen rund 34 Stunden die Woche in einer Zeitspanne von bis zu zwölf Monaten arbeiten (Bundeskanzleramt der Republik Österreich, 2023).

Der Hauptarbeitsort von Tim, Lena und Katrin war die Rezeption. Der etwa zehn Quadratmeter große Raum war das Bindeglied zwischen Warteraum, den Ordinationen und dem Bürokomplex der NGO. Den Warteraum und die Rezeption trennten eine Wand, in die eine große bewegliche Glasscheibe eingelassen war. Neben der viereckigen Öffnung in der Glasscheibe, die zum Austausch von Dokumenten diente, befand sich eine Gegensprechanlage, wodurch mit den Patient*innen kommuniziert werden konnte. In dem kleinen Raum stand ein großer Schreibtisch mit zwei Computerbildschirmen und einem externen Laptop. Der Laptop wurde dazu genutzt, um den Versicherungsstatus der Patient*Innen zu überprüfen. Darüber hing ein Zettel mit wichtigen Telefonnummer, Abkürzungen und Namen von Dolmetscher*innen. Da viele der Patient*innen in unterschiedlichen Sprachen kommunizierten, war der Kontakt zu externen Dolmetscher*innen unerlässlich. Von der Rezeption gingen vier Räume ab. Auf der linken Seite befand sich der Eingang zur Ordination 1, gegenüber davon, auf der rechten Seite, der Eingang zu Helenas (Leitung) und Pias (stellvertretende Leitung) Büro. Vor Kopf führte die dritte Tür in das Wartezimmer, mit vielen Sitzmöglichkeiten und einer Kinderspielecke. Dort gingen die Teammitglieder ein und aus. Links neben der Tür zum Wartezimmer waren geordnete Informationsbroschüren in verschiedenen Sprachen zu finden.

In der Rezeption hingen mehrere Whiteboards an den Wänden, auf denen die Urlaubstage, Schichtpläne und der Monatsplan der jeweiligen freiwilligen Ärzt*innen standen. Für die Koordination davon war Pia verantwortlich.

Pia war die stellvertretende Leitung der NGO und diplomierte Krankenpflegerin. Sie war die erste Ansprechperson für Zivis, sowie FSJler*innen und war verantwortlich für das Lagern, Organisieren und Sortieren von Impfstoffen sowie die Koordination von Freiwilligen und Schichtplänen. Pia führte alle administrativen Aufgaben aus, die außerhalb des Zuständigkeit von Tim, Lena und Katrin lagen und arbeitete eng mit Helena zusammen. Außerdem war sie als diplomierte Krankenpflegerin dazu in der

Lage Patient*innen zu verarzten. Dazu zählte beispielsweise das Legen von Infusionszugängen, oder der Wechsel von Mullbinden.

In einem Jahresbericht gab die Organisation an, dass jährlich rund 2500 Menschen in der NGO medizinische Unterstützung finden, wobei rund 6000 medizinische Interventionen durchgeführt wurden. Die Versorgung wurde durch rund 70 ehrenamtliche Ärzt*innen angeboten, die freiwillig und unentgeltlich bei der NGO arbeiteten. Dazu zählten Allgemeinmediziner*innen, aber auch Fachärzt*Innen auf den Gebieten der Gynäkologie, Dermatologie, Unfallchirurgie, Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde, Urologie, Pädiatrie, Orthopädie, Psychiatrie oder Neurologie.

Während meines Aufenthalts durfte ich bei etwa zehn verschiedene Ärzt*innen als Assistenz anwesend sein, worauf ich im folgenden Kapitel noch näher eingehen werde. Dabei war Hans derjenige, den ich am häufigsten in meiner Rolle als Assistenz begleiten durfte.

Hans arbeitete seit März 2022 ehrenamtlich als allgemeinmedizinischer Arzt bei der NGO. Ich lernte ihn gleich an meinem zweiten Tag kennen. Nachdem er mir das „Du“ anbot, erzählte er mir direkt, dass er einen starken Unterschied zwischen der Organisation und dem Spital spüren würde, wo er zuvor 30 Jahre gearbeitet habe. Dies würde sich vor allem darin äußern, dass er Patient*innen, nicht so einfach an andere Ärzt*innen „verweisen“ könne. Stattdessen wäre es aber möglich, mit Hilfe von WhatsApp, Fotos an Fachärzt*Innen zu senden. Auf diese Weise könnten sie ihn aus der Ferne unterstützen. Zwar können Überweisungen für kooperierende Ärzt*innen und Praxen geschrieben werden, jedoch kann es vorkommen, dass je nach Diagnose die notwendige ärztliche Anlaufstelle nicht vorhanden ist. Hans' Aussage zeigt exemplarisch, dass die medizinische Versorgung durch die NGO zwar breit aufgestellt war, allerdings strukturell an Hürden gestoßen ist, die sie versuchten, pragmatisch zu überkommen. Besonders sichtbar wurde dies bei Operationen oder Krebsbehandlungen, die die NGO nicht anbieten konnte.

In einer öffentlichen Stellungnahme der Organisation betonten sie, dass Menschen immer wieder „durch das soziale Netz fallen“, wodurch sie keinen Versicherungsschutz hätten. Dies betreffe Asylbewerber*innen, Migrant*innen und österreichische Staatsbürger*innen. Eine Begleiterscheinung davon seien mitunter die fehlenden finanziellen Mittel für medizinische Behandlungen oder Medikamente, weshalb die von

der NGO durchgeführten Interventionen umso wichtiger seien. Darunter fallen neben ärztlichen Behandlungen, in Form von Diagnosen, auch Überweisungen zur Magnetresonanztomographie (MRT) oder die Medikamentenvergabe.

Durch die NGO wurden jährlich rund 14600 kostenlose Medikamenten über das Medikamentendepot an Patient*innen kostenfrei abgegeben. Bei dem Medikamentendepot handelte es sich um die NGO-interne Apotheke, die vom Warteraum aus besucht werden konnte. Patient*innen erhielten ihre Medikamente an einem Schalter des Depots, während Teammitglieder mit Hilfe eines elektronischen Chips in die Räumlichkeiten gelangen konnten. In dem Medikamentendepot arbeitete ein weiterer Zivildienstler und zwei freiwillige Apothekenhelfer*innen. Die Medikamente erhielt die NGO durch Spenden von lokalen Organisationen oder privaten Spender*innen. Trotz eines konstanten finanziellen Defizits wurden im Ausnahmefall wichtige Medikamente nachgekauft. Die Anzahl an vergebenen Medikamenten macht deutlich, dass sie eine zentrale Rolle in der medizinischen Versorgung der Organisation darstellten. Umso mehr war die NGO auf externe Spenden angewiesen, worauf ich in Kapitel sechs tiefergehend eingehen werde.

Um sicher zu stellen, dass keine abgelaufenen Medikamente an die Patient*innen ausgegeben wurden, kontrollierte Sandra mehrmals die Woche die Medikamente in den Ordinationen. Sandra war die medizinische Verwaltungsassistentin der NGO und verantwortlich für die administrative Unterstützung vor Ort. Anders als Helena, Pia oder Tanja, war Sandra nicht jeden Tag in der Organisation. Dabei war sie nicht im direkten Patient*innen Kontakt, sondern kümmerte sich um Aufgaben hinter den Kulissen. Dazu zählten das Warten bestimmter Geräte, die regelmäßige Kontrolle der Medikamente und des Verbandszeuges außerhalb der Apotheke und eine generelle Bestandsverwaltung. Eine weitere administrative Aufgabe von Sandra war sicherzustellen, dass jede der Ordinationen verschiedenfarbige DIN-A4-Blätter hatte. Diese wurden zum Bedrucken von Rezepten verwendet, wobei die unterschiedlichen Farben zur Orientierung für das Team im Medikamentendepot dienen sollten. Grund dafür war, dass die freiwilligen Helfer*innen im Depot hin und wieder Rücksprache mit den Ärzt*innen über bestimmte Präparate und potenzielle Alternativen halten mussten. Mit Hilfe der unterschiedlichen Farben ließen sich die Rezepte direkt zu einer Ordination zuordnen, wodurch interne Abläufe schneller geregelt werden konnten.

Die im Erdgeschoss liegende NGO verfügte über drei Ordinationsräume, die sich in dem gleichen Umkreis befanden wie die Rezeption, das Wartezimmer und das

Medikamentendepot. Darüber hinaus gab es außerhalb dieses Umkreises noch ein gynäkologisches Behandlungszimmer, das von Patient*innen durch einen externen Eingang vom Gebäude betreten werden musste. Der Raum befand sich in einem langen Flur im Erdgeschoss, wo auch der Sozialraum der NGO war. Anders als die Ordinationen eins bis drei, war das gynäkologische Behandlungszimmer nur mit einem elektronischen Chip zu öffnen. Der Raum sah aus wie ein klassisches Behandlungszimmer einer Praxis. Darin standen ein Schreibtisch mit Computer und zwei Stühlen, sowie ein Stuhl für die Patient*innen, auf dem sie untersucht wurden. Anna, die Gesundheitsreferentin der NGO, erklärte mir bei meiner Einführung, dass dieser Sektor eine der wichtigsten medizinischen Anlaufstellen für Unversicherte sei, weshalb an Tagen, an denen diese Behandlung angeboten wird, immer viel los sei. Anna arbeitete bei der Organisation als hauptamtliche Mitarbeiterin, wobei sie meine Kontaktperson und eine Art Mentorin während meiner Feldforschung war. Eine Rolle die DeWalt und DeWalt als „sponsor“ beschreiben. In dem expliziten Fall war es Anna, die für mich „gebürgt“ und mich vorgestellt hat, so dass das Team sich dazu entschieden mich kennenzulernen (DeWalt & DeWalt, 2011, S. 45). Sie hielt sich während meines Aufenthalts eher im Hintergrund und es kam selten vor, dass wir zeitgleich vor Ort waren. Um ihre Privatsphäre zu wahren, werde ich jedoch nicht in Gänze auf ihre Rolle eingehen.

Die anderen drei Ordinationsräume waren im Kern alle gleich aufgebaut. Die Assistenz und die Ärzt*innen teilten sich gemeinsam einen Tisch und saßen sich dabei gegenüber, wobei vor beiden ein Computer stand. Am Ende des Tisches standen zwei Stühle für die Patient*innen. In der Ecke befand sich eine Liege und davor hing ein Vorhang, der nach Bedarf zugezogen werden konnte. An den Wänden befanden sich Schränke mit Medikamenten, Handschuhen, Desinfektionsmittel und andere notwendigen Utensilien. Alle Räume waren direkt mit dem Wartezimmer verbunden. Die Ordination eins ließ sich außerdem für das Team direkt durch die Rezeption betreten, während Ordination zwei und drei durch den Warteraum betreten werden mussten. Darüber hinaus waren Ordination zwei und drei durch eine Tür verbunden. Ein weiteres zentrales Angebot der NGO war die Unterstützung von Patient*Innen, die in das öffentliche Gesundheitssystem integriert werden wollten, um so zukünftig Zugang zu einer regulären Krankenversicherung erhalten zu können. Innerhalb des Teams waren dafür zwei Sozialarbeiter*innen verantwortlich, Patient*innen bei der Integration in das Gesundheitssystem zu helfen. Eine der Sozialarbeiter*innen war

Tanja, sie arbeitete zum Zeitpunkt meiner Forschung seit einem Jahr in der NGO. Sie sprach mehrere Sprachen aus dem osteuropäischen Raum fließend, weshalb sie regelmäßig in Patient*innengesprächen als Dolmetscherin vermittelte. Ihre primäre Aufgabe lag jedoch darin, Unversicherten eine aktive Unterstützung zu bieten, um den Zugang zum Sozialversicherungssystem und somit den Versichertenstatus zu erlangen. Dafür organisierte sie regelmäßig mit den Patient*innen sogenannte „Clearing Gespräche“ im NGO-internen Sozialraum, wo sie gemeinsam die nächsten notwendigen Schritte besprachen, um einen Versichertenstatus zu realisieren. In Fällen, in denen für Unversicherte keine realistische Chance auf eine Krankenversicherung bestand, war es Tanjas Aufgabe über gesundheitliche Präventionsmaßnahmen aufzuklären und für die Betroffenen eine konstante Ansprechperson zu sein. Dabei lag ihr Fokus auf einem niederschweligen Zugang zu Gesundheitsfragen und der Stärkung von Eigenkompetenz der Patient*innen. Um das zu realisieren, beschäftigte sich die NGO mit gesundheitsfördernden Maßnahmen wie Hygiene, Ernährung oder Bewegung und versuchte aktiv, den Zugang zu öffentlichen Leistungen und Ressourcen für Unversicherte zu schaffen. Dazu zählten außerdem Maßnahmen zur Früherkennung von chronischen Krankheiten, Infektionskrankheiten und Krebsvorsorge, die mit Folgeterminen für die Patient*innen verbunden waren. Im Mittelpunkt stand dabei dennoch immer die potenzielle Integration der Patient*innen in das Gesundheitssystem.

Das Fundament der NGO beruhte auf einer Struktur, die vor allem durch ehrenamtliche Arbeit, Sachspenden und Fördergelder aufrechterhalten wurde. Dabei übernahmen Zivildienstler und FSJler*innen zentrale Rollen in NGO-internen Abläufen, während die medizinische Direktversorgung durch ein ehrenamtliches Team aus unterschiedlichen Ärzt*innen gewährleistet werden konnte. Um dabei anhaltend öffentliche Fördermittel zu erhalten, mussten die Strukturen der Organisation an die Anforderungen der Fördermittelgeber*innen angeglichen werden. Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass es das Ziel der Organisation war, die körperliche, geistige und soziale Gesundheit der Patient*innen zu stabilisieren und zu fördern. Im Zentrum stand dabei die unmittelbare medizinische Betreuung für Unversicherte. Obwohl dies im Alltag der NGO im Vordergrund stand, lag das übergeordnete Ziel immer darin, die Unversicherten in das öffentliche Sozialversicherungssystem zu (re-)integrieren.

Im Folgenden Unterkapitel möchte ich tiefgehend auf die Funktion der Assistenz eingehen, die in der NGO eine weitere wichtige Rolle in den Versorgungsstrukturen spielte. Die ethischen Implikationen, die diese Rolle mit sich gebracht hat, werde ich in Kapitel fünf in Gänze beleuchten.

4.2. Assistenz

Unter dem Begriff „Assistenz“ verstand sich im Kontext der NGO eine Person, die die Ärzt*innen während ihrer Sprechzeiten unterstützte. Sie begleitete die Ärzt*innen während der Ordinationszeiten durch das Mitschreiben des Besprochenen, dem desinfizieren der Ordination, dem Aufrufen der Patient*innen und weiteren administrativen Dingen, die während der Sprechstunde anfielen.

Die Assistenz diente als Unterstützung, um Informationen zu dokumentieren, die für die Behandlung der Patient*innen wichtig waren. Dazu zählten die „Anamnese, der Befund, die Diagnose, die Prozedur und NGO-interne Hinweise“, die alle digital im System hinterlegt wurden. Dabei protokollierte die Assistenz prägnant die Gespräche zwischen den Ärzt*innen und den Patient*innen in standardisierten Abkürzungen, die NGO-intern gängig waren. Um schnell und effektiv auf die Patient*innendaten zugreifen zu können, nutzten alle vor Ort dasselbe digitale Programm. Diese Form der NGO-internen Digitalisierung gab es etwa seit 12 Jahren. Als Assistenz konnte mit Hilfe des Programms Rezepte, Überweisungen oder Laboretiketten erstellt werden. Diese mussten farblich kodiert, gestempelt und von den Ärzt*innen unterschrieben werden. Es war die Aufgabe der Assistenz zu gewährleisten, dass diese Schritte verlässlich durchgeführt wurden. Außerdem protokollierte die Assistenz bestehende Medikamenteneinnahme der Patient*innen und Ausgaben durch Ärzt*innen. Sie aktualisierte zusätzlich die Historie der Betroffenen, um Behandlungen nachvollziehbar zu machen. Dies war besonders wichtig in Anbetracht der Tatsache, dass es viele wechselnde Ärzt*innen vor Ort gab. Für die Statistik der NGO musste die Assistenz außerdem pro Patient*in eine Honorarnote erfassen, die den hypothetischen Wert der erbrachten Leistungen dokumentierte. Die Assistenz war keine fest zugeschriebene Arbeit, sie wurde von der Person übernommen, die gerade vor Ort am meisten Kapazitäten hat. Dies konnten freiwillige Mitarbeiter*innen sein, Zivildienstler oder auch die Leitung. Somit war die Rolle nicht fixiert. Während ich vor Ort war, habe ich zehn

Mal als Assistenz ausgeholfen. Besonders gegen Ende war dies meine „Rolle“ innerhalb der NGO.

Um Unversicherte adäquat und fortlaufend behandeln zu können, spielte die Assistenz maßgeblich im Erheben von patient*innenrelevanten Daten eine elementare Rolle. Durch ihre dokumentarische Funktion, konnte sichergestellt werden, dass alle internen Abläufe zwischen Ordination, Rezeption und den Teammitgliedern reibungslos funktionierten konnte.

Nachdem im vorangegangene Kapitel die organisatorischen Abläufe und Strukturen der NGO beleuchtet wurden, widmet sich der folgende Abschnitt der Methodologie dieser Arbeit. Darin wird unter anderem beschrieben, wie der Feldzugang zustande kam, welche Methoden genutzt wurden und inwieweit die erhobenen Daten in Kapitel Sechs analysiert werden. Außerdem setzt sich Kapitel Fünf mit den ethischen Rahmenbedingungen der Forschung und meiner Identität im Feld auseinander.

5. Forschungsansatz und Reflexion

Kapitel Fünf widmet sich dem methodischen Vorgehen dieser Arbeit. Im Zentrum steht dabei die qualitative Feldforschung. Diese ermöglicht Forschenden als eine Art Zeitzeugin agieren zu können. Sie wird als ein ganzheitlicher Ansatz verstanden, wodurch Forschende situativ auf ihr Forschungsumfeld reagieren und sich flexibel anpassen können (DeWalt & DeWalt, 2011, S. 2, 6, 15). DeWalts und DeWalts Buch "Participant observation: A guide for fieldworkers" diente mir im Rahmen meiner Feldforschung als methodologische Grundlage. Mit Hilfe der teilnehmenden Beobachtung, die ein integraler Bestandteil der qualitativen Feldforschung war, habe ich so viel Zeit wie möglich vor Ort verbracht. Um ein Verständnis für die Praktiken, Verfahren und Strukturen innerhalb der NGO zu bekommen, fand meine qualitative Feldforschung von Oktober 2022 bis Februar 2023 statt und umfasste rund 120 Zeitstunden.

Der erste Teil dieses Kapitel widmet sich der Frage, wie der Feldzugang entstanden ist. Dabei werde ich nicht näher auf meine Kontaktperson Anna eingehen, um ihre Privatsphäre zu schützen. Dazu zählt unter anderem das ich nicht thematisieren werde, wie die erste E-Mail-Korrespondenz zustande gekommen ist. Anknüpfend daran

werden die methodischen Vorgänge elaboriert, gefolgt von einer selbstreflexiven Einschätzung über meine Identität im Feld und ethischen Rahmenbedingungen.

5.1. Zugang und erster Kontakt

Im August 2022 kontaktierte ich Anna erstmals mit einer E-Mail. Nach einem persönlichen Treffen, um einander kennenzulernen und mein Forschungsinteresse zu besprechen, bot sie mir an, mein Anliegen mit dem NGO-Team zu teilen. Nach einer positiven Rückmeldung des Teams, besuchte ich am 12. Oktober 2022 erstmals die NGO.

In dem daran anknüpfenden gemeinsamen Gespräch zwischen Anna, Helena und mir, adressierte ich erneut mein Forschungsinteresse. Mein Ziel war es transparent zu benennen, wer ich als forschende Person bin und was ich durch die Forschung in der NGO erfahren möchte. Dafür besprachen wir meine Interessen, Methoden und einen theoretischen Zeitrahmen. Im Rahmen des Gesprächs kristallisierte sich schnell heraus, dass mein Aufenthalt nur dann gestattet wird, wenn ich verantwortungsvoll und diskret mit den erhobenen Informationen umgehen würde. Dementsprechend sicherte ich ihnen eine Pseudonymisierung und passwortgeschützte Datenspeicherung zu. Zudem betonte ich, dass jede Person frei entscheiden könne, inwiefern sie mit mir interagieren wolle und der Rückzug aus dem Kontakt jederzeit möglich sei. DeWalt und DeWalt sprechen bei dieser Art von Eintritt in das Feld von einem offenen Zugang (DeWalt & DeWalt, 2011, S. 41–42). Hierbei werden von Beginn an offen jegliche Absichten kommuniziert, um allen Beteiligten die Möglichkeiten zu geben, an der Forschung teilzunehmen oder sie abzulehnen (DeWalt & DeWalt, 2011, S. 44). Das Forschungsfeld so zu betreten, bietet eine ethische Forschungsgrundlage, wodurch gemeinsam eine Vertrauensbasis zwischen allen Beteiligten etabliert werden kann (DeWalt & DeWalt, 2011, S. 42). Durch die transparente Kommunikation zwischen mir und dem NGO-Team konnte so von Beginn an eine klare Rollenverteilung etabliert werden. Alle Beteiligten hatten so die Chance, eine informierte Entscheidung darüber zu treffen, inwieweit sie mit mir interagieren möchten. Eine ausführliche Reflexion über die Implikationen darüber und die damit verbundene Machtasymmetrie sowie meiner Autor*innenschaft, wird tiefgehend in Kapitel 5.5. thematisiert.

5.2. Teilnehmende Beobachtung

Die teilnehmende Beobachtung ist eine zentrale Forschungsmethode in der qualitativen Feldforschung. Hierbei können Forscher*innen aktiv am Alltag einer bestimmten Personengruppe oder einem Ort teilnehmen (DeWalt & DeWalt, 2011, S. 1). Ziel ist es dabei, explizite und implizite Strukturen kennenzulernen, die der forschenden Person ein Verständnis über die jeweilige Gruppe oder den Ort gibt (DeWalt & DeWalt, 2011, S. 1; 10). Dafür nehmen Forschende die Rolle der teilnehmenden Beobachter*in ein, wobei mit Hilfe von Mitschriften Daten erhoben und im späteren Verlauf der Forschung analysiert werden (DeWalt & DeWalt, 2011, S. 10). Im Folgenden werde ich darauf eingehen, wie ich diese Methode im Rahmen der qualitativen Feldforschung kontextspezifisch angewandt habe.

Während unseres ersten Gespräches adressierte Hannah, was sie sich von meinem Aufenthalt erhoffte, und inwieweit wir gegenseitig „voneinander profitieren“ könnten. So fand gleich zu Beginn eine Rollenaushandlung statt, um die jeweiligen Erwartungen aneinander zu besprechen. DeWalt und DeWalt erkennen in dieser Art von Aushandlungsprozessen die Etablierung von „Rapport“ (DeWalt & DeWalt, 2011, S. 47). Dabei handeln beide Parteien aus, wie sie einander unterstützen können, ihre Ziele zu erreichen. So etablieren sie eine Form der Reziprozität, also das gegenseitige Profitieren voneinander durch Geben und Nehmen (DeWalt & DeWalt, 2011, S. 47–48). Durch das explizite Benennen durch Hannah, konnten beide Parteien bewusst ihre jeweiligen Bedürfnisse adressieren. Im Zuge dessen schlug Hannah vor mich als Assistenz einzubinden, wobei ich die Ärzt*innen-Patient*innen Gespräche protokollieren sollte. Wir einigten uns darauf, dass dies meine Hauptaufgabe in der NGO werden würde. Zusätzlich dürfte ich bei der Rezeption anwesend sein, wo ich eine eher passive Rolle einnehmen müsse.

Durch die Kombination aus diesen beiden Rollen, hatte ich einen vielseitigen Zugang zu den verschiedenen Abläufen und Dynamiken der NGO. Laut DeWalt und DeWalt ist eine dynamische Rolle elementar, um eine Vertrauensbasis zu schaffen, die den Feldzugang erleichtert. So konnte ich Partizipation und Beobachtung situativ miteinander verbinden und mich strategisch im Feld positionieren (DeWalt & DeWalt, 2011, S. 30–33).

In der Rolle als Assistenz war ich in einer aktiven Aufgabe, die eng mit den Bedürfnissen der NGO verwoben war, während ich hinter der Rezeption die Rolle der passiveren teilnehmenden Beobachterin eingenommen habe. So hatte ich zum einen Einblick in den administrativen Charakter der Organisation und konnte zum anderen die direkte medizinische Verteilungslogik in meiner Rolle als Assistenz kennenlernen. Um das Feld zu verstehen, ist die teilnehmende Beobachtung laut DeWalt & DeWalt ein facettenreicher Zugang, um alltägliche Aktivitäten und Interaktionen zu beobachten (DeWalt & DeWalt, 2011, S. 1). Ziel ist es, diese später in eine übergeordnete (sozio-politische) Struktur (-wie Deservingness in institutionalisierten Systemen und darüber hinaus) einzubetten und ihre Funktion zu verstehen (DeWalt & DeWalt, 2011, S. 3). In meinem Fall bedeutete dies, in der NGO die medizinische Versorgungslogik und alles, was diese beinhaltete, besser kennenzulernen. Somit war meine wechselnde Rolle als Assistenz und als teilnehmende Beobachterin hinter der Rezeption ideal, um verschiedene Perspektiven innerhalb der NGO kennenzulernen. Die Herausforderung dieser Rollen lag vor allem in der konstanten Reflexion von Nähe und Distanz als Forscherin. DeWalt und DeWalt beschreiben diese Position zwischen Teilnehmer*in und Beobachter*in als methodisch herausfordernd. Zu viel Nähe kann dabei die analytische Distanz beeinflussen, während zu viel Distanz die Forscher*innen daran hindern kann, den Feldforschungsort in seinem kompletten Umfang kennenzulernen (DeWalt & DeWalt, 2011, S. 28–29). In Kapitel 5.5. werde ich auf diese Thematik noch tiefergehend eingehen.

Ein integraler Bestandteil der teilnehmenden Beobachtung in beiden Rollen, waren meine Mitschriften in Form von Feldnotizen, Protokollen, Memos und einem Feldtagebuch. Dadurch wurden meine Mitschriften zum primären Werkzeug der Datenerfassung und meiner Analyse (DeWalt & DeWalt, 2011, S.160–171). Dabei entwickelte ich von Beginn an Routinen, die mir halfen, meine Beobachtungen zu sortieren. Hierfür nutzte ich zwei separate Notizbücher, die meine Mitschriften strukturierten. Bei einem handelte es sich um ein simples Notizbuch, das ausschließlich zur Erfassung von Feldnotizen diente. Alle Mitschriften, die ich in diesem Notizbuch niedergeschrieben hatte, waren die Grundlage für meine Protokolle, die ich jeden Abend nach meinem Aufenthalt ausführlich digitalisierte. Das Mitschreiben während meines Aufenthalts gestaltete sich situativ. Wann immer sich die Möglichkeit bot, schrieb ich in das Notizbuch. Diese Praxis entwickelte sich

allerdings im Laufe meines Aufenthalts. Während ich zu Beginn nahezu minütlich Notizen vermerkte, ebte dies ab, je länger ich vor Ort war. Um zu vermeiden, dass ich aus Gewohnheit Dinge nicht mitschrieb, weil ich mich bereits zu sehr an die Routinen vor Ort gewöhnt hatte, versuchte ich mich und meine Mitschriften regelmäßig zu überprüfen. DeWalt und DeWalt sehen in dieser Entwicklung die Gefahr der Verallgemeinerung von wiederkehrenden Beobachtungen, weshalb sie einen regelmäßigen „self-check“ mit sich selbst als fundamental betrachten, um qualitativ hochwertige Daten zu erheben (DeWalt & DeWalt, 2011, S. 88).

In der Anfangsphase konnte ich eine passive Beobachterinnenrolle hinter der Rezeption einnehmen, die es mir erlaubte Notizen zu machen, wann immer ich es für notwendig hielt. Etwa ab der Mitte meines Aufenthalts wechselte meine primäre Rolle zu der als Assistenz, wodurch ich aktiv in die Abläufe der NGO eingebunden wurde. Die Verschiebung meiner Rolle beeinflusste die Intensität meiner Partizipation in der NGO und hatte somit einen direkten Einfluss auf meine schriftliche Datenerhebung vor Ort. Da die Rolle der Assistenz mitunter sehr arbeits- und zeitintensiv sein konnte, wechselte ich an manchen Tagen zu Audioaufnahmen anstelle von schriftlichen Notizen. Diese nahm ich auf meinem Nachhauseweg auf und digitalisierte sie am nächsten Tag in Form eines Protokolls (DeWalt & DeWalt, 2011, S. 175; 234).

Das zweite Notizbuch gliederte sich in zwei voneinander getrennte Teile. Der eine Teil diente als Feldtagebuch und der andere Teil war für Memos bestimmt. Ziel war es, die verschiedenen Notizen voneinander zu trennen, um meine Gedanken und Beobachtungen klar zu strukturieren. Während die Protokolle das Ziel hatten, sachlich, beschreibend und wertfrei zu sein, reflektierte ich in dem Feldtagebuch über meine Rolle als Forscherin und meine Gefühle während meines Aufenthalts (DeWalt & DeWalt, 2011, S. 80; 168–169; 170). Memos nutze ich, um vorübergehende Analysen und Hypothesen aufzuschreiben (DeWalt & DeWalt, 2011, S.170–171). Alle Mitschriften wurden mit der Software „OneNote“ (Microsoft Corporation, 2025) geschrieben und gespeichert. Dies erlaubt mir, die Protokolle nach Ort, Datum oder Person zu strukturieren und passwortgeschützt zu verwahren, um die spätere Analyse zu vereinfachen (DeWalt & DeWalt, 2011, S.169; 179).

Die wechselnden Etappen repräsentieren meine flexible Entwicklung als Forscherin und Akteurin im Feld, von einer eher passiven Beobachterinnenrolle zu einer

involvierten teilnehmenden Beobachterin sowie aktiven Teilnehmerin. Dieser Wechsel verlangte ein ständiges Austarieren meiner Rolle gegenüber den Akteur*innen vor Ort und ist laut DeWalt und DeWalt ein zentraler Faktor ethnografischer Forschung, wobei eine konstante Selbstreflexion und Rollensensibilität notwendig ist (DeWalt & DeWalt, 2011, S. 21–22; 39; 52). Somit diente mir die teilnehmende Beobachtung als zentrales Instrument der Datenerhebung, wodurch ich zusätzlich konstant meine Rolle im Feld reflektieren konnte.

Eine weitere Methode war die Datenerhebung durch Interviews. Bei diesen Interviews, deren Methode und Ergebnisse im folgenden Kapitel eingehend betrachtet werden, lag der Fokus auf den Mitarbeiter*Innen der NGO, ihren persönlichen Wahrnehmungen, Einstellungen und Eindrücken.

5.3. Interviews

Neben der teilnehmenden Beobachtung habe ich unstrukturierte und halbstrukturierte Interviews mit den Mitarbeiter*innen und Freiwilligen geführt. Ziel war es, durch die Sichtweise der Teammitglieder, implizite Logiken und Entscheidungsmuster zu erfassen. Durch Beobachtungen konnte ich die Bedeutung von Handlungsmustern nur implizit einordnen. Erst das explizite Benennen der Teammitglieder durch Interviews ermöglichte dabei einen Einblick in einen Kosmos, der durch die reine Beobachtung nicht wahrgenommen werden konnte. Der Fokus lag dabei insbesondere auf NGO-internen Strukturen und ihrer Positionierung innerhalb des Gesundheitssystems. Die Kombination unterschiedlicher Methoden zur Datenerhebung folgt der Idee der Triangulation, wobei verschiedene Methoden genutzt werden, um multiple Perspektiven und ein umfassendes Verständnis von dem Feld zu erlangen (DeWalt & DeWalt, 2011, S. 128).

Die beiden Interviewformen unterscheiden sich vor allem in ihrer Struktur. Unstrukturierte Interviews kennzeichnet zwar ein thematischer Rahmen, allerdings ohne ausformulierte Fragen. Die ergebnisoffenen Gespräche können sich so organisch entwickeln (DeWalt & DeWalt, 2011, S.139). Diese Interviewform habe ich vor allem in Alltagsmomenten genutzt, in denen sich ungezwungen eine spontane Gesprächssituation ergeben hat. Das waren insbesondere Situationen in denen mir

von Mitarbeiter*innen Arbeitsschritte oder NGO-interne Entscheidungsmechanismen erklärt wurden. Auf diese Weise konnte ich einen leichteren Zugang zu meinen Gesprächspartner*innen finden. Zentral war dabei insbesondere der flüchtige und ungezwungene Kontext, der im Arbeitsalltag der Personen eingebettet war. So konnte ein Austausch stattfinden, ohne eine große, formale Interviewsituation kreieren zu müssen. Dabei konnten die interviewten Personen organisch in die Situation hinein- und wieder hinaustreten, ohne aktiv eine Zeitspanne während ihres Arbeitsablaufes blockieren zu müssen. Besonders dann, wenn Forschende Beziehungen aufbauen und die Dynamiken vor Ort besser kennenlernen, sind laut DeWalt und DeWalt unstrukturierte Interviews hilfreich (DeWalt & DeWalt, 2011, S. 48; 137; 139; 142).

Durch die formfreie Art des unstrukturierten Interviews passierte es, dass sich bestimmte Fragen situationsbedingt unpassend anfühlten. Dies war insbesondere in Situationen der Fall, in denen ich sensible Themen wie medizinische Verteilungslogiken oder Erfahrungen mit Patient*innen gezielt vertiefen wollte. Aufgrund dessen ergänzte ich die unstrukturierten Interviews mit Hilfe von semistrukturierten Interviews im Sinne von DeWalt und Dewalt (DeWalt & DeWalt, 2011, S. 139). Dafür habe ich einen Leitfaden mit spezifischen Fragen und Schwerpunkten erstellt, den ich abhängig von der Gesprächsdynamik angepasst habe. Dabei veränderte ich gegebenenfalls die Reihenfolge, ließ Fragen außen vor oder fügte neue hinzu, abgestimmt auf den Interviewverlauf. Dieses semistrukturierte Vorgehen bringt eine Offenheit mit sich, die laut DeWalt und DeWalt Raum für individuelle Gesprächsentwicklung bietet (DeWalt & DeWalt, 2011, S. 139–141). Um diese Offenheit fortzuführen, habe ich den Fragenkatalog an die jeweiligen Personen und ihren Arbeitsschwerpunkt angepasst. Dabei gab es Basis-Fragen, die in jedem Interview wiederkehrend aufkamen, sowie spezifisch zugeschnittene Hauptfragen. Da sich Tim und Lena ihre Aufgaben und somit den Arbeitsbereich teilten, stellte ich ihnen die gleichen Fragen. Die Hauptfragen für Hannah, Hans und Tanja waren hingegen auf ihren spezifischen Arbeitsschwerpunkt ausgelegt. Grund dafür war, dass ich einen vollumfänglichen Einblick in die Dynamiken der verschiedenen Rollen erhalten wollte. Dadurch konnte ich leichter Variablen, Gemeinsamkeiten und Unterschiede erkennen. Dabei habe ich Nicht-Gesagtes weder als Zustimmung noch als Ablehnung bewertet (DeWalt & DeWalt, 2011, S. 140)

Insgesamt habe ich fünf semistrukturierte Interviews mit Teammitgliedern der NGO geführt, die sich dazu bereit erklärt haben. Die Auswahl meiner Interviewpartner*innen war abhängig von der Bereitschaft im Team und unterlag keiner Logik, außer dass die Personen Teil des NGO-Teams sein mussten.

5.3.1 Rahmenbedingungen der Interviews

Die semistrukturierten Interviews wurden am Ende meines Feldaufenthalts mit den jeweiligen Personen im Februar und März 2023 an unterschiedlichen Tagen durchgeführt. Die Interviews fanden in einem Zeitraum von dreißig bis neunzig Minuten statt.

Nachdem ich schon während meines aktiven Feldaufenthalts neun Personen gefragt habe, ob sie in naher Zukunft dazu bereit wären ein Interview mit mir zu führen, durfte ich schlussendlich mit fünf Personen, in einer Altersspanne von etwa 20 bis 65, einen Termin vereinbaren – Tim, Lena, Hans, Hannah und Tanja. Die Termine für die Interviews wurden sowohl vor Ort, als auch über SMS-Korrespondenz vereinbart. Um eine vertraute Gesprächsatmosphäre zu gewährleisten, fanden die Interviews in Form von Einzelgesprächen an dem Ort ihrer Wahl statt. In vier von fünf Fällen geschah dies in den Räumlichkeiten der NGO. Das Interview mit Tanja fand in einem abgesonderten Raum statt, die anderen drei in der Küche und dem Gemeinschaftsraum der Organisation. Das fünfte Interview mit Hans fand nach einem Arbeitstag in einem Café in der Nähe der Organisation statt. Ich bot vor Interviewbeginn jeder Person etwas zu trinken an und fragte erneut nach dem Einverständnis das Gespräch mittels Aufnahmegerät aufzunehmen. Ich versicherte ihnen außerdem, dass sie das Interview jederzeit beenden, zurückziehen oder einsehen könnten. Zudem wurde eine Pseudonymisierung ihrer Personen vereinbart.

5.3.2. Interviewaufbau

Der Aufbau der semistrukturierten Interviews orientiert sich an Beobachtungen und unstrukturierten Interviews, die ich zuvor während meines Feldaufenthalts erhoben habe. Die Fragen sind in drei Kategorien unterteilt, die ihren Schwerpunkt in NGO-internen Strukturen und deren Relation zum Gesundheitssystem finden

Die Fragen wurden formuliert, nachdem ich den Großteil meines Feldaufenthalts bereits abgeschlossen hatte.

Die übergeordneten Kategorien lauten:

1. Zur Person
2. Hauptfragen
3. NGO und Gesundheitssystem

Die Interviewfragen habe ich bewusst in Alltagssprache formuliert, um einen niederschweligen Dialog- und Interviewzugang zu gewährleisten. Meine Intention war dabei ein offenes Gesprächsklima zu erschaffen. Die Kategorien „Zur Person“ und „NGO und Gesundheitssystem“ blieben für alle Befragten identisch. Mit diesen Sektionen war es mein Ziel die Teammitglieder im Einzelnen und die Rolle der NGO im Zusammenspiel mit dem Gesundheitssystem zu verstehen. In der Kategorie „Hauptfragen“ wurden die Fragen an das jeweilige Aufgabenfeld der Interviewpartner*innen angepasst. Den Aufbau dieser Kategorie werde ich in 5.3.2.1. näher beleuchten.

Die anderen beiden Kategorien gliederten sich wie folgt:

Zur Person

1. *Was ist deiner Auffassung nach die Aufgabe der NGO (weshalb gibt es die NGO)?*
2. *Seit wann bist du bei der NGO?*
3. *Was ist deine Aufgabe/Rolle bei der NGO?*
4. *Hast du eine Veränderung bei der NGO bemerkt, seit du hier angefangen hast zu arbeiten?*
 - 4.1. *Welche? Infrastruktur? Inanspruchnahme von Patient*innen? Bezuschussungen von außen?*

Die NGO und Gesundheitssystem

1. *Warum bietet die NGO medizinische Versorgung für Unversicherte an?*
2. *Wie nimmst du die Rolle des Gesundheitssystems wahr, wenn es darum geht, dass Unversicherte (keine) medizinische Versorgung bekommen?*
 - 2.1. *Was ist dabei die Rolle der NGO?*
3. *Was glaubst du, weshalb das Gesundheitssystem keine flächendeckende medizinische Versorgung für alle anbietet?*
4. *Hast du den Eindruck, dass Vorschriften des Gesundheitssystems einen Einfluss auf die Arbeit bei der NGO haben?*

Die Hauptfragen bilden das Zentrum der Interviews, wobei ihr Fokus auf den jeweiligen Funktionen, dem Arbeitsalltag und persönlichen Eindrücken zur NGO der Interviewten liegt. Die verschiedenen Perspektiven bieten ein differenziertes Bild auf organisatorische Abläufe, externe Einflüsse sowie Herausforderungen für die NGO und für die Individuen.

5.3.2.1. Hauptfragen

*Hauptfragen für Fsjler*Innen und Zivildienen (Tim und Lena)*

Tim und Lena betonten mehrfach, dass sie in ihren Rollen häufig einem Balanceakt ausgesetzt waren. Deshalb war es mir wichtig, auf diese wiederkehrende Bemerkung während meiner teilnehmenden Beobachtung einzugehen. Außerdem wollte ich die klassischen Prozeduren aus ihrem Blickwinkel verstehen: Was sind ihre Aufgaben? Wie kommen sie ihnen nach und wo kommen sie vielleicht an ihre Grenzen? Ich wollte ihre Rolle im System der NGO aus ihrer Sicht verstehen. Außerdem waren die FSJler*innen und Zivildienen die erste Kontaktstelle in der NGO. Hier wollte ich nachvollziehen, wie sie diese Rolle ausführen und die Patient*innen empfangen. Durch sie als ersten Kontakt führten sie die Patient*innen in das System der NGO ein, hinterlegten kurze Anamnesen oder lehnten Patient*innen ab, die krankenversichert waren. Ich wollte mit Hilfe meiner Fragen verstehen, wie sie diese Strukturen implementieren.

1. *Welche Voraussetzungen muss eine Person erfüllen, um bei der NGO medizinische Versorgung zu bekommen?*
2. *Kannst du mir erklären, wie Patient*innen bei der NGO ihre Medikamente bekommen? Wie läuft es ganz klassisch ab, damit ein*e Patient*in ein Medikament bekommt?*
3. *Hier bei der NGO habt ihr ja viele unterschiedlich sprachige Patient:innen, wie ist es möglich, dass ihr euch trotzdem miteinander verständigen könnt?*
4. *Behandelt ihr auch Personen, die versichert sind? Wie kontrolliert ihr, ob Personen versichert sind?*
5. *Gibt es deiner Auffassung nach Situationen, die wiederkehrend sind, wenn es darum geht Patient:innen zu behandeln?*

6. *Nehmen wir mal an, dass jemand da ist, der ein Problem mit seinen oder ihren Zähnen hat, ihr hab aber keine Zahnmediziner*innen im Haus - wie kann dieser Person dann geholfen werden?*
7. *Gab es in der Vergangenheit Situationen, wo es schwer war, Personen zu behandeln? Wenn ja, weshalb?*
8. *Durch deine Position musst du dich um viele bürokratische Schritte hinter den Kulissen kümmern - was gehört alles dazu?*
9. *Wieso ist es wichtig, dass die Dokumente von Ärzt*innen immer unterschrieben und mit einem Stempel versehen werden?*
10. *In einem gemeinsamen Gespräch hast du (Tim) mal erwähnt, dass du (er) an manchen Tagen jonglieren müsstest (muss), je nachdem, was manche Patient:innen brauchen - was meinstest du (meint er) damit?*
11. *Was sind besondere Herausforderungen, die du in deinem Arbeitsalltag erlebst?*
12. *Was ist deiner Meinung nach der Schlüssel dafür, dass die NGO so funktionieren kann?*

Hauptfragen für den freiwilligen Arzt (Hans)

Die Hauptfragen im Interview mit Hans fokussierten sich insbesondere auf Entscheidungsmechanismen und den Unterschieden zwischen der Arbeit bei der NGO und in klassischen Ordinationen oder Krankenhäusern. Mein Ziel war es dabei zu verstehen welche medizinische Behandlung, welchen Patient*innen zusteht und welche Parameter darüber entscheiden, wie Ärzt*innen dies argumentieren. Außerdem beziehe ich mich auf Querreferenzen aus gemeinsamen Gesprächen, während meiner Zeit als Assistenz, in denen Begriffe wie Kosten-Nutzen gefallen sind und dass diese Parameter einen signifikanten Einfluss darauf haben wie die Ärzt*innen, Patient*innen behandeln.

Das Interview mit Hans leitete ich mit einem Satz ein, der im Rahmen eines unstrukturierten Interviews mit einem anderen Arzt aufkam. So konnte ich eine Brücke zwischen meinen Beobachtungen und dem Interview bauen. Dabei interessierte mich vor allem die Verteilungslogik, nach der die Ärzt*innen die Ressourcen der NGO vergeben.

„In einem Gespräch mit Herr Doktor Sebastian, haben wir darüber gesprochen, dass er häufig entscheiden muss, ob es Sinn macht Betroffene beispielsweise nun wirklich zum MRT zu senden, wenn auf der Hand liegt, dass die Ergebnisse nichts an dem Zustand des Patienten ändern werden und dass er solch eine Überweisung eher bei versicherten Personen ausstellen würde, als bei Patienten der NGO, da er hier die Ressourcen nicht ausreizen möchte.“

1. *Hast du ähnliche Situationen, in denen du als Arzt bei der NGO entscheiden musst, ob eine weitere medizinische Behandlung für eine*n Patient*in nun sinnvoll ist?*
 - 1.1. *Anhand welcher Kriterien machst du das fest?*
 - 1.2. *Beruht diese Entscheidung auf ähnlichen Parametern wie in einem Spital oder weichen diese bei der NGO ab?*
2. *Wenn ja, was glaubst du, weshalb hier andere Entscheidungsmechanismen greifen?*
3. *Merkst du einen Unterschied zwischen staatlichen Krankenhäusern und der NGO?*
4. *Gibt es deiner Auffassung nach Situationen, die wiederkehrend sind, wenn es darum geht Patient*innen zu behandeln?*
5. *(Bspw.: Herr Dr. Sebastian meinte, dass die Patient*innen häufig nach Medikamenten fragen und dadurch eher eine Symptom- anstelle einer Ursachenbekämpfung stattfindet)*
6. *In einem gemeinsamen Gespräch hast du mir erzählt, dass du lange im Spital gearbeitet hast und medizinische Behandlung dort anders stattgefunden hat als bei der NGO. Kannst du mir erklären, was du damit gemeint hast?*
7. *Sagt dir der Begriff der Kosten-Nutzwert-Analyse etwas?*
 - 7.1. *Wenn ja, begleiten dich diese in deiner Arbeit bei der NGO?*

Hauptfragen für die Leitung (Helena):

In ihrer Rolle als Leitung hatte Helena exklusives Wissen über Verwaltungs- und Verteilungslogik in der NGO. Ihr umfassender Überblick über diese Strukturen spiegelt sich auch in ihren Hauptfragen wider. Das Interview mit Helena zielte darauf ab, ein allumfänglicheres und tiefgehenderes Verständnis von der Infrastruktur, finanziellen Belangen und Herausforderungen der NGO zu erlangen. Dabei wurden die Fragen so formuliert, dass sie zwar an gemeinsame Gespräche anschließen, jedoch zusätzlich neue Informationen bereitstellen konnten. Ziel war es, so Einblicke zu erhalten, die ich

bis zu diesem Zeitpunkt durch die bloße teilnehmende Beobachtung nicht hätte erfassen können. Dabei leitete ich das Gespräch mit einer Referenz zu einem Dialog ein, den ich mit ihr geführt hatte.

„In einem gemeinsamen Gespräch hatten wir über andere Anlaufstellen gesprochen und dass jede dieser Institutionen sozusagen ein anderes Spezialgebiet hat, dass sie abdecken, damit das Angebot so groß wie möglich ist.“

1. *Kannst du mir erklären, wie medizinische Versorgung für Nichtversicherte in Österreich zur Verfügung gestellt wird?*
 - 1.1. *Was ist (dabei) die Aufgabe von eurer NGO?*
 - 1.2. *Wie setzt die NGO diese Aufgabe um?*
2. *Hier bei der NGO habt ihr ja viele unterschiedlich sprachige Patient:innen, wie ist es möglich, dass ihr euch trotzdem miteinander verständigen könnt?*
3. *Bietet ihr Interventionen und Präventionsmaßnahmen für die Patient*innen an und wenn ja welche?*
4. *Seit wann hat die NGO solch eine Infrastruktur wie jetzt?*
5. *In eurem Jahresbericht wird veranschaulicht, dass die NGO von Spenden lebt, kannst du mir kurz mehr darüber erzählen?*
6. *Ebenfalls in eurem Jahresbericht zählt ihr auf, dass ihr Fördergelder bekommt - handelt es sich dabei um Fördergelder vom Staat oder sind das private Stiftungen?*
7. *Wie erlangt die NGO medizinische Geräte und Medikamente für die Patient:innen?*
8. *In dem System, das ihr verwendet, um Patient*innen zu erfassen, vergebt ihr für jeden Arzttermin Honorarnoten - wie werden diese berechnet und weshalb müssen sie vergeben werden?*
9. *Wie finanziert ihr alles in und um die NGO?*
10. *In welche Bereiche werden Spenden besonders investiert?*
11. *Was ist deiner Meinung nach der Schlüssel dafür, dass die NGO so funktionieren kann?*

12. *Was sind besondere Herausforderungen, die du in deinem Arbeitsalltag erlebst?*

Hauptfragen für die Sozialarbeiterin (Tanja):

Das Interview mit Tanja hatte seinen primären Fokus auf der Begleitung von Patient*innen und dem Versuch, diese in das Gesundheitssystem zu integrieren. Die Fragen zielten darauf ab, nachvollziehen zu können, mittels welcher Prozesse sie dies umgesetzt hat und mit welchen potenziellen Hürden sie dabei konfrontiert war. Darüber hinaus wollte ich verstehen, wie sie Interventionen und Präventionsmaßnahmen mit den Patient*innen kommunizierten und welches Ziel sie damit verfolgten.

*„Als Sozialarbeiterin bist du ja auch im engen Kontakt mit den Patient*innen von der NGO. In einem gemeinsamen Gespräch hast du mir mal erzählt, dass euer Ziel eigentlich immer ist, dass Personen auf lange Sicht wieder versichert sein können.“*

1. *Wie versucht ihr die Menschen, die hierher kommen dabei zu unterstützen oder zu begleiten?*
2. *Gibt es auch Fälle, wo es vorkommt, dass Personen keine Aussicht darauf haben, irgendwann versichert zu sein?*
 - 2.1. *Wenn ja, was sind das für Fälle und welche Umstände erschweren es den Betroffenen, eine Krankenversicherung abzuschließen?*
3. *Bietet ihr Interventionen und Präventionsmaßnahmen für die Patient*innen an und wenn ja, welche und warum?*
 - 3.1. *Kannst du mir erklären, wie sich solch ein Interventionsgespräch gestaltet?*
 - 3.2. *Wie entsteht so ein Gespräch in erster Linie - geht ihr auf die Menschen zu oder suchen die Personen bei euch Rat?*
4. *Hier bei der NGO habt ihr ja viele unterschiedlich sprachige Patient:innen, wie ist es möglich, dass ihr euch trotzdem miteinander verständigen könnt?*

Die individuell angepassten Hauptfragen, in Kombination mit den Basisfragen ermöglichten es mir, die Vielschichtigkeit der Infrastruktur der NGO und darüber hinaus zu beleuchten. Somit konnte ich über die teilnehmende Beobachtung hinaus, einen Einblick in die bürokratische Erstverwaltung, die medizinische Verteilungs- und Versorgungslogik, die externen und internen administrativen Prozesse und ihren Finanzen, sowie die Integration der Patient*innen in das Gesundheitssystem durch die

NGO beleuchten. Darüber hinaus war es mir möglich zu verstehen, wie die NGO mit Unversicherten trotz unterschiedlicher Sprachen kommuniziert und gemeinsam die medizinische Versorgung praktiziert. Um die NGO und ihre Rolle bestmöglich analysieren zu können, war dieser diversifizierte Fragenkatalog zentral, worauf ich im folgenden Kapitel der Datenanalyse noch tiefgehend eingehen werde. Dementsprechend behandelt der nächste Abschnitt die methodische Auswertung meiner erhobenen Daten.

5.4. Datenanalyse

Zu Beginn meiner Forschung lag mein theoretisches Interesse vor allem auf dem Ansatz der „Politik des Lebens“ nach Didier Fassin und dem darin enthaltenen Konzept der Biolegitimität. Die Politik des Lebens untersucht, inwieweit das Leben durch politische Entscheidungen und moralische Ökonomie geformt wird und wie daraus Ungleichheiten entstehen (Fassin, 2009, S. 48–50). Dabei beschreibt Biolegitimität den Wert, der einem Leben durch staatliche Instanzen zugeschrieben wird und so determiniert, wessen Leben als „versorgungswürdig“ erachtet wird (Fassin, 2009, S. 49–52). Fassins Fokus liegt auf staatlichen Entscheidungsmechanismen im System und wie Wertvorstellungen dabei institutionell verankert und ausgeführt werden (Fassin, 2009, S. 50–52).

Mit diesem Ansatz wollte ich ursprünglich analysieren, wie über das österreichische Sozialversicherungssystem Zugang zu medizinischer Versorgung strukturiert wird. Mein Interessenschwerpunkt lag dabei auf Personengruppen, die keinen Zugang zu diesem System haben. Ziel war es zu verstehen, wie politische Strukturen die Idee von „Versorgungswürdigkeit“ im Gesundheitssystem mittels des Sozialversicherungssystems implementieren und wie die daraus resultierenden Ausschlüsse durch die NGO aufgefangen werden. Simultan lag mein Interesse darin, nachvollziehen zu wollen, wie eng die NGO durch ihre kompensatorische Rolle mit dem Gesundheitssystem verwoben ist, ob biolegitime Regulatorien einen direkten Einfluss auf ihre Arbeit haben und ob sie biolegitime Ansätze reproduziert.

Während dem Sichten meiner Daten realisierte ich allerdings, dass ich die zentralen Dynamiken in der NGO nicht mit diesem ursprünglichen Fokus erfassen konnte. Stattdessen rückten Fragen nach situativen Aushandlungsprozessen und

Verteilungsentscheidungen in den Fokus, die eine moralische Anspruchslogik von Verdienstlichkeit im Rahmen medizinischer Versorgung verfolgten. Dabei ging es um die tägliche und repetitive Neuaushandlung von Ressourcenvergaben im NGO-Kosmos. Anders als bei den staatlich verankerten biolegitimen Strukturen, handelte es sich dabei nicht um festgeschriebene Vorgaben. Stattdessen waren es dynamische Parameter, die je nach Situation neu austariert wurden und in Relation zueinander standen. Ein Zugang war dabei nicht einfach strukturell vorhanden oder wurde verwehrt, weil staatliche Regulatorien dies vorschrieben, wie im Fall des Sozialversicherungssystems. Stattdessen konnte ich feststellen, dass das Gegenteil zutraf. Der medizinische Zugang zu Versorgung wurde jedes Mal neu moralisch ausgehandelt.

Dabei blieb das Gesundheitssystem als struktureller Rahmen bestehen, jedoch hatte der theoretische Ansatz der Biolegitimität einen zu starken Fokus auf staatlich übergeordnete Entscheidungsmechanismen und erwies sich als analytisch zu abstrakt, um die Mechanismen der NGO zu analysieren. Aufgrund dessen, habe ich mich dazu entschieden den analytischen Blickwinkel von Deservingness zu nutzen, um die Strukturen in der NGO adäquat zu erforschen. Damit wurde das Gesundheitssystem zu einem impliziten Teil meiner Analyse. Es bildet den theoretischen Rahmen meiner Analyse, anstatt das zentrale Erkenntnisinteresse zu sein. Stattdessen liegt der Fokus primär auf der Relation von der NGO zu dem Gesundheitssystem und ihrer Wechselwirkung. Um ausführlich zu erläutern, wie ich dies umgesetzt habe, geht es im Folgenden um den Kodierungsprozess, den ich im Rahmen der Datenauswertung genutzt habe.

5.4.1. Induktion und Deduktion

DeWalt und DeWalt stellen zwei Ansätze zur Reduzierung der gesammelten Daten vor. Diese nennen sie „Indexierung“ und „Kodierung“, wobei die Indexierung deduktiv und die Kodierung induktiv angewandt wird (DeWalt & DeWalt, 2011, S. 182-193).

Bei der Methode des Kodierens werden Kategorien mit Hilfe der gesammelten Daten durch das Erkennen von Konzepten und Mustern entwickelt (DeWalt & DeWalt, 2011, S. 183). Dabei handelt es sich um eine emische Analyse, die induktiv erschlossen wird (DeWalt & DeWalt, 2011, S. 183; Gravlee, 2011, S. 71). DeWalt und DeWalt beschreiben den methodologischen Ansatz der Kodierung wie folgt: “[...] looking for understandings and interpretations that arose from the materials as a result of the

interaction of the ideas and concerns of the participants [...] and the researchers.” (DeWalt & DeWalt, 2011, S. 189).

Ziel der Indexierung ist es hingegen, mit Hilfe von bereits bestehender Theorie oder Konzepten Kategorien zu entwerfen. Dieser Analyseansatz ist deduktiv (Gravlee, 2011, S. 71–73). Hierbei werden die erhobenen Daten im Zuge eines Reduktionsprozesses in bereits bestehende Kategorien eingeordnet, weshalb die Kategorien bereits vor der Datenerhebung festgelegt sein müssen. Bei diesem Vorgang spricht man außerdem von etischen Kategorien. Nach DeWalt und DeWalt nimmt die forschende Person an, dass es universell anwendbare Kategorien gibt (DeWalt & DeWalt, 2011, S.184).

Somit zielt die induktive Analyse darauf ab, eine Theorie aus gesammelten Daten zu entwickeln, während sich die deduktive Analyse darauf konzentriert, mit bereits bestehenden Theorien zu arbeiten, um empirische Forschungen zu beweisen oder zu widerlegen. (Gravlee, 2011, S.85–87). Eine Kombination dieser Analyseansätze kann laut Gravlee sinnvoll sein, da die meisten Forschenden an einen Punkt gelangen, wo beide Ansätze einen Einfluss auf ihre Forschung haben werden (Gravlee, 2011, S. 73). Diesen methodologischen Zugang habe ich in der Datenauswertung verfolgt. Konkret bedeutete dies, dass ich wiederkehrende Muster und Themen in meinen Daten ohne eine Theorie kategorisiert habe. Erst im nächsten Schritt wurden die Kategorien durch das Konzept der Deservingness in einen umfassenden Rahmen eingeordnet. So konnte ich den induktiven Schwerpunkt durch einen deduktiven Zugang ergänzen.

Durch eine offene Lesart meiner Daten, war ein Wechsel von den theoretischen Grundbausteinen der Biolegitimität hin zu Deservingness möglich. Dabei habe ich hauptsächlich mit einer induktiven Herangehensweise gearbeitet, wobei vorab keine Kategorien oder Codes feststanden. DeWalt und DeWalt betonen, dass Forscher*innen vor dem Kodierungsprozess vermutlich Vorstellungen davon haben, was an Daten auf sie zukommen könnte, wodurch eine konstante Selbstreflexion wichtig ist. Essenziell ist es dabei, immer wieder zu den Daten zurückzukehren, mit dem Ziel viel Text und Inhalt in eine Kategorie einzuordnen, die die Informationen repräsentiert, ohne sie zu minimieren (DeWalt & DeWalt, 2011, S. 185–189). Die Kombination beider Ansätze, schuf eine Grundlage, durch die ich offen auf das empirische Material reagieren und simultan eine theoretisch passende Rückkopplung zulassen konnte. So war es möglich, den erhobenen Daten sowie dem Feld gerecht

zu werden und ihnen das Konzept der Biolegitimität nicht einfach überzustülpen (DeWalt & DeWalt, 2011, S. 183).

In diesem Sinne war der Wechsel hin zu dem Konzept von Deservingness ein Erkenntnisprozess, der durch eine induktive Betrachtung der Daten möglich war. Konkret meint dies die Realisation, dass die Strukturen in der NGO nicht ausreichend durch Biolegitimität analysiert werden konnten. Dennoch konnte ich mit dem theoretischen Vorwissen gesundheitspolitischen Strukturen erkennen, die mich final zu dem Konzept der Deservingness brachten.

Die Kombination von einer induktiven und deduktiven Analyse erlaubt es mir, flexibel auf mein Feld zu reagieren. Somit konnte ich die erhobenen Daten frei betrachten, verstehen und erst im nächsten Schritt in einen theoretischen Rahmen einordnen. Obwohl es sich hierbei um zwei unterschiedliche Ansätze handelt, sind sie laut DeWalt & DeWalt eng miteinander verwoben (DeWalt & DeWalt, 2011, S. 183). Die emische Kodierung hat mir dabei geholfen, mein Forschungsfeld von innen heraus zu verstehen. Darüber hinaus konnte die theoretische Kontextualisierung, in Form der Deduktion, die Daten in einen ganzheitlichen, medizinanthropologischen Kontext setzen, der über die NGO hinausgeht. So war es möglich, flexibel auf meine Daten zu reagieren, was eine zentrale methodische Stärke für diese Forschung war.

5.4.2. Umsetzung der Analyse

Der folgende Abschnitt widmet sich der praktischen Umsetzung, der zuvor beschrieben induktiven Kodierung. Dabei wird der Kodierungsprozess und daraus resultierende zentrale Kategorien beschrieben. Die tatsächlichen Daten und die damit verbundenen Ergebnisse werden in Kapitel Sechs behandelt.

Für die im Folgenden beschriebenen Prozesse nutze ich unter anderem die Software OneNote (Microsoft Corporation, 2025), um im ersten Schritt meine Notizen, das Feldtagebuch, Memos und Protokolle zu erfassen. Um Interviews zu transkribieren und die erhobenen Daten zu kategorisieren und kodieren, habe ich die Software MAXQDA (VERBI Software, 2025) verwendet. MAXQDA ist ein computerbasiertes Programm, das speziell für „Mixed-Methods“ im Rahmen qualitativer Forschung und Datenanalyse ausgelegt ist (VERBI Software, 2025). Das Programm selbst ermöglicht es Forschenden, flexibel ihre wissenschaftlichen Daten in Form von Text, Bild, Audio

oder Video zu bearbeiten. Kategorien können farblich markiert werden und es können unterschiedliche Ordner für unterschiedliche Bedürfnisse angelegt werden. Außerdem ist es möglich, bei Textpassagen „Memos“ hinzuzufügen. Nachdem ich die aktive Feldforschung vor Ort abgeschlossen habe, habe ich alle Daten von OneNote (Microsoft Corporation, 2025), Audioaufnahmen, sowie Zeichnungen zusätzlich in MAXQDA hinterlegt, da es so einfacher für mich war alle Informationen an einem Ort zu kodieren (VERBI Software, 2025).

Als Grundlage für meine induktive Datenanalyse diente der komplette Datenkorpus aller Notizen, in Form von Protokollen, dem Feldtagebuch, Memos und den transkribierten Interviews. Alle Daten wurden gleichwertig gewichtet. Nachdem diese in MAXQDA chronologisch und nach Art sortiert wurden, war der erste Schritt, mich erneut mit den erhobenen Daten vertraut zu machen und sie einmal komplett durchzulesen. Dazu habe ich zunächst bei den Protokollen chronologisch begonnen, gefolgt von den Feldtagebüchern, den Memos und schließlich den Interviews. Diese chronologische Lesereihenfolge hat sich organisch und logisch angefühlt und sollte mir dabei helfen, erneut ein umfassendes Bild von dem Feld zu erlangen. Erst nach dem ersten vollständigen Lesen aller erhobenen Daten schrieb ich Basiskategorien auf, die eine repetitive Rolle gespielt haben. Diese gliederten sich in "Definition NGO", "Behandlungsangebot", "NGO intern", "Patient*innen", "Assistenz", "Arbeitsfelder" und "Verbindung Gesundheitssystem". Danach wiederholte ich den Vorgang wie zuvor beschrieben und begann die Basiskategorien farblich in den Daten zu kodieren. Erst im dritten Lesedurchlauf wurden diese durch zusätzliche Subkategorien ergänzt oder durch weitere externe Zusatzkategorien erweitert. Im Rahmen der Basiskategorien waren dies beispielsweise im Falle von „NGO intern“ die Subkategorien „Finanzielles“, „Infrastruktur“ oder „Fluktuation Personal“.

Unter Zusatzkategorien verstehen sich dabei Kategorien, die nicht im ersten Leseprozess hervorgetreten sind, aber auch nicht unter eine Subkategorie fallen. Während Subkategorien in einer direkten Verbindung zu einer Basiskategorie stehen, lassen sich die Zusatzkategorien keiner Kategorie eindeutig zuordnen.

Der Unterschied der Kategorien liegt nicht in ihrer Gewichtung innerhalb der Analyse, sondern dient ausschließlich einer Ordnungslogik, die es mir erleichtert die Daten einfacher und schneller zu verwerten. Der Unterschied zwischen Basis- und Zusatzkategorien liegt dementsprechend in ihrer Feinkörnigkeit. Während Basiskategorien meist übergeordnete Themen repräsentieren, lassen sich in den

Zusatzkategorien Nuancen der Daten wiederfinden, die sich erst im zweiten oder dritten Lesevorgang herauskristallisiert haben. Darunter fielen beispielsweise Kategorien wie „Wiedereingliederung Sozialversicherungssystem“ oder „Mangel“.

Farblich befinden sich die Subkategorien im gleichen Farbspektrum wie die Basiskategorien, während die Zusatzkategorien eine einzige spezifische Farbe haben, die sonst nicht verwendet wurde. Um die Texte direkt visuell einer Kategorie zuordnen zu können, war diese Vorgehensweise naheliegend. Darüber hinaus habe ich reflexive Kategorien angelegt, wie „Rolle als Anthropologin“ oder „Rahmenbedingungen FF“, um in meiner Selbstreflexion direkte Referenzen zu meinen Daten zu haben.

Zusätzlich habe ich Stellen, die ich als besonders relevant empfand in einem vierten Lesedurchgang mit einer roten Flagge versehen und gegebenenfalls Memos hinzugefügt. Dabei handelte es sich vor allem um Themen, die im Rahmen von Ressourcen eine elementare Rolle gespielt haben.

Der Analyseprozess verlief somit in vier Leseinheiten, in denen die Datenauswertung zunehmend nuancierter wurde. Im Anschluss daran verfasste ich einen ausführlichen Analysetext, indem ich alle zentralen Erkenntnisse frei von einem theoretischen Rahmen formulierte. Aus diesem Schreibprozess heraus trat die wiederkehrende Thematik der Ressourcenverteilung in Relation zu Verdienstlichkeit in den Vordergrund, wodurch sich der theoretische Bezug zu Deservingness festigte. Im Zuge dessen entwickelte sich der Begriff der *ressourcenbewussten Verteilung*, mit Hilfe dessen die Entscheidungsmechanismen in der NGO als relational und situativ verstanden werden konnten, worauf ich in Kapitel Sechs jedoch noch in Gänze eingehen werde. Der induktive Kodierungsprozess bot dabei eine Grundlage, einen strukturierten und vielseitigen Zugang zu dem Material zu ermöglichen.

Bevor ich die erhobenen Daten in Kapitel Sechs ausführlich thematisiere, folgt in Kapitel 5.5. vorab eine kritische Reflexion meiner Rolle in der NGO und den damit verbundenen ethischen Überlegungen.

5.5. Selbstreflexion und ethische Überlegungen

Der folgende Abschnitt widmet sich ethischen Entscheidungen und der Selbstreflexion als Forschende in der Organisation. Zentral sind dabei meine Rollen in der NGO und die Frage nach informiertem Einverständnis von Personen im Feld. Außerdem soll

hinterfragt werden, inwieweit meine soziale Positionierung einen Einfluss auf die erhobenen Daten hatte.

5.5.1. Reflexion meiner Rolle und Einverständnis

Ich habe bereits zuvor thematisiert, dass die Teilnahme an der Forschung von den Personen vor Ort jederzeit hätte zurückgezogen werden können. Diese Prämisse galt es für mich kritisch zu reflektieren und mir die Frage zu stellen, inwieweit dies realistisch umsetzbar gewesen wäre. In der Theorie hätte jede Person Gebrauch von ihrem individuellen Rückzugsrecht machen können, in der Praxis hätte sich dies jedoch vermutlich schwierig gestaltet. Kollektive Settings wie die NGO funktionieren als Gemeinschaft, die Handlungen der Teammitglieder waren ineinander verzahnt, wodurch das isolierte Nichterforschen einer Person kaum realisierbar gewesen wäre, ohne mich komplett von der NGO zu distanzieren. Grund dafür ist, dass eine ethisch vertretbare Forschung ansonsten nicht möglich wäre. Delamont und Atkinson kritisieren genau diese Ausgangslage. Sie argumentieren, dass es in solchen Settings eine Art sozialen Vertrag gibt, der die Teammitglieder mehr oder weniger daran bindet, Teil der Forschung zu werden. Würden sie ihr Unbehagen äußern, würden sie automatisch alle Beteiligten in die Situation bringen, sich als kollektive Einheit von der Forschung distanzieren zu müssen (Delamont & Atkinson, 2018, S. 121). Dies illustriert die asymmetrischen Strukturen zwischen mir, als eigenständige Forscherin und den strukturell eingebundenen Teammitgliedern der NGO. Laut Delamont und Atkinson ist es somit unmöglich eine vollumfänglich informierte Zustimmung zu erhalten (Delamont & Atkinson, 2018, S. 123).

Für meine Forschung bedeutete dies, dass ich versucht habe zwischenmenschliche Zeichen zu lesen und zu interpretieren. War eine Person beispielsweise eher abweisend, habe ich den Kontakt dementsprechend nicht forciert und bin in die Distanz gegangen. Dennoch konnte ich die Person nicht komplett aus meinem Forschungsmaterial ausschließen. Im Zuge dieser Realisation war es wichtig anzuerkennen, dass Zustimmung nicht ausschließlich über eine formale Einwilligung geschieht, sondern kontextgebunden ist. Von mir als Forscherin verlangte diese Ausgangssituation die ethischen Rahmenbedingungen je nach Situation erneut auszutarieren und mich zu fragen, inwieweit tatsächlich ein situatives Einverständnis besteht.

Wie schon in Kapitel 5.2. besprochen, hatte ich eine Doppelrolle in der NGO – die der teilnehmenden Beobachterin hinter der Rezeption und die aktive Rolle der Assistenz. Schon von Beginn an war klar, dass mein Feldaufenthalt an die Rolle der Assistenz in der NGO gebunden war. Diese Aufgabe bot die einzigartige Chance den direkten Austausch zwischen Ärzt*innen und Patient*innen beobachten zu dürfen. Ein Kernaspekt daran war, dass ich in diesem Kontext nicht als „Außenseiterin“ in der Ecke des Raumes die Interaktionen beobachtet und mitgeschrieben habe, wie es hinter der Rezeption der Fall war. Stattdessen war ich ein aktiver Teil des Ordinationsprozesses, indem ich im engen Austausch mit den Ärzt*innen und Patient*innen stand.

Durch meinen Kontakt mit Patient*innen, wurde von Beginn an, in enger Absprache mit der NGO entschieden, dass ich nicht „über“ Patient*innen forschen würde. Im Zuge dessen wurde ebenfalls gemeinsam festgelegt, dass die Patient*innen nicht darüber informiert werden, dass es sich bei mir auch um eine forschende Person handelt. Diese Entscheidung resultierte aus dem gemeinsamen Entschluss den Schutzraum zu wahren, den die NGO für die Patient*innen herstellte. Um dies zu gewährleisten war das Forschen über die Betroffenen somit ausgeschlossen. Diese Entscheidung beruht auf einem forschungsethischen Zugang, der situationssensibel aushandelt, wie bestimmte Kontexte von Forscher*innen betreten werden sollten. Dabei steht die Adaptivität und der Schutz der respektiven Gruppen im Vordergrund (Iphofen & Tolich, 2018, S. 8–14).

Der ausschlaggebende Punkt für diesen Entschluss, lag somit insbesondere in der Ausgangslage, in der die Patient*innen diese Organisation aufsuchten. Bei einem Großteil der Patient*innen handelte es sich um Migrant*innen und/oder geflüchtete Personen, die niederschwellige medizinische Behandlungen brauchten. Viele der Patient*innen, hatten keine geregelte Aufenthaltserlaubnis und haben sich laut der Mitarbeitenden in teilweise instabilen Lebenssituationen befunden. Dadurch war es für mich und das Team der NGO nicht ethisch vertretbar, Daten über sie zu erheben. Alle Beteiligten haben das Ziel verfolgt, Patient*innen einen Ort zu bieten, in dem sie sich sicher fühlen, frei und ohne Einschränkungen über ihre Anliegen sprechen zu können. Dementsprechend war die höchste Priorität, diese Rahmenbedingungen zu gewährleisten, was nur realisierbar war, indem der Forschungsfokus ausschließlich auf NGO-internen Praktiken und dem Team lag. Durch die Entscheidung, nicht über die Patient*innen selber, sondern über medizinische Versorgungsentscheidungen zu

schreiben, sollte ein ethischer Forschungsrahmen geschaffen werden. Dementsprechend waren alle NGO-internen Parteien immer darüber im Bilde, dass es sich bei mir um eine forschende Studentin handelt, die zusätzlich als Assistenz arbeitet.

Diese Herangehensweise hat meinen Feldaufenthalt maßgeblich geprägt. Durch die Rolle der Assistenz durfte ich an hochsensiblen Interaktionen zwischen Ärzt*Innen und Patient*Innen teilnehmen, wodurch ich die einzigartige Möglichkeit hatte, die Rolle der Beobachterin und der Teilnehmerin miteinander zu verknüpfen. Mit dieser Positionen gingen allerdings Herausforderungen einher. Obwohl besprochen wurde, dass ich keine Daten zu den Patient*innen erheben würde, hatte meine Anwesenheit einen Einfluss auf die soziale Dynamik. In viele Interaktionen mit Ärzt*innen, führten diese Querverweise zu Patient*innengesprächen an, wenn ich im Einzelgespräch als Assistenz mit ihnen war. Zwar waren die Patient*innen zu diesem Zeitpunkt nicht mehr vor Ort, dennoch entwickelte sich so eine asymmetrische Position meiner Rolle. Diese Informationen standen meist in einer Relation zu meiner Forschung, sie kontextualisierten Patient*inneninteraktionen für mich und teilten sie mit Bezug zu meinem Forschungsinteresse. Diese Interaktionen veranschaulichten, dass die geteilten Inhalte der Patient*innen ein immanenter Teil meiner Datenerhebung waren, auch ohne die direkte Datenerfassung über sie. Dieses Beispiel illustriert, dass meine Rolle als Forscherin einen unmittelbaren Einfluss auf das Feld hatte. Als Forscherin war es dementsprechend meine Verantwortung, diese Form von Wissensweitergabe kritisch zu reflektieren und daraus resultierend vertraulich und diskret mit den geteilten Informationen umzugehen.

Eine weitere Herausforderung war, dass ich es als Balanceakt empfand, beiden Rollen gleichzeitig gerecht zu werden. Eine klassische Ordinationssitzung dauert etwa drei bis fünf Stunden. Die Anzahl an behandelten Personen variiert stark, je nachdem welche Behandlung an dem Tag angeboten wurde. Während im Rahmen der allgemeinmedizinischen Behandlung bis zu fünfzehn Leute behandelt werden konnten, waren es bei der psychiatrischen Ordination nur etwa fünf Personen. Diese Zeiträume waren teilweise sehr fordernd für mich. Ich wollte der Rolle als Assistenz in ihrer Gänze gerecht werden und gleichzeitig alle wichtigen Eindrücke mental abspeichern. Grund dafür war, dass ich es im Rahmen der Assistenz für unangebracht hielt, mir analoge Notizen zu machen. Ich wollte damit weder die Patient*innen

verunsichern, noch den Arbeitsalltag behindern. Daher habe ich einen konstanten Druck verspürt, nichts von dem zu vergessen, was ich beobachtet habe. Aufgrund dessen habe ich mich nahezu jedes Mal nach einer Ordinationssitzung in einem Stadium der Erschöpfung befunden.

DeWalt und DeWalt beziehen sich im Rahmen dieser Spannungen auf den Anthropologen Russell Bernard, der teilnehmende Beobachtung als ein Eintauchen in das jeweilige Feld versteht (zitiert nach DeWalt & DeWalt, 2011, S. 29). Laut den Autor*innen sieht Bernard eine Notwendigkeit in der Balance zwischen dem Eintauchen in das Feld und der Distanzierung als Anthropolog*in. Um dies zu realisieren, gilt es, sich jeden Tag erneut von dem Erlebten im Feld zu lösen, um es später intellektuell verarbeiten zu können (zitiert nach DeWalt & DeWalt, 2011, S. 29). Daher habe ich häufig mehrere Tage Regenerationszeit zwischen meinen Besuchen bei der NGO gebraucht. Diese Zwischenzeit habe ich in der Regel zur Reflexion, aber auch zur Abgrenzung vom Feld genutzt, um daran anschließend wieder aufnahmefähig zurückkehren zu können.

Wie bereits kurz diskutiert, hatte meine Anwesenheit einen direkten Einfluss auf das Feld. Dabei handelt es sich nicht nur um die Rollen als Forschende oder Assistenz, sondern meine soziale Positionierung in der Gesellschaft und somit auch in der NGO. Diese Parameter hatten ebenfalls einen direkten Einfluss auf mein Erleben vor Ort, weshalb ich im Folgenden meine Identität im Feld thematisieren werde.

5.5.2. Identität im Feld

Nicht nur mein eigenes Erleben hat einen Einfluss auf meine Forschung, sondern auch, wie mein Gegenüber mich wahrnahm. In diesem Kapitel reflektiere ich, wie meine soziale Identität und meine Positionierung im Feld in einer gegenseitigen Wechselwirkung standen. Daraus entstanden ethische Fragen und Dynamiken, die mit meinem Geschlecht, meiner Hautfarbe oder meinem Alter zusammenhingen.

Die ethnografische Forschung ist laut Marcus und Lerman nie neutral (Marcus & Lerman, 2018, S. 213; Delamont & Atkinson, 2018, S. 120). Als teilnehmende Beobachterin war ich situativ in das Umfeld der NGO eingebettet, sowohl sozial als auch institutionell. Dadurch entstanden Machtgefüge, an deren Herstellung ich durch meine bloße Präsenz aktiv beteiligt war (Marcus & Lerman, 2018, S. 213). Im Rahmen

dieser Erkenntnis widmet sich der folgende Abschnitt meiner eigenen Positionierung im Feld. Um zu elaborieren, was ich darunter verstehe, werde ich mich auf konkrete Situationen während der Feldforschung beziehen.

Als junge, weiße und krankenversicherte Studentin beanspruchte ich eine Rolle in dem Feld, die sich in vielen Fällen von der Lebensrealität der vor Ort behandelten Menschen unterschied. Zu hinterfragen inwiefern meine Identität und die damit einhergehenden Privilegien, die Art und Weise meiner Beobachtungen und dessen Interpretationen beeinflussten war dementsprechend zentral. Ich begriff mich nicht nur als analytische Beobachterin, sondern als ein Teil der Feldrealität, die ich durch meine Anwesenheit aktiv mitprägte. Diese Parameter hatten zwangsläufig einen Einfluss darauf, wie ich mich im Feld bewegen durfte oder verhielt und gefühlt habe, aber auch darauf, wie ich wahrgenommen wurde.

Situationen, in denen ich als passiv teilnehmende Beobachterin an der Rezeption saß, waren exemplarisch für dieses Spannungsfeld. Ich konnte dabei registrieren, dass Patient*innen mir gegenüber eine Skepsis ausstrahlten. Meine bewusste Zurückhaltung erschuf ein Spannungsfeld aus Sichtbarkeit und Passivität, wodurch mich häufig das Gefühl der Scham überkam, nicht aktiv an der Betreuung der Patient*innen teilgenommen zu haben. Dies war beispielsweise in Situation der Fall, in denen Patient*innen mich nach meiner Hilfe fragten, wenn ich allein an der Rezeption saß.

Darüber hinaus habe ich mich mit Teammitgliedern auf herausfordernde Art und Weise konfrontiert gesehen. Hierbei meine ich nicht nur die Rolle als Anthropologin, sondern auch jene als junge, weiße Studentin. Eine Interaktion führte mir diese Diskrepanz stark vor Augen. Dabei handelte es sich um eine Ordinationssitzung, in der ich als Assistenz begleitend vor Ort war. Nachdem eine Patientin von dem Arzt behandelt wurde und sie den Raum verließ, äußerte er mir gegenüber rassistische und misogynen Kommentare über die Patientin. Dieser Moment war sowohl als Forscherin, als auch als Privatperson herausfordernd. Ich sah mich mit der Entscheidung konfrontiert, wie ich auf diese Aussage reagieren sollte. Ich hatte den Eindruck, dass er seine Ansichten mit mir teilte, weil ich als junge und weiße Studentin für ihn vermutlich eine Rolle verkörperte, mit der er sich sicher genug fühlte, so etwas zu äußern. Dadurch war ich mit einem ethischen Dilemma konfrontiert, indem ich innerhalb von Millisekunden

entscheiden musste, wie ich auf seine Aussage reagieren möchte. Als Privatperson hätte den Arzt in seine Schranken gewiesen. Simultan war ich noch immer davon überrascht, dass er mir gegenüber so etwas äußerte. Ich entschied mich dazu seine Aussage unkommentiert im Raum stehen zu lassen. Für mich konnte ich so, sowohl meiner Rolle als Anthropologin, als auch der als Privatperson am gerechtesten werden. Mein Schweigen erlaubte mir mich in einem ethischen Rahmen zu bewegen, in dem meine privaten Gefühle auf die Feldrealität keinen aktiven Einfluss nahmen. Es lag stattdessen an dem Arzt mein Schweigen einzuordnen. Wobei die fehlende Eindeutigkeit meinerseits zwar eine potenzielle Ambivalenz erschuf, sie mir aber gleichzeitig einen reflexiven Rückzug erlaubte.

Marcus und Lerman beschreiben, dass die ethische Rahmungen einer ethnografischen Forschung in so einem Fall situationsabhängig neu ausgelotet werden kann (Marcus & Lerman, 2018, S. 210). Mein Ziel war es verantwortungsvoll zwischen der teilnehmenden Beobachtung im Feld und dem Einfluss durch meine Identität zu navigieren.

Solche Momente verdeutlichten, dass ich als Forscherin automatisch das Feld mitbeeinflusse. Auch dann, wenn ich meine persönlichen Werte und Prägungen während der Forschung in den Hintergrund stellen möchte, sind sie im Kern immer Teil meiner Identität und haben somit einen Einfluss auf meine Forschung.

Es bedurfte also einer konstanten Reflektion meiner Identität als Forschende und den mir zugeschriebenen Rollen in der NGO. Um Vertrauen aufzubauen, war es deswegen meine Priorität, transparent mit Erkenntnissen und Mitschriften umzugehen.

Die kontinuierliche Reflexion über meine eigene Position war keine bloße methodische Ergänzung, sondern ausschlaggebend dafür, wie ich vor Ort agiert habe. Diesen Schritt bezeichnen Gillam und Guillemin als grundlegenden Baustein für eine ethisch vertretbare Forschung (Gillam & Guillemin, 2018, S. 264–265). Anstelle einer starren Analyse, war also ein flexibler Forschungsansatz notwendig, wodurch eine Reaktion auf meine Umgebung möglich war. Durch diesen reflexiven Ansatz war es mir schließlich möglich, die Mehrdimensionalität der NGO-internen Strukturen zu begreifen.

6. Deservingness und Ressourcenbewusste Verteilung

Das folgende Kapitel widmet sich der empirischen Analyse der medizinischen Versorgung in der Organisation. Der Fokus der Untersuchung liegt darauf, wie behandlungsstrategische Entscheidungsmuster und die Diagnosefindung gestaltet wurden und inwieweit moralische Bewertungen einen Einfluss auf den Zugang zu Versorgung hatten. Dabei wird analysiert, anhand welcher Grundlagen Ärzt*innen bestimmte Behandlungen priorisierten und bis zu welchem Grad Versorgungsziele und strukturelle Möglichkeiten dabei vereinbar waren.

Ideen von Deservingness entstehen dabei durch soziale, kulturelle und moralische Wertvorstellungen. Diese entscheiden laut Willen und Cook darüber, wer als deserving, also verdienstvoll, kategorisiert wird. Dies geschieht laut ihnen unter anderem anhand der Biografie der Patient*innen oder der Art ihrer Bedürftigkeit (Willen & Cook, 2022, S. 73–75).

Ziel des Kapitels ist es, mit Hilfe ethnographischer Fallbeispiele zu veranschaulichen, in welchem Maß Deservingness im Rahmen der medizinischen Versorgung sichtbar wurde und durch Behandlungsentscheidungen zum Tragen kamen. Dabei soll illustriert werden, inwieweit Faktoren, wie individuelle Lebensumstände, das Alter, oder der physiologische Zustand des Körpers, sowie theoretische Heilungschancen als entscheidungstiftende Parameter in der deservingness-orientierten Versorgung eine Rolle spielten.

Die Analyse folgt dabei der Annahme, dass Deservingness nicht als feststehendes Kriterium angewandt, sondern relational ausverhandelt wurde. Wie sich dieser Prozess etablierte, soll im Zusammenhang mit der Vergabe von Ressourcen untersucht werden. Im Zuge dessen wird der Begriff der *ressourcenbewussten Verteilung* eingeführt, um die diversifizierten Entscheidungsmechanismen in der Organisation besser analysieren zu können. Dabei basiert die Analyse auf teilnehmender Beobachtung sowie unstrukturierten und halbstrukturierten Interviews mit Teammitgliedern der NGO. Die Perspektiven der Patient*innen wurde im Rahmen dieser Untersuchung nicht berücksichtigt, sondern lediglich durch die teilnehmende Beobachtung erfasst und im NGO-Kontext reflektiert.

Im ersten Unterkapitel wird dargelegt, wie medizinische Behandlungen mittels Diagnosen organisiert wurden. Konkret wird dabei beschrieben, wie Ordinationssitzungen gestaltet, Beschwerden bewertet sowie in Symptome übersetzt und wie Patient*inneninformationen dabei in standardisierte Kategorien gegliedert wurden. Der Schwerpunkt im darauffolgenden Kapitel liegt auf der Medikamentenvergabe. Anhand ausgewählter Fallbeispiele wird aufgezeigt, wann Medikamente verschrieben wurden und welche Rolle sie in Behandlungsstrategien einnahmen. Im dritten Unterkapitel wird der Körper als relationaler Faktor in der medizinischen Versorgung beleuchtet. Dabei wird behandelt, wie physiologische Merkmale und Annahmen über den Körper einen Einfluss auf die Art der Behandlung hatten. Abschließend werden im letzten Unterkapitel die zentralen Beobachtungen zusammengeführt und im Kontext der NGO beleuchtet.

6.1. Medizinische Behandlung vor Ort

Die Organisation bot eine Fülle an unterschiedlichen Behandlungsmöglichkeiten für unversicherte Personen an, die sie in den letzten Jahrzehnten kontinuierlich aufgebaut hatte. Dazu zählten neben der Allgemeinmedizin Fachbereiche der Orthopädie, Gynäkologie, Inneren Medizin, Neurologie, Dermatologie oder Psychiatrie. Außerdem gab es die Möglichkeit Unfallchirurg*innen mittels Videotelefonie privat anrufen zu können. Dies geschah besonders in Situationen, in denen die behandelnden Ärzt*innen nicht über die Expertise verfügten akute Gebrechen, wie beispielsweise eine infizierte Mienenwunde am Fuß, zu behandeln und sie dementsprechend den zusätzlichen Erfahrungswert durch Unfallchirurg*innen heranzogen.

Zusätzlich verfügte sie über eine interne Apotheke, in der mittels intern ausgestellter Rezepte Medikamente umsonst abgeholt werden konnten. Die Auswahl an Medikamenten variierte je nach Spenden. Einen Großteil davon erhielt die Organisationen durch größere Spenderinstitutionen. Dabei wurden rund 15.000 Medikamente jährlich gespendet. Diese mussten ungeöffnet und mindestens ein halbes Jahr haltbar sein, damit sie an die Patient*innen ausgegeben werden konnten. Dazu zählten jedoch keine suchtpotenten Medikamente. Deshalb wurden beispielsweise Opioide wie Morphin nicht gelagert. Auch Beruhigungsmittel aus der Gruppe der Benzodiazepine oder Stimulanzen wie Ritalin zur Behandlung von ADHS wurden nicht ausgegeben. Grund dafür war, dass die Organisation keine Arzneimittel

mit hohem Abhängigkeitspotenzial an Personen abgeben durfte und wollte. War ein konkretes Medikament oder ein alternatives Präparat nicht vorhanden, so musste die NGO diese Medikamente nachkaufen.

Darüber hinaus verfügte sie über eine breit aufgestellte Impfstoffvielfalt. Diese war insbesondere für Impfungen von Babys und Kleinkindern, sowie chronischen Erkrankungen wie Diabetes relevant. Zusätzlich hatten Sie durch freiwillige Kooperationen Zugang zu diversen Laboren und Radiologien. So konnten große und kleine Blutbilder oder bildgebende Scans von Körperteilen gemacht werden, um eine konkrete Diagnose stellen und eine passende Behandlung realisieren zu können.

Mit Hilfe dieses vielfältigen Angebots konnten vor Ort eine Vielzahl von Personen behandelt werden. Dazu zählte beispielsweise die ärztliche Betreuung von Diabetiker*innen, regelmäßige Impfungen und Routineuntersuchungen von Kindern, allgemeinmedizinische Behandlungen von Erkrankungen wie Grippe, Befundbesprechungen von Röntgenbildern, oder auch gynäkologische Untersuchungen von schwangeren Frauen.

Die medizinische Behandlung vor Ort war die Schnittstelle zwischen Patient*innen und der Organisation. Dies konnte maßgeblich durch die bewusste Vergabe von Ressourcen realisiert werden. Im folgenden Abschnitt wird thematisiert, wie Patient*innen durch organisatorische Abläufe kategorisiert und wie dadurch die medizinische Versorgung strukturiert wurde. Im Zentrum steht dabei die Frage, wie der diagnostische Prozess formale Voraussetzungen, Ressourcenverteilung und implizite Bewertungsmuster miteinander vereinte.

Wie Uchibori argumentiert, erlangen Ressourcen erst durch den Mensch und dessen Bedürfnissen an Relevanz. Dabei kann es sich sowohl um materielle Objekte, sowie um immaterielle und symbolisch aufgeladene Ressourcen handeln, die durch soziale und institutionelle Praktiken an Bedeutung gewinnen (Uchibori, 2011, S. 143; 145; 151–152). Somit ist Ressourcenverteilung, wie in Kapitel Zwei elaboriert, immer relational und moralisch aufgeladen. Ticktin zeigt beispielsweise durch ihre Arbeit über französische Gesetzgebungen, wie unterschiedlich sich Ressourcenverteilung materialisieren kann. Dabei wird Ressourcenverteilung durch politische Entscheidungen über den Körper, zur tragenden Säule der Geflüchtetenpolitik in Frankreich (Ticktin, 2011, S. 23–24; 91). Ähnlich wie Uchibori argumentieren auch

Tošić und Streinzer, dass Ressourcen in Relation zu Menschen und deren Verteilungsmechanismen entstehen, sowie ausgehandelt werden (Tošić & Streinzer, 2022, S. 3). Dadurch steht die Vergabe von Ressourcen im engen Austausch mit dem Konzept der Deservingness. Mittels Deservingness wird entschieden, wem welche Ressourcen zustehen. Diese Dynamik lässt sich in Brodwins Arbeit feststellen, wobei der Heilungsprozess von Patient*innen in Relation zu gesetzlichen Vorgaben bewertet und bei Stagnation durch Ressourcensanktionierung strukturiert wurde (Brodwin, 2011, S. 194; 197; 201; 205).

Um die analytische Stringenz und Begriffsverwendungen dieser Arbeit zu erklären, werde ich im Folgenden kurz ausholen und Beobachtungen thematisieren, auf die ich in Gänze in Kapitel 6.2. bis 6.4. eingehen werde.

Die Verbindung zwischen Deservingness, dem Vorhandensein und der Vergabe von Ressourcen war ein Phänomen, das ich in der NGO täglich beobachten konnte. Im Rahmen dieser Beobachtungen wurde deutlich, dass das Aushandeln von Ressourcen in einem Bewusstsein geschah, das verschiedenste Parameter mit einkalkulierte. Dazu zählte nicht nur das Vorhandensein von Ressourcen, sondern Parameter wie Alter, der Zustand des Körpers in Relation zu anderen Personen oder Annahmen über die Lebenssituation der Patient*innen. Die Vergabe von Ressourcen war demnach keine passive Verteilung von Gütern, sondern sie fußte auf aktiven Entscheidungen, die selektiv und situativ anhand von relationalen Faktoren getroffen wurden.

Durch diese Beobachtungen hat sich im Rahmen meiner Analyse der Begriff der „*ressourcenbewussten Verteilung*“ entwickelt. Dieser Begriff umfasst zwei Hauptcharakteristika. Zum einen grenzt er sich durch die Verwendung des Begriffs „*ressourcenbewusst*“ aktiv von einem defizitären Blickwinkel ab. Ein defizitärer Zugang zu Ressourcenverteilung suggeriert einen statischen Zustand, der den Akteur*innen der NGO einfach widerfährt und in dem sie keine Handhabe besitzen. Die „*bewusste*“ Verteilung, eröffnet hingegen eine Betrachtungsweise auf Ressourcenvergabe, die die Aktivität der Akteur*innen widerspiegelt. Sie lassen Verteilung dabei nicht einfach geschehen, stattdessen gestalten sie sie ganz bewusst mit den vorhandenen Mitteln. Die Vergabe von Ressourcen in der NGO wurde durch moralische Bewertungen, Ideen von Anspruch und biografische Zuschreibungen geformt, weshalb die zweite Haupteigenschaft des Begriffs die moralische Komponente darstellt. Im Zuge meiner Analyse wurde deutlich, dass es dabei nicht um die Frage ging, *ob* Patient*innen

medizinische Versorgung erhalten, sondern *welche* und anhand welcher Parameter dies entschieden wurde. Der Begriff soll dazu genutzt werden, zu illustrieren, inwieweit Abstufungen in der Versorgung gestaltet und Patient*innen dabei als vorrangig, sekundär oder nachrangig kategorisiert wurden. Durch die ressourcenbewusste Verteilung können pragmatische Entscheidungen hinterfragt werden, um so die moralischen Dimensionen von Deservingness in der Ressourcenvergabe zu analysieren.

Ressourcenbewusste Verteilung versteht sich dabei als eine notwendige Reaktion auf externe Bedingungen. Sie entsteht an einer Schnittstelle von aktiv gestalteter Versorgung und moralischer Bewertung. Jede Entscheidung der Akteur*innen folgt einer impliziten Gewichtung, die wiederum Strukturen der „Behandlungswürdigkeit“ reproduziert und so die Versorgung strukturiert. Durch den Begriff der ressourcenbewussten Verteilung lässt sich Deservingness in konkreten Versorgungspraktiken innerhalb der NGO feststellen.

Im Gegensatz zu der Organisation, wird das öffentliche Gesundheitssystem durch gesetzliche Vorgaben und das Sozialversicherungssystem strukturiert (Österle, 2005, S. 11; Bachner et al., 2019, S. 22). Hier definieren Kategorien, wie der Versichertenstatus, den Zugang zu Ressourcen. Während ressourcenbewusste Verteilung in der NGO aus einer Notwendigkeit heraus entsteht, gewährleistet die Pflichtversicherung einen Status Quo, der Versicherten einen standardisierten Zugang zu Diagnostik, sowie Behandlungen und somit zu Ressourcen garantiert (Allgemeines Sozialversicherungsgesetz, o.J.). Eine ressourcenbewusste Verteilung verlangt wiederum, Prioritäten in der medizinischen Versorgung zu setzen. Die Mitarbeiter*innen und Ärzt*innen der Organisation handeln nicht auf Basis staatlich regulierter Exklusionsentscheidung, sondern versuchen pragmatisch, die verfügbaren Ressourcen optimal zu verteilen. Somit beschreibt ressourcenbewusste Verteilung eine aktive und moralisch gerahmte Praxis, die durch strukturellen Gegebenheiten geprägt wird. Sie spiegelt eine strategische Verteilung von medizinischen Ressourcen durch Akteur*innen der NGO wider. Dabei handelt es sich um eine dynamische Verteilungsstrategie, die nicht per se bedarfsorientiert angewandt wird, sondern relational. Im Fokus steht dabei eine moralische Anspruchslogik von Deservingness, die jedes Mal situativ neu austariert wird (Willen & Cook, 2022, S. 70–72).

Die folgenden Kapitel widmen sich konkreten Fallbeispielen, die die zuvor skizzierten Dynamiken beleuchten. Ziel ist es, die relationale Verteilungslogik medizinischer Versorgung durch die NGO zu analysieren. Im Zentrum steht die Frage, wie Vorstellungen davon, wem welche Behandlung zusteht, die Vergabe von Ressourcen beeinflusst. So ergibt sich eine Perspektive auf die praktische Umsetzung von Deservingness in der Organisation. Es soll dabei analysiert werden, wie die Idee von Verdienstlichkeit in einem relationalen Aushandlungsprozess stattfindet und wie sich dieser anhand konkreter Praktiken zeigt.

6.1.1. Beschwerden greifbar machen

Um medizinische Versorgung anbieten zu können, wurden Beschwerden von Ärzt*innen durch Diagnosen systematisch greifbar gemacht. Dieser Prozess war eng mit administrativen Abläufen verwoben, wobei Patient*innen durch ein System dokumentiert, kategorisiert und verwaltet wurden. Wie sich dies konkret gestaltete, wird in den folgenden zwei Kapiteln tiefgehend thematisiert. Dafür werde ich zunächst den Ablauf eines Ordinationsbesuch in der NGO skizzieren, um ein Grundverständnis für die Patient*innenbetreuung zu etablieren. Daran anknüpfend wird die Symptombenennung im Fokus stehen und inwieweit diese medizinische Versorgungentscheidungen beeinflusst.

Die Patient*innen warteten bei einem klassischen Ordinationsbesuch durchschnittlich dreißig Minuten bis zu vier Stunden im Wartezimmer. Die Ordinationssitzung wurde dadurch eingeleitet, dass die Assistenz, die Patient*innen aufrief, in die Ordination begleitete und begann das Patient*innengespräch zu dokumentieren. Die Daten der Patient*innen wurden digital mit Hilfe einer Software erfasst (siehe Kapitel Fünf). Für die Patient*innen wurde dabei eine digitale Kartei erstellt, in der alle notwendigen Informationen in die Kategorien "Anamnese, Befund, Diagnose, Procedere" eingeordnet wurden. Dies geschah meist in Form von festgelegten Kürzeln oder lateinischen Begriffen. Nach der Vorerfassung durch die Assistenz, prüften die Ärzt*innen die Texte und kürzten sie meist ein weiteres Mal. Ganze Sätze wurden dabei durch standardisierte Begriffe ersetzt. Ziel war es dabei den Arbeitsalltag und Anschlussbehandlungen effizienter zu gestalten

Das Anamnesegespräch fand zwischen dem*der Ärzt*in und dem*der Patient*in statt und startete zunächst mit einer Schilderung der Beschwerden des*der Patient*in.

Diese Etappe diente dazu, den aktuellen Gesundheitszustand zu benennen, Befunde zu besprechen und um anschließend konkrete Diagnosen stellen zu können. Nachdem eine Diagnose erstellt wurde, teilten Ärzt*innen den Betroffenen weitere Behandlungsstrategien (Procedere) mit. In den meisten Fällen ging dies mit der Verschreibung von Medikamenten einher, die Patient*Innen in der NGO-internen Apotheke abholen konnten, sofern sie vorhanden waren. Nach Bedarf wurden darüber hinaus Überweisungen für Fachärzt*innen, kooperierende Labore, oder Radiologien erstellt.

Trotz des standardisierten Vorgangs wurden nicht automatisch alle Beschwerden dokumentiert. Stattdessen entschieden die Ärzt*innen darüber, welche Beschwerden sie als „dokumentationswürdig“ empfanden und was dementsprechend medizinisch weiterverfolgt wurde. Welche Daten erfasst wurden war somit nie neutral. Die Selektion geschah nicht nur aus organisatorischen Gründen, sondern um schnell und effizient mit den vorhandenen Ressourcen arbeiten zu können.

Was diese Selektivität im gesamtheitlichen Kontext bedeutet und inwieweit Beschwerden dabei relevant sind, soll in den folgenden Kapiteln eingehend analysiert werden.

6.1.1.1. Symptombenennung

Einer der zentralen Prozesse in der Versorgung von Patient*Innen war die Diagnose. Das zuvor beschriebene Vorgehen strukturiert den Zugang zu medizinischer Versorgung, indem es Beschwerden beispielsweise nach der Dringlichkeit ordnete. Die Diagnostik war dabei eine formale Voraussetzung, um medizinische Leistungen durch die NGO zu erhalten. Dabei unterschieden die Ärzt*innen zwischen individuellen Beschwerden und ärztlich deklarierten Symptomen. Im Sinne Arthur Kleinmans stellten Beschwerden dabei das subjektive Krankheitserleben (illness) der Patient*innen dar, während Symptome von Ärzt*innen erkannt und mittels Diagnosen (disease) deklariert wurden (Kleinman, 2020, S. 24–26). Dieser Prozess bildet die Grundlage für medizinische Versorgungsentscheidungen. Innerhalb der NGO war diese Klassifizierung notwendig, da medizinische Ressourcen erst nach einer Diagnose vergeben werden durften. Diese Regelung verlangte, dass auch uneindeutige Beschwerden in eine diagnostische Kategorie eingeordnet werden mussten. Orientiert man sich an Hanna Kienzler, so ist diese Distinktion entscheidend für den Übergang von einem Individuum mit subjektiven Beschwerden hin zu eine*r

Patient*in mit behandelbaren Symptomen (Kienzler, 2020, S.60). Das Erkennen, Benennen und Erfassen von Symptomen kreiert, laut Kienzler, Patient*innen, die passend *gemacht werden*. Diagnosen entstehen dabei laut Kleinman in einem Spannungsfeld zwischen biomedizinischer Klassifikation und sozialen Bewertungen (Kleinmann, 2020, S. 26; 36-37; 231-232). Der Prozess der Symptombenennung war somit nie rein objektiv, wodurch undiagnostizierbare Personen einen eingeschränkten Zugang zu umfassender Versorgung erhielten (Kleinmann, 2020, S. 26–27; 76–78). Konkret betraf dies Patient*innen mit fehlenden Entzündungswerten, sowie chronischen oder psychosomatischen Schmerzen, worauf ich in den Kapiteln 6.2. und 6.3. konkret eingehen werde. Die Diagnose war eine notwendige Voraussetzung für die medizinische Versorgung, garantierte aber nicht automatisch passende Behandlungen. Weitere Behandlungsmaßnahmen waren in zweiter Instanz immer an verfügbare Ressourcen der NGO gekoppelt.

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass der erste Schritt der medizinischen Versorgung in der Symptombenennung und der daran anschließenden Diagnostik lag. Sie bildeten eine strukturierte Grundlage für Behandlungsstrategien. Im folgenden Abschnitt wird analysiert, wie sich diese Strategien manifestieren und welche Rolle dabei Priorisierungslogiken spielen.

6.2. Medikamente

Eine der gängigsten Behandlungsformen war die Therapie unter Verwendung von Medikamenten. Aufgrund dessen widmet sich der folgende Abschnitt der beobachteten Verteilungslogik im Rahmen der Arbeit der NGO. Hierzu werden ausgewählte Fallbeispiele herangezogen, um zu veranschaulichen, wie Medikamente vergeben werden, welche Funktionen sie in der NGO übernehmen und inwiefern sich dabei moralische Bewertungen im Sinne der Deservingness abbilden.

Die medizinische Versorgung der Patient*innen durch Medikamente war in der NGO ein essenzieller Bestandteil der Behandlung. Sie dienten als unmittelbare Reaktion auf akute Beschwerden, als längerfristige Versorgungsmaßnahme, oder als Reaktionen auf Beschwerden und Symptome, die außerhalb der Behandlungsmöglichkeiten lagen. Ihre Verteilung war dabei nicht allein medizinisch

motiviert, sondern eng mit Fragen nach Verfügbarkeit, Notwendigkeit oder diagnostischen Möglichkeiten verbunden. Medikamente prägten das strukturelle Angebot der NGO. Auch wenn es sich bei der Ausgabe von Medikamenten um eine der wesentlichen Versorgungsmaßnahmen handelte, war diese an die strukturellen Kapazitäten der NGO gekoppelt. In diesem Sinne bedurfte es der ressourcenbewussten Verteilung. Im Interview mit Lena erklärt sie mir, dass Patient*innen häufig zur Organisation kamen, um ihre kostenfreie Dauermedikation abzuholen.

[...] Da bekommen sie das dann [die Medikamente] und müssen dafür nicht bezahlen. Es kommen aber auch oft Menschen und holen sich einfach ihre Dauermedikation ab, wenn sie halt regelmäßig auch beim Arzt waren. Also wenn sie jetzt ewig nicht mehr da waren, geht das nicht, dass die einfach so sagen, sie brauchen ihre Medikamente, da müssen sie vorher nochmal zum Arzt [...].

Der Auszug verdeutlicht, dass der Zugang zu Medikamenten einerseits ein integraler Bestandteil der kontinuierlichen Versorgung war und andererseits an Bedingungen geknüpft wurde. Regelmäßige Ordinationssitzungen mit den Ärzt*innen waren für die Medikamentenvergabe eine Voraussetzung. Die NGO unterschied dabei zwischen regelmäßig und unregelmäßig betreuten Patient*innen. Zudem wurden Medikamente nicht an Dritte abgegeben, um eine unkontrollierte Medikamentenvergabe zu vermeiden.

Im Austausch mit Ärzt*innen wurde klar, dass Medikamentenvergabe häufig eine der ersten und primären Behandlungsstrategien darstellte. Grund dafür war, dass therapeutische Maßnahmen wie Physiotherapie, chirurgische Eingriffe, Psychotherapie, oder langfristige Behandlungen für beispielsweise Krebspatient*innen, durch fehlende Ressourcen nicht angeboten werden konnten. Insbesondere bei chronischen Schmerzpatient*innen, orthopädisch oder psychosomatisch bedingten Beschwerden stand die Medikamentenvergabe im Fokus. Hierbei lässt sich ein Phänomen erkennen, das Kleinman in seiner Arbeit konkret benennt – Patient*innen, deren Beschwerden schwer diagnostisch greifbar sind, erfahren häufig eine begrenztere Zuwendung in der medizinischen Versorgung (Kleinman, 2020, S. 26–27; 36–37).

Diese Behandlungsmuster beschränkten sich nicht auf Patient*innen mit psychosomatischen Beschwerden, sondern waren in verschiedenen Bereichen beobachtbar. Im Folgenden verdeutlichen ausgewählte Feldbeobachtungen das diagnostische Verfahren und die daran anknüpfenden Behandlungsstrategien.

6.2.1. Die Funktion von Medikamenten

6.2.1.1. Psychosomatische Beschwerden

Wie bereits erläutert, stellt das Verschreiben von Medikamenten mehr als nur eine medizinische Behandlungsstrategie dar, sondern ist eng mit ressourcenbewusster Verteilung verwoben. Die Vergabe von Medikamenten ist nicht nur medizinisch motiviert, sie repräsentiert auch strukturelle Entscheidungen. Im Folgenden sollen drei Fallbeispiele analysiert werden, die insgesamt fünf Ärzt*innen-Patient*innen-Interaktionen umfassen und exemplarisch veranschaulichen, wie die Verteilung von Medikamenten durch unterschiedliche Aspekte der Deservingness geprägt ist.

Dieses Fallbeispiel bezieht sich auf eine komplette Ordinationssitzung im Rahmen der orthopädischen Ordination, in der ich als Assistenz anwesend war. Während der Ordinationssitzung wurden sieben Patient*innen behandelt, wovon mehrere bereits seit Jahrzehnten ärztlich durch die NGO betreut wurden. Der*Die behandelnde Ärzt*in erklärte mir im privaten Gespräch, dass viele der Patient*innen mit psychosomatischen Beschwerden zu kämpfen hätten, weshalb er*sie vorsichtig damit sei Falschdiagnosen zu stellen. Viele der Betroffenen hätten eine unaufgearbeitete, traumatische Vergangenheit durch Flucht- oder Kriegserfahrungen, die sich in Form von Schmerzen im Körper äußern würden. Den Betroffenen wurden Sportübungen empfohlen, Schmerzmittel verschrieben oder schmerzlindernde Spritzen verabreicht. Häufig folgend mit einer Empfehlung, dass sie jederzeit wiederkommen könnten, sollten sie weitere Spritzen oder Ähnliches benötigen. Konnten die Beschwerden keinen physiologischen Ursachen zugeschrieben werden, wurde automatisch von einem psychosomatischen Ursprung ausgegangen. Die Patient*innen selbst erwähnten nicht, dass sie davon ausgingen, dass ihre Beschwerden eventuell im Zusammenhang mit Traumata stehen könnten.

Im Zuge der schriftlichen Anamnese und Diagnose wurde auf den Verdacht von psychosomatischen Beschwerden kaum hingewiesen. Wenn dahingehend ein schriftlicher Vermerk stattgefunden hat, dann ausschließlich in einem direkten

Zusammenhang mit einer Überweisung zu einem Psychiater. Ziel war es, dass die Patient*innen ihre Symptome erneut mit dem Psychiater besprechen, um im Anschluss medikamentös eingestellt werden zu können.

Alle Patient*innen erhielten ein Mindestmaß an Behandlung, unabhängig davon, ob eine Diagnose gestellt werden konnte oder nicht. Zentral bei diesem Fallbeispiel ist somit, dass medizinische Versorgung auf einem Basislevel für alle gewährleistet wurde. Dies geschah maßgeblich durch die Vergabe von Medikamenten. Die Frage ist dabei also nicht, *ob* eine Person versorgt wird, sondern *wie*. Versorgungswürdigkeit wurde dabei über implizite relationale Einschätzungen ausgehandelt.

Konkret bedeutete das in Fällen, in denen keine physiologische Ursache festgestellt werden konnte, dass die Beschwerden auf einen psychosomatischen Ursprung zurückgeführt wurden. Dies beschreibt Kleinman als ein klassisches Phänomen im Rahmen der Diagnostik von psychosomatischen Zuschreibungen (Kleinman, 2020, S. 118). Dabei wird laut Kleinman Patient*innen eine Diagnose zugeschrieben, ohne in Gänze die Beschwerden untersucht zu haben (Kleinman, 2020, S. 149–150).

Im Fallbeispiel blieben die besprochenen Behandlungsmöglichkeiten bewusst bei einer symptomatischen Linderung durch Medikamente.

Auffällig war dabei, die Differenz zwischen den diagnostischen Gesprächen die der*die behandelnde*r Ärzt*in mit den Patient*innen hatte und dem tatsächlich vermuteten Ursprung, den er*sie mit mir kommunizierte. Patient*innen erhielten dabei eine medikamentöse Versorgung, ohne dass die ärztliche Einschätzung transparent kommuniziert wurde. Dadurch wurden die Betroffenen nicht aktiv in den Entscheidungsprozess eingebunden. Die Verteilungslogik orientiert sich somit an den verfügbaren Ressourcen, anstatt der Komplexität der Symptome.

Hierbei lässt sich eine implizite moralische Bewertung der Patient*innen beobachten. Ticktin hat in ihrer Arbeit illustriert, dass moralische Kategorien häufig nicht explizit formuliert, sondern durch Handlungen ausgeführt werden (Ticktin, 2011, S. 9; 12; 22; 90–99). So besteht auch in dem Fallbeispiel keine offene Ablehnung der medizinischen Versorgung, stattdessen wurde der Zugang anhand von unausgesprochenen Annahmen über die Personen reguliert. Hier lässt sich das Argument von Willen und Cook anführen, dass Strukturen von Deservingness in subtilen Alltagspraktiken gefestigt werden (Willen & Cook, 2022, S. 70–72).

Was das Fallbeispiel dabei veranschaulicht ist, dass Deservingness strukturell und nicht entlang einer klaren Trennlinie von behandelbar oder nicht behandelbar ausverhandelt wurde. Stattdessen wurde der Anspruch auf medizinische Versorgung, die über Medikamentenvergabe hinausging, durch medizinischen Handlungsrouinen sichtbar, die durch Einschätzungen von Relevanz und Machbarkeit über die Art und Tiefe der Behandlung entschieden haben. Damit ist die Medikamentenvergabe nicht nur medizinisch, sondern infrastrukturell geformt. Die NGO etablierte so durch eine ressourcenbewusste Verteilung eine flächendeckende Grundversorgung, wobei Beschwerden unterschiedlich gewichtet wurden.

6.2.1.2. Scabies

Im Folgenden werde ich detailliert von der Hautkrankheit Scabies berichten, um ein Bild zu schaffen, was für eine erfolgreiche Heilung notwendig ist und inwieweit dies in Relation zu Behandlungsentscheidungen steht.

Eine*r der Ärzt*innen erklärte mir in einer Ordinationssitzung, dass die Infektion Scabies (Krätze) eine hoch ansteckende Hautkrankheit sei, die durch Körperkontakt mit infizierten Personen und Gewand übertragen werden kann. Zu dem Zeitpunkt der Feldforschung trat diese seit 2020 vermehrt auf. Besonders betroffen waren laut dem*der Ärzt*in Personen, die in Unterkünften für geflüchtete Menschen, Wohnheimen oder in anderen engen Wohnsituationen lebten. Laut der Ärzt*innen handelte es sich dabei um eine Infektion, bei der der Weg von den Beschwerden hin zu einer Diagnose und einer erfolgreichen Behandlung lang sein könne.

Ein*e Ärzt*in erklärte mir, um eine erfolgreiche Behandlung gewährleisten zu können, bedarf es in der Regel einer zyklischen Kombinationstherapie aus einer Salbe und Tabletten, sowie gründlichem Waschen und Isolieren des potenziell infizierten Gewands. Grund dafür sei, so ein wiederkehrende Infektion ausschließen zu können. Könnten diese Parameter nicht umgesetzt werden, gestaltete sich das Erreichen einer erfolgreichen Behandlung meist komplizierter.

In jeder Sitzung, in der ich als Assistenz in der Allgemeinmedizin anwesend war, gab es mindestens eine infizierte Person. Zeigten Patient*innen die klassischen Symptome der Hautkrankheit, wurden ihre Beschwerden diagnostiziert und ihnen wurde die Salbe

verschrieben. Viele der Patient*innen waren zum wiederholten Mal mit den gleichen Symptomen vor Ort. Auffällig war dabei, dass die Ärzt*innen die oben beschriebenen Parameter nicht mit Betroffenen besprachen und ihnen keine zyklische Kombinationstherapie (Tabletten *und* Salbe) anboten. Ein*e Ärzt*in erklärte mir, der Grund dafür sei, dass die Betroffenen häufig nicht die notwendigen Vorkehrungen treffen könnten, um Scabies erfolgreich zu behandeln. Diese Schlussfolgerung und ihr Einfluss auf die Behandlungsstrategie wurde nicht mit den Patient*innen kommuniziert. Während meiner Rolle als Assistenz konnte ich keine Situation beobachten in der mit den Patient*innen alle notwendigen Bedingungen für eine erfolgreiche Behandlung besprochen wurden. Während der Ordinationssitzung haben keine Dialoge darüber stattgefunden, wie die Lebensumstände der Patient*innen waren. Die Grundlage der Behandlungsstrategien lag somit auf Annahmen der Ärzt*innen über die Patient*innen. Ärzt*innen antizipierten eine erfolglose Behandlung basierend auf den hypothetischen Lebensumständen, ohne die notwendigen Informationen über die Betroffenen zu haben. Sie konnten also mit den vorliegenden Daten und Gesprächen nicht antizipieren, ob die Lebensumstände der Patient*innen eine positive Behandlung zuließen oder nicht.

Was sich dabei beobachten ließ, war eine Bewertung der Ärzt*innen über die Patient*innen, was einen direkten Einfluss auf das Behandlungsangebot hatte. Besonders prägnant war dabei, dass eine konkrete Diagnose vorlag, die mit den vorhandenen Ressourcen hätte behandelt werden können. Der Entschluss der Ärzt*innen sich dennoch gegen eine vollumfassende Behandlung zu entscheiden, fußte auf generalisierten Vorstellungen über die Betroffenen. Dadurch erhielten die Patient*innen nicht die medizinische Versorgung, die sie benötigt hätten.

In diesen Strukturen lassen sich konkrete und ambivalente Vorstellungen von Verdienstlichkeit wiedererkennen. Ähnlich wie im Fallbeispiel zuvor, wurde dabei eine medizinische Grundversorgung durch Medikamente gewährleistet. Der entscheidende Aspekt liegt dabei in der geringen Behandlungseffektivität der Grundversorgung, die von den Ärzt*innen antizipiert und dennoch angeboten wurde. Die moralische Bewertung über die Patient*innen stand somit konträr zu ihrem Versorgungsanspruch. Anhand dessen lässt sich festhalten, dass ressourcenbewusste Verteilung nicht automatisch in einer direkten Relation zu vorhandenen Mitteln stand, sondern durch implizite Wertungen geformt wurde. Dies wurde sichtbar, wenn medizinische Entscheidungen nicht nur eine faktenbasierte Grundlage hatten, sondern moralisch

bewertet wurden. Dabei entstand eine Dynamik, die Ärzt*innen als ernüchternd beschrieben.

In Gesprächen erklärten sie mir, dass es bei solchen Versorgungsentscheidungen nicht darum gehe, Patient*innen schnellstmöglich zufriedenzustellen. Vielmehr würden sie versuchen, den Betroffenen ein Gefühl von Anerkennung zu vermitteln, auch dann, wenn sie eine ineffektive Behandlung vermuteten.

Relevant an dieser Aussage ist, dass der Ursprung der benannten Ernüchterung in implizierten Bewertungsmustern liegt. Ärzt*innen erkannten dabei ein Gefühl der Ernüchterung, die Betroffenen (nach ihrem Ermessen) nicht adäquat behandeln zu können. Die artikulierten Ernüchterung und die daraus erfolgten Behandlungen sind somit ein Resultat von internalisierten Vorstellungen von Ärzt*innen über Betroffene.

Ein*e Mitarbeiter*in beschrieb in einem Interview, dass sie das Phänomen wiederkehrend beobachtet habe, dass Ärzt*innen Patient*innen in die medizinische Versorgung nur eingeschränkt einbeziehen. Darin erklärt er*sie, dass Ärzt*innen dauerhaft über einen langen Zeitraum Medikamente verschreiben, ohne das Patient*innen wissen, weshalb sie diese einnehmen.

Hierbei lässt sich erneut der Bogen zu einer Verteilungslogik spannen, die durch das Konzept der Deservingness geprägt ist (Willen & Cook, 2022, S. 70–75). Das Verschreiben von Medikamenten wird zu einer fortlaufenden Praxis, die eine Kontinuität in der Versorgung ermöglicht, Patient*innen dabei jedoch ohne ausreichende Aufklärung der Behandlungsprozesse in eine passive Rolle versetzt. Die Teilhabe an der medizinischen Aufklärung wird durch moralische Bewertungen geformt und ist somit Ausdruck einer selektiven Versorgungspraxis.

6.2.2. Medikamente in der ressourcenbewussten Verteilung

Die beiden Fallbeispiele illustrieren, dass Deservingness durch selektive Diagnosen und Behandlungen in medizinische Versorgungsstrukturen einfluss. Der selektive Zugang wurde dabei durch Bewertungen von Ärzt*innen über Patient*innen strukturiert. Medikamentenvergabe fungierte dabei als ein Instrument ressourcenbewusster Verteilung, wodurch mitunter eine medizinische Grundversorgung gewährleistet werden konnte.

Der Unterschied zwischen den beiden Beispielen liegt darin, wie Deservingness in ihrer Praxis ausverhandelt wurde und weshalb. Wie bereits zuvor angeschnitten, geht es dabei nicht darum, *ob* eine Person Versorgung erhielt, sondern *wie*.

Während im ersten Fallbeispiel der diagnostische Prozess mittels psychosomatischer Zuschreibungen ein schnelles und vages diagnostisches Ende fand, war im zweiten Fallbeispiel eine Diagnose vorhanden. Bei beiden wurden symptomlindernde Behandlungsansätze priorisiert. Im Fall der orthopädischen Ordinationssitzung lag die moralische Bewertung in der Entscheidung, bestimmte Beschwerden diagnostisch nicht weiter zu verfolgen. Im Fall der Scabies wurde Deservingness noch konkreter ausgehandelt. Dabei wurde trotz bestehender Diagnose und verfügbaren Ressourcen entschieden, keine zielführende Behandlung mit den Patient*innen zu realisieren. Beide Beispiele haben gemein, dass diese moralischen Aushandlungen im Hintergrund stattfanden, ohne aktiv mit den Betroffenen einen Dialog über potenzielle Annahmen zu führen. Die moralische Bewertungs- und Entscheidungsgrundlage der Ärzt*innen fußte in generalisierenden Vorstellungen über die Patient*innen. Dabei wurde sich nicht aktiv am Konzept der Deservingness orientiert, vielmehr war sie ein unterschwelliger Faktor in Behandlungsentscheidungen. Die Medikamentenvergabe wurde so zu einer Schnittstelle von medizinischer Versorgung und moralischer Bewertung.

Aus meinen Beobachtungen lässt sich der Schluss ziehen, dass ein zentraler Teil der medizinischen Grundversorgung, durch die Vergabe von Medikamenten gewährleistet wurde. Aufgrund der verfügbaren Ressourcen und dem niedrigschwelligen Zugang zu Medikamenten, führte das dazu, dass in vielen Fällen auf weitere Behandlungsschritte verzichtet wurde, die möglicherweise notwendig gewesen wären. Das zeigt, dass in einem Setting, in dem ressourcenbewusste Entscheidungen getroffen werden müssen, solche Muster nicht willkürlich entstehen, sondern als Reaktion auf strukturelle Rahmenbedingungen. Die Medikamentenvergabe fungierte dabei als niederschwellige und ressourcenschonende Lösung.

6.3. Körperbasierte Entscheidungen

Die Vergabe von Medikamenten stand im direkten Zusammenhang mit der körperlichen Beschaffenheit der Patient*innen. In diesem Kapitel wird untersucht wie der Körper als entscheidender Faktor diente, um Behandlungsentscheidungen zu

begründen. Dabei wird gezeigt, wie der Zustand des Körpers, seine potenziellen Heilungschance, das Alter und chronische Krankheitsverläufe die Entscheidungen um ressourcenbewusste Verteilung beeinflusste. Mit Hilfe von Fallbeispielen wird dargelegt, wie Ressourcen in Relation zu der Physiologie der Patient*innen vergeben wurden und inwieweit dabei moralische Zuschreibungen eine Rolle spielten. Dabei soll analysiert werden inwieweit der Körper als Filter von impliziten Annahmen diente und die Art der Behandlung dadurch mittels ressourcenbewusste Verteilung geformt wurde.

6.3.1. Antizipierte Entwicklung des Körpers

Die ausgewählten Fallbeispiele illustrieren exemplarisch, wie das medizinische Personal den Zustand des Körpers anhand von Parametern wie Alter, Physik oder Lebensumständen bewertet und anhand dessen Ressourcenallokation verwaltet hat. Elementar waren dabei relationale Entscheidungsmuster, die durch Vorstellungen von Deservingness geformt wurden. Im Folgenden soll analysiert werden, wie dies im Rahmen medizinischer Versorgung zum Tragen kam.

Im Rahmen der allgemeinmedizinischen Ordination wurde eine adipöse 85-jährige Person behandelt. Der*die Patient*in klagte über Schmerzen an der Hüfte und Wirbelsäule, woraufhin der*die Ärzt*in dem*der Betroffenen eine schmerzlindernde Infusion verabreichte. Währenddessen erkundigte sich der*die Patient*in, ob eine Überweisung für ein MRT möglich wäre, um den Schmerz zu lokalisieren. Dies verneinte der*die Ärzt*in ohne Begründung. Im Zuge dessen versicherte sie dem*der Patient*in, dass er*sie wöchentlich vorbeikommen könne, um die schmerzlindernde Infusion zu erhalten. Im Anschluss daran, erklärte mir der*die Ärzt*in im Privatgespräch, dass er*sie den Verdacht habe, dass die Schmerzen an der Wirbelsäule von dem Übergewicht der Person herrühren würden und dass in diesen Fällen keine Überweisungen für ein MRT ausgestellt werden können. Grund dafür sei, dass er*sie die freien MRT-Plätze nicht ausreizen wolle. Er*sie erklärte weiter, dass die NGO nur über ein bestimmtes Kontingent an freien Plätzen verfüge und die Lebenserwartung der 85-jährigen Person „einfach nicht so hoch wie vielleicht bei anderen Patient*innen“ sei. Aufgrund dessen wollte er*sie das Kontingent nicht strapazieren, und den Platz nicht an jemanden „verschenken“, dessen Lebenserwartung nicht mehr so hoch sei, wie von einer Person, die beispielsweise 35

Jahre alt sei. Im Rahmen des Gespräches erklärte er*sie, dass das Alter der Person zu hoch sei, um fundamentale Veränderungen realisieren zu können, die tatsächlich etwas an der physiologischen Verfassung und den Beschwerden ändern würden. Demnach sei eine intravenöse Schmerzbehandlung die beste Lösung, um die Symptome zu lindern, da die Ursache nicht bekämpft werden könne.

In dem Zeitraum meiner Feldforschung war der*die Betroffene wöchentlich bei der NGO, um eine schmerzlindernde Infusion zu erhalten.

Auch in diesem Szenario, war die Diskrepanz des artikulierten Befunds zwischen Ärzt*in und Patient*in abweichend von der Interaktion, die ich anschließend mit dem*der Ärzt*in erlebt habe. Der vorgeschlagene Lösungsansatz, lag primär darauf, mittels Infusionen Symptome zu lindern. Präsent war dabei, wie auch in den Beispielen aus Kapitel 6.2., dass der vermutete Ursprung der Beschwerden (in dem Fall Adipositas) nicht mit dem*der Patient*in geteilt wurde.

In der Aussage, den MRT-Platz nicht an den*die Patient*in „verschenken“ zu wollen, um ihn für eine Person aufzusparen „die es mehr braucht“, lässt sich eine grundlegende Dynamik der relationalen, ressourcenbewussten Verteilung erkennen. Diese Behandlungsentscheidungen reproduzieren laut Willen und Cook eine gesundheitsbezogene Deservingness, die nie ausschließlich anhand von Diagnosen oder Symptomen ausgehandelt wird (Willen & Cook, 2022, S.74) .

Dabei entschied der*die Ärzt*in, welche Art der Behandlung die Person *verdient* hatte. Dies geschah nicht nur anhand medizinischer Notwendigkeiten. Stattdessen erfolgte eine Bewertung der physiologischen Verfassung des*der Patient*in in Relation zu der potenziellen Heilungschance und erwartbaren Lebensdauer. Die von dem*der Ärzt*in aufgrund von Alter und Übergewicht als irreversibel eingeschätzte Diagnose, hatte einen direkten Einfluss auf den Zugang zum vorhandenen MRT-Kontingent. Die ärztliche Entscheidung hin zur Infusion war demnach eine pragmatische Implementierung von ressourcenbewusster Verteilung. Darin lässt sich erkennen, dass Deservingness nicht als abstraktes Konzept in die NGO eingeschrieben war, sondern konkret in medizinischen Entscheidungen sichtbar wurde.

Auch hier lassen sich Strukturen erkennen, die zuvor mit Hilfe von Kleinman analysiert wurden. Die chronischen Beschwerden der 85-jährigen Person wurden als weniger relevant eingestuft als Symptome eines*einer hypothetischen zukünftigen Patient*in.

Nach dieser Logik verdiente eine hypothetische junge Person den MRT-Platz mehr als die reale 85-jährige Person mit akuten Beschwerden. Kleinman beschreibt, dass die Behandlung von chronisch kranken Menschen häufig sekundär behandelt wird, da sie nicht in klassische Raster der diagnostischen Logik fallen (Kleinmann, 2020, S. 36–37). Diese Art von Deservingness basierte nicht auf einer rein formalen Ebene, sie entstand in Relation zu der Physiologie der Patient*innen, die subjektiv durch Ärzt*innen bewertet wurden. Dabei beruhte die Vergabe von Ressourcen nicht nur auf binären Faktoren wie „behandelbar“ oder „nicht-behandelbar“. Stattdessen existierte eine komplexe Priorisierungslogik, die anhand einer Vielzahl unterschiedlichster Parameter wie Alter, Kontingent oder Heilungschance bemessen wurde und über Behandlungsstrategien entschieden.

Der*Die Ärzt*in nahm die Beschwerden des*der Patient*in ernst, er*sie nahm sich Zeit der betroffenen Person zuzuhören und versuchte zu erklären, dass das Verabreichen der Infusion die beste Lösung für die Umstände sei, in denen sie sich befand. Der*Die Ärzt*in verstand die Symptome als eine reale Belastung, die den Lebensalltag der Person einschränkte und bot dementsprechend Hilfsmittel an, dies zu beheben – in Relation zu den situativ vorhandenen Möglichkeiten.

Dies illustriert beispielhaft, wie Ärzt*innen eine Balance zwischen Anerkennung der Beschwerden und Ressourcenverteilung finden mussten. Das folgende Fallbeispiel soll als Ergänzung dieses Sachverhalts dienen und die diversen Entscheidungsmechanismen aufzeigen.

In einer weiteren allgemeinmedizinischen Ordinationssitzung wurde eine etwa 50-jährige stark adipöse, obdachlose Person mit einer hochgradig infizierten Wunde am Bein behandelt. Der*Die Ärzt*in erklärte dem*der Patient*in, dass es wichtig sei, einmal die Woche in der NGO vorbeizukommen, um die Wunde reinigen und neu verbinden zu lassen. Der*Die Ärzt*in gab der Person Schmerztabletten mit und erklärte, dass sie jederzeit nach weiteren Tabletten fragen könne, sobald diese aufgebraucht seien. Nachdem die Wunde gereinigt und neu verbunden wurde, erklärte mir der*die Ärzt*in im privaten Gespräch, dass dieser Infekt mit dem Gewicht des*der Patient*in zusammenhing. Da die Person stark adipös sei, würden die Venen nicht richtig durchblutet werden, wodurch die Wunden regelmäßig wiederkehrend würden. Normalerweise könne man in solchen Fällen etwaige Behandlungen anbieten, dies

würde aber aufgrund der Lebenssituation des*der Betroffenen „nicht großartig etwas an dem Zustand ändern“, weshalb er*sie dies nicht in Erwägung zog. Im Zeitraum meiner Feldforschung war die betroffene Person einmal pro Woche vor Ort, um die Wunde reinigen und neu verbinden zu lassen.

Auch in diesem Fall, hat der*die Ärzt*in die Beweggründe für die Behandlungsstrategie nicht mit der betroffenen Person geteilt.

Im Gegensatz zu dem Fall der 85-jährigen Person, war bei diesem Beispiel das Alter des*der Patient*in sekundär. Stattdessen haben die Lebensumstände der Person die Behandlungsstrategie des*der Ärzt*in maßgeblich geprägt. Willen und Cook erklären, dass die Biografie einer Person einen direkten Einfluss darauf haben kann, was ihr als verdient zugeschrieben wird (Willen & Cook, 2022, S. 73–75). Ein Umstand, der in beiden Fallbeispielen beobachtet werden konnte.

Durch diese Entscheidung lag der Fokus auf symptomatischen Behandlungen. Dies geschah durch die Vergabe von Schmerzmitteln und dem wöchentlichen Mullbindenwechsel. Eine Überweisungen zu weiteren Ärzt*innen, wie der Inneren Medizin, wurde nicht in Betracht gezogen.

Das Ziel der Behandlung war demnach die Stabilisierung der betroffenen Person, nicht die Besserung, wodurch der gesundheitlichen Zustand stagnierte. Grund dafür war die Annahme und somit die Bewertung darüber, dass die Lebensbedingungen des*der Patient*in keine Veränderung im Heilungsprozess zuließen.

Dabei wurden Ressourcen nicht in Referenz zu anderen hypothetischen Patient*innen vergeben, sondern durch implizite Einschätzungen der individuellen Lebensrealität der Person und ihren potenziellen Heilungschancen. Diese Annahmen des*der Ärzt*in fungierten wie ein impliziter, wertender Filter, durch den Versorgung moralisch gerahmt wurde. Ähnlich wie Willen und Cook, erkennt auch Willen, dass Stereotype über Personengruppen die Art und Weise der Gesundheitsversorgung fundamental beeinflussen (Willen, 2011, S. 813–814). Auf Basis dieser Annahmen traf der*die Ärzt*in eine Entscheidung darüber, welche Form von Behandlung angemessen (und somit als verdient) erschien.

Die beiden ausgewählten Fallbeispiele zeigen exemplarisch, dass die medizinische Versorgung der NGO in Relation zur antizipierten Heilungschance strukturiert wurde. Dabei hatten Faktoren wie Alter, Gewicht oder Lebensumstände einen direkten

Einfluss auf die angebotenen Behandlungsstrategien. Das folgende Beispiel veranschaulicht, dass diese Vorgehensweise auch bei Patient*innen zutrifft, wo eine Diagnose bereits vorlag.

6.3.2. Spannungsfeld: Diagnose

Im Rahmen eines Anamnesegespräches schilderte ein*e Patient*in, dass er*sie ein Taubheitsgefühl in der Hand spüren würde. Die Person hatte aufgrund der Beschwerden bereits ein MRT in Russland machen lassen, woraufhin der*die Patient*in eine Diagnose erhielt und medikamentös eingestellt wurde. Der*Die Patient*in schilderte, dass die Symptome danach für einige Zeit verschwunden waren, sie aber zurückgekehrt seien. Daraufhin fragte der*die Ärzt*in die Person, wie die Symptome behandelt werden könnten, damit sie sich wieder wohlfühlen könne. Der*Die Patient*in erwiderte, ob es möglich wäre ein MRT zu machen, was der*die Ärzt*in verneinte. Laut des*der Ärzt*in würde es „nichts bringen“ ein weiteres MRT zu machen, da bereits ein Befund und eine Diagnose durch das russische MRT vorläge. Er*Sie erklärte der Person, dass ein weiteres MRT diese Diagnose „nur belegen“ würde und „man schon wüsste, wo das Problem läge“. Stattdessen bot er*sie dem*der Patient*in Medikamente gegen das Taubheitsgefühl an und empfahl Sportübungen. Nach der Ordinationssitzung erklärte mir der*die Ärzt*in, dass er*sie Kassenpatient*innen diesen Wunsch erfüllt hätte, auch dann, wenn klar wäre, dass dies nichts an der Diagnose und dem Befund ändern würde. Er*sie erklärt, dass die NGO nicht über das nötige Kontingent verfüge, „um einfach so jemandem einen MRT-Termin zu verschreiben“. Stattdessen würde man als behandelnde Ärzt*in das beschränkte Kontingent, für Patient*innen aufsparen, wo ein MRT-Termin tatsächlich essenziell sein könnte. Weiter schilderte er*sie, dass sich die Behandlungsstrategie bei neuen Symptomen, wie einer Lähmung, verändert hätte. Dabei hätte es sich um einen potenziellen Ausnahmefall handeln können, der weitere Schritte „legitimieren“ würde. Da dies jedoch nicht auf den*die Patient*in zutreffen würde, müsse er*sie „sich mit diesem Taubheitsgefühl arrangieren“. Er*Sie sei der Annahme, dass die Beschwerden einen neuronalen Ursprung haben, oder von der Bandscheibe kämen. Das würde er*sie jedoch nicht konkret wissen, weshalb er*sie aufgrund dieser ungenauen Diagnose keine weiteren Schritte veranlassen könne.

Um diese Entscheidung tiefergehender zu elaborieren, erklärte er*sie, dass eines der Ärzt*innenzentren sich bereits bei der NGO beschwert hätte. Grund dafür sei, dass die

Organisation zu häufig Patient*innen überwiesen hätte. Bei einem Betrag von 600 Euro pro Eingriff, könnte dies nicht regelmäßig angeboten werden. Dementsprechend hätten sie die Organisation darauf aufmerksam gemacht, in Zukunft weniger Patient*innen zu überweisen.

Wie in den vorherigen Beispielen, wurde die Entscheidungsgrundlage für die gewählte Behandlungsstrategie nicht mit dem*der Patient*in geteilt, jedoch mir als Assistenz erläutert. Es zeigt sich erneut, dass Entscheidungen nicht ausschließlich entlang medizinischer Kriterien getroffen wurden, sondern durch implizite Einschätzungen über die Person. Auch hier wurde medizinische Versorgung entlang einer subjektiven Priorisierungslogik strukturiert. Dabei standen nicht nur Symptome im Zentrum der Behandlung, sondern inwieweit zusätzliche Maßnahmen vor dem Hintergrund der strukturellen Möglichkeiten gerechtfertigt werden könnten.

Die Aussage darüber, dass eine Verschlechterung der Beschwerden (wie eine Lähmung) weitere Untersuchungsmöglichkeiten „legitimiert“ hätte, ist bei diesem Fallbeispiel besonders elementar. Diese Logik veranschaulichte eine wiederkehrende Dynamik in der NGO. Symptome wurden unterschiedlich gewichtet und damit implizit als behandlungswürdiger oder unwürdiger deklariert. Die medizinische Intervention in diesem Fallbeispiel wurde maßgeblich durch diese Werte bestimmt, wobei keine „legitime“ Notwendigkeit für eine weiterführende Untersuchung festgestellt wurde. Kleinman sieht in der Delegitimation von Krankheitserfahrungen im Rahmen medizinischer Diagnostik ein großes Problem, wodurch effektive Behandlungsmöglichkeiten häufig nicht umgesetzt werden (Kleinman, 2020, S. 71). Diese Entscheidung und die Aussage, dass der*die Patient*in sich mit den Taubheits-Symptomen „arrangieren“ müsse veranschaulicht umso mehr, dass ihre*seine medizinische Kondition als annehmbar und somit behandlungsunwürdig deklariert wurde. Diese Bewertungen basierten auf moralisch gefärbten Zuschreibungen und waren somit nicht neutral. Stattdessen konstruierten sie Vorstellungen von Deservingness als relationales Kriterium. Dabei wurden das Ausmaß der Symptome, die Verfügbarkeit von Ressourcen und der hypothetische Mehrwert gegeneinander aufgewogen. Hier ließ sich eine Ambivalenz in den Aussagen des*der Ärzt*in erkennen. Während er*sie der Person gegenüber versicherte, dass man bereits wissen würde, wo die Problematik läge, äußerte er*sie mir gegenüber, dass die

bisherige Diagnose zu „ungenau“ sei, um weitere Schritte einzuleiten. Daran lässt sich beobachten, dass (fehlendes) diagnostisches Wissen nicht ausreichte, um weiterführende Untersuchungsmöglichkeiten zu begründen. Die Ambivalenz zwischen dem Ärzt*innen-Patient*innen-Gespräch und dem Privatgespräch zwischen dem*der Ärzt*in und mir entstand aus einem Spannungsverhältnis von professioneller Einschätzung und strukturellen Handlungsmöglichkeiten. Dadurch wird nach Nichter eine Verteilungslogik implementiert, die besonders in NGOs wiederkehrend auftritt. Während das übergeordnete Ziel ist, Versorgung anzubieten, reproduzieren sie auf der Behandlungsebene übergeordnete Strukturen des Gesundheitssystems (Nichter, 2008, S. 136 -137).

An dieser Stelle greift eine elementare Beobachtung. Die Einschätzung der Behandlungswürdigkeit wurde zusätzlich durch die Rückmeldung der Ärzt*innenzentren beeinflusst. Wie der obige Auszug aus dem Gespräch zwischen dem*der Ärzt*in und mir illustriert, hatte sich diese aufgrund der häufigen Überweisungen der NGO beschwert. Diese Zentrale bietet für Patient*innen der NGO kostenlose und limitierte Plätze für bildgebende Untersuchungen, wie ein MRT an. Spannend dabei ist die Rolle der Zentrale. Während sie ein fester Bestandteil der internen Infrastruktur der NGO war, operierte sie gleichzeitig als eigenständiger Akteur innerhalb des Sozialversicherungssystems. Diese Schnittstelle illustriert beispielhaft die Verschränkung zwischen der Organisation und den Strukturen des Gesundheitssystems. Dabei handelt es sich um eine von Nichter thematisierte Form von Abhängigkeit, bei der NGOs durch ihre strukturelle Verwobenheit mit dem System nicht neutral Ressourcen vergeben können (Nichter, 2008, S. 138–139). Die Anmerkung der Ärzt*innenzentrale wurde dabei in eine interne und moralisierende Versorgungspraxis rückübersetzt und durch relationale Entscheidungsmuster (behandlungswürdig oder -unwürdig) implementiert. Damit war die Rückmeldung der Zentrale nicht nur administrativ, sondern sie strukturierte die ressourcenbewusste Verteilung durch Ärzt*innen aktiv mit. Diese Dynamik wurde durch die Aussage des*der Ärzt*in untermauert, indem er*sie anmerkte, dass er*sie Kassenpatient*Innen in solchen Fällen einen MRT-Termin verschrieben hätte.

Die ausgewählten Fallbeispiele veranschaulichen, dass die physiologische Beschaffenheit einer Person nicht nur medizinisch, sondern auch moralisch

interpretiert wurde. Dies geschah maßgeblich in Referenz zu (nicht) vorhandenen Ressourcen. Kapitel 6.3.3. widmet sich der NGO-internen Priorisierungslogik des Körpers, die unabhängig von der direkten ärztlichen Betreuung stattfindet.

6.3.3. Priorisierte Körper

In Kapitel 6.3.1. und 6.3.2. wurde deutlich, dass Faktoren wie Alter oder die physiologische Beschaffenheit und mögliche Heilungschancen den Zugang zu medizinischer Versorgung bestimmt haben. Diese Logik setzte sich auch in der Strukturierung der Patient*innen fort. Normalerweise wurden Personen chronologisch in das Ordinationszimmer aufgerufen. Dabei orientierte sich das Team an dem Zeitpunkt, an dem sich die Patient*innen bei der Rezeption gemeldet haben. Eine Ausnahme galt dabei für Kinder. Diese wurden unabhängig von anderen Patient*innen oder den anwesenden Fachärzt*innen grundlegend zuerst behandelt. In einem Gespräch erklärte mir ein*e Mitarbeiter*in, dass vor allem Kinder als „schützenswert und unterstützungswürdig“ klassifiziert wurden und ihre Behandlung somit immer Vorrang hätten.

Diese Priorisierungslogik veranschaulicht, dass die ärztliche Betreuung nicht nur anhand medizinischer Dringlichkeit strukturiert wurde, sondern mittels moralischer Zuschreibungen über Personengruppen. Dadurch wird deutlich, dass die NGO-internen Bewertungssysteme nicht nur durch Ärzt*innen praktiziert wurden, sondern fest in die Strukturen der NGO eingeschrieben waren. Die moralische Anspruchslogik, dass Kinder Vorrang vor anderen Patient*innen „verdienten“, zeigt, wie tief Deservingness in organisatorischen Routinen verankert war. Diese Strukturen spiegeln die Prozesshaftigkeit von Deservingness wider, die Tošić und Streinzer beschreiben. Die NGO manifestiert diese Strukturen, indem soziale Vorstellungen von Verdienstlichkeit durch das Alter einer Person anders bewertet werden (Tošić & Streinzer, 2022, S. 7–9). Dabei greift der Prozess des „Othering“, wobei Individuen anhand bestimmter Merkmale als „anders“ bewertet werden (Fassin, 2001, S. 3–5; Grove & Zwi, 2006, S. 1932–1934). Im Fall der Kinder wurde dadurch eine moralische Grenze zwischen ihnen und den anderen Patient*innen gezogen. Durch die Zuschreibung, dass Kinder als besonders „schützenswert“ gelten, etablierte die NGO eine Abstufung im Legitimitätsanspruch auf medizinische Versorgung. Durch solche Praktiken werden laut Malakasis und Sahraoui Verteilungsmechanismen durch tief

verankerte Strukturen der Deservingness ausgehandelt (Malakasis & Sahraoui, 2023, S.183). In diesem Fall handelte es sich jedoch nicht um Verteilungsmechanismen, die materielle Ressourcen wie Medikamente strukturieren, stattdessen wurde der Zugang zu medizinischer Versorgung zu einer immateriellen Ressource und Teil der Verteilungslogik (Uchibori, 2011, S. 151–152).

Dieses Beispiel veranschaulicht exemplarisch, wie Priorisierungen anhand ausgewählter Kriterien und mittels Othering organisatorisch in der NGO verankert waren. Dabei wurde der Zugang zu medizinischer Versorgung nicht ausschließlich anhand medizinischer Dringlichkeit strukturiert, sondern durch moralische Vorstellungen von Schutzbedürftigkeit und der Priorisierung derer, die in diese Kategorien fielen. Kindern wurde so ein besonderer Anspruch auf Versorgung zugeschrieben. Dieser Anspruch wurde nicht situativ getroffen, sondern war ein festgeschriebener und integrierter Bestandteil organisationsinterner Regelungen. Der Prozess des Otherings wurde durch die organisational konstruierte Gruppe der „schutzwürdigeren“ Patient*innen besonders deutlich.

Im folgenden Abschnitt werden die in Kapitel Sechs beschriebenen Fallbeispiele gebündelt zusammengeführt. Außerdem wird veranschaulicht, wie die zuvor analysierten Dynamiken der Priorisierung, moralischer Zuschreibung und situiert-selektiver Ressourcenverteilung ineinandergreifen. Dabei soll gebündelt zusammengefasst werden, wie die medizinische Versorgung in der NGO strukturiert wurde und somit den Übergang zur abschließenden Reflexion ebnen.

6.4. Entscheidungslogiken der Versorgung

Die in Kapitel Sechs angeführten Beispiele fungieren exemplarisch für wiederkehrende Situationen, die ich im Feld und im Austausch mit Teammitgliedern beobachten konnte. Wie schon vorab mehrfach angeschnitten, war eine elementare Beobachtung, dass die Versorgung durch die NGO einem bestimmten Prinzip folgte. Grundsätzlich wurde jede Person versorgt, die unversichert war, es existierte kein expliziter Ausschluss. Dabei erhielt jede*jeder Patient*in unabhängig von den Beschwerden medizinische Versorgung. Im Fokus der Analyse steht somit nicht die Frage, ob

jemand ärztliche Betreuung erhielt, sondern *wie* diese durch Akteur*innen der NGO gestaltet und dabei Ideen von Deservingness reproduziert wurden.

Eine zentrale Beobachtung im Rahmen der Analyse war, dass Entscheidungsparameter für die Versorgung nicht vollständig mit den Betroffenen geteilt wurden. Dabei beruhte das Versorgungsangebot auf moralischen Einschätzungen und impliziten Bewertungen über die Behandelbarkeit der Patient*innen. Welche Behandlungsform als passend deklariert wurde folgte dabei einer situativen, relationalen und selektiv gewählten Logik, die subjektiv durch Ärzt*innen geprägt war. Somit hatten Ideen von Deservingness im Hintergrund einen direkten Einfluss auf die Art und Weise wie Patient*innen behandelt wurden, ohne dass Patient*innen sich dieser Parameter bewusst waren.

Die impliziten Annahmen der Ärzt*innen über Patient*innen standen simultan in einer direkten Verbindung zu der NGO-internen Infrastruktur und den damit einhergehenden Behandlungsmöglichkeiten. Daraus ergab sich eine ressourcenbewusste Verteilung der medizinischen Versorgung.

Als Selektionskriterien dienten dabei die vermutete Lebensrealität, das Alter oder die körperliche Beschaffenheit und potenziellen Heilungschance. Diese Faktoren standen nicht zwangsläufig für sich isoliert, sondern wurden situativ miteinander kombiniert. Dadurch war eine adipöse alte Person mit Rückenschmerzen versorgungsunwürdiger als eine junge übergewichtige Person mit denselben Beschwerden. Symptome und Diagnose allein bestimmen also nicht ausschließlich die folgende Behandlungsstrategie, auch dann nicht wenn die verfügbaren Ressourcen eine entsprechende Behandlung zugelassen hätten. Die vermutete Heilungschance der Patient*innen war dabei ein elementarer Faktor.

Diese moralischen Selektionskriterien zeigten sich auch unabhängig von konkreten Beschwerden. Wie unterschiedlich Patient*Innen bewertet wurden, spiegelte sich in der NGO-internen Priorisierungsordnung wider, wobei Kinder bevorzugt behandelt wurden. Dadurch etablierte die NGO eine Praxis des Othering, in der Kinder eine besondere Schutzwürdigkeit und eine daraus resultierende Priorität zugeschrieben wurde. Die Organisation strukturierte die ärztliche Betreuung dabei unabhängig von der chronologischen Reihenfolge anderer Patient*innen oder medizinischer Dringlichkeit. Diese Entscheidung illustriert die zuvor angesprochene moralische Anspruchslogik auf medizinische Versorgung, die in der Organisation stattfand. An

diesem Beispiel wird erneut deutlich, dass Behandlungen durch Verdienstlichkeitsvorstellungen strukturiert wurden.

Medikamente spielten im Zuge dessen eine fundamentale Rolle. Sie realisierten niederschwellig das Prinzip der NGO ärztliche Betreuung und daran anknüpfende Behandlungen für alle Patient*innen zu gewährleisten. Medikamente wurden Teil einer priorisierten Behandlungsstrategie, die maßgeblich durch die zuvor beschriebenen Dynamiken der impliziten Bewertungen, infrastrukturellen Möglichkeiten und Einschätzungen über Heilungschance geprägt war. Darüber hinaus verkörperten sie eine zentrale Ressource, um zeitnah und kontinuierlich Symptome zu behandeln. Ihre Vergabe konnte sowohl eine notwendige Behandlungsstrategie sein, als auch eine Kompensation durch ressourcenbewusste Verteilung. Medikamente hatten somit keinen einheitlichen Status, die Funktion und ihre Rolle in der Versorgung wurde immer situativ ausgehandelt. Während sie in einer Situation als erforderliche Substanz vergeben werden musste, konnte sie in der nächsten Situation eine pragmatische Option darstellen.

In der Analyse wird veranschaulicht, dass die NGO in vielerlei Hinsicht eine Schnittstelle darstellt, die zwischen Patient*innen, Ressourcenverteilung, strukturellen Möglichkeiten und moralischen Zuschreibungen navigiert.

7. Fazit und Ausblick

Zu Beginn dieser Arbeit war es das Ziel zu verstehen, inwieweit Regulierungen des österreichischen Gesundheitssystems einen Einfluss auf die Versorgung unversicherter Personen haben. Im Laufe des Forschungsprozesses zeigte sich jedoch, dass der Schwerpunkt der Forschung an einer anderen Stelle lokalisiert war. Um die Dynamiken vor Ort adäquat zu erfassen, reichte der vorherige Forschungsfokus nicht aus. Es wurde transparent, dass die Verbindung zwischen dem Gesundheitssystem und der Organisation durchaus vorhanden war, jedoch anders als zunächst antizipiert. Dabei geriet der vorab etablierte Fokus auf das Gesundheitssystem in den Hintergrund. Stattdessen agierte es als eine Rahmung des Forschungsfeldes, anstelle des primären Forschungsgegenstands. Aufgrund dessen verschob sich der Fokus, hin zu der Frage wie medizinische Versorgung vor Ort strukturiert und umgesetzt wurde. Dieser Perspektivwechsel verlangte eine theoretische Neuorientierung hin zu dem Konzept der Deservingness. Dadurch war es

möglich, die alltäglichen Entscheidungs- und Versorgungspraktiken in ihrer Multidimensionalität zu beleuchten.

Im Zentrum der Analyse standen somit Fragen danach, wie die Anspruchslogik auf medizinische Versorgung durch moralische Bewertung geformt wurde und inwieweit dabei die Vergabe von Ressourcen eine Rolle spielte. Mit dem neuen Fokus entwickelte sich im Laufe der Datenanalyse der Begriff der *ressourcenbewussten Verteilung*. Durch ihn ließen sich die Prozesse hinter der Ressourcenvergaben als aktive Aushandlungen in der Organisation begreifen. Damit konnte das Spannungsfeld zwischen den strukturellen Möglichkeiten und den individuellen Entscheidungsmustern differenziert dargestellt werden, ohne sie voreilig als rein defizitäre oder passive Praktik zu kategorisieren. Die ressourcenbewussten Verteilung bündelte demnach die Verbindung von Ressourcenvergabe und Deservingness, wodurch die daraus entstehenden Dynamiken analysiert werden konnten.

7.1. Ressourcenbewusste Verteilung und medizinische Versorgung

Uchibori stellt fest, dass Ressourcen immer in Relation zum Menschen stehen (Uchibori, 2011, S. 145). Tošić und Streinzer argumentieren, dass dabei durch das Konzept von Deservingness, die Verteilung der Ressourcen strukturiert wird. Dies geschieht laut ihnen entlang moralischer Vorstellungen davon, wer einen vermeintlich legitimen Anspruch auf bestimmte Ressourcen hat oder nicht (Tošić & Streinzer, 2022, S. 3).

Diese Arbeit veranschaulicht exemplarisch, dass sich diese Strukturen auch innerhalb von einer Nichtregierungsorganisation wiederfinden. Dabei zeigte sich eine Dynamik die simultan Exklusion und Inklusion mittels Deservingness etablierte. In erster Linie existiert die NGO als Reaktion auf Gesetzgebungen im Sozialversicherungssystem, die bestimmte Personengruppen nicht einschließen (Allgemeines Sozialversicherungsgesetz, o.J.). Dies bedeutet, dass die Notwendigkeit ihrer Existenz in übergeordneten Strukturen des Systems liegt. Die medizinische Versorgung Unversicherter durch die Organisation entstand somit als kompensatorische Maßnahme. Sie ist ein Symptom geformt von struktureller Realität. Ihre Aufgabe liegt darin diejenigen ärztlich zu versorgen, die keinen direkten Zugang zum Sozialversicherungssystem haben. Dabei befindet sich die NGO an einer Schnittstelle der medizinischen Betreuung. Einerseits ist sie mit externen Ausschlussmechanismen

konfrontiert, andererseits befindet sie sich aufgrund des internen Ressourcenkontingents in einer Position, in der sie Priorisierungslogiken entwickeln muss.

Die ressourcenbewusste Verteilung ist dabei eine Reaktion auf externe Strukturen, die im internen durch strukturelle Bedingungen weitergeführt werden müssen. Anders als im Gesundheitssystem, handelte es sich dabei nicht um Mechanismen, die aus einem gezielten und bewusst gewählten Ausschluss heraus entstanden, sondern aus einer Notwendigkeit.

Damit unterscheidet sich die Art der Deservingness in der NGO, von jener die sich im Sozialversicherungssystem finden lässt, auch dann, wenn beide durch ihre Handlungspraktiken Ausschlussdynamiken hervorbringen. Die gesetzlich verankerten Form von Deservingness wird durch festgeschriebenen Ausschluss vom System etabliert. Dies geschieht anhand von formalen Kriterien, wie dem Versichertenstatus. Ressourcenbewusste Verteilung unterscheidet sich von den staatlich standardisierten Verfahren medizinischer Versorgung. Sie ist im Gegensatz dazu eine Reaktion auf strukturelle Umstände, die durch das Sozialversicherungssystem erschaffen wurden. Dabei handelt es sich um eine relationale Praxis. Der Schwerpunkt ressourcenbewusster Verteilung liegt darin, mittels vorhandener Möglichkeiten medizinische Versorgung für Betroffene zu realisieren. Im Zuge dessen musste die NGO eigene Kriterien entwickeln, um mit den vorhandene Mitteln bestmöglich flächendeckend medizinische Versorgung anbieten zu können. Diese wurden relational auf zwei Ebenen ausverhandelt. Einerseits in Relation zu den vorhandenen Ressourcen, andererseits durch moralische Bewertungen über die Patient*innenschaft. Besonders deutlich zeigten sich diese Kriterien in Situationen, in denen Annahmen über mögliche Heilungschancen den Zugang zu Ressourcen regulieren. In diesen Fällen wurden Patient*innen anhand von vermeintlich höheren oder niedrigeren Erfolgsaussichten in ihrem Heilungsprozess bewertet. Dieser Vorgang hatte einen direkten Einfluss auf die Behandlungsstrategien, die die Ärzt*innen den Patient*innen anboten. So erhielten Personen mit vermeintlich niedrigeren Heilungschancen keine Überweisung zu einem MRT oder anderen Fachärzt*innen, medizinische Betreuung wurde, wie in dem Fall der Scabies, auf ein Minimum reduziert und chronische Beschwerden entweder ein unheilbarer oder psychosomatischer Ursprung zugeschrieben. In vielen Fällen geschah dies, ohne mit den Patient*innen die tatsächliche ärztliche Einschätzungen zu teilen und über

individuelle Möglichkeiten zur Besserung gesprochen zu haben. Behandlungsentscheidungen beruhten auf Annahmen über die Lebensrealität der Patient*innen, ohne diese zu kennen oder sich investigativ danach zu erkundigen. Dies unterstreicht, dass im Rahmen der ressourcenbewussten Verteilung eine stillschweigende Vorannahme über Behandlungsumsetzung und daraus resultierender Behandlungswertigkeit getroffen wurde, wobei die dialogische Aushandlung möglicher Perspektiven zwischen Ärzt*in und Patient*in oft fehlte. Dabei wurde deutlich, dass Entscheidungsmuster nicht ausschließlich auf infrastrukturellen Möglichkeiten beruhten, sondern zusätzlich auf moralischen Zuschreibungen. Zudem zeigte sich, dass bestimmte Personengruppen, wie Kinder, als besonders schützenswert kategorisiert wurden. Fiel ein*e Patient*in in diese Kategorie, so wurde sie priorisiert behandelt. Dadurch erschuf die NGO zusätzliche moralische Bewertungsparameter, anhand derer die medizinische Versorgung strukturiert wurde. Mittels dieses Prozesses wurden Strukturen des Otherings etabliert, und Patient*innen von anderen abgegrenzt. Elementar ist somit der Perspektivwechsel auf die Art und Weise der medizinischen Versorgung durch die NGO. Zwar ist sie eine Reaktion auf äußere Umstände, gleichzeitig etablierten sie eine Praxis in der Behandlungsentscheidungen nicht ausschließlich entlang medizinischer Notwendigkeiten getroffen wurden.

Die Medikamentenvergabe war dabei eine der wenigen flexiblen und niederschwellig zugänglichen Ressourcen, die eine flächendeckende ärztliche Betreuung gewährleisten konnte. Medikamente wurden je nach Fall entweder aus einer medizinischen Notwendigkeit heraus verschrieben, oder als eine pragmatische Form der Versorgung, wenn andere Behandlungsoptionen nicht realisierbar waren.

Die Ergebnisse dieser Arbeit verdeutlichen, dass die NGO nicht isoliert neben dem Sozialversicherungssystem existiert. Stattdessen ist sie eine Erweiterung davon, wobei die Strukturen des Systems die Handlungen der Organisation indirekt beeinflussen. Diese Einbettung zeigt sich exemplarisch in Kapitel 6.3.3. und den strukturellen Engpässen, die durch externe Ärzt*innenzentren entstehen. Dabei hatte die Limitierung des MRT-Kontingents einen direkten Einfluss auf die Vergabe von Ressourcen und somit auch auf die medizinische Versorgung. Die ressourcenbewusste Verteilung war dabei nicht nur ein Effizienzmodell, sondern eine relationale Praxis, in der sich moralische und strukturelle Faktoren überschneiden.

Zusammenfassend argumentiere ich, dass ressourcenbewusste Verteilung mit dem Konzept der Deservingness verbunden ist, woraus Strukturen des Ausschlusses entstehen. Dadurch reproduziert die NGO ähnliche Mechanismen, wie sie im Sozialversicherungssystem zu finden sind. An dieser Stelle ist es wichtig zu betonen, dass die Handlungsweise der NGO durch die strukturellen Rahmenbedingungen geprägt ist. Das bedeutet, dass die internen Entscheidungen nicht mit der Absicht getroffen wurden, solche Dynamiken aktiv reproduzieren zu wollen. Stattdessen sind sie als ein Produkt der gegebenen Umstände zu verstehen. Die Organisation ist in einer Position, in der sie ressourcenbewusste Verteilung nutzen muss, um medizinische Versorgung für Unversicherte anbieten zu können.

7.2. Ausblick

Willen und Cook plädieren in ihrer Arbeit dafür, dass durch ethnografische Forschung Instanzen in der medizinischen Versorgung näher beleuchtet werden müssen. Laut ihnen ist dies notwendig, um zu verstehen, wie Deservingness in der Praxis Anwendung findet (Willen & Cook, 2022, S. 77– 80). Auch Tošić und Streinzer argumentieren, dass anthropologische Perspektiven einen kontextsensiblen Blick auf Vorstellungen von Verdienstlichkeit werfen können. Insbesondere dann, wenn Deservingness, laut ihnen, als ein Analysewerkzeug genutzt wird, um den Zugang zu Ressourcen zu hinterfragen (Tošić & Streinzer, 2022, S. 4; 9–10). Im Hinblick darauf, versteht sich die vorliegende Arbeit als ein Beitrag zum medizinanthropologischen Forschungsfeld der Deservingness und der damit verbundenen Ressourcenvergabe. Dabei bietet sie einen Einblick in situative und relationale Aushandlungsprozesse von Personen im Feld der medizinischen Versorgung.

Gleichzeitig bieten die erhobenen Daten zusätzliche Analyseperspektiven, die im Rahmen dieser Forschung nur leicht oder gar nicht vertieft wurden. Unter anderem wurde die Verbindung zwischen Othering und Deservingness nur punktuell analysiert. Auch die Thematik von Care, wie Ticktin sie in ihrer Arbeit thematisiert hat, könnte eine gewinnbringende Perspektive auf die vorliegenden Daten bieten. Besonders die Frage danach, wie gut gemeinte Ansätze von Care normative Vorstellungen von Verdienstlichkeit reproduzieren. Zukünftige Arbeiten könnten sich diesen Verknüpfungen tiefergehend widmen, um ergänzende Einsichten in die Prozesse legitimierender Behandlungsentscheidungen in NGOs zu gewinnen. Der Fokus auf die

Mechanismen des Gesundheitssystems wäre ein weiterer fruchtbarer Ansatz, um den strukturellen Ursprung der NGO differenzierter nachzuvollziehen. Dazu zählt unter anderem die Verteilungslogik des Sozialversicherungssystems, das laut dem zuständigen Bundesministerium auf dem Solidaritätsprinzip fußt. Hier könnte beleuchtet werden, was dieser Begriff konkret bedeutet und wie er angewandt wird. Die Finanzierungsaufgaben durch das System, die Rolle der Spender*innen und der NGO-internen Statistiken könnten daran anknüpfend untersucht werden. Dabei könnte die Frage danach gestellt werden, welche Funktion die Organisation im Verhältnis zum staatlichen Versorgungssystem übernimmt. Die Analyse der symbolischen Bedeutung von der Medikamentenvergabe bietet eine weitere Forschungsmöglichkeit. Es könnte dabei untersucht werden, wie die Vergabe von Medikamenten die Beziehung zwischen Patient*innen und der Organisation prägt. Mit diesen Forschungsansätzen, könnte einerseits das Verständnis über die NGO erweitert werden, andererseits würden diese zusätzlichen Perspektiven zu dem Diskurs rund um Personen beitragen, die nicht vom System mitgedacht werden. Die Schnittstelle von medizinischer Versorgung Unversicherter bietet die Chance, übergeordnete Strukturen im System zu hinterfragen und Mechanismen des Ausschlusses differenziert zu beleuchten. In Zukunft könnte so ein Fundament geschaffen werden, mit dem mehr Sichtbarkeit und Sensibilität für marginalisierte Personengruppen etabliert werden kann. An dieser Stelle lässt sich eine Brücke zu Kleinmans Arbeit schlagen, der betont, dass institutionalisierte Marginalisierung erst dann aufgelöst werden kann, wenn Analysen dort ansetzen, wo Marginalisierung beginnt (Kleinman, 1999, S. 72).

Final lässt sich feststellen, dass diese Arbeit die Relevanz von ethnografischen und medizinanthropologischen Perspektiven untermauert. Sie beleuchtet, wie Deservingness nicht in abstrakten und übergeordneten Praktiken angewandt wird, sondern in Form von einer moralisch-bewertenden Relationalität, die einen direkten Einfluss auf die Vergabe von Ressourcen und somit medizinischer Versorgung hat. Dadurch konnte ein Licht auf NGO-interne Dynamiken geworfen werden, die im Rahmen der kultur- und sozialanthropologischen Forschung unterrepräsentiert bleiben.

8. Literaturverzeichnis

- Allgemeines Sozialversicherungsgesetz, BGBl. Nr. 189/1955 idgF. (o.J.).
Rechtsinformationssystem des Bundes. Abgerufen am 3. Juni 2025, von
<https://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Gesetzesnummer=10008147>
- Bachner, F., Bobek, J., Habimana, K., Ladurner, J., Lepuschütz, L., Ostermann, H., Rainer, L., Schmidt, A. E., Zuba, M., Quentin, W., & Winkelmann, J. (2019). Das österreichische Gesundheitssystem – Akteure, Daten, Analysen. *Gesundheitssysteme im Wandel*, 20(3), 1–288.
- Bourdieu, P. (1983). Ökonomisches Kapital, kulturelles Kapital, soziales Kapital. In R. Kreckel (Hrsg.), *Soziale Ungleichheiten* (Sonderband 2, S. 183–198). Göttingen: Otto Schwartz/Athenäum.
- Brodwin, P. (2011). *Futility in the practice of community psychiatry*. *Medical Anthropology Quarterly*, 25(2), 189–208. <https://doi.org/10.1111/j.1548-1387.2011.01149.x>
- Bundeskanzleramt der Republik Österreich. (2023, 25. Juli). *Freiwilligengesetz – § 6 Freiwilliges Sozialjahr*. Rechtsinformationssystem des Bundes. Abgerufen am 5. Juni 2025, von
<https://www.ris.bka.gv.at/NormDokument.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Gesetzesnummer=20007753&FassungVom=2025-01-18&Paragraf=6>
- Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz. (2019). *Das österreichische Gesundheitssystem: Zahlen – Daten – Fakten*. Wien. Abgerufen am 8. Juli 2025, von
<https://www.sozialministerium.gv.at/dam/jcr:04404433-1321-4c4c-93af->

Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz.
(2023a, 1. August). Primärversorgung. Abgerufen am 2. Juni 2025, von
<https://www.gesundheit.gv.at/gesundheitsleistungen/primaerversorgung.html>

Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz.
(2023b, 1. August). Primärversorgungseinheiten. Abgerufen am 2. Juni 2025,
von
<https://www.gesundheit.gv.at/gesundheitsleistungen/primaerversorgung/primaerversorgungseinheiten.html>

Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz. (2023c,
28. Dezember). Strukturreform der Sozialversicherung. Abgerufen am 2. Juni
2025, von
<https://www.sozialministerium.gv.at/Themen/Soziales/Sozialversicherung/Strukturreform-Sozialversicherung.html>

Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz.
(2024a, 18. Oktober). Mehr Gesundheit durch eine gestärkte Primärversorgung.
Abgerufen am 2. Juni 2025, von
[https://www.sozialministerium.gv.at/Themen/Gesundheit/Gesundheitssystem/Gesundheitsreform-\(Zielsteuerung-Gesundheit\)/Mehr-Gesundheit-durch-eine-gestaerkte-Primaerversorgung.html](https://www.sozialministerium.gv.at/Themen/Gesundheit/Gesundheitssystem/Gesundheitsreform-(Zielsteuerung-Gesundheit)/Mehr-Gesundheit-durch-eine-gestaerkte-Primaerversorgung.html)

Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz.
(2024b). Antrag auf Anerkennung als Träger für das Freiwillige Sozialjahr.
Abgerufen am 5. Juni 2025, von <https://www.freiwilligenweb.at/wp-content/uploads/2024/01/Antragsformular-auf-Anerkennung-als-Traeger.pdf>

Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz.

(2025a, 30. April). Gesundheitspolitik in der EU und im internationalen Kontext

(WHO). Abgerufen am 2. Juni 2025, von

[https://www.sozialministerium.gv.at/Themen/Gesundheit/Gesundheitssystem/
Gesundheitspolitik-in-der-EU-und-im-internationalen-Kontext-\(WHO\).html](https://www.sozialministerium.gv.at/Themen/Gesundheit/Gesundheitssystem/Gesundheitspolitik-in-der-EU-und-im-internationalen-Kontext-(WHO).html)

Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz.

(2025b). Solidaritätsprinzip. Abgerufen am 2. Juni 2025, von

<https://www.gesundheit.gv.at/lexikon/S/solidaritaetsprinzip-hk.html>

Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz.

(2025c). Das Gesundheitswesen im Überblick. Abgerufen am 2. Juni 2025, von

[https://www.gesundheit.gv.at/gesundheitsleistungen/gesundheitswesen/gesund
heitsystem.html](https://www.gesundheit.gv.at/gesundheitsleistungen/gesundheitswesen/gesundheitsystem.html)

Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz.

(2025d). Finanzierung des öffentlichen Gesundheitswesens. Abgerufen am 2.

Juni 2025, von

[https://www.gesundheit.gv.at/gesundheitsleistungen/gesundheitswesen/finanzi
erung.html](https://www.gesundheit.gv.at/gesundheitsleistungen/gesundheitswesen/finanzierung.html)

Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz.

(2025e). Gesundheitsförderung und Prävention. Abgerufen am 5. Juni 2025,

von

[https://www.sozialministerium.gv.at/Themen/Gesundheit/Gesundheitsfoerderu
ng.html](https://www.sozialministerium.gv.at/Themen/Gesundheit/Gesundheitsfoerderung.html)

Dachverband der österreichischen Sozialversicherung. (2022, August). *Die*

österreichische Sozialversicherung in Zahlen: 49. Ausgabe August 2022. Wien:

Dachverband der österreichischen Sozialversicherung. Abgerufen am 7. Juli

2025, von

<https://www.sozialversicherung.at/cdscontent/load?contentid=10008.771008&version=1664356080>

Dachverband der österreichischen Sozialversicherung. (2025, März). *Die österreichische Sozialversicherung in Zahlen: 54. Ausgabe März 2025*. Wien: Dachverband der österreichischen Sozialversicherung. Abgerufen am 7. Juli 2025, von

<https://www.sozialversicherung.at/cdscontent/load?contentid=10008.795043&version=1744266240>

Dachverband der Sozialversicherungsträger. (2022, 3. März). Welche Rolle hat der Dachverband? Abgerufen am 2. Juni 2025, von <https://www.sozialversicherung.at/cdscontent/?contentid=10007.849898&portal=svportal#topsprungmarke>

Dachverband der Sozialversicherungsträger. (2025, 21. Februar). Kompetent als Patientin und Patient. Abgerufen am 2. Juni 2025, von <https://www.sozialversicherung.at/cdscontent/load?contentid=10008.731249&version=157>

Delamont, S., & Atkinson, P. (2018). The ethics of ethnography. In R. Iphofen & M. Tolich (Hrsg.), *The SAGE handbook of qualitative research ethics* (S. 119–132). SAGE Publications.

DeWalt, K. M., & DeWalt, B. R. (2011). *Participant observation: A guide for fieldworkers* (2. Aufl.). AltaMira Press.

Farmer, P. (1999). Pathologies of power: Rethinking health and human rights. *American Journal of Public Health*, 89(10), 1486–1496. <https://doi.org/10.2105/AJPH.89.10.1486>

- Fassin, D. (2001). The biopolitics of otherness: Undocumented foreigners and racial discrimination in French public debate. *Anthropology Today*, 17(1), 3–7. <https://doi.org/10.1111/1467-8322.00039>
- Fassin, D., & D'Halluin, E. (2005). The truth from the body: Medical certificates as ultimate evidence for asylum seekers. *American Anthropologist*, 107(4), 597–608. <https://doi.org/10.1525/aa.2005.107.4.597>
- Fassin, D. (2009). Another politics of life is possible. *Theory, Culture & Society*, 26(5), 44–60. <https://doi.org/10.1177/0263276409106349>
- Fassin, D. (2012). *Humanitarian reason: A moral history of the present*. University of California Press.
- Fonds Soziales Wien. (2022). *Allgemeine Förderrichtlinien*. Fonds Soziales Wien. Abgerufen am 8. Juli 2025, von https://www.fsw.at/downloads/foerderwesen_anerkennung/foerderrichtlinien/RL_allgemein.1643985785.pdf
- Gillam, L., & Guillemin, M. (2018). Reflexivity: Overcoming mistrust between research ethics committees and researchers. In R. Iphofen & M. Tolich (Hrsg.), *The SAGE handbook of qualitative research ethics* (S. 263–275). SAGE Publications.
- Good, B. J. (1994). *Medicine, rationality, and experience: An anthropological perspective*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Gravlee, C. C. (2011). Research design and methods in medical anthropology. In M. Singer & P. I. Erickson (Hrsg.), *A companion to medical anthropology* (S. 69–95). Wiley-Blackwell. <https://doi.org/10.1002/9781444395303.ch4>
- Grove, N. J., & Zwi, A. B. (2006). Our health and theirs: Forced migration, othering, and public health. *Social Science & Medicine*, 62(8), 1931–1942. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2005.08.061>

- Hahn, R. A., & Kleinman, A. (1983). Biomedical practice and anthropological theory: Frameworks and directions. *Annual Review of Anthropology*, 12(1), 305–333.
<https://doi.org/10.1146/annurev.an.12.100183.001513>
- Hofmarcher, M. M., & Rack, H. M. (2006). *Gesundheitssysteme im Wandel: Österreich*. WHO Regionalbüro für Europa im Auftrag des Europäischen Observatoriums für Gesundheitssysteme und Gesundheitspolitik.
- Iphofen, R., & Tolich, M. (2018). Foundational issues in qualitative research ethics. In R. Iphofen & M. Tolich (Hrsg.), *The SAGE handbook of qualitative research ethics* (S. 1–18). SAGE Publications.
- Kienzler, H. (2020). “Making patients” in postwar and resource-scarce settings: Diagnosing and treating mental illness in postwar Kosovo. *Medical Anthropology Quarterly*, 34(1), 59–76. <https://doi.org/10.1111/maq.12554>
- Kleinman, A. (2020). *The illness narratives: Suffering, healing, and the human condition* (2.Aufl.). Basic Books.
- Lock, M. M., & Nguyen, V.-K. (2010). *An anthropology of Biomedicine*. Malden, MA: Wiley-Blackwell.
- Malakasis, C., & Sahraoui, N. (2023). Introducing gender into the theorization of health-related (un)deservingness: Ethnographic insights from Athens and Melilla. In N. Sahraoui (Hrsg.), *Borders across healthcare: Moral economies of healthcare and migration in Europe* (S. 168–189). Berghahn Books.
<https://doi.org/10.2307/jj.15213785.13>
- Marcus, O., & Lerman, S. (2018). Ethics working in ever-changing ethnographic environments. In R. Iphofen & M. Tolich (Hrsg.), *The SAGE handbook of qualitative research ethics* (S. 203–214). SAGE Publications.
- Narotzky, S. (1997). *New directions in economic anthropology*. London: Pluto Press.

- Nichter, M. (2008). *Global health: Why cultural perceptions, social representations, and biopolitics matter*. Tucson: University of Arizona Press.
- Obinger, H., & Tálos, E. (2006). *Sozialstaat Österreich zwischen Kontinuität und Umbau: Eine Bilanz der ÖVP/FPÖ/BZÖ-Koalition*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Österle, A. (2005). Sozialversicherungssysteme im Wandel: Österreich und die Länder Mittel- und Osteuropas im Vergleich. *Der Donauraum*, 45(2), S. 11–18.
- Sabaté Muriel, I. (2022). Do mortgagors in hardship deserve debt relief? Legitimizing and challenging inequality during the Spanish home repossession crisis. In J. Tošić & A. Streinzer (Hrsg.), *Ethnographies of deservingness: Unpacking ideologies of distribution and inequality* (S. 333–358). New York: Berghahn Books. <https://doi.org/10.3167/9781800735996>
- Sargent, C. (2012). Special issue part I: 'Deservingness' and the politics of health care. *Social Science & Medicine*, 74(6), 855–857. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2011.10.044>
- Scheper-Hughes, N. (1992). *Death without weeping: The violence of everyday life in Brazil*. Berkeley: University of California Press.
- Schubert, F.-C., & Knecht, A. (2015). *Ressourcen – Merkmale, Theorien und Konzeptionen im Überblick*. <https://doi.org/10.13140/RG.2.2.30527.71849>
- Statistik Austria. (2025). *Statistik des Bevölkerungsstandes. Vorläufige Ergebnisse für den Stichtag 01.04.2025*. Wien: Statistik Austria. Abgerufen am 07. Juli 2025 von <https://www.statistik.at/statistiken/bevoelkerung-und-soziales/bevoelkerung/bevoelkerungsstand/bevoelkerung-zu-jahres-/quartalsanfang>
- Tošić, J., & Streinzer, A. (2022). Deservingness as a relational process: An introduction. In J. Tošić & A. Streinzer (Hrsg.), *Ethnographies of deservingness*:

- Unpacking ideologies of distribution and inequality* (S. 1–28). New York: Berghahn Books. <https://doi.org/10.3167/9781800735996>
- Tarkiainen, L. (2023). Deservingness theories and conceptualisations. In L. Tarkiainen (Hrsg.), *Deservingness in welfare policy and practice: Discursive and rhetorical approaches* (S. 8–27). London: Routledge. <https://doi.org/10.4324/9781003225829>
- Ticktin, M. (2011). *Casualties of care: Immigration and the politics of humanitarianism in France*. Berkeley: University of California Press.
- Uchibori, M. (2011). Theoretical themes for an anthropology of resources. *Social Science Information*, 50(1), 142-153. <https://doi.org/10.1177/0539018410388845>
- Willen, S. S. (2012). Migration, “illegality,” and health: Mapping embodied vulnerability and debating health-related deservingness. *Social Science & Medicine*, 74(6), 805–811. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2011.10.041>
- Willen, S. S., & Cook, J. (2022). Must the tired and poor ‘stand on their own two feet’? Tools for analysing how migrants’ deservingness is reckoned. In A. Streinzer & J. Tošić (Hrsg.), *Ethnographies of deservingness: Unpacking ideologies of distribution and inequality* (S. 68–100). New York: Berghahn Books. <https://doi.org/10.3167/9781800735996>
- World Health Organization. (1978). *Declaration of Alma-Ata: International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata, USSR, 6–12 September 1978*. Genf: World Health Organization. Abgerufen am 8. Juli 2025 von <https://www.unicef.org/media/85611/file/Alma-Ata-conference-1978-report.pdf>
- Zivildienstserviceagentur. (2025, 3. Januar). *Rechte und Pflichten im Zivildienst*. Abgerufen am 5. Juni 2025 von <https://www.zivildienst.gv.at/dam/jcr:8d35bddb-f27b-4155-b9be-b4b7ef5b3956/Rechte-Pflichten-Stand-03-01.2025.pdf>

Zivildienstserviceagentur. (o. J.). *Geschichte des Zivildienstes*. Abgerufen am 5. Juni 2025, von <https://www.zivildienst.gv.at/service/geschichte.html>

9. Hilfsmittelverzeichnis

Microsoft Corporation. (2022). *OneNote* (Version 2022) [Software]. Microsoft.
<https://products.office.com/onenote>

VERBI Software. (2022). *MAXQDA 2022* [Software]. VERBI Software GmbH.
<https://www.maxqda.de>