



MASTERARBEIT | MASTER'S THESIS

Titel | Title

Gesundheit ohne Grenzen?
Eine Rekonstruktion individueller gesundheitlicher
Versorgungskarrieren von Frauen mit niedrigem
sozioökonomischem Status

verfasst von | submitted by

Lisa Hackl BA

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

Wien | Vienna, 2026

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

UA 066 905

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

Masterstudium Soziologie

Betreut von | Supervisor:

Assoz. Prof. Mag. Dr. Michael Parzer

<i>Vorwort</i>	
1. Einleitung	1
2. Forschungsstand und (gesundheits-)soziologische Konzepte	7
2.1. <i>Gesundheit oder Krankheit?</i>	7
2.2. <i>Erklärungsansätze sozialer und gesundheitlicher Ungleichheit</i>	9
2.2.1. Der sozioökonomische Status (SES).....	10
2.2.2. Erklärungsmodell des Zusammenhangs von sozialer Ungleichheit und Gesundheit	12
2.2.3. Das Habitus Konzept.....	15
2.2.4. Das Health Literacy Konzept	16
2.3. <i>Gesundheitsförderung</i>	20
2.4. <i>Intersektionale Perspektiven auf Gesundheitsversorgung</i>	23
2.5. <i>Wohlfahrtsstaatliche und institutionelle Rahmenbedingungen</i>	25
2.6. <i>Empirische Befundlage in Österreich: Bildung, Geschlecht und chronische Erkrankungen</i>	26
3. Theoretische Rahmung: Exklusion nach Martin Kronauer	30
3.1. <i>Exklusion als gesellschaftstheoretische Kategorie und sozialpolitischer Streitbegriff</i>	30
3.2. <i>Historische Semantik: Exklusion in der französischen Debatte seit den 1960er Jahren</i>	32
3.3. <i>Drei „Achsen“ der Exklusion</i>	33
3.4. <i>Die Dichotomie von „Innen“ und „Außen“ als analytische Problemfigur</i>	35
3.5. <i>„Drinnein“ und „Draußen“ als relationale Kategorie sozialer Exklusion</i>	38
3.6. <i>Das Verhältnis von Exklusion und sozialer Ungleichheit</i>	40
3.7. <i>Armut als Strukturmoment sozialer Exklusionsprozesse</i>	41
4. Methodologische Positionierung sowie methodisches Vorgehen	45
4.1. <i>Die Grounded Theory Methodologie</i>	45
4.2. <i>Konstruktivistischer Ansatz der Grounded Theory nach Kathy Charmaz</i>	48
4.3. <i>Erhebungs- und Auswertungsinstrumente</i>	50
4.3.1. Das problemzentrierte Interview nach Witzel.....	50
4.3.2. Transkription der Interviews	53
4.3.3. Kodiervorgang nach Kathy Charmaz.....	54
4.3.4. Theoretical Sampling	58
4.4. <i>Methodisches Vorgehen: Der Forschungsprozess</i>	59
4.4.1. Projektbeschreibung „FEM Med – Info-Point und Drehschreibe für Frauengesundheit“	59
4.4.2. Der Feldzugang	60
4.4.3. Das Sample.....	61
4.4.4. Forschungszyklus	62
4.5. <i>Forschungsethische Überlegungen und Reflexion der eigenen Positionierung im Feld</i>	73
5. Ergebnisse	78
5.1. <i>Reaktionen der Klientinnen von FEM Med</i>	78
5.1.1. Selbstorganisation	78
5.1.2. Übersetzung und Kompensation	82
5.1.3. Abbruch und Parallelstrategie	83

5.1.4.	Überzeugung und Beweis	85
5.1.5.	Kumulative Erschöpfung	87
5.2.	<i>Institutionelle Gegenreaktionen durch FEM Med</i>	90
5.2.1.	Navigation, Vermittlung und Entlastung	91
5.2.2.	Anerkennung, Beziehung und Sicherheit.....	94
6.	Diskussion: Zwischen individualisierter Versorgungsbewältigung und institutioneller Versorgungsabsicherung.....	96
7.	Bibliografie	103
8.	Abbildungsverzeichnis	109
9.	Nutzung von KI-Tools	110
10.	Abstract (dt.)	111
11.	Abstract (engl.).....	112

Vorwort

Die Wahl des Themas der vorliegenden Arbeit resultiert aus einer langjährigen persönlichen und beruflichen Auseinandersetzung mit Fragen sozialer Ungleichheit und Gesundheit. Das Interesse an gesundheitlicher Chancengleichheit von Frauen im Wiener Gesundheitssystem entstand aus der Beobachtung, dass der sozioökonomische Status von Frauen – gekennzeichnet durch niedriges Einkommen, Bildungsniveau und geringem Berufsstatus – maßgeblich den Zugang zu Gesundheitsleistungen und die Qualität der gesundheitlichen Versorgung beeinflussen. Diese Thematik ist nicht nur gesellschaftlich hoch relevant, sondern auch eng mit meiner beruflichen Tätigkeit verknüpft. Als Projektmanagerin in der partizipativen Gesundheitsförderung und wissenschaftlichen Mitarbeiterin im Bereich der außeruniversitären Forschung bei *queraum. kultur- und sozialforschung*¹, in Projekten zur Förderung der Chancengleichheit benachteiligter Personengruppen, konnte ich wiederholt Einblicke in individuelle Lebenslagen gewinnen und erkennen, wie sich gesellschaftliche Rahmenbedingungen im Alltag der Betroffenen konkret niederschlagen.

Mein besonderer Dank gilt dem gesamten Projektteam vom *Frauengesundheitszentrum FEM Med*, das mir die Möglichkeit gegeben hat, den Rahmen des Evaluationsprojekts „FEM Med – Info-Point und Drehscheibe für Frauengesundheit“ für meine Masterarbeit am *Institut der Sozialwissenschaften* der Universität Wien weiterführend zu nutzen. Durch diese Offenheit konnte ich mein Forschungsvorhaben in das bestehende Projekt einbetten und von den vielfältigen fachlichen Perspektiven des Teams profitieren. Zum Projektteam gehören Mag.^a Hilde Wolf, MBA, Geschäftsführerin des *Instituts für Frauen- und Männergesundheit*² und Leiterin des *Frauengesundheitszentrums FEM Süd*³ in der Klinik Favoriten, Mag.^a Maria Bernhart, ebenfalls Geschäftsführerin des *Instituts für Frauen- und Männergesundheit* und Leiterin des *Frauengesundheitszentrum FEM*⁴ in der Klinik Floridsdorf und der *FEM Elternambulanz* in der Klinik Ottakring sowie Mag.^a Johanna Brandl, Projektleiterin des *Frauengesundheitszentrums FEM Med*⁵.

Darüber hinaus danke ich Mag. Michael Stadler-Vida, Geschäftsführer von *queraum. kultur- und sozialforschung*, meiner Projektpartnerin und Kollegin Mag.^a Nina Hesse sowie meinem Betreuer Assoz. Prof. Mag. Dr. Michael Parzer für ihre engagierte und kontinuierliche Unterstützung bei der Entwicklung und Umsetzung meiner Masterarbeit. Sie haben den gesamten Entstehungsprozess mit fachlicher Kompetenz begleitet, bei inhaltlichen und methodischen Fragen wertvolle Orientierung geboten und zur Optimierung des Forschungskonzepts beigetragen. Ihre Expertise, Geduld und konstruktiven Rückmeldungen waren für das Gelingen dieser Arbeit von persönlichem Wert.

¹ *queraum. kultur- und sozialforschung*: <https://www.queraum.org/>

² *Institut für Frauen- und Männergesundheit*: <https://fem-men.at/>

³ *Frauengesundheitszentrum FEM Süd*: <https://femsued.at/>

⁴ *Frauengesundheitszentrum FEM und FEM Elternambulanz*: <https://fem.at/>

⁵ *Frauengesundheitszentrum FEM Med*: <https://femmed.at/>

1. Einleitung

„Soziale Ungleichheit liegt dann vor, wenn Menschen aufgrund ihrer Stellung in sozialen Beziehungsgefügen von den ‚wertvollen Gütern‘ einer Gesellschaft regelmäßig mehr als andere erhalten.“ (Hradil, 2001, S. 30)

Unter diesem Aspekt ist Gesundheit als eines der zentralsten gesellschaftlichen Güter moderner Wohlfahrtsstaaten zu begreifen, da sie nicht allein individuelles Wohlbefinden betrifft, sondern als Voraussetzung sozialer Teilhabe, Handlungsfähigkeit und Anerkennung fungiert. Gesundheitliche Unterschiede stellen damit eine besonders folgenreiche Form sozialer Ungleichheit dar (Lampert et al., 2022, S. 159). Entsprechend bilden soziale Unterschiede in Gesundheit und Lebenserwartung – gefasst als gesundheitliche Ungleichheiten – ein zentrales Analysefeld der Ungleichheits- und Gesundheitsforschung. Gerade in wohlfahrtsstaatlich organisierten Versorgungssystemen, die sich normativ auf Solidarität, universellen Zugang und Chancengerechtigkeit beziehen, erzeugt die Persistenz gesundheitlicher Ungleichheit sowohl analytisch als auch gesellschaftspolitisch relevante Spannungen. Während die ungleiche Verteilung von Ressourcen wie Bildung, Einkommen und Berufsstatus in einer Leistungsgesellschaft bis zu einem gewissen Grad akzeptiert wird, erscheint es problematisch, wenn diese Ungleichheiten dazu führen, dass Menschen in bestimmten Bevölkerungsgruppen gesünder sind und länger leben als andere. Dies widerspricht nicht nur dem sozialstaatlichen Selbstverständnis, sondern auch dem grundlegenden Gerechtigkeitsempfinden vieler Menschen (ebd.).

Empirische Befunde belegen seit Jahrzehnten konsistent, dass Personen mit niedrigem sozioökonomischem Status – gekennzeichnet durch niedriges Einkommen, Bildungsniveau und geringem Berufsstatus – überdurchschnittlich häufig von chronischen Erkrankungen und gesundheitlichen Beschwerden betroffen sind, stärkere Einschränkungen im Alltag erfahren, ihre eigene gesundheitliche Verfassung und Lebensqualität negativer bewerten sowie ein erhöhtes Sterberisiko aufweisen (Lampert et al., 2022, S. 159). Zugleich verfügen sie über geringere materielle, zeitliche, soziale Ressourcen sowie über weniger Gesundheitskompetenzen, um gesundheitliche Belastungen zu bewältigen oder adäquate Versorgung zu organisieren (ebd.). Gesundheitliche Ungleichheit verweist damit nicht lediglich auf unterschiedliche Gesundheitszustände, sondern auf strukturell ungleich verteilte Möglichkeiten, Gesundheit vorzusorgen, zu sichern und zu erhalten.

In besonderer Weise verdichtet sich diese Ungleichheitslage bei Frauen mit niedrigem sozioökonomischem Status. Die Fokussierung der vorliegenden Untersuchung auf die weibliche Perspektive gesundheitlicher Versorgung ist dabei theoretisch wie empirisch begründet. So verweist die Forschung in Gendermedizin und Geschlechterforschung darauf, dass medizinische Wissensproduktion und institutionelle Versorgungslogiken historisch in erheblichem Ausmaß androzentrisch organisiert waren, wodurch geschlechterspezifische Symptomaten,

Krankheitsverläufe und Therapieeffekte systematisch unterbelichtet blieben (Babitsch et al., 2020, S. 219). Zugleich belegen empirische Studien, dass gesundheitliche Ungleichheit nicht eindimensional verläuft, sondern in der Verschränkung von Geschlecht und sozialer Lage hervorgebracht wird: Materielle Deprivation ist mit gesundheitlichen Beschwerden verbunden, wobei diese Zusammenhänge bei Frauen tendenziell stärker als bei Männern ausgeprägt sind. Sie sind nicht nur überdurchschnittlich von gesundheitlicher Belastung betroffen, sondern zugleich häufiger mit institutionellen Selektions-, Übersetzungs- und Ausschlussmechanismen konfrontiert (ebd., S. 221). Aus dieser intersektionalen Perspektive – angelehnt an Gabriele Winker und Nina Degele (2015, S. 11) – versucht diese Arbeit, die sozialen und institutionellen Bedingungen, unter denen gesundheitliche Chancenungleichheiten im Versorgungsalltag entstehen, stabilisiert und reproduziert werden, herauszuarbeiten. Trotz zahlreicher Erhebungen makrosoziologischer Strukturen bleibt die reale Situation gesundheitlicher Ungleichheit unverändert (Lampert et al., 2022, S. 165), was die Notwendigkeit unterstreicht, ihre konkrete Gestalt im Detail sichtbar zu machen.

Vor diesem Hintergrund richtet sich der Blick auf *individuelle gesundheitliche Versorgungskarrieren* von Frauen mit niedrigem sozioökonomischem Status im Wiener Gesundheitssystem. Im Zentrum steht dabei die Frage, wie *gesundheitliche Versorgungskarrieren* aus der Perspektive der Betroffenen selbst erlebt, gedeutet und bewältigt werden. *Gesundheitliche Karrieren* werden dabei explizit nicht als lineare Abfolge medizinischer Leistungen konzeptualisiert, sondern als prozessuale, biografisch eingebettete und institutionell strukturierte Praxis, die sich im Zusammenspiel individueller Orientierung, verfügbarer Ressourcen und organisatorischer Logiken entfaltet. Der analytische Fokus verschiebt sich damit von formalen Versorgungsangeboten hin zur konkreten Sicherstellung von Versorgung im Zeitverlauf – einschließlich Suchbewegungen, Umwegen, Brüchen, Gatekeeping-Erfahrungen, Zuständigkeitsverschiebungen und informellen Bewältigungsstrategien. Um diese Mechanismen empirisch fassbar zu machen, rückt die Untersuchung die subjektiven Deutungen und Erfahrungsbestände der betroffenen Frauen in den Vordergrund. Die interviewbasierten Stimmen ermöglichen eine dichte Beschreibung der Interdependenzen zwischen Lebenslagen, Institutionskontakten und Ausschlussprozessen, die sich in aggregierten Daten häufig nur indirekt abbilden lassen.

Die Entscheidung, im Rahmen dieser Arbeit von *individuellen gesundheitlichen Versorgungskarrieren* zu sprechen, ist Ausdruck einer spezifischen mikrosoziologischen Perspektivierung des Untersuchungsgegenstands. Der Begriff *Versorgungskarrieren* gründet auf Erving Goffmans Konzept der „moral career“ (Goffman, 1961, S. 119) aus seinem Werk *„Asylums: Essays on the social situation of mental patients and other inmates“*. Goffman löst den Karrierebegriff aus seiner normativen Bindung an beruflichen Aufstieg und fasst ihn als analytische Kategorie zur Beschreibung sozial strukturierter Verlaufsformen individueller Existenz auf. *Karriere* bezeichnet in seiner Logik keine Erfolgskategorie, sondern eine rekonstruierbare Sequenz typischer Veränderung über die Zeit hinweg, deren analytischer Wert gerade in der Absehung von singulären Ereignissen

zugunsten regelhafter Transformationsmuster liegt. Zentral ist dabei die doppelte Perspektive des Karrierebegriffs: Er verbindet die Ebene subjektiver Selbstverhältnisse – Identitätsarbeit, Selbstbild, moralische Selbstbewertung – mit der Ebene institutioneller Positionierung, rechtlicher Statuszuweisung und öffentlich zugänglicher sozialer Ordnung (ebd.). In dieser begrifflichen Tradition nach Goffman werden die hier rekonstruierten *individuellen gesundheitlichen Versorgungserfahrungen* als *Versorgungskarrieren* verstanden: als institutionell gerahmte, biografisch wirksame Sequenzen, in denen sich Teilhabemöglichkeiten, Anerkennungsverhältnisse und Selbstdeutungen unter Bedingungen struktureller Ungleichheit über die Zeit transformieren.

Gesundheit erscheint in der vorliegenden Untersuchung nicht primär als medizinisch definierter Zustand, sondern als gesellschaftlich gerahmtes Feld der Daseinsvorsorge. In der sozialwissenschaftlichen Gesundheitsforschung – so Kriwy und Jungbauer-Gans (2020, S. 3f.) – ist seit längerem unstrittig, dass Gesundheit und Krankheit nicht allein biologisch-medizinische Phänomene sind, sondern zugleich normative, institutionell regulierte und sozial ungleich verteilte Größen darstellen. Vor diesem Hintergrund folgt die Entscheidung gegen den Begriff der *krankheitszentrierten Versorgungskarrieren*. Eine solche Engführung würde jene sozialen, biografischen und institutionellen Prozesse ausblenden, die gesundheitliche Orientierung, Prävention, Vermeidung, Aushandlung oder verzögerte Inanspruchnahme strukturieren – gerade dort, wo Krankheit (noch) nicht eindeutig benannt, anerkannt oder legitimiert ist. Diese prozessuale und relationale Perspektive auf gesundheitliche Erfahrungen ist für die vorliegende Untersuchung zentral, da sie es erlaubt, auch jene Formen von gesundheitlicher Versorgung sichtbar zu machen, die sich jenseits klar definierter Gesundheits-/Krankheitsverläufe vollziehen und häufig von Brüchen, Umwegen oder informellen Bewältigungsstrategien geprägt sind. Gerade unter Bedingungen begrenzter Ressourcen rücken damit Fragen sozialer Ungleichheit, Zugangsbarrieren und institutioneller Selektivität in den Fokus. Die Analyse *individueller gesundheitlicher Versorgungskarrieren* schließt damit unmittelbar an ein zentrales Anliegen sozialwissenschaftlicher Gesundheitsforschung an: die Frage, wie gesellschaftliche Bedingungen beschaffen sein müssen, um Gesundheit nicht nur individuell zu behandeln, sondern strukturell zu ermöglichen und sozial abzusichern (ebd.).

Empirisch wird dieses Erkenntnisinteresse am Beispiel von Klientinnen des *Frauengesundheitszentrums FEM Med* verfolgt. Ausgangspunkt der Analyse ist ein Moment relativer Stabilisierung, nämlich der Zeitpunkt, an dem die befragten Frauen Sozial-, Gesundheits- oder akutpsychologische Beratung bei *FEM Med* in Anspruch nehmen. Dieser Kontakt stellt keinen zufälligen oder voraussetzungslosen Eintrittspunkt in das Versorgungsgeschehen dar, sondern ist in der Regel Ergebnis vorgelagerter Irritationen, Belastungen oder gescheiterter Versorgungsversuche im regulären Gesundheitssystem. Die narrativen Rekonstruktionen *individueller gesundheitlicher Versorgungskarrieren* erlauben es, sowohl frühere Barrieren, Brüche und Ausschlusserfahrungen als auch spätere Formen der Orientierung, Stabilisierung und Entlastung systematisch zu thematisieren.

Gerade diese retrospektiv-prozessuale Perspektive erweist sich als analytisch produktiv, da sie nicht nur Einblicke in die Abfolge institutioneller Kontakte ermöglicht, sondern zugleich deren subjektive Deutung, Bewertung und emotionale Rahmung sichtbar macht.

Methodisch stützt sich die Arbeit auf qualitativ-rekonstruktive Zugänge, insbesondere auf problemzentrierte Interviews nach Andreas Witzel (1985, 2000; Witzel & Reiter, 2022) als Erhebungsinstrument sowie eine Auswertung im Rahmen der konstruktivistischen Grounded Theory nach Kathy Charmaz (2000, 2006, 2008, 2024; Bryant & Charmaz, 2007). Diese theoretisch-methodologische Perspektive ermöglicht es, subjektive Deutungen, Erfahrungsbestände und Handlungslogiken der Interviewpartnerinnen mit institutionellen und gesellschaftlichen Strukturbedingungen zu verknüpfen und dadurch prozessuale Muster sichtbar zu machen, die Hinweise auf gesellschaftliche Mechanismen gesundheitlicher Chancenungleichheit geben. Auf diese Weise lassen sich strukturelle Defizite und Selektivitäten des Versorgungssystems aus der Perspektive gelebter Erfahrung erfassen. Zugleich rücken jene strukturellen Bedingungen in den Blick, unter denen die Frauen mit niedrigem sozioökonomischem Status ihre gesundheitliche Versorgung organisieren müssen. Dazu zählen unter anderem begrenzte sprachliche und kulturelle Ressourcen, niedriger Bildungsgrad oder fehlende Krankenversicherung – Faktoren, die den Zugang zu passenden Gesundheitsleistungen erschweren und bestehende Ungleichheiten reproduzieren und verfestigen. Während die Interviews dichte, biografisch strukturierte Erzählungen generieren, ermöglicht die Grounded Theory deren schrittweise theoretische Abstraktion. Auf diese Weise lassen sich jene Mechanismen rekonstruieren, durch die gesundheitliche Chancenungleichheiten im Alltag der Betroffenen hervorgebracht, stabilisiert und partiell bearbeitet werden (Glaser & Strauss, 1967, S. 261; Charmaz, 2008, S. 397f.). Vor diesem methodisch-analytischen Hintergrund richtet sich die Untersuchung auf die folgende übergeordnete Forschungsfrage:

Wie erleben Klientinnen des Frauengesundheitszentrums FEM Med ihre individuellen gesundheitlichen Versorgungskarrieren im Wiener Gesundheitssystem, und welche Bedeutung nehmen in diesem die Beratungsangebote von FEM Med ein?

Daraus ergeben sich folgende Unterfragen:

Welche Barrieren stellen sich den Klientinnen von FEM Med bei der Suche nach geeigneten medizinischen Leistungen in Wien in den Weg? Welche Faktoren werden als unterstützend oder hindernd wahrgenommen?

Inwiefern nehmen die Klientinnen nach der Inanspruchnahme der Beratungsangebote durch FEM Med eine Veränderung ihrer Gesundheitskompetenz sowie eine Erleichterung der Navigation im Wiener Gesundheitssystem wahr?

Der Zugang zum Forschungsfeld erfolgte über das *Frauengesundheitszentrum FEM Med*, ein vom *Institut für Frauen- und Männergesundheit*⁶ (FEM und FEM Süd) entwickeltes und vom *Wiener Gesundheitsfonds*⁷ (WGF) finanziertes Projekt, das Frauen und Mädchen bei der Orientierung im österreichischen Gesundheitssystem unterstützt. Die Datenerhebung wurde im Kontext meiner Tätigkeit als wissenschaftliche Mitarbeiterin bei *queraum. kultur- und sozialforschung* realisiert, in deren Rahmen ich gemeinsam mit meiner Kollegin Mag.^a Nina Hesse an der Evaluation des Projekts „FEM Med – Info-Point und Drehscheibe für Frauengesundheit“⁸ im Zeitraum Herbst 2023 bis Frühjahr 2026 mitwirkte. Obwohl das Forschungsvorhaben im institutionellen Kontext des Evaluationsprojekts situiert ist, handelt es sich bei der vorliegenden Arbeit um eine eigenständige wissenschaftliche Untersuchung, deren Datenerhebung und -auswertung eigens für diese Arbeit erfolgten und analytisch klar von der projektbezogenen Evaluationslogik abgegrenzt ist. Die Untersuchung zielt darüber hinaus ausdrücklich nicht auf eine institutionelle Bewertung des *Frauengesundheitszentrums FEM Med*, sondern nutzt dieses als analytisches Fenster zur Rekonstruktion allgemeiner Mechanismen gesundheitlicher Chancenungleichheit. Aus theoretischer wie methodologischer Perspektive wäre es sinnvoll, vergleichbare Analysen auch in weiteren Settings – etwa allgemeinmedizinischen Praxen, sozialmedizinischen Einrichtungen, Beratungsstellen oder Spitalsambulanzen – durchzuführen, um unterschiedliche institutionelle Interaktionsordnungen und *Versorgungskarrieren* sichtbar zu machen. Die vorliegende Untersuchung versteht sich in diesem Sinne als ein möglicher Zugang unter mehreren, der exemplarisch verdeutlicht, wie *individuelle gesundheitliche Versorgungskarrieren* rekonstruiert und mit strukturellen Rahmenbedingungen verknüpft werden können.

Zur Einordnung des Forschungsvorhabens bietet das *zweite Kapitel* einen systematischen Überblick über den Forschungsstand zum österreichischen Gesundheitssystem sowie über zentrale (gesundheits-)soziologische Konzepte (*Kap. 2.1-2.6.*). Dabei geht es weniger um eine erschöpfende Darstellung des Feldes als vielmehr um die Herausarbeitung jener theoretischen und empirischen Bezugspunkte, die die Analyse *individueller gesundheitlicher Versorgungskarrieren* vorbereiten und inhaltlich rahmen. Die Rekonstruktion solcher *Versorgungskarrieren* erfordert zudem einen theoretischen Zugriff, der soziale Ungleichheit als strukturierenden Mechanismus gesundheitlicher Chancen und Einschränkungen begreift. Dafür wird in *Kapitel drei* das Konzept der sozialen Exklusion von Martin Kronauer (2010, 2020) als zentrale theoretische Grundlage herangezogen (*Kap. 3.1.-3.7.*). Kronauer entwickelte ein mehrdimensionales Exklusionsverständnis, das über rein ökonomisch orientierte Deprivationsmodelle hinausgeht und institutionelle Zugangsbarrieren, eingeschränkte

⁶ Institut für Frauen- und Männergesundheit FEM, FEM Süd und FEM Men: <https://fem.at/>

⁷ Wiener Gesundheitsfonds (WGF): <https://www.wien.gv.at/gesundheit/gesundheitsfonds>

⁸ Projektbeschreibung „FEM Med – Info-Point und Drehscheibe für Frauengesundheit“: <https://www.queraum.org/node/263>

Teilhabemöglichkeiten, soziale Isolation sowie den Verlust gesellschaftlicher Anerkennung als ineinandergreifende Dimensionen sozialer Ungleichheit fasst. Gerade für die Analyse *individueller gesundheitlicher Versorgungskarrieren* erweist sich dieser Ansatz als besonders anschlussfähig, da er erlaubt, gesundheitliche Benachteiligung nicht isoliert, sondern im Kontext institutioneller Arrangements und sozialer Teilhabestrukturen zu analysieren.

Das *vierte Kapitel* widmet sich der methodologischen Positionierung der Arbeit sowie der Darstellung des konkreten empirischen Vorgehens. Nach einer einleitenden methodologischen Verortung der Grounded Theory Methodologie (GTM) (*Kap. 4.1.*) wird der konstruktivistische Ansatz der Grounded Theory nach Kathy Charmaz (2000, 2006, 2008, 2024; Bryant & Charmaz, 2007) (*Kap. 4.2.*) als spezifischer analytischer Rahmen begründet. Die konkreten Erhebungs- und Auswertungsinstrumente werden in den darauffolgenden Abschnitten (*Kap. 4.3.1-4.3.4*) beschrieben. Das *Kapitel 4.4.* zur methodischen Umsetzung bündelt schließlich die Projektbeschreibung (*Kap. 4.4.1.*), die Darstellung des Feldzugangs (*Kap. 4.4.2.*), des Samples (*Kap. 4.4.3.*) und des Forschungszyklus (*Kap. 4.4.4.*). *Kapitel 4.5.* schließt den Methodenteil mit forschungsethischen Überlegungen sowie einer Reflexion der eigenen Positionierung im Feld.

Die Ergebnisse der Analyse werden im *Kapitel 5* entlang der im Kodierprozess herausgearbeiteten *Theoretical Codes* systematisch dargestellt (*Kap. 5.1.-5.2.*). Da die Untersuchung insgesamt auf die empirische Rekonstruktion *individueller gesundheitlicher Versorgungskarrieren* zielt, werden die zentralen Befunde im abschließenden *Kapitel 6* zusammengeführt und unter Rückbezug auf den theoretischen Rahmen, den Forschungsstand sowie die Forschungsfragen diskutiert. Auf diese Weise werden die empirischen Ergebnisse nicht nur zusammenfassend dargestellt, sondern in einen übergeordneten sozialtheoretischen Zusammenhang eingeordnet. Die Verknüpfung von Kronauers Exklusionskonzept mit den empirischen Belegen des Forschungsstands sowie mit den Ergebnissen der problemzentrierten Interviews ermöglicht es, Leitbilder wie Chancengerechtigkeit im Wiener Gesundheitssystem kritisch zu hinterfragen und zu evaluieren. Dadurch wird ein empirisch fundierter Realitätsbezug hergestellt, der sichtbar macht, wie strukturelle Exklusion in individuellen Lebensgeschichten wirksam werden und mit sozialen Utopien von Inklusion, Teilhabe, Gleichheit kollidieren. In diesem Sinne versteht sich die Arbeit als Beitrag zur empirischen Konstruktion jener Prozesse, durch die gesundheitliche Chancenungleichheit entstehen, reproduziert und in institutionellen Versorgungskonstellationen stabilisiert werden.

2. Forschungsstand und (gesundheits-)soziologische Konzepte

In den folgenden Unterkapiteln liegt der Fokus auf dem Aufbau des analytischen Resonanzraums, in dem die später rekonstruierten *individuellen gesundheitlichen Versorgungskarrieren* überhaupt erst als sozial strukturierte und situierte Verläufe lesbar werden. Das Kapitel folgt dabei keinem linearen Einzeltheorierahmen, sondern entfaltet mehrere aufeinander bezogene Zugriffsebenen. Zunächst wird Gesundheit und Krankheit als kategorialer Ausgangspunkt so gefasst, dass Subjektivität, Biografie und Institution nicht auseinanderfallen, sondern als wechselseitig vermittelte Dimensionen sichtbar werden. Darauf aufbauend werden Erklärungsansätze sozialer und gesundheitlicher Ungleichheit entfaltet, um Fragen nach Verteilung, Zugang und Teilhabe als strukturierendes Prinzip von Gesundheit herauszuarbeiten. Im Anschluss wird mit dem Konzept der Gesundheitsförderung eine praxis- und interventionsbezogene Perspektive eingeführt, die institutionelle Unterstützungsformen und die Gestaltung gesundheitsbezogener Lebensbedingungen in den Blick rückt. Anschließend wird dieser Zugang durch intersektionale Ansätze erweitert, die verdeutlichen, wie der sozioökonomische Status, Geschlecht und weitere Differenzachsen nicht additiv, sondern in ihrer Verschränkung wirksam werden. Darüber hinaus werden wohlfahrtsstaatliche und institutionelle Rahmenbedingungen diskutiert, um die gesellschaftliche Einbettung gesundheitlicher Versorgung zu konturieren. Die empirische Befundlage zu Österreich verankert diese Perspektiven schließlich in einem nationalen Daten- und Problemlagehorizont, der erforderlich ist, um die im empirischen Teil rekonstruierten Versorgungserfahrungen nicht als Einzelfälle, sondern als Ausdruck regelhafter Struktur- und Steuerungslogiken des Gesundheitssystems zu interpretieren.

2.1. Gesundheit oder Krankheit?

„Krankheit ist jeweils das Maß an Gesundheit, das ein konkretes Leben im Zusammenhang seiner konkreten Individualisierungsgeschichte – und das ist immer auch: Traumatisierungsgeschichte – maximal erreichen konnte, und der Arzt [die Ärztin] muss deshalb diese Krankheit aus ihrer lebensgeschichtlichen Motiviertheit heraus fallspezifisch verstehen.“ (Oevermann, 2003, S. 58)

Gesundheit und Krankheit sind aus soziologischer Perspektive nicht als dichotome, rein medizinisch bestimmbare Zustände zu begreifen, sondern als prozessuale Phänomene, die in biografische Verläufe, soziale Lebenslagen und gesellschaftliche Macht- und Ungleichheitsverhältnisse eingebettet sind. Oevermanns Verständnis von Krankheit als Ausdruck lebensgeschichtlicher und struktureller Bedingungen verweist damit auf die Notwendigkeit, Gesundheit relational, kontextualisiert und subjektbezogen zu analysieren. Ein solches Verständnis bildet auch für die vorliegende Arbeit einen zentralen theoretischen Bezugspunkt, da subjektive Gesundheitszustände nicht losgelöst von sozialen Positionierungen und institutionellen Rahmenbedingungen betrachtet werden können (Petzold &

Bahrs, 2020, S. 91). Eine grundlegend neue theoretische Perspektive auf Gesundheit entwickelte der amerikanisch-israelische Medizinsoziologe und Stressforscher Aaron Antonovsky nach mehr als zehnjähriger pathogenetisch orientierter Stressforschung. Während eines Sabbaticals in Berkeley in den Jahren 1977/78 kam Antonovsky zu der Frage „What makes people healthy?“ (Mittelmark et al., 2017, S. 7) und prägte damit das Konzept der „Salutogenese“ (Antonovsky, 1997): „Der Blick richtet sich damit nicht mehr nur auf Krankheiten, sondern auf die betroffenen Menschen insgesamt in ihrem Gesundsein und Kranksein umfassenden Lebensprozess und bezieht Ressourcen ebenso ein, wie Risiken“ (Petzold & Bahrs, 2020, S. 90). Dieser Ansatz gilt heute als integrale Theorie der Gesundheitswissenschaften. Der salutogenetische Zugang verschiebt den analytischen Fokus von der ausschließlichen Betrachtung von Krankheit hin zu einer prozessualen Sicht auf Menschen, die Gesundheit und Krankheit als miteinander verschränkte Dimensionen des Lebensverlaufs begreift und dabei sowohl Risiken als auch Ressourcen einbeziehen (ebd.).

Um einer normativen Überhöhung des Gesundheitsbegriffs vorzubeugen, ist zugleich zu betonen, dass Gesundheit nicht als eindeutig definierbarer oder vollständig erreichbarer Zustand zu verstehen ist, sondern vielmehr als orientierender Idealtyp, der Handeln, politische Zielsetzung und institutionelle Arrangements leitet, ohne je vollständig realisiert werden zu können. In diesem Sinne halten Uexküll und Wesiack (1991, S. 611) fest: „Um nicht missverstanden zu werden, müssen wir betonen, dass Begriffe wie [...] Gesundheit Idealbegriffe sind, die den Weg zu einem Ziel weisen. Das Ziel selbst kann nie vollständig erreicht werden“. Wird Gesundheit als Annäherungsziel und damit als normativer Idealbegriff verstanden, der in der empirischen Realität nicht vollständig erreichbar ist, dem sich Individuen jedoch in unterschiedlichem Ausmaß annähern können – so Petzold und Bahrs (2020, S. 92) – lässt sich dieser Prozess als Gesundung beziehungsweise als Gesundsein fassen. Ein solches Verständnis impliziert, dass Gesundsein grundsätzlich von jedem aktuellen Zustand aus möglich ist und somit auch Menschen mit Behinderungen als gesund gelten können.

Diese Perspektive ist sowohl von der WHO-Definition von Gesundheit als „a state of complete physical, social and mental well-being, and not merely the absence of disease or infirmity“ (World Health Organization, 2021) vereinbar als auch mit Antonovskys Modell eines „ease/dis-ease-continuum“ („Gesundheit-Krankheits-Kontinuums“) (Petzold & Bahrs, 2020, S. 92), in dem Gesundheit und Krankheit nicht als Gegensätze, sondern als dynamisch miteinander verschränkte Pole verstanden werden (ebd.). Gleichzeitig ist Gesundheit nicht nur als individuelles Gut, sondern auch als zentraler normativer und gesellschaftspolitischer Referenzpunkt zu verstehen. Im Rahmen der 17 Nachhaltigkeitsziele der Vereinten Nationen ist die Sicherstellung eines gesunden Lebens sowie die Förderung des Wohlbefindens für Menschen aller Altersgruppen als drittes Ziel verankert, was die zentrale Bedeutung von Gesundheit für eine nachhaltige gesellschaftliche Entwicklung unterstreicht (United Nations, o.J.). Gesundheit fungiert einerseits als eigenständiger normativer Wert, besitzt andererseits jedoch auch eine zentrale funktionale Bedeutung für gesellschaftliche Reproduktion sowie für ökonomische und soziale Prosperität. Vor diesem Hintergrund formulieren die Vereinten

Nationen im Rahmen ihrer globalen Agenda konkrete, zeitlich gebundene Zielvorgaben zur Verbesserung gesundheitlicher Lebenslagen, darunter etwa die Reduktion von Kinder- und Müttersterblichkeit, die Eindämmung epidemischer Infektionskrankheiten oder die Senkung der Mortalität infolge von Verkehrsunfällen. Zudem wird eine stärkere Ausrichtung auf die Prävention verhaltensbedingter Erkrankungen angestrebt sowie der universelle Zugang zu gesundheitlicher Versorgung unter Bedingungen finanzieller Absicherung eingefordert (Kriwy & Jungbauer-Gans, 2020, S. 4).

Diese global ausgerichtete Zielperspektive legt zunächst nahe, dass gesundheitliche Verbesserungen primär durch eine effiziente Organisation und Finanzierung von Gesundheitssystemen, infrastrukturelle Maßnahmen sowie verhältnispräventive Interventionen erreicht werden können. Die gesundheitssoziologische Forschung zeigt jedoch, dass solche systematischen Maßnahmen nicht ausreichen, um gesundheitliche Ungleichheiten wirksam zu reduzieren. Vielmehr wird deutlich, dass gesundheitliche Chancen systematisch sozial ungleich verteilt sind und durch eine Vielzahl sozialer und gesellschaftlicher Mechanismen geprägt werden. Erst wenn diese Mechanismen in gesundheitspolitischen Strategien sowie in der Ausgestaltung gesundheitlicher Versorgungsstrukturen angemessen berücksichtigt werden, können gesundheitliche Ungleichheiten wirksam adressiert und damit auch übergeordnete Nachhaltigkeitsziele in ihrer Reichweite besser realisiert werden (ebd.).

2.2. Erklärungsansätze sozialer und gesundheitlicher Ungleichheit

Vor dem Hintergrund dieses relationalen und prozessualen Verständnisses von Gesundheit wird deutlich, dass Gesundheitszustände nicht unabhängig von sozialen Voraussetzungen, Lebenslagen und gesellschaftlichen Machtverhältnissen entstehen. Wenn Gesundheit nicht als statistischer Idealzustand, sondern als dynamischer Annäherungsprozess entlang biografischer und sozialer Bedingungen begriffen wird, rückt zwangsläufig die Frage in den Fokus, unter welchen gesellschaftlichen Voraussetzungen Menschen in unterschiedlichem Ausmaß Zugang zu gesundheitlichen Ressourcen, Schutzfaktoren und Versorgungsleistungen haben. Damit verschiebt sich der analytische Blick von der begrifflichen Klärung von Gesundheit und Krankheit hin zur systematischen Untersuchung sozialer Ungleichheiten, die diesen Prozess strukturieren. Gesundheit erscheint somit nicht mehr nur als individuelles oder medizinisches Phänomen, sondern als sozial ungleich verteilte Chance, deren Realisierung maßgeblich von sozialer Position, verfügbaren Ressourcen und institutionellen Arrangements abhängt. An dieser Schnittstelle setzt das folgende Kapitel an, indem es zentrale theoretische Erklärungssätze sozialer und gesundheitlicher Ungleichheit entfaltet, die für das Verständnis der empirischen *individuellen gesundheitlichen Versorgungskarrieren* konstitutiv sind.

Empirische Studien belegen seit Jahrzehnten einen stabilen Zusammenhang zwischen sozioökonomischem Status und gesundheitlichen Outcomes (Lampert et al., 2022, S. 159). Im globalen Norden konnte in den vergangenen Jahrzehnten ein historisch beispielloses Maß an materiellem Wohlstand erzielt werden, begleitet von umfassenden sozialen Sicherungssystemen, die finanziellen Auswirkungen von Arbeitslosigkeit, Pflegebedürftigkeit und Krankheit zumindest teilweise abfedern. Gleichzeitig zeigt sich jedoch, dass soziale Ungleichheit nicht allein entlang der Extrempole „arm“ und „reich“ verläuft, sondern sich als kontinuierlicher *Sozialgradient*⁹ ausdrückt. Empirische Forschungsergebnisse belegen vielmehr das Vorhandensein eines kontinuierlichen Gefälles: Mit jedem weiteren Schritt auf der sozialen Hierarchieleiter verändern sich die durchschnittlichen Gesundheitschancen in positiver oder negativer Richtung (Siegrist & Marmot, 2008, S. 16).

Diese Befunde stehen im Einklang mit international vergleichenden sozialepidemiologischen Forschungsergebnissen. Zwar ist im historischen Längsschnitt eine Steigerung der durchschnittlichen Lebenserwartung zu verzeichnen, sozial bedingte Disparitäten haben sich jedoch nicht nivelliert, sondern in Teilen sogar weiter ausdifferenziert (Schott & Kuntz, 2011, S. 159). Sozial benachteiligte Bevölkerungsgruppen weisen demnach nicht nur ein signifikant höheres Morbiditäts- und Mortalitätsrisiko auf, sondern partizipieren zudem in systematisch eingeschränkter Weise an den Effekten medizinischen, technologischen und sozialpolitischen Fortschritts (ebd.). Diese Beobachtungen werfen grundlegende Fragen nach der normativen Legitimation moderner Sozial- und Gesundheitspolitik auf – insbesondere danach, ob und in welchem Ausmaß die identifizierten Differenzen zu klassifizieren sind, die folglich als Ausdruck sozialer Ungerechtigkeit verstanden werden müssen. Vor diesem Hintergrund ist es zentral, soziale Ungleichheit nicht als bloße Varianz von Lebenslagen zu fassen, sondern als strukturierte Differenz von Teilhabechancen: Soziale Ungleichheit liegt vor, wenn Menschen aufgrund ihrer sozialen Position dauerhaft ungleiche Teilhabechance an gesellschaftlich wertvollen Ressourcen haben (Hradil, 2001, S. 30).

2.2.1. Der sozioökonomische Status (SES)

In modernen Gesellschaften ist die soziale Position eines Individuums primär durch seinen sozioökonomischen Status bestimmt und weniger durch die Zugehörigkeit zu tradierten sozialen Klassen. Der sozioökonomische Status stellt ein mehrdimensionales Konzept dar, das sowohl ressourcenbasierte (z. B. Einkommen, Bildung, soziale Unterstützung) als auch prestigebasierte Merkmale (z. B. beruflicher Status, Zugang zu Wissen und Konsumgütern) umfasst. Diese Dimensionen sind eng miteinander verknüpft und wirken über den gesamten Lebensverlauf hinweg.

⁹ Michael Marmot, ein renommierter Sozialepidemiologe, fasst dieses Phänomen prägnant unter dem Begriff des „Statussyndrom[s]“ zusammen (Marmot, 2004, zitiert nach Schott & Kuntz, 2011, S. 159).

Soziale Ungleichheit kann analytisch in vertikale Aspekte – etwa Bildung, Einkommen und Berufsstatus, die den sozioökonomischen Status (SES) (*siehe Abb. 1*) bilden – sowie in horizontale Differenzierungen untergliedert werden. Vertikale soziale Mobilität beschreibt Veränderungen der individuellen sozioökonomischen Position innerhalb der gesellschaftlichen Schichtstruktur, etwa durch beruflichen Aufstieg oder sozialen Abstieg (Hradil, 2001, S. 34). Neben den klassischen Indikatoren vertikaler sozialer Ungleichheit – wie Bildung, Einkommen und Berufsstatus – existieren auch Merkmale horizontaler sozialer Ungleichheit, die zwar keine hierarchische Ordnung abbilden, jedoch ebenfalls eine ungleiche Verteilung von Ressourcen, Belastungen und Risiken implizieren. Dazu zählen unter anderem Alter, Geschlecht, Familienstand, ethnische Zugehörigkeit, Wohn- und Arbeitsbedingungen, Freizeitverhalten sowie Zugehörigkeit zu sozialen Milieus oder Peergruppen. Diese Merkmale können die gesundheitliche Lage ganzer Bevölkerungsgruppen in erheblichem Ausmaß prägen und wirken häufig in Kombination miteinander. Erst die Verknüpfung vertikaler und horizontaler Ungleichheitsdimensionen erlaubt eine differenzierte Analyse spezifischer Problemlagen (Mielck, 2005, S. 8) – wie sie etwa bei der untersuchten Zielgruppe vorliegt.

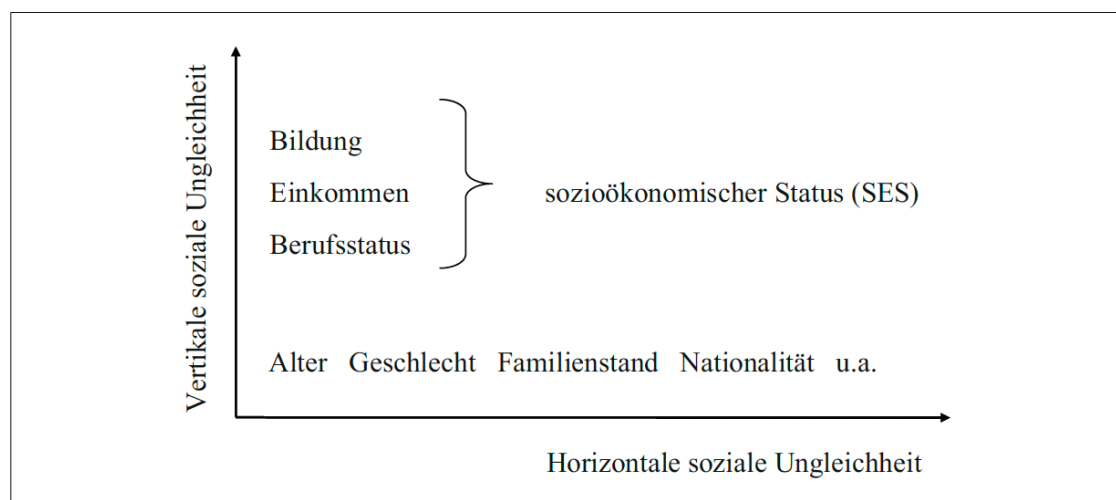


Abbildung 1: Der sozioökonomische Status (SES) nach Andreas Mielck (2005, S. 8)

Darüber hinaus lassen sich auch Merkmale auf gesellschaftlicher Makroebene als relevante Einflussfaktoren gesundheitlicher Ungleichheit identifizieren. Unterschiede in Einkommensverteilung, sozialer Kohäsion, Vertrauen und Sozialkapital gelten als valide Indikatoren zur Erklärung gesundheitlicher Disparitäten zwischen Gesellschaften oder Regionen (Schott & Kuntz, 2011, S. 164).

2.2.2. Erklärungsmodell des Zusammenhangs von sozialer Ungleichheit und Gesundheit

Vor diesem theoretischen Hintergrund wurden zentrale theoretische Erklärungsansätze entwickelt, die den Zusammenhang zwischen sozialer Ungleichheit und Gesundheit systematisch modellieren. Nach Schott und Kuntz (2011, S. 165) haben in Deutschland insbesondere die Studien von Andreas Mielck (2000, 2005) maßgeblich zur Forschung über gesundheitliche Ungleichheiten beigetragen. Er entwickelte ein „Erklärungsmodell des Zusammenhangs von sozialer Ungleichheit und Gesundheit“ (Schott & Kuntz, 2011, S. 165) (siehe Abb. 2), das bis heute vielfach rezipiert wird und die komplexe Wechselwirkung zwischen sozialer Lage und gesundheitlicher Situation in vier Argumentationslinien zusammenfasst.

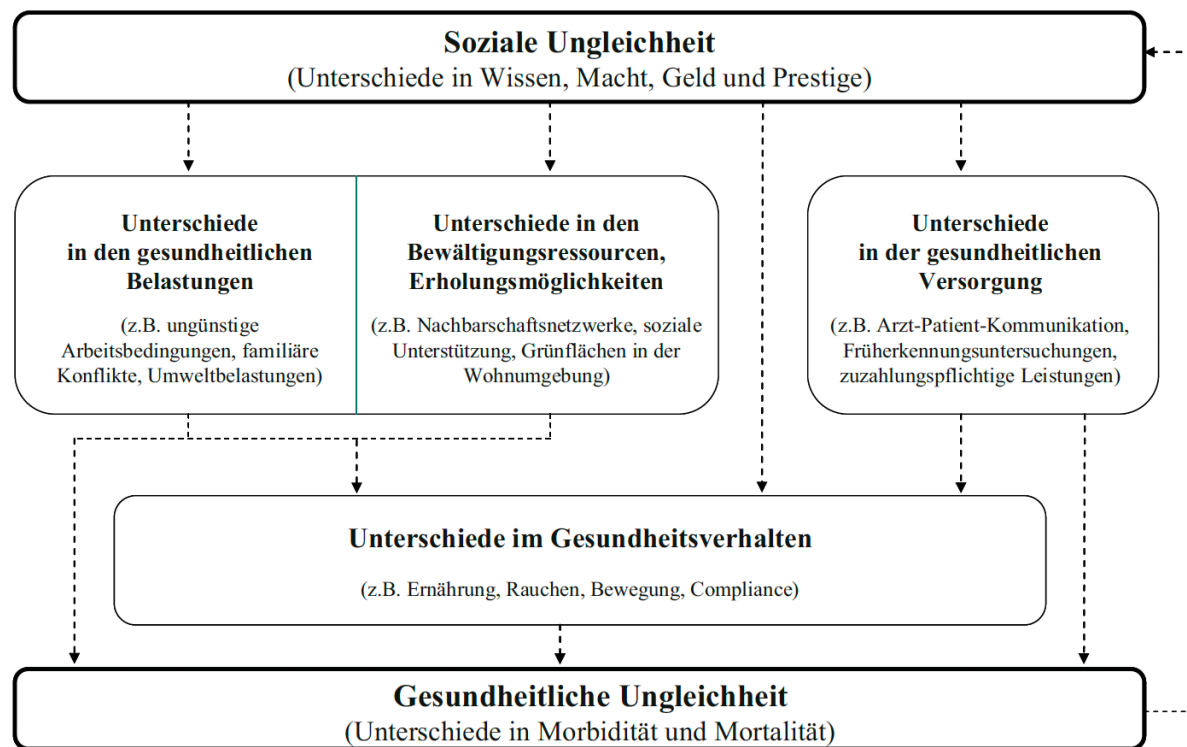


Abbildung 2: „Erklärungsmodell des Zusammenhangs von sozialer Ungleichheit und Gesundheit“ (Mielck, 2000, 2005, zitiert nach Schott & Kuntz, 2011, S. 165)

Im Folgenden wird dieses Modell näher erläutert: Erstens postuliert Mielck eine asymmetrische Kausalitätsrichtung, wonach die gesundheitlichen Folgen niedrigen sozioökonomischen Status‘ stärker ins Gewicht fallen als umgekehrt: Strukturelle Benachteiligung wirkt somit primär gesundheitsschädigend, sodass die Formel „Armut macht krank“ empirisch tragfähiger erscheint als die Annahme „Krankheit macht arm“ (Schott & Kuntz, 2011, S. 165). Zweitens rückt nicht die bloße Existenz von Belastungen in den Fokus, sondern das Verhältnis zwischen Stressoren und verfügbaren Bewältigungsressourcen. Entscheidend ist demnach, in welchem Ausmaß Individuen auf materielle, soziale und symbolische Ressourcen zurückgreifen können, um gesundheitliche Risiken zu kompensieren – Ressourcen, die in sozial benachteiligten Gruppen systematisch knapper ausfallen (ebd.). Drittens betont das Modell die Bedeutung ungleich verteilter gesellschaftlicher Ressourcen, wie

Wissen, Macht, Geld und Prestige, die den Zugang zu Gesundheitsleistungen, die Fähigkeit zur Systemnavigation sowie die Durchsetzung eigener Versorgungsbedürfnisse strukturieren und damit zu sozial differenzierten Bewältigungs- und Nutzungschancen im Gesundheitssystem führen. Viertens werden Unterschiede im Gesundheitsverhalten nicht als primär individuelle Wahlentscheidungen verstanden, sondern als Resultat sozialer Lebensbedingungen, die Handlungsspielräume, Wissensbestände und Möglichkeitsstrukturen vorprägen. Gesundheitsbezogene Praktiken erscheinen damit weniger als Ursache sozialer Ungleichheit, sondern vielmehr als deren sozial produzierte Folge (Richter, 2005, S. 116).

Die von Andreas Mielck formulierte These „Armut macht krank“ (Schott & Kuntz, 2011, S. 165) ist in der neueren Forschung jedoch differenziert weiterentwickelt worden. Aktuelle sozialepidemiologische Arbeiten problematisieren insbesondere die Frage der Kausalitätsrichtung zwischen sozialer Lage und Gesundheit und weisen auf die wechselseitige Verschränkung beider Prozesse hin. Hehlmann et al. (2018, S. 84) unterscheiden in diesem Zusammenhang analytisch zwischen „*sozialen Verursachungsprozessen*“ und „*sozialen Selektionsprozessen*“. Während erstere darauf verweisen, dass soziale Benachteiligung gesundheitliche Risiken erhöht, beschreibt letztere Mechanismen, durch die Krankheit selbst soziale Abstiegsprozesse auslöst. Gerade bei chronischen Erkrankungen zeigen sich *soziale Selektionsprozesse* in besonderer Schärfe: Einschränkungen der Erwerbsverläufe sowie der Ausschluss vom Arbeitsmarkt erhöhen das Armutsrisiko¹⁰ nachhaltig und führen zu langfristigen Nachteilen in sozialstaatlichen Sicherungssystemen, etwa durch geringere

¹⁰ In der Armutsforschung wird Armut häufig als Kontinuum zwischen *absoluter* und *relativer Armut* konzeptualisiert; beide Dimensionen markieren unterschiedliche analytische Perspektiven auf soziale Ungleichheit (Lessmann, 2007, S. 23). *Relative Armut* beschreibt eine gesellschaftlich relationale Position: Maßstab ist nicht ein fixes Existenzminimum, sondern die Einkommensverteilung innerhalb eines Landes. Nach EU-Definitionen gelten Personen als *armutsgefährdet*, wenn ihr Äquivalenzeinkommen unter 60 % des nationalen Medianeinkommens liegt; das Konzept erfasst somit eine vergleichsweise niedrige Einkommenslage, ohne unmittelbar Aussagen über die konkrete Lebensbewältigung eines Haushalts zu erlauben. Für Österreich werden laut Sozialbericht 2024 des BMSGPK auf Basis der 2022 erhobenen Daten durch *Statistik Austria* **1.314.000 Personen** bzw. **14,8 %** der Bevölkerung dieser Kategorie zugeordnet (BMSGPK, 2024, S. 24). *Absolute Armut* wird hingegen über das Nichterreichen eines normativ festgelegten Mindestlebensstandards bestimmt. Als *erheblich materiell und sozial benachteiligt* gilt nach EU-Kriterien, wer sich von 13 Merkmalen, die als Mindestlebensstandard festgelegt wurden, mindestens sieben nicht leisten kann. Dieses absolute Armutsmaß operationalisiert sich in einem konkreten Deprivationskatalog: „Dem Haushalt ist es finanziell nicht möglich, (1) unerwartete Ausgaben in der Höhe von 1.300 EUR aus eigenen Mitteln zu tätigen, (2) einmal im Jahr auf Urlaub zu fahren, (3) Miete, Betriebskosten oder Kredite pünktlich zu bezahlen, (4) jeden zweiten Tag Fleisch, Fisch oder eine vergleichbare vegetarische Speise zu essen, (5) die Wohnung angemessen warm zu halten, (6) abgenutzte Möbel zu ersetzen oder (7) ein Auto zu besitzen. Personen ab 16 Jahren ist es finanziell nicht möglich, (8) eine Internetverbindung zu haben, (9) abgenutzte Kleidung zu ersetzen, (10) zwei Paar passende Schuhe zu haben, (11) jede Woche einen kleinen Betrag für sich selbst auszugeben, (12) regelmäßig kostenpflichtige Freizeitaktivitäten auszuüben oder (13) einmal im Monat Freund:innen oder Familie zum Essen oder Trinken zu treffen“ (BMSGPK, 2024, S. 95). Für Österreich sind aus derselben Erhebung des Sozialberichts im Jahre 2022 **201.000 Personen** von *erheblicher materieller und sozialer Benachteiligung* betroffen, was **2,3 %** der Gesamtbevölkerung entspricht. Wenn zusätzlich Personen mit geringer oder keiner Erwerbsintensität berücksichtigt werden, ergibt sich eine durch armuts- oder ausgrenzungsgefährdete Bevölkerung von **1.555.000 Personen** bzw. **17,5 %** der Bevölkerung in Privathaushalten (BMSGPK, 2024, S. 24f.).

Rentenansprüche. Diese Effekte wirken zudem intergenerational fort, da krankheitsbedingt Armut der Eltern die sozioökonomischen Ausgangsbedingungen der Kinder strukturell verschlechtert – unabhängig davon, ob gesundheitliche Beeinträchtigungen selbst weitervererbt werden. Demgegenüber verweisen *soziale Verursachungsprozesse* auf die gesundheitsschädigenden Effekte *relativer Armut*. Diese manifestieren sich unter anderem in erhöhten Umweltbelastungen am Arbeitsplatz oder Wohnort, psychosozialem Stress infolge finanzieller Unsicherheit, Schlafmangel sowie in ungleichen Zugängen zu qualitativ adäquater gesundheitlicher Versorgung (ebd.). Gleichwohl wird diesen strukturellen Determinanten in gesundheitlichen Debatten nur begrenzt Aufmerksamkeit zuteil. Stattdessen dominieren individualisierende Interventionslogiken, die zunächst auf medizinische Behandlung und – bei deren Scheitern – auf Verhaltensmodifikationen zielen, während soziale und ökonomische Rahmenbedingungen erst nachrangig adressiert werden (ebd.). Diese Engführung wird durch eine öffentliche Diskurslage verstärkt, in der gesundheitliche Ungleichheit primär, als Folge individuellen Fehlverhaltens interpretiert wird. Der Fokus auf Ernährung, Rauch- oder Alkoholkonsum verschiebt die Verantwortung systematisch auf die Betroffenen und entpolitisiert Fragen sozialer Ressourcenverteilung. *Relative Armut* wird dabei nicht als eigenständige soziale Problemlagen anerkannt, sondern auf bloße Einkommensunterschiede reduziert (ebd., S. 85). Sting formuliert diese Verschiebung wie folgt:

„Die Fokussierung auf das Gesundheitsverhalten enthält die Gefahr moralisierender, individualisierender und stigmatisierender Schuldzuweisungen, indem diejenigen, die von einer schlechteren Gesundheit betroffen sind, für ihren Zustand selbst verantwortlich gemacht werden. Diese Strategie des ›blaming the victim‹ lenkt von struktureller Benachteiligung ab und sie verkennet die komplexen Rahmenbedingungen für ›Verhalten‹.“ (Sting, 2008, S. 427)

Die teils polemisch geführte Debatte um Ursachen sozialer Deklassierung und gesundheitlicher Ungleichheit – so Hehlmann et al. (2018, S. 86f.) – berührt eine zentrale Grundfrage der Soziologie: das Verhältnis von gesellschaftlichen Strukturen und individuellem Handeln. Im Kern geht es darum, in welchem Ausmaß gesundheitliches Verhalten als Ergebnis freier Entscheidungen oder als Produkt sozialer Voraussetzungen zu begreifen ist. Bereits bei Marx findet sich eine prägnante Formulierung dieses Zusammenhangs: „Die Menschen machen ihre eigene Geschichte, aber sie machen sie nicht aus freien Stücken, nicht unter selbstgewählten, sondern unmittelbar vorgefundenen, gegebenen und überlieferten Bedingungen“ (Marx, 1972 [1852], S. 115).

An diese Struktur-Handlungs-Dialektik schließt unmittelbar eine für die Public Health zentrale Interventionsfrage an: Soll gesundheitliche Ungleichheit primär durch die Veränderung gesellschaftlicher Verhältnisse („*Verhältnisprävention*“) (Hehlmann et al., 2018, S. 86f.) oder durch die Beeinflussung individuellen Verhaltens („*Verhaltensprävention*“) (ebd.) adressiert werden. Vor diesem Hintergrund gewinnt das soziologische Konzept des *Habitus* (Bourdieu, 1982, S. 195) besondere analytische Bedeutung. Sozialisation bezeichnet dabei jenen Prozess, durch den Individuen

gesellschaftliche Handlungsfähigkeit erwerben und sich in sozialen Ordnungen orientieren können. Sie vollzieht sich nicht nur bewusst oder intentional, sondern wirkt tiefgreifend auf Wahrnehmungen, Präferenzen und Verhaltensweisen ein, die im Lauf des Lebens habitualisiert werden und den Akteur:innen als selbstverständlich erscheinen. Die Gesamtheit dieser inkorporierten Dispositionen fasst Pierre Bourdieu im Begriff des Habitus zusammen, der Denken, Fühlen und Handeln strukturiert, ohne diese strikt zu determinieren (Hehlmann et al., 2018, S. 85f.).

2.2.3. Das Habitus Konzept

Bourdieu begreift den Habitus als Ergebnis klassenspezifischer Sozialisation, die sich über verschiedene Sozialisationsinstanzen – Familie, Bildungssystem, Erwerbsarbeit, Peers, Medien und Wohnumfeld – vermittelt und zugleich durch übergeordnete gesellschaftliche Rahmenbedingungen geprägt ist (Hehlmann et al., 2018, S. 86). Der „Habitus [kann demnach] als ein sozial erworbenes psychisches Dispositionssystem verstanden werden, welches das Wahrnehmen, Denken und Empfinden strukturiert. In einer dialektischen Auslegung ist der Habitus einerseits das Resultat der gesellschaftlichen Verhältnisse und damit *strukturierte Struktur*, andererseits reproduziert der Habitus jedoch diese Verhältnisse und ist damit auch *strukturierende Struktur*“ (Sperlich, 2023, S. 49). In Zentrales Merkmal des Habitus ist seine überwiegende vor- und unbewusste Wirksamkeit. Bourdieu (1982, S. 307f.) spricht in diesem Zusammenhang von Inkorporation, um zu verdeutlichen, dass schichtspezifische Umgangsformen, Geschmacksurteile, Lebensstile und Handlungsmuster gleichsam in die Körper eingeschrieben sind und dort eine dauerhafte, vorreflexive Orientierungskraft entfalten (ebd.). Der Körper fungiert damit als Träger sozialer Geschichte, in dem gesellschaftliche Ungleichheitsverhältnisse materialisiert werden. Hier nochmal in Bourdieus Worten:

„da[ss] der Körper die unwiderlegbarste Objektivierung des Klassengeschmacks darstellt, diesen vielfältig zum Ausdruck bringt: zunächst einmal in seinen scheinbar natürlichsten Momenten – seinen Dimensionen (Umfang, Größe, Gewicht, etc.) und Formen (rundlich oder vierschrötig, steif oder geschmeidig, aufrecht oder gebeugt, etc.), seinem sichtbaren Muskelbau, worin sich auf tausenderlei Art ein ganzes Verhältnis zum Körper niederschlägt, mit anderen Worten, eine ganz bestimmte, die tiefsitzenden Dispositionen und Einstellungen des Habitus offenbarende Weise, mit dem Körper umzugehen, ihn zu pflegen und zu ernähren.“ (ebd., S. 307)

Um diese schwer quantifizierbare Form sozialer Ungleichheit analytisch fassbar zu machen, erweitert Bourdieu den ökonomischen Kapitalbegriff um kulturelles Kapital, das er in institutionalisiertes, objektiviertes und inkorporiertes kulturelles Kapital differenziert. Letzteres bezeichnet jene habituellen Selbstverständlichkeiten und Kompetenzen, die gesellschaftliche Anerkennung ermöglichen, zugleich aber besonders schwer nachholbar sind und soziale Grenzen stabilisieren (Hehlmann et al., 2018, S. 87). Die damit verbundene symbolische Ungleichheit zeigt sich darin, dass Personen, die kulturelle

Selbstsicherheit von frühester Sozialisation an erworben haben, gegenüber jenen im Vorteil bleiben, die sich entsprechend Zugänge mühsam aneignen mussten (Bourdieu & Passeron, 1971, S. 42). Selbst in formale Bildungstitel können diesen Nachteil nur begrenzt kompensieren, wenn inkorporiertes kulturelles Kapital und soziale Netzwerke fehlen. Auf diese Weise reproduziert der Habitus soziale Ungleichheit auf subtile, aber hoch wirksame Weise und trägt zur Stabilisierung der Vorstellung bei, soziale Unterschiede seien primär Ausdruck individueller Leistung (Hehlmann et al., 2018, S. 88).

Für die Analyse gesundheitlicher Ungleichheit ist entscheidend, dass der Habitus Verhalten nicht determiniert, sondern Wahrscheinlichkeiten strukturiert. Er erklärt, warum bestimmte gesundheitsbezogene Praktiken in Abhängigkeit von sozialer Lage näherliegen als andere. Gesundheitsverhalten ist damit nicht isoliert vom Lebensstil zu betrachten, sondern in umfassende Alltagspraktiken, emotionale Bindungen und unterbewusste Routinen eingebettet (ebd.). Auch gesundheitswissenschaftliche Empfehlungen selbst sind vor diesem Hintergrund nicht neutral. Als „gesund“ deklarierte Lebensstile spiegeln häufig den Habitus jener Akteur:innen wider, die sie formulieren, und reproduzieren damit implizit mittelständisch geprägte Normen. Dies trägt mit dazu bei, dass verhaltensorientierte Präventionsansätze – insbesondere in unteren sozialen Lagen – nur begrenzte Wirkung entfalten (ebd., S. 88f.).

Die bisherigen Ausführungen haben deutlich gemacht, dass gesundheitliche Ungleichheit weder auf individuelle Lebensführung noch auf singuläre Risikofaktoren reduziert werden kann, sondern in vielschichtigen sozialen, kulturellen und institutionellen Konstellationen hervorgebracht wird. Gesundheit und Krankheit erweisen sich vor diesem Hintergrund als sozial situiert und strukturell vermittelt: Sie sind eingebettet in ungleiche Ressourcenverteilungen, habitualisierte Handlungs- und Deutungsmuster sowie institutionelle Arrangements, die Zugänge, Anerkennung und Handlungsspielräume systematisch strukturieren. Theoretische Modelle sozialer Ungleichheit und sozialisationstheoretische Konzepte wie der Habitusansatz verweisen damit auf die Notwendigkeit, gesundheitliche Differenzen nicht als kontingente Abweichungen, sondern als regelhafte soziale Muster zu begreifen.

2.2.4. *Das Health Literacy Konzept*

Das vergleichsweise junge Konzept der *Health Literacy* wird seit den 1970er Jahren – so Abel & Sommerhalder (2015, S. 923) – intensiv rezipiert und hat sich über die Jahrzehnte zu einem zentralen Referenzrahmen gesundheitspolitischer Strategien entwickelt. Es ist mittlerweile als integraler Bestandteil nationaler Gesundheitsziele – unter anderem in Österreich und den USA – verankert und fungiert zugleich als Schlüsseldimension des Rahmenkonzepts „Gesundheit 2020“ der WHO für eine Gesundheitspolitik in der europäischen Region (World Health Organisation, 2013, zitiert nach ebd.). In der einschlägigen Literatur findet sich eine Vielzahl unterschiedlicher Definitionen von *Health Literacy* (Gesundheitskompetenz), die den Begriff jeweils in spezifischer Weise konturieren.

Gemeinsam ist diesen Ansätzen ein Verständnis von Gesundheitskompetenz als mehrdimensionale Ressource, die ein Bündel kognitiver, kommunikativer und handlungsbezogener Fähigkeiten umfasst: Dazu zählen insbesondere die Fähigkeit, gesundheitsbezogene Informationen zu beschaffen, zu verstehen, kritisch zu bewerten, sich über Fragen von Gesundheit und Krankheit austauschen, informierte gesundheitsrelevante Entscheidungen zu treffen sowie entsprechende Informationen im Sinne der Erhaltung und Förderung von Gesundheit adäquat zu nutzen. Zugleich bestehen zwischen den einzelnen Konzepten erhebliche Differenzen, die sich vor allem in der jeweiligen Bezugnahme auf Gesundheit und Gesundheitshandeln manifestieren (Abel & Sommerhalder, 2015, S. 923). Diese konzeptuellen Differenzen schlagen sich insbesondere in der jeweiligen Reichweite und Schwerpunktsetzung der Definitionen von Gesundheitskompetenz nieder. Während einige Ansätze Gesundheitskompetenz vergleichsweise eng fassen und sie primär als individuelle Fähigkeiten verstehen, auf Basis vorhandener Informationen angemessene gesundheitsrelevante Entscheidungen zu treffen sowie die verfügbaren Versorgungsleistungen effektiv in Anspruch zu nehmen, begreifen andere Gesundheitskompetenz als grundlegende Voraussetzung alltäglichen Gesundheitshandelns und lösen das Konzept aus primär versorgungssystemspezifischen Bezugsrahmen (ebd.). Darüber hinaus existieren weiter gefasste Konzeptualisierungen, die Gesundheitskompetenz deutlich über Prozesse der Informationsverarbeitung und Entscheidungsfindung hinaus erweitern und sie mit umfassenderen Handlungspotenzialen in Bezug auf die eigene Gesundheit sowie jene von Familie, sozialem Nahraum oder Nachbarschaft verknüpfen. In dieser Perspektive wird Gesundheitskompetenz als zentrale Voraussetzung individuellen und kollektiven Handelns für Gesundheit verstanden. In dieser weitergehenden Lesart zielt Gesundheitskompetenz folglich nicht nur auf die Verbesserung individueller Gesundheitschancen ab, sondern schließt explizit auch die Fähigkeit von Individuen und Gruppen zur aktiven Gestaltung gesundheitsförderlicher Lebensbedingungen mit ein (ebd.).

Nutbeam (2008, S. 2074) differenziert drei zentrale Konzepte von Gesundheitskompetenz: die *Funktionale*, die *Interaktive* sowie die *Kritische Gesundheitskompetenz*. Die *Funktionale Gesundheitskompetenz* bezeichnet dabei jene individuellen Fähigkeiten, gesundheitsrelevante Informationen zu identifizieren und deren Inhalte in einer Weise zu verstehen, wie sie von medizinischen Expert:innen als fachlich korrekt und therapeutisch angemessen definiert werden. Diese Dimension der Gesundheitskompetenz steht in enger Kontinuität zu klassischen Konzepten des Patient:innenwissens, der Compliance sowie zu verhaltensorientierten Ansätzen der Prävention und Gesundheitsförderung. Zentral ist in diesem Verständnis insbesondere die Aneignung von Wissen über gesundheitliche Risiken sowie über eine angemessene, bedarfsgerechte Inanspruchnahme der Angebote des medizinischen Versorgungssystems (Abel & Sommerhalder, 2015, S. 924). *Interaktive Gesundheitskompetenz* beschreibt die Fähigkeit von Individuen, gesundheitsbezogenes Wissen in sozialen Interaktionen aufzunehmen, anzuwenden und weiterzugeben. Sie umfasst sowohl den Austausch von Gesundheitsinformationen aus unterschiedlichen Quellen unter variierenden Bedingungen als auch die aktive Weitergabe eigenen Wissens, etwa im familiären Kontext oder in

patient:innenzentrierten, nicht-hierarchischen Ärzt:innen-Patient:innen-Gesprächen. *Kritische Gesundheitskompetenz* zielt auf einen aufgeklärten, reflexiven und selbstbestimmten Umgang mit Gesundheit. Sie umfasst sowohl die selektive Nutzung von Angeboten des Gesundheitssystems als auch eine (selbst-)bewusste und (selbst-)kritische Gestaltung der eigenen Lebensführung. Medizinische Versorgungsleistungen, Präventions- und Gesundheitsförderungsangebote sowie gesundheitsbezogene Konsumgüter weisen dabei zwar gesundheitsförderliche Potenziale auf, sind jedoch zugleich mit Risiken verbunden. Vor diesem Hintergrund bezeichnet *Kritische Gesundheitskompetenz* die Fähigkeit, gesundheitliche Informationen und Angebote kritisch zu bewerten, normative Erwartungen an gesundheitsrelevantes Verhalten zu reflektieren und sich von unrealistischen Anforderungen abzugrenzen. In dieser Perspektive kommt ihr ein potenziell emanzipatorischer Charakter zu (ebd., S. 925). Mit der von Nutbeam (2008, S. 2074) eingeführten Dreiteilung wird Gesundheitskompetenz insgesamt als mehrdimensionales Konstrukt gefasst. Insbesondere die *Kritische Gesundheitskompetenz* stellt dabei eine konzeptionelle Verbindung zum *Empowerment*-Ansatz her. Zugrunde liegt die Annahme, dass eine erhöhte Gesundheitskompetenz Individuen dazu befähigt, Gestaltungs- und Entscheidungsaufgaben in Bezug auf ihre Gesundheit zu übernehmen und ihr Handeln zur Förderung von Gesundheit sowie gesundheitsförderlicher Lebensbedingungen zu stärken (Abel & Sommerhalder, 2015, S. 925).

Einen zentralen Beitrag zu dieser Integrationsleistung leisten Sørensen et al. (2012) im Rahmen ihrer systematischen Literaturanalyse „*Health literacy and public health. A systematic reviews and integration of definitions and models*“. Ziel ihrer Arbeit ist es, die konzeptionellen Brüche und theoretischen Leerstellen der bisherigen Forschung zu adressieren und ein Modell vorzulegen, das den heterogenen Verständnissen von Health Literacy gerecht wird. Sørensen et al. (2012, S. 1) entwickelten ihr Modell auf Basis einer systematischen Analyse von 17 Definitionen von Health Literacy sowie 12 zwölf konzeptionellen Modellen, die sie im internationalen Forschungsstand identifizierten. Ausgangspunkt ist die Diagnose, dass trotz zahlreicher bestehender Modelle keines als hinreichend umfassend gelten kann, um den sich dynamisch entwickelnden Definitionen und den damit verbundenen Kompetenzanforderungen gerecht zu werden. Als zentrale Defizite identifizierten die Autor:innen eine unzureichende theoretische Fundierung vieler Modelle, die fehlende Integration medizinischer und Public Health orientierter Perspektiven, eine statische Betrachtung von Gesundheitskompetenz sowie unklare Zusammenhänge zwischen Gesundheitskompetenz, ihren Ursachen und Folgen (ebd., S. 8).

Im Zentrum des Modells (*siehe Abb. 3, S.f.*) steht ein prozessuales Verständnis von Health Literacy, das vier miteinander verbundene Kompetenzdimensionen umfasst: „(1) *Access* refers to the ability to seek, find and obtain health information; (2) *Understand* refers to the ability to comprehend the health information that is accessed; (3) *Appraise* describes the ability to interpret, filter, judge and evaluate the health information that has been accessed; and (4) *Apply* refers to the ability to communicate and use the information to make a decision to maintain and improve health“ (ebd., S. 9). Diese

Kompetenzen sind nicht als isolierte Fähigkeiten zu verstehen, sondern als aufeinander bezogene Schritte eines sozialen und kognitiven Verarbeitungsprozesses, der stark von der Qualität, Komplexität und Zugänglichkeit der bereitgestellten Informationen abhängt. Zugleich integrieren diese Dimensionen die von Nutbeam unterschiedenen Formen funktionaler, interaktiver und kritischer Gesundheitskompetenz (ebd.).

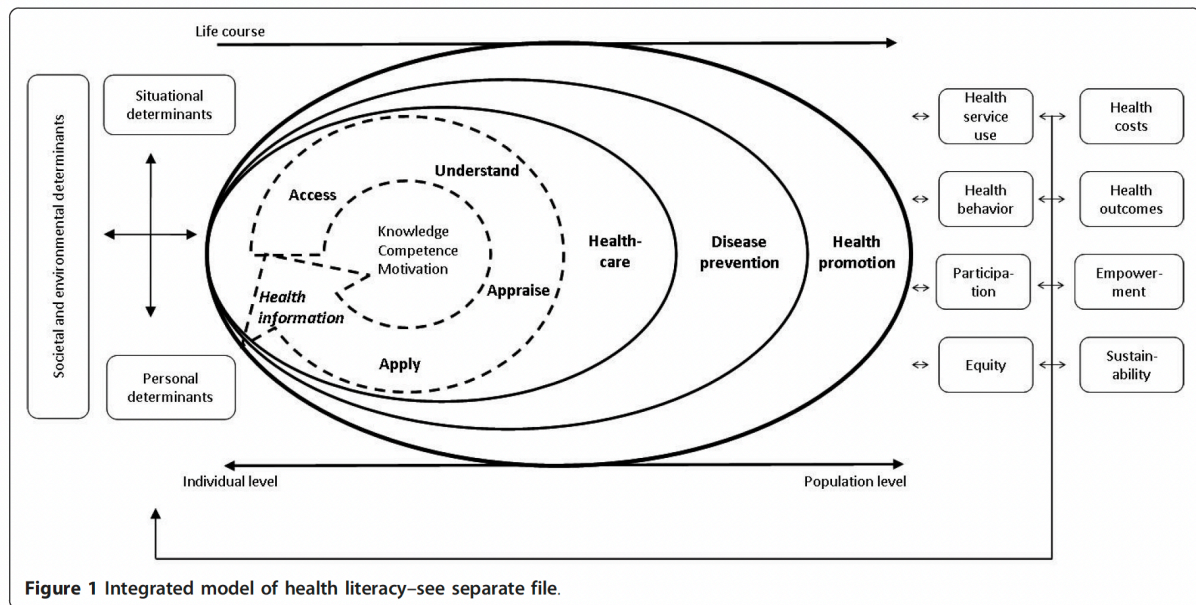


Abbildung 3: „Health Literacy Modell“ (Sørensen et al., 2012, S. 9)

Der Kompetenzprozess entfaltet sich nach Sørensen et al. (2012, S. 9f.) in drei zentralen Handlungsdomänen: im Gesundheitsversorgungssystem als Patient:in, im Bereich der Krankheitsprävention als risikobelastete Person sowie im Feld der Gesundheitsförderung als Bürger:in in sozialen, politischen und ökonomischen Kontexten. Damit verschiebt das Modell die Perspektive von einer rein individuellen hin zu einer zunehmend bevölkerungsbezogenen Betrachtung von Health Literacy und integriert explizit medizinische und Public Health orientierte Verständnisse. Gesundheitskompetenz wird als lebenslang entwickelbarer Prozess gefasst, der an biografische Erfahrungen, kognitive und psychosoziale Entwicklungen sowie an sich wandelnde institutionelle Anforderungen gebunden ist. Ergänzend differenziert das Modell zwischen distalen Faktoren, darunter gesellschaftliche und umweltbezogene Determinanten (z. B. demografische Situation, Kultur, Sprache, politische Kräfte, gesellschaftliche Systeme), und proximalen Faktoren, die eher mit persönlichen Determinanten (z. B. Alter, Geschlecht, ethnische Zugehörigkeit, sozioökonomischer Status, Bildung, Beruf, Beschäftigung, Einkommen, Alphabetisierung) und situativen Determinanten (z. B. soziale Unterstützung, Einfluss von Familie und Gleichaltrigen, Mediennutzung und physische Umgebung) einhergehen. Health Literacy steht dabei in enger Beziehung zu allgemeiner Alphabetisierung und Bildungsniveau, entfaltet ihre Wirkung jedoch erst im Zusammenspiel mit weiteren kulturellen, sozialen und institutionellen Kompetenzen. In normativer Perspektive verstehen Sørensen et al. (2012, S. 10) *Health Literacy* als Ressource zur Stärkung von Autonomie, Selbstbestimmung und

gesellschaftlicher Teilhabe. Gleichzeitig verweisen sie auf die strukturelle Verantwortung von Gesundheitssystemen: Geringe Gesundheitskompetenz kann nicht allein durch individuelle Kompetenzsteigerung adressiert werden, sondern erfordert ebenso eine Reduktion institutioneller Komplexität und eine Verbesserung der „Lesbarkeit des Systems“ (ebd.).

2.3. Gesundheitsförderung

Die vorliegende Arbeit untersucht die *individuellen gesundheitlichen Versorgungskarrieren* von Frauen mit niedrigem sozioökonomischem Status im Kontext des *Frauengesundheitszentrums FEM Med*. Um diese institutionellen Praktiken und die darin vermittelten Unterstützungsprozesse analytisch einordnen zu können, ist eine theoretische Auseinandersetzung mit Konzepten der Gesundheitsförderung erforderlich. Frauengesundheitszentren sind nicht primär als Orte klassischer Krankheitsprävention zu verstehen, sondern als gesundheitsförderliche Settings. Diese Konzepte bilden zugleich einen wesentlichen Rahmen für die Förderung von Gesundheitskompetenz, die im Zentrum dieser Einrichtung steht. Das folgende Kapitel dient daher dazu, die theoretischen Grundlagen von Gesundheitsförderung darzulegen und ihre Relevanz für das Verständnis der im empirischen Teil rekonstruierten *individuellen gesundheitlichen Versorgungskarrieren* herauszuarbeiten.

In der zeitgenössischen gesundheitswissenschaftlichen Debatte wird Krankheitsprävention häufig als historisch vorgelagerter Ansatz gegenüber der Gesundheitsförderung verstanden, der auf gezielte Interventionen zur Reduktion gesundheitlicher Risiken bei Individuen und Bevölkerungsgruppen abzielt. Voraussetzung präventiver Strategien war dabei stets ein hinreichend gesichertes Wissen über Krankheitsursachen. Während sich präventive Maßnahmen zunächst vor allem auf situationsbezogene Risiken übertragbarer Erkrankungen – etwa im Kontext epidemischer Ausbrüche – konzentrierten, rückten mit dem epidemiologischen Übergang zunehmend verhaltensbezogene Risikofaktoren nichtübertragbarer Erkrankungen (*non-communicable diseases*) in den Fokus. Die langjährige Auseinandersetzung mit den gesundheitsschädigenden Folgen des Tabakkonsums und dessen Rolle bei der Entstehung bestimmter Erkrankungen kann hierfür exemplarisch angeführt werden (Krajic et al., 2020, S. 146). Obwohl Krankheitsprävention eng an wissenschaftliche Fortschritte in Ätiologie und Epidemiologie gebunden ist, konnte sie gesellschaftlich nicht in vergleichbarem Ausmaß wirksam werden wie kurative Ansätze der Krankenbehandlung – zumindest nicht mehr seit der Mitte des 20. Jahrhunderts. Diese Asymmetrie spiegelt sich auch deutlich in der Verteilung gesundheitspolitischer Ressourcen wider. So zeigt eine Analyse der öffentlichen Gesundheitsausgaben in Österreich, dass Prävention und Gesundheitsförderung im Jahr 2016 lediglich einen geringen Anteil an den gesamten öffentlichen Gesundheitsausgaben ausmachten. Selbst unter Einbeziehung tertiärer Prävention, also rehabilitativer Maßnahmen im Anschluss an Krankheit und Unfall, blieb der entsprechende Ausgabenanteil vergleichsweise niedrig (Gesundheit Österreich, 2016, S. 29).

Diese begrenzte Wirksamkeit und strukturelle Marginalisierung präventiver Ansätze bilden den Hintergrund für eine konzeptionelle Neuorientierung im internationalen Public-Health Diskurs. Mit der Einführung der Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung im Jahr 1986 unter dem programmatischen Titel „Towards a new public health“ vollzog die *World Health Organization* (1986) jedoch eine konzeptionelle Erweiterung des bisherigen Verständnisses von Public Health. Dabei wurde ein zuvor vor allem im angelsächsischen Raum randständig entwickeltes Konzept der Gesundheitsförderung aufgegriffen und gegenüber der traditionell enger gefassten Gesundheitserziehung deutlich ausgeweitet. In der Folge erlangte Gesundheitsförderung verstärkte institutionelle und politische Aufmerksamkeit, wurde durch internationale Beschlüsse, Konferenzen und programmatische Dokumente systematisch verankert und durch die Etablierung von Projekten sowie transnationalen Netzwerken praktisch implementiert (Krajic et al., 2020, S. 146).

In der Gesundheitsförderung nehmen die Konzepte *Partizipation*, *Empowerment* und *Capacity Building* eine zentrale Rolle ein. Sie beruhen auf dem grundlegenden Verständnis, dass gesundheitsförderliche Prozesse nicht einseitig für Zielgruppen entwickelt werden sollten, sondern deren aktive Einbindung und Mitgestaltung voraussetzen (Loss & Lindacher, 2023, S. 510). Entsprechend zielen diese Ansätze darauf ab, Ressourcen, Fähigkeiten und Handlungsmöglichkeiten von Individuen und Gruppen zu erweitern, um sie in die Lage zu versetzen, gesundheitsbezogene Anliegen entsprechen ihrer jeweiligen Lebensbedingungen eigenständig zu adressieren. Auf diese Weise tragen partizipativ ausgerichtete Interventionen auch zur langfristigen Tragfähigkeit von Gesundheitsförderungsprogrammen bei, da sie stärker an den Bedürfnissen der Beteiligten ausgerichtet sind und auf deren Engagement aufbauen (ebd.).

Partizipation bezeichnet in der Gesundheitsförderung einen sozialen Aushandlungsprozess, in dem Individuen und Gruppen Verantwortung für ihre eigene Gesundheit sowie für kollektive gesundheitliche Belange ihres sozialen Umfelds übernehmen. Sie impliziert eine Abkehr von expert:innenendominierten Top-Down-Interventionen zugunsten von Bottom-Up-Ansätzen, in denen Betroffene aktiv in Planung, Entscheidungsfindung und Umsetzung gesundheitsförderlicher Maßnahmen eingebunden sind. Maßgeblich für das Ausmaß von *Partizipation* ist dabei der Grad realer Einflussnahme, wie ihn Arnsteins Modell aus den 1969er Jahren, die „Leiter der Partizipation“ (siehe Abb. 4, S. f.) differenziert, das zwischen symbolischer Beteiligung („Alibi-Partizipation“) und tatsächlicher Entscheidungsmacht unterscheidet. Eine hohe Stufe partizipativer Einbindung gilt als zentrale Voraussetzung für soziale Gerechtigkeit, Wirksamkeit und Nachhaltigkeit von Gesundheitsförderung (Loss & Lindacher, 2023, S. 510). Zugleich ist die praktische Umsetzung von Partizipation konfliktanfällig und voraussetzungsvoll, insbesondere in sozial benachteiligten Gruppen, da hierfür entsprechende Kompetenzen zur Interessenartikulation und Problembearbeitung erforderlich sind. *Partizipation* ist daher eng mit Empowerment-Prozessen verknüpft, die auf den Aufbau eben jener individuellen und kollektiven Handlungsmöglichkeiten abzielen (ebd., S. 511).

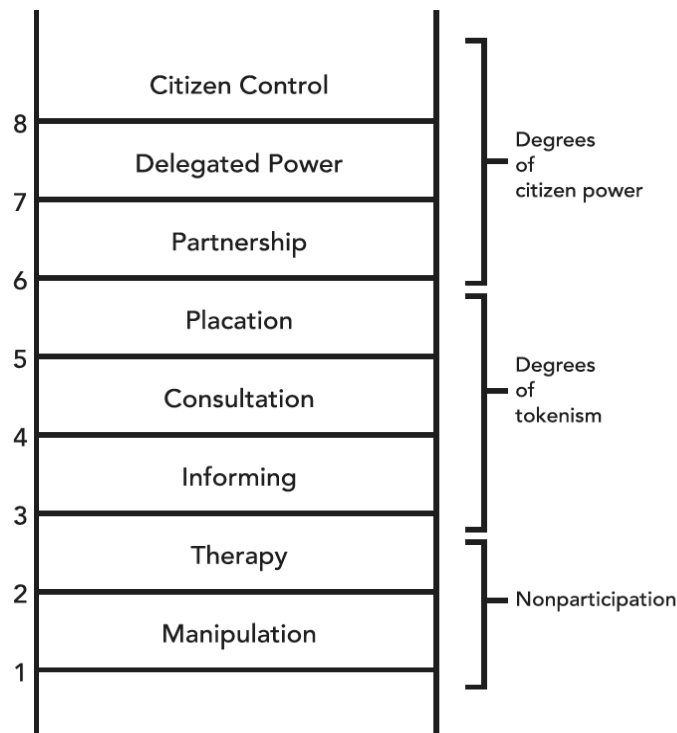


Abbildung 4: „Eight rungs on a ladder of citizen participation“ nach Sherry R. Arnstein (2019, S. 26)

Empowerment bezeichnet einen mehrdimensionalen sozialen Prozess, durch den Individuen und Gruppen Verständnis für ihre Lebensbedingungen entwickeln und zugleich an Handlungsmacht und Kontrolle über diese gewinnen. Ziel ist es, soziale, politische und institutionelle Rahmenbedingungen so beeinflussen zu können, dass sich insbesondere gesundheitsbezogene Lebenslagen verbessern. Auf individueller Ebene umfasst *Empowerment* unter anderem das Erleben von Selbstwirksamkeit, ein kritisches Bewusstsein für soziale und politische Determinanten der eigenen Lebenssituation sowie aktives Engagement im sozialen Umfeld (ebd., S. 512).

Während *Empowerment* primär auf die Ebene individueller und kollektiver Handlungsmacht zielt, rückt *Capacity Building* die strukturellen Voraussetzungen nachhaltiger Gesundheitsförderung in den Mittelpunkt. Gesundheitsförderung ist als kooperativer Prozess angelegt und erfordert die Vernetzung relevanter Akteur:innen innerhalb des Settings sowie den Aufbau geeigneter Planungs-, Management- und Steuerungsstrukturen. Bewährt haben sich dabei insbesondere interdisziplinäre Arbeits- und Steuerungsgruppen, in denen zentrale Schlüsselakteur:innen eines Settings zusammengeführt werden, etwa in Form dauerhafter Gesundheitszirkel (ebd., S. 513). Der Aufbau solcher nachhaltigen Strukturen und Kompetenzen wird als *Capacity Building* bezeichnet. Das Konzept, prominent eingeführt in der Jakarta-Erklärung (1997), beschreibt die Entwicklung von Wissen, Fähigkeiten, organisatorischen Strukturen und Führungsqualitäten, die eine langfristig wirksame Gesundheitsförderung ermöglichen. Im Unterschied zum *Empowerment*-Ansatz, der primär auf die Befähigung der Zielgruppen fokussiert, richtet sich *Capacity Building* vor allem auf die strukturelle Entwicklung von Organisationen und Gesellschaften sowie auf die Stärkung multiplikatorischer Handlungskompetenzen (ebd., S. 513f.).

2.4. Intersektionale Perspektiven auf Gesundheitsversorgung

Die systematische Berücksichtigung von Geschlecht in der Gesundheitsforschung, der Medizin und der Gesundheitsversorgung stellt eine vergleichsweise junge Entwicklung dar. Zentrale Impulse gingen hierbei von Frauen- und Geschlechterforschung sowie der Gendermedizin aus, die empirisch nachweisen konnten, dass sich Gesundheitschancen, Krankheitsverläufe sowie Morbiditäts- und Mortalitätsmuster zwischen Frauen und Männern signifikant unterscheiden. Ein grundlegender Kritikpunkt dieser Forschung richtet sich auf den lange Zeit vorherrschenden, Androzentrismus medizinischer Wissensproduktion: Klinische Studien basierten über Jahrzehnte hinweg überwiegend auf männlichen Stichproben, wodurch geschlechtsspezifische Krankheitsverläufe, Symptome und Therapieeffekte systematisch unterbelichtet blieben (Babitsch et al., 2020, S. 218). Der Ausschluss von Frauen aus klinischer Forschung folgte dabei weniger naturwissenschaftlichen als normativen und methodologischen Prämissen. Frauen galten aufgrund ihrer reproduktiven Funktion als „schutzbedürftig“, zugleich wurde implizit unterstellt, dass sich Krankheiten geschlechtsneutral äußern und behandeln ließen. Der weibliche Hormonzyklus wurde darüber hinaus als methodische Störgröße betrachtet, die der angestrebten Homogenität von Studienpopulationen entgegenstand (ebd., S. 219). Diese Kritik markiert zugleich einen analytischen Wendepunkt: Gesundheitliche Ungleichheiten werden nicht länger ausschließlich entlang biologischer Geschlechtsunterschiede diskutiert, sondern zunehmend als sozial strukturierte Phänomene gefasst. Empirische Befunde zeigen, dass materielle Deprivation mit einer erhöhten Prävalenz körperlicher und psychischer Beschwerden einhergeht und sich diese Zusammenhänge bei Frauen tendenziell stärker ausprägen als bei Männern (ebd., S. 221). Gesundheitliche Ungleichheit erweist sich damit als Resultat der Verschränkung von Geschlecht und sozialer Lage. Entsprechend kann Gesundheit aus geschlechtersoziologischer Perspektive nicht als rein biologischer Zustand gefasst werden, sondern als Ausdruck gesellschaftlich organisierter Ungleichheitsverhältnisse, in denen normative Gleichheitsansprüche mit persistenten Geschlechterstereotypen und statusbezogenen Hierarchisierungen kollidieren.

Babitsch et al. (2020, S. 222) verweist in diesem Zusammenhang darauf, dass Geschlechterstereotype nicht lediglich „geschlechterspezifisch Besonderes“ markieren, sondern implizit von unterschiedlichen Befähigungen und Zuständigkeiten der Genusgruppen ausgehen. Diese Zuschreibungen sind eng mit gesellschaftlichen Leistungs- und Belohnungsprinzipien verknüpft: Eigenschaften wie „Empathie“ und „Familienfürsorge“ werden als weiblich kodierte Attribute dem reproduktiven Bereich zugewiesen und bleiben damit in zentralen Dimensionen sozialer Ungleichheit unsichtbar. Analytisch wird Geschlecht schließlich als Querschnittskategorie gefasst, die mit sozialen Statuslagen in komplexer und nichtlinearer Weise verschränkt ist. Zwar gelten Bildung, berufliche Stellung und Einkommen als Kerndimensionen, doch wird die Annahme einer stabilen Statuskonsistenz angesichts pluralisierter Erwerbsverläufe zunehmend fragwürdig. Die Zusammenhänge zwischen Geschlecht, sozialem Status und Gesundheit lassen sich nicht monokausal

erklären, da familiäre Herkunft, institutionelle Rahmenbedingungen sowie geschlechterdifferente Förder- und Schließpraktiken ineinandergreifen (ebd., S. 224f.).

An dieser Stelle setzt das *Konzept der Intersektionalität* in der Tradition von Angelika Winker und Nina Degele (2015) an. Es zielt darauf, die Gleichzeitigkeit und Verwobenheit unterschiedlicher Ungleichheits- und Diskriminierungsdimensionen zu erfassen, ohne diese additiv zu verkürzen (Hehlmann et al., 2018, S. 90). Historisch geht die Debatte auf die Kritik Schwarzer Feministinnen in den USA zurück, die darauf hinweisen, dass ihre Erfahrungen im hegemonialen Feminismus weißer Mittelschichtsfrauen unsichtbar bleiben und sich Unterdrückungsverhältnisse entlang mehrerer Achsen zugleich vollziehen (Winker & Degele, 2015, S. 11). In der Weiterentwicklung des Konzepts wurden ursprünglich auf Geschlecht, Ethnizität und Klasse fokussierte Analysen um weitere Dimensionen erweitert. Winker und Degele (2015, S. 41f.) identifizieren vier Strukturkategorien sozialer Ungleichheit: „Klasse, Geschlecht, Rasse und Körper“. Wobei in Klasse die sexuelle Identität und in Ethnizität die Religion und Weltanschauung aufgegriffen werden. Letztere Kategorie umfasst neben Alter und Behinderung auch Phänomene wie Lookismus (Hehlmann et al., 2018, S. 90). Für die gesundheitswissenschaftliche Forschung ist dabei besonders relevant, dass der Ansatz nicht auf Ergebnisgleichheit – etwa gleiche Gesundheitszustände – zielt, sondern auf die Herstellung gleicher Gesundheitschancen. Gesundheit wird damit als Ausdruck erweiterter Handlungs- und Entscheidungsfreiheit gefasst und nicht als normativ vorgegebenes Ziel (Babitsch et al., 2020, S. 228).

Damit rückt die Frage in den Fokus, wie Differenzlinien sozial bewertet, institutionell verankert und schließlich in ungleiche Teilhabechancen übersetzt werden. Für eine analytisch präzise Auseinandersetzung mit gesellschaftlichen Differenzen ist zunächst zwischen bloßer Verschiedenheit und sozialer Ungleichheit zu unterscheiden. Während Differenzen Unterschiede zwischen Individuen bezeichnen, die keine systematische Benachteiligung nach sich ziehen, verweist Ungleichheit auf strukturierte Unterschiede zwischen sozialen Gruppen, die mit ungleichem Zugang zu gesellschaftlich zentralen Ressourcen verbunden sind. Ungleichheit manifestiert sich dort, wo Differenzlinien in hierarchische Ordnungen überführt werden und den Zugang zu Bildung, Einkommen, Vermögen, Arbeits- und Wohnungsmarkt sowie zu rechtlichen und gesundheitlichen Gütern dauerhaft strukturieren (Hehlmann et al., 2018, S. 89). Entscheidend ist damit nicht die Existenz von Unterschieden an sich, sondern deren soziale Bewertung und institutionelle Konsequenz. Diese Strukturierung von Ungleichheit findet ihren rechtlichen Niederschlag unter anderem im Allgemeinen Gleichstellungsgesetz (AGG) von 2022, das bestimmte Diskriminierungskategorien – etwa Geschlecht, Alter, ethnische Zuschreibung, Weltanschauung, sexuelle Identität, Religion oder Behinderung – explizit benennt und unter Schutz stellt (Antidiskriminierungsstelle des Bundes, 2022, S. 10). Zugleich bleibt die gesetzliche Aufzählung selektiv und unvollständig. Diskriminierungsformen etwa aufgrund sozialer Herkunft, des äußeren Erscheinungsbildes oder des Körpergewichts werden nicht erfasst, was darauf verweist, dass bestimmte Ungleichheiten – insbesondere der sozioökonomische Status – in leistungsorientierten Gesellschaften als legitim oder unvermeidbar

gelten (Hehlmann et al., 2018, S. 89). Rechtliche Anerkennung und gesellschaftliche Relevanz fallen damit nicht notwendigerweise zusammen.

Zusammenfassend lässt sich Gesundheit als Feld rekonstruieren, in dem strukturell verankerte Ungleichheiten Schließungsprozesse hervorbringen und Teilhabechancen ungleich verteilen. Gesellschaftlicher Wandel erzeugt dabei neue Erwartungen, Möglichkeiten und Grenzen, aus denen wiederum neue vulnerable Lebenskonstellationen im Zusammenspiel von Geschlecht und sozialer Ungleichheit hervorgehen. Eine gendersensible Gesundheitsforschung und -praxis ist daher auf eine erweiterte Analyse sozialer Lebenslagen angewiesen und sollte Gerechtigkeit primär als Chancengleichheit konzeptualisieren: nicht Gleichheit der Gesundheit, sondern Gleichheit der Gesundheitschancen (Babitsch et al., 2020, S. 229).

2.5. Wohlfahrtsstaatliche und institutionelle Rahmenbedingungen

Um die Bedeutung gesellschaftlicher und politischer Rahmenbedingungen für die Entstehung und Reproduktion gesundheitlicher Ungleichheit zu verstehen, ist ein kurzer Blick auf die Transformation des österreichischen Gesundheitssystems den letzten Jahren aufschlussreich. Es zeigt sich, dass gesundheitliche Ungleichheit kein ausschließliches Phänomen des 21. Jahrhunderts ist. Bereits in vormodernen Gesellschaften lässt sich nachweisen, dass die durchschnittliche Lebenserwartung in Österreich in den obersten Statusgruppen am höchsten und in den unteren Statusgruppen am niedrigsten war (Lampert et al., 2022, S. 164). Tiefgreifende gesellschaftliche, ökonomische, kulturelle und technologische Transformationsprozesse führten in den vergangenen Jahrhunderten dazu, dass europäische Gesellschaften von traditionellen zu modernen Industrie- und Wissensgesellschaften wurden. Ab dem späten 19. Jahrhundert entstanden infolge der industriellen Revolution in westeuropäischen Ländern verschiedene Sozial- und Wohlfahrtsstaaten. Trotz unterschiedlicher wohlfahrtsstaatlicher Modelle ist ihnen gemeinsam, dass sie Maßnahmen zur Umverteilung von Einkommen und Vermögen sowie die Bereitstellung kollektiv finanzierter Leistungen, insbesondere in den Bereichen Bildung und Gesundheitsversorgung, beinhalten (ebd.).

Ein besonderer Meilenstein in der Entstehungsgeschichte des österreichischen Wohlfahrtsstaates in der ersten Hälfte des 19. Jahrhunderts ist die Einführung der Sozialversicherung im Jahre 1888/89. In der ersten Hälfte des 20. Jahrhunderts, also nach der Gründung und während des Ausbaus des Sozial- und Wohlfahrtswesens in westeuropäischen Ländern, gingen die Einkommens- und Vermögensungleichheiten in diesen Staaten deutlich zurück. Trotz einer allgemeinen Reduktion sozioökonomische Ungleichheit blieben Unterschiede in Gesundheits- und Lebenschancen über längere Zeiträume hinweg bestehen und nahmen teilweise sogar zu. Dieses Muster zeigt sich auch in Ländern mit ausgeprägten wohlfahrtsstaatlichen Arrangements, etwa im skandinavischen Raum, wo intensive sozialpolitische Interventionen nicht in einem entsprechenden Abbau gesundheitlicher

Ungleichheiten resultieren. Daraus lässt sich auf Basis der gegenwärtigen Studienlage kein eindeutiger Zusammenhang zwischen Umfang oder Ausgestaltung wohlfahrtsstaatlicher Politik und dem Ausmaß gesundheitlicher Ungleichheit feststellen (ebd.). „Dieser Befund wird auch als „Paradoxon“ des Fortbestehens der gesundheitlichen Ungleichheit in modernen Wohlfahrtsstaaten bezeichnet“ (ebd.). Plausibel wird dieses Paradoxon insbesondere dann, wenn berücksichtigt wird, dass Sozial- und Wohlfahrtssysteme historisch nicht primär mit dem Ziel konzipiert wurden, gesundheitliche Ungleichheiten systematisch abzubauen, sondern vielmehr das Ergebnis politischer Aushandlungsprozesse und Interessenskompromisse zwischen Arbeitgeber- und Arbeitnehmervertretungen, Arbeiterbewegungen und gesellschaftlichen Eliten sowie deren jeweiligen ideologischen Orientierungen darstellten (ebd., S. 165).

Vor dem Hintergrund des skizzierten Paradoxons der Persistenz gesundheitlicher Ungleichheiten in wohlfahrtsstaatlich geprägten Gesellschaften verschiebt sich der analytische Fokus von der Makroebene institutioneller Arrangements hin zur empirischen Rekonstruktion konkreter Ungleichheitsmuster. Die Frage nach den Grenzen wohlfahrtsstaatlicher Interventionen erhält dabei besondere Relevanz, insofern sich trotz umfangreicher sozialpolitischer Maßnahmen keine lineare Reduktion gesundheitlicher Disparitäten beobachten lässt. Daraus ergibt sich die Notwendigkeit, die Wechselwirkungen zwischen strukturellen Rahmenbedingungen und sozial Lebenslagen differenzierter zu betrachten. Im Anschluss daran richtet sich der Blick auf den österreichischen Kontext, inwiefern Bildung, Geschlecht und chronische Erkrankungen als zentrale Strukturkategorien zur Reproduktion gesundheitlicher Ungleichheiten beitragen.

2.6. Empirische Befundlage in Österreich: Bildung, Geschlecht und chronische Erkrankungen

Die Lebenserwartung von Frauen und Männern variiert in Österreich erheblich, was auf ein komplexes Zusammenspiel biologischer, sozialer und gesellschaftlicher Faktoren zurückzuführen ist. Die Ergebnisse der Gesundheitsbefragung 2019 in *Abbildung 5 (siehe S. f.)* verdeutlichen, dass gesundheitliche Ungleichheiten strukturell verankert sind und nicht allein auf individuelles Verhalten zurückgeführt werden können. Insbesondere der Bildungsstand fungiert als zentral vermittelnder Mechanismus zwischen sozialen Lebenslagen und gesundheitlichen Outcomes. Sowohl bei Frauen als auch bei Männern, zeigt sich, dass mit höherem Bildungsstand nicht nur die durchschnittliche Lebenszeit zunimmt, sondern auch die Anzahl der Jahre, die in (sehr) guter Gesundheit verbracht werden. Darüber hinaus lässt sich erkennen, dass Frauen prinzipiell über eine längere Lebensdauer verfügen, jedoch mehr Jahre in mittelmäßiger bis schlechter Gesundheit verbringen (Statistik Austria, 2021).

Konkret zeigt *Abbildung 5*, dass Frauen aus untersten Bildungsschichten (Pflichtschulabschluss) eine durchschnittliche Lebenserwartung von 82,7 Jahren erreichen und davon 19,4 Jahre in mittelmäßiger sowie 7,3 Jahre in schlechter Gesundheit verbringen. Männer derselben Bildungsgruppe werden im Durchschnitt 76,7 Jahre alt, verbringen jedoch 14,2 Jahre in mittelmäßiger und 8,3 Jahre in schlechter Gesundheit. Setzt man diese Werte ins Verhältnis zur gesamten Lebenserwartung, wird die Ungleichheit noch deutlicher: Frauen mit Pflichtschulabschluss verbringen rund 32,3 % ihres Lebens in mittelmäßiger bis schlechter Gesundheit, Männer etwa 29,3 %. Obwohl Männer etwas mehr Jahre in schlechter Gesundheit verbringen, leben Frauen insgesamt mehr Jahre – und auch einen größeren Anteil ihres Lebens – mit gesundheitlichen Einschränkungen. Dieses Muster zeigt sich über alle Bildungsstände hinweg. Frauen erreichen im Durchschnitt eine Lebenserwartung von 84 Jahren und verbringen davon 6,8 Jahre in schlechter Gesundheit, was etwa 8,1 % ihres Lebens entspricht. Männer werden durchschnittlich 79,3 Jahre alt und verbringen davon 4,3 Jahre in schlechter Gesundheit, also rund 5,4 %. Auch hier leben Frauen sowohl absolut als auch relativ mehr Jahre ihres Lebens in schlechter Gesundheit als Männer. Insgesamt macht *Abbildung 5* deutlich, dass Frauen auch mit höherer Lebenserwartung gesundheitlich nicht bessergestellt sind. Sie tragen eine größere Last an gesundheitlichen beeinträchtigten Lebensjahren und sind damit stärker von längeren Phasen eingeschränkter Gesundheit betroffen. Geschlecht wirkt somit – in enger Verbindung mit Bildung und sozialer Lage – als zentrale Strukturkategorie gesundheitlicher Ungleichheit (ebd.).

Geschlecht ▼	Höchste abgeschlossene Schulbildung ▲	Lebenserwartung zusammen ▼	Lebenserwartung in (sehr) guter Gesundheit ▼	Lebenserwartung in mittelmäßiger Gesundheit ▼	Lebenserwartung in (sehr) schlechter Gesundheit ▼
Frauen	Hochschule	86,4	70,9	11,5	4,1
Männer	Hochschule	83,2	71,6	9,6	2,1
Frauen	Höhere Schule	85,4	69,3	12,1	3,9
Männer	Höhere Schule	81,2	68,5	9,7	3,0
Frauen	Lehre, mittlere (Fach-)Schule	84,5	66,5	13,8	4,2
Männer	Lehre, mittlere (Fach-)Schule	79,1	62,4	12,5	4,2
Frauen	Pflichtschule	82,7	56,0	19,4	7,3
Männer	Pflichtschule	76,7	54,1	14,2	8,3
Frauen	Zusammen	84,0	64,7	12,6	6,8
Männer	Zusammen	79,3	63,1	11,9	4,3

Abbildung 5: „Sterbetafel 2018 sowie Gesundheitsbefragung 2019. Erstellt am 11.06.2021“ (Statistik Austria, 2021)

Auch der *Österreichische Gesundheitsbericht 2022* (Griebler et al., 2023, S. 8), der vom Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (BMSGPK) im Jahre 2023 vorgelegt wurde, zeigt exemplarisch wie sich der sozioökonomische Status auf Gesundheit auswirkt. Neben Differenzen in der durchschnittlichen Lebenserwartung treten insbesondere divergente Muster von Morbidität und Belastung hervor. Frauen sind überdurchschnittlich häufig von chronischen und psychischen Erkrankungen betroffen, insbesondere von längerfristigen Beschwerden

des Bewegungsapparates, allergischen Erkrankungen sowie depressiven Symptomatiken, die ihr körperliches und psychisches Wohlbefinden nachhaltig beeinträchtigen. Männer hingegen weisen vermehrt schwere somatische Erkrankung wie Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Krebs und Diabetes auf und zeigen insgesamt ein risikoreiches Gesundheitsverhalten, das sich unter anderem in erhöhten Unfall- und Mortalitätsraten sowie in einer höheren Prävalenz gesundheitsriskanter Praktiken niederschlägt. Diese gesundheitlichen Differenzen sind eng mit sozialstrukturellen Ungleichheiten verschränkt. Frauen verfügen im Durchschnitt über einen geringeren formalen Bildungsabschluss, sind häufiger in prekären oder atypischen Beschäftigungsverhältnissen tätig, seltener vollzeitbeschäftigt und tragen ein erhöhtes Armuts- und Ausgrenzungsrisiko als Männer. Diese sozioökonomischen Bedingungen wirken sich unmittelbar auf gesundheitliche Chancen aus. In der Folge werden bestehende Unterschiede in Morbidität und Lebensqualität nicht nur reproduziert, sondern teilweise weiter verschärft (ebd.). Die folgende Passage dient der empirischen Untermauerung dieses Zusammenhangs:

„Als besonders gesundheitlich benachteiligt erweisen sich Personen mit geringer formaler Bildung und solche mit niedrigem Haushaltseinkommen. [...] Personen mit niedrigem Bildungsstand und jene mit niedrigem Haushaltseinkommen sind häufiger chronisch krank, haben mehr Einschränkungen im Alltag und eine geringere Lebensqualität.“ (Griebler et al., 2023, S. 9)

Diese sozial ungleiche Verteilung gesundheitlicher Risiken lässt sich auch in bevölkerungsrepräsentativen Datensätzen klar nachzeichnen. Die Ergebnisse der *Österreichischen Gesundheitsbefragung 2019* der *Statistik Austria* bestätigen, dass chronische Erkrankungen zwar in allen Bevölkerungsgruppen auftreten, ihre Verbreitung jedoch entlang sozialer Merkmale deutlich differenziert ist. Soziale Lage fungiert hierbei als zentrales Strukturierungsprinzip gesundheitlicher Belastung. Geschlechtsspezifische Unterschiede verschränken sich dabei in besonderer Weise mit Einkommensungleichheiten. Insbesondere Frauen mit niedrigem Haushaltseinkommen weisen eine signifikant höhere Prävalenz chronischer Erkrankungen auf, etwa im Bereich muskuloskelettaler Beschwerden. Während in der höchsten Einkommensklasse rund 18 % der Frauen von Rückenschmerzen betroffen sind, steigt dieser Anteil in der einkommensschwächsten Gruppe auf 31,4 % an (Klimont & Prammer-Waldhör, 2020, S. 53). Neben dem Einkommen erweist sich auch hier der Bildungsstand als ein zentraler Differenzierungsfaktor gesundheitlicher Ungleichheit. Wie bereits zuvor herausgearbeitet, nehmen chronische Erkrankungen eine Schlüsselrolle in der geschlechtsspezifischen Strukturierung gesundheitlicher Ungleichheit ein. Entlang des Bildungsniveaus zeigen sich ebenfalls ausgeprägte soziale Unterschiede in der Prävalenz chronischer Erkrankungen bei Frauen und Männern (*siehe Abb. 6, S. f.*). Ein höherer Bildungsabschluss geht systematisch mit einer geringeren Häufigkeit chronischer Erkrankungen einher. Dieser Zusammenhang lässt sich in nahezu allen Altersgruppen beobachten, mit Ausnahme der unter 30-Jährigen, bei denen der Bildungseffekt weniger deutlich ausgeprägt ist. Besonders markant fällt die

Differenz bei Frauen im Alter von 30 bis 44 Jahren aus: Während etwa die Hälfte der Frauen mit höherer Bildung von einer chronischen Erkrankung betroffen ist, liegt der Anteil unter Frauen mit Pflichtschulabschluss bei mehr als zwei Dritteln (52 % gegenüber 68 %). Damit bestätigt sich erneut das bereits diskutierte Muster, wonach chronische Erkrankungen in sozial benachteiligten Gruppen deutlich häufiger auftreten. Mit zunehmendem Alter verringert sich dieser Abstand zwar, bleibt jedoch selbst in der Altersgruppe 75+ mit 8,5 Prozentpunkten weiterhin substanziell (Klimont & Prammer-Waldhör, 2020, S. 57).

Höchste abgeschlossene Schulbildung, Geschlecht	Insgesamt	15–29 Jahre	30–44 Jahre	45–59 Jahre	60–74 Jahre	75+ Jahre
Männer	65,7	42,0	53,9	73,2	84,1	88,3
Pflichtschule	68,2	35,2	59,8	80,7	89,5	84,2
Lehre/berufsbildende mittlere Schule	66,1	42,6	52,1	75,1	85,0	88,6
Höhere Schule/Akademie/Hochschule	64,1	44,4	54,5	65,5	79,7	92,5
Frauen	66,1	41,2	55,1	71,8	85,5	90,7
Pflichtschule	72,2	45,8	68,0	76,8	88,7	92,0
Lehre/berufsbildende mittlere Schule	66,4	41,1	55,4	73,3	84,8	90,8
Höhere Schule/Akademie/Hochschule	63,1	42,0	52,2	66,9	83,0	83,5

Abbildung 6: „Prävalenz mindestens einer chronischen Krankheit 2019 nach Bildung, Alter und Geschlecht (altersstandardisierte Prozentwerte)“ (Statistik Austria, 2019, zitiert nach Klimont & Prammer-Waldhör, 2020, S. 57)

Diese bildungsbezogenen Gradienten in der Verbreitung chronischer Erkrankungen verweisen damit über Einzelfaktoren hinaus auf eine strukturelle Kumulation von Belastungen entlang zentraler Statusdimensionen – ein Zusammenhang, der sich auch in der sozialepidemiologischen Forschung als wiederkehrendes Muster der ungleichen Verteilung von Morbidität und Mortalität bestätigt, wie Richter und Hurrelmann (2007, S. 5) pointiert festhalten:

„Bisher konnte für jedes Land, aus dem Daten vorliegen, nachgewiesen werden, dass die frühzeitige Sterblichkeit und gesundheitliche Beeinträchtigung in Gruppen mit niedrigem beruflichen Status, Ausbildungsstand und Einkommen häufiger auftreten.“

Im Lichte dieser Erkenntnisse wird deutlich, dass eine Vielzahl an aktuellen Studien die Relevanz sozioökonomischer Determinanten auf den Gesundheitszustand von Frauen belegen. Über die Verknüpfung theoretischer Ansätze mit dem aktuellen Forschungsstand hinaus eröffnet die vorliegende Arbeit die Möglichkeit, diese Erkenntnisse mit subjektiven Erfahrungen von Frauen zu untermauern.

3. Theoretische Rahmung: Exklusion nach Martin Kronauer

Die Diskussion um soziale Exklusion ist eng mit systemtheoretischen Gesellschaftstheorien verbunden, insbesondere mit jenen Ansätzen, die gesellschaftliche Ordnung über funktionale Differenzierung und systemische Grenzziehung konzeptualisieren – wie die Systemtheorie Luhmanns. In dieser Perspektive erscheint Exklusion als notwendiges Korrelat gesellschaftlicher Integration: Nur über die Unterscheidung von „Innen“ und „Außen“ lassen sich Zugehörigkeit, Zugang und Teilnahme an sozialen Systemen bestimmen. Zugleich verweist ein solcher Zugriff auf grundlegende theoretische Spannungen. Ein dichotomisch verstandener Ausschluss im Sinne eines vollständigen „Herausfallens“ aus der Gesellschaft erweist sich empirisch wie analytisch als unzureichend, da selbst stark marginalisierte Personen in modernen Wohlfahrtsgesellschaften weiterhin in institutionelle Arrangements eingebunden bleiben – etwa als Leistungsbeziehende, Patient:innen oder Adressat:innen sozialstaatlicher Interventionen. Exklusion vollzieht sich damit nicht außerhalb, sondern im Inneren gesellschaftlicher Ordnungen und nimmt prozessuale, graduelle und relationale Formen an (Kronauer, 2010, S. 21).

Ein analytisch tragfähiger Exklusionsbegriff muss daher über eine bloße Innen-Außen-Dichotomie hinausgehen. Genau an dieser Stelle setzt das Exklusionskonzept von Martin Kronauer an, das im folgenden Kapitel systematisch entfaltet wird. Kronauers Ansatz bietet ein mehrdimensionales Verständnis sozialer Ungleichheit, in dem Exklusion nicht als randständiges Phänomen einzelner Bevölkerungsgruppen erscheint, sondern als gesellschaftlich produzierter und reproduzierter Prozess, der in zentrale Institutionen, Interdependenzen und Teilhabestrukturen moderner Gesellschaften eingelassen ist. Für die vorliegende Untersuchung erweist sich dieser Zugang als besonders geeignet, da er es erlaubt, individuelle Erfahrungen von Ausgrenzung – etwa im Zugang zu gesundheitlichen Leistungen – nicht als persönliche Defizite zu deuten, sondern als Ausdruck struktureller, institutionell vermittelter Ausschlussmechanismen zu analysieren. Auf dieser Grundlage wird zunächst der Exklusionsbegriff in seiner historischen und theoretischen Entwicklung rekonstruiert, bevor soziale Ausgrenzung durch Armut als empirisch besonders relevanter Mechanismus vertieft betrachtet wird.

3.1. Exklusion als gesellschaftstheoretische Kategorie und sozialpolitischer Streitbegriff

„Der Exklusionsbegriff, so verstanden, erhält seine Berechtigung und präzise Bedeutung in all den Fällen, in denen Menschen „durch Recht oder durch Regelungen“ aus der Gesellschaft ausgebürgert, der Gesellschaft gegenüber in eine „exterritoriale Position“ (Castel, 1996, S. 780) gebracht werden.“ (Kronauer, 2010, S. 119)

Martin Kronauer versteht den Exklusionsbegriff als analytisches Instrument mit explizitem gesellschaftspolischem Anspruch. Er dient nicht nur der Beschreibung sozialer Problemlagen,

sondern zielt darauf ab, strukturelle Mechanismen gesellschaftlicher Ungleichheiten sichtbar zu machen und kritisch zu reflektieren. Gerade aufgrund dieses normativen Gehalts ist der Begriff in Wissenschaft und sozialpolitischer Praxis kontrovers diskutiert worden. Kronauer kritisiert insbesondere die theoretische Unschärfe früherer europäischer Exklusionsdebatten, die in den 1960er und 1970er Jahren – vor allem in Frankreich und England – unter Bezeichnungen wie *soziale Ausgrenzung*, *neue Armut* oder *new poverty* verhandelt wurden. Die Ansätze bleiben häufig auf beschreibender Ebene stehen und vernachlässigten eine systematische gesellschaftstheoretische Fundierung. Demgegenüber plädiert Kronauer für eine historisch und sozialstrukturell eingebettete Konzeption von Exklusion, die an grundlegende soziologische Fragen nach gesellschaftlicher Ordnung, sozialem Wandel und Zugehörigkeit anschließt – Fragen, die insbesondere in Phasen brüchig werdender Integrationsmechanismen, etwa über Bildung, Erwerbsarbeit oder politische Partizipation, an Bedeutung gewinnen (Kronauer, 2020, S. 27). Zentral für Kronauers Verständnis ist die Auffassung von Exklusion als mehrdimensionaler Prozess. Exklusion bezeichnet demnach keinen statischen Zustand, sondern ist als „Prozess, Wirkkraft und Wirkung zugleich“ (Kronauer, 2010, S. 20) zu begreifen, der sowohl auf struktureller Ebene gesellschaftlicher Institutionen als auch auf der Ebene individueller Lebenslagen und Erfahrungshorizonte wirksam wird. In dieser Perspektive verweist Exklusion gleichermaßen auf gesellschaftliche Macht- und Ungleichheitsverhältnisse wie auf deren subjektive Aneignung und Verarbeitung durch die betroffenen Akteur:innen (Kronauer, 2020, S. 31).

„Exklusion bezeichnet dabei gesellschaftliche Wirkkräfte ebenso wie deren individuelle Auswirkungen, ausgrenzende Verhältnisse ebenso wie die Lebenserfahrung der Menschen, die ausgrenzenden Verhältnissen ausgesetzt sind. Mit der Verschiebung und Erweiterung des Blickfelds geht in der Exklusionsdebatte ein Bewusstsein der Illegitimität von Exklusion einher.“
(ebd., S. 31)

Diese Doppelperspektive macht deutlich, dass Exklusion nicht nur auf materielle Deprivation oder ökonomische Benachteiligung reduzierbar ist. Vielmehr rückt Kronauer die „Mehrdimensionalität“ (ebd., S. 32) gesellschaftlicher Zugehörigkeit und Teilhabe in den Vordergrund, die sich in ökonomischen Ressourcen ebenso manifestiert wie in kulturellen Kompetenzen, politischen Rechten, institutionellen Zugängen und sozialen Beziehungen (ebd.). Soziale Ungleichheit erscheint damit als tief in gesellschaftliche Strukturen eingelassenes Phänomen, das sich häufig anscheinend in individuellen Alltagsproblemen – etwa in Orientierungsunsicherheiten, institutionellen Hürden oder eingeschränkten Handlungsspielräumen im Gesundheitssystem – konkretisiert.

3.2. Historische Semantik: Exklusion in der französischen Debatte seit den 1960er Jahren

„Als analytische Kategorie ist Exklusion unverzichtbar, um die Dynamiken des Auseinanderdriftens zu begreifen.“ (Kronauer, 2020, S. 27)

In der französischen Armutforschung der 1960er-Jahre tauchte der Begriff der Exklusion zunächst in einem engen Bedeutungsrahmen auf. Er bezog sich auf Bevölkerungsgruppen, die trotz allgemeinwirtschaftlichen Wachstums und relativer Vollbeschäftigung nicht am materiellen Aufschwung teilhatten (Kronauer, 2010, S. 41). Diese Gruppen galten weniger als Ausdruck einer gesamtgesellschaftlichen Krise, denn als residuale Randerscheinungen, deren Lage zwar als bedauerlich, zugleich aber als historisch überholt und strukturell unvermeidbar interpretiert wurde (Paugam, 1996, S. 9).

Einen ersten Popularisierungsschub erfuhr der Exklusionsbegriff Mitte der 1970er Jahre durch René Lenoirs Publikation „Le exclus – un Français sur dix“ in Frankreich. Lenoir, damals Staatssekretär von Chiracs Regierung, thematisierte soziale Gruppen, die nicht durch das System der Sozialversicherung abgesichert waren, darunter psychisch Kranke, Menschen mit Behinderung, Drogenabhängige sowie ökonomisch Marginalisierte. Damit wurde Exklusion erstmals nicht mehr ausschließlich als Randphänomen, sondern als Ergebnis moderner gesellschaftlicher Funktionsweisen begriffen, das potenziell alle sozialen Milieus betreffen kann (Paugam, 1996, S. 10; Silver, 1994, S. 20). Vom Rand ins Zentrum der öffentlichen und wissenschaftlichen Aufmerksamkeit rückte das Exklusionsproblem jedoch erst mit der Rückkehr der Massenarbeitslosigkeit in den 1970er Jahren und ihrer strukturellen Verfestigung in den 1980er Jahren. In diesem Zusammenhang wurde deutlich, dass Arbeitslosigkeit und Armut nicht länger als individuelle Außenseiterschicksale interpretiert werden konnten, sondern zentrale Mechanismen gesellschaftlicher Ausgrenzung darstellten. Besonders betroffen waren Jugendliche, Ungelernte, Migrant:innen sowie alleinerziehende Frauen, während zugleich die Grenzen des bestehenden sozialstaatlichen Sicherungssystems sichtbar wurden (Kronauer, 2010, S. 42f.). Politisch fand diese Verschiebung ihren Ausdruck in der Einführung des „Revenu minimum d’insertion“ (RMI) im Jahr 1988. Das RMI verband erstmals das Recht auf ein Existenzminimum mit dem Anspruch kollektiver gesellschaftlicher Eingliederung, ohne zwischen „würdigen“ und „unwürdigen“ Armen zu unterscheiden, und markiert damit einen zentralen Ausgangspunkt der modernen Exklusionsdebatte (Paugam, 1998, S. 124; Silver, 1994, S. 23).

Die vorangegangene Diagnose Kronauers (2010, S. 49) ist mit tiefgreifenden gesellschaftlichen Strukturveränderungen verbunden, insbesondere dem Übergang der Industrie- zur Dienstleistungsgesellschaft, der Internationalisierung ökonomischer Prozesse, der Schwächung nationalstaatlicher Steuerung sowie der zunehmenden Individualisierung sozialer Beziehungen. Besonders analytische Bedeutung kommt in diesem Zusammenhang den großen Städten zu, in denen sich die Umbrüche von Erwerbsarbeit, sozialer Einbindung und gesellschaftlicher Teilhabe verdichten.

Die französische Diskussion hebt hervor, dass sich Exklusion gerade dort als Zusammenbruch des historisch engen Zusammenhangs von Arbeitsmarktintegration, Einbindung in soziale Nahbeziehungen und politisch-sozialer Teilhabe manifestiert. Der Niedergang industrieller Beschäftigung für un- und angelernte Arbeiter:innen ging mit der Auflösung traditioneller Arbeiter:innenmilieus einher, die zuvor durch kollektive Lebensformen, organisationale Einbindung und konfliktvermittelnde Integrationsmechanismen sozial stabilisiert waren. Mit dem Verlust dieser kollektiven Sicherungs- und Anerkennungszusammenhänge wurden neue, stärker individualisierte Teilhabeversprechen dominant – insbesondere Aufstieg durch Bildung und Zugehörigkeit zu einer konsumorientierten Mittelschicht.

Kronauer arbeitet jedoch kritisch heraus, dass diese individualisierten Teilhabemodelle unter Bedingungen sozialer Ungleichheit selbst exkludierende Effekte entfalten. Während sie für ressourcenstarke Gruppen reale Optionen eröffnen, werden sie für jene mit geringen ökonomischen, kulturellen und sozialen Ressourcen zur strukturellen Falle. Die Entwertung kollektiver Integrationsformen bei gleichzeitiger Normsetzung individualisierter Lebensmodelle führt dazu, dass wachsende Teile der unteren sozialen Klassen von der Realisierung gesellschaftlich hegemonialer Lebensweisen ausgeschlossen werden. Exklusion erscheint damit nicht als äußerer Bruch mit der Gesellschaft, sondern als innergesellschaftlicher Prozess, in dem Ungleichheit, institutioneller Wandel und normativ aufgeladene Erwartungen ineinandergreifen und sich wechselseitig verstärken (ebd., S. 50).

3.3. Drei „Achsen“ der Exklusion

An diese historische Semantik schließt ein sozialwissenschaftlicher Zugriff auf den Exklusionsbegriff an, in dem Martin Kronauer (2010, S. 44) drei konstitutive Bestimmungen bündelt, die aus dem französischen Exklusionsdiskurs nach Robert Castel hervorgegangen sind. Exklusion lässt sich aus dieser Perspektive als theoretische Sammelkategorie, die unterschiedliche, jedoch aufeinander bezogene Dimensionen gesellschaftlicher Zugehörigkeit erfasst. Diese Bestimmungen können im Folgenden als drei analytische „Achsen“ des Exklusionsbegriffs gefasst werden: Erstens „*Exklusion als Ausschluss am Arbeitsmarkt und Auflösung sozialer Bindungen*“ (ebd.), zweitens „*Exklusion als Verlust von sozialen Teilhabemöglichkeiten*“ (ebd., S. 45) und drittens „*Exklusion als Prozess*“ (ebd., S. 47).

Die beiden Dimensionen der ersten Achse des Exklusionsbegriffs – *Ausschluss am Arbeitsmarkt und Auflösung sozialer Bindungen* – stehen dabei – so Kronauer (2010, S. 44) in einem engen, jedoch nicht monokausalen Zusammenhang. Zwar verstärken sie sich häufig gegenseitig, analytisch lassen sie sich jedoch nicht aufeinander reduzieren. Bereits die von Castel (1991) vorgeschlagene Unterscheidung dieser beiden „Achsen“ stellt eine zentrale begriffliche Weichenstellung dar, da sie

die besondere Bedeutung der Erwerbsarbeit für Prozesse gesellschaftlicher Vergesellschaftung hervorhebt. Exklusion vom Arbeitsmarkt ist in diesem Verständnis eine notwendige, jedoch keine hinreichende Bedingung sozialer Exklusion. Dem liegt ein Inklusionsverständnis zugrunde, das gesellschaftliche Zugehörigkeit wesentlich über sozial strukturierte Interdependenzbeziehungen fasst. Diese beruhen auf Formen wechselseitiger – meist asymmetrischer – Abhängigkeit in institutionalisierten Kooperationszusammenhängen, etwa der Erwerbsarbeit, ebenso wie auf informellen Verpflichtungen und Anerkennungsverhältnissen in persönlichen Nahbeziehungen. In der durkheimischen Tradition, an die insbesondere die französische Exklusionsdebatte anknüpft, sind diese Beziehungen selbst gesellschaftlich vorgeformt – etwa durch soziale Arbeitsteilung, rechtlich normierte Verträge oder kulturelle Regeln der Solidarität. Exklusion als Bruch solcher Interdependenzbeziehungen stellt folglich nicht nur ein individuelles Problem dar, sondern verweist zugleich auf einen Verlust gesellschaftlicher Integrations- und Vergesellschaftungsfähigkeit insgesamt (ebd., S. 44f.). Gerade vor diesem Hintergrund gewann die in der französischen Diskussion entwickelte doppelte Perspektive auf Exklusion an Bedeutung, die Arbeitsmarktexklusion und die Schwächung sozialer Einbindung systematisch miteinander verknüpft. Exklusion manifestiert sich demnach einerseits als zunehmende Prekarisierung von Erwerbsarbeit bis hin zum vollständigen Ausschluss vom regulären Arbeitsmarkt und andererseits als fortschreitende Erosion sozialer Bindungen und Institutioneller Zugehörigkeiten (Kronauer, 2010, S. 44). Robert Castel (1991, S. 138f.) beschreibt diesen Prozess als Bewegung von der „*précarité du travail*“ zur „*non-intégration*“ am Arbeitsmarkt sowie von der „*fragilité relationnelle*“ zur „*non-insertion*“ in sozialen Beziehungszusammenhängen. Exklusion erscheint so Kronauer (2010, S. 44f.) als kumulativer Prozess, in dem ökonomische Unsicherheit, soziale Desintegration und symbolische Abwertung ineinandergreifen.

Neben dieser interdependenztheoretischen Perspektive beschreibt Kronauer (2010, S. 45f.) die zweite Achse des Exklusionsbegriffs, den *Verlust von sozialen Teilhabemöglichkeiten*. Der Fokus verschiebt sich dabei von der bloßen Einbindung in soziale Beziehungen auf die Qualität der Teilhabe in unterschiedlichen gesellschaftlichen Bereichen. Ausgrenzung zeigt sich in diesem Verständnis etwa in eingeschränkten Konsummöglichkeiten, fehlendem Zugang zu gesellschaftlich anerkannten Wohn- und Lebensformen, begrenzten Bildungs- und Aufstiegschancen, politischer Machtlosigkeit, dauerhafter materieller Unsicherheit oder der Erfahrung, als Bürger:in zweiter Klasse behandelt zu werden. Gesellschaft erscheint hier als komplexe Ordnung aus ökonomischen, kulturellen, politischen und sozialen Dimensionen, in denen jeweils historisch geteilte Vorstellungen „angemessener“ Lebenschancen existieren. Ihnen nicht entsprechen zu können, bedeutet Ausschluss von zentralen Aspekten gesellschaftlicher Teilhabe und ist für die Betroffenen häufig mit dem Erleben des Scheiterns an normative Erwartungen verbunden. Folgt man diesem Verständnis, konstituiert sich gesellschaftliche Zugehörigkeit wesentlich über Partizipationsmöglichkeiten, die kulturell variabel, historisch wandelbar und in hohem Maße institutionell vermittelt sind. Neben dem Markt kommt dabei insbesondere staatlichen Institutionen eine zentrale Rolle bei der Ermöglichung von Teilhabe und der

Absicherung sozialer Risiken zu. Das Auftreten von Exklusion verweist in diesem Sinne auf ein partielles Versagen staatlicher Integrations- und Sicherungsfunktionen (Wacquant, 1996, S. 234; Paugam, 1996, S. 8).

Kronauer (2010, S. 47) betont, dass der französischen Verwendung des Exklusionsbegriffs damit zwei unterschiedliche, aber aufeinander bezogene Vorstellungen gesellschaftlicher Zugehörigkeit zugrunde liegen: jene der *Interdependenz* und jene der *Partizipation*. Während erste stärker theoretisch ausgearbeitet ist, bleibt ihr Verhältnis zur Partizipationsdimension klärungsbedürftig. Beide Perspektiven ergänzen sich jedoch, ohne aufeinander reduzierbar zu sein. Zwar stellt die Einbindung in Erwerbsarbeit und soziale Netzwerke eine wichtige Voraussetzung gesellschaftlicher Teilhabe dar, garantiert diese jedoch nicht. Erwerbsarbeit kann prekär oder entwürdigend sein, Einkommen für eine gesellschaftlich akzeptierte Lebensführung unzureichend bleiben; ebenso können bestimmte Formen enger sozialer Einbindung soziale Ausgrenzung sogar verstärken, statt sie zu verhindern. Damit wird Exklusion zugleich als relationale (*Interdependenz*) und als statusbezogene (*Partizipation*) Problemlage bestimmbar.

Diese Überlegungen führen unmittelbar zur dritten zentralen Bestimmung des Exklusionsbegriffs: „*Exklusion als Prozess*“ (ebd.). Exklusion ist nicht nur als Zustand, sondern wesentlich in seinem prozessualen Charakter zu begreifen. Bereits Castels Rede von „Achsen“ verweist auf abgestufte Verläufe sozialer Ein- und Ausschließung: von stabiler Integration über Phasen der Verwundbarkeit bis hin zur vollständigen Desintegration in Erwerbsarbeit und sozialen Beziehungen („*désaffiliation*“) (ebd., S. 47f.). Mit diesem Prozess ist zugleich eine schrittweise Einschränkung gesellschaftlicher Teilhabemöglichkeit in verschiedenen Lebensbereichen verbunden, die empirisch jedoch häufig nur unzureichend erfasst wird. Die prozessuale Perspektive lenkt den analytischen Blick nicht allein auf die Betroffenen, sondern auch auf die Akteur:innen, Institutionen und Mechanismen der Ausgrenzung selbst. Exklusion wird damit zu einer zentralen Kategorie gesellschaftstheoretischer Analyse, da sie zwingt, Ausschließungsprozesse bis in den Kern sozialer Ordnungen zurückzuverfolgen. Durch die Verbindung von Interdependenz und Partizipation knüpft der Exklusionsbegriff an das sozialstaatlich geprägte Verständnis sozialen Zusammenhalts an, das historisch auf Durkheims Konzept organischer Solidarität zurückgeht, seine moderne Form jedoch erst durch die institutionelle Verankerung von Teilhaberechten erhält (ebd.). An dieser Stelle wird sichtbar, dass *Exklusion* nach Kronauer nicht als Randgruppenbegriff fungiert, sondern als Diagnose gesellschaftlicher Struktur- und Integrationsprobleme.

3.4. Die Dichotomie von „Innen“ und „Außen“ als analytische Problemfigur

Im Folgenden wird eine zentrale begriffliche Kontroverse der Exklusionsdebatte aufgegriffen: Die Tendenz, Exklusion als dichotome Grenzziehung zwischen einem gesellschaftlichen „Innen“ und

„Außen“ zu konzeptualisieren. Zugleich warnt Kronauer (2010, S. 20) vor einer verkürzten oder normativ unreflektierten Verwendung des Exklusionsbegriffs. Insbesondere die dichotome Gegenüberstellung eines gesellschaftlichen „Innen“ und „Außen“ birgt die Gefahr, soziale Ungleichheit als randständiges Problem einzelner Gruppen zu externalisieren. Eine solche Perspektive verstellt den Blick auf die innergesellschaftlichen Produktionsbedingungen von Exklusion und naturalisiert bestehende Macht- und Ungleichheitsverhältnisse. Kronauer kritisiert diese Sichtweise pointiert: „Die Gesellschaft stellt sich dann als in sich unproblematische Einheit dar. Die Armen dagegen werden zu ›Außenseitern‹ und Problemgruppen“ (ebd.). Selbst gut gemeinte integrationspolitische Strategien können unter dieser Prämisse paradoxerweise zur Stabilisierung exkludierender Strukturen beitragen, wenn sie die gesellschaftlichen Ursachen von Ausgrenzung nicht in Frage stellen. Exklusion beginnt, so Kronauer (2010, S. 20f.), nicht außerhalb, sondern im Inneren der Gesellschaft, ist in soziale Ungleichheitsverhältnisse eingelassen und wird durch diese fortlaufend reproduziert. Besonders deutlich wird die Problematik dichotomer Innen-Außen-Konstruktionen in moralisch aufgeladenen Deutungen von Armut, etwa in der Figur des arbeitsfähigen Armen, aber nicht erwerbstätigen Armen, der als normativ abgewerteter „*un- oder gar antisozialen Anderen*“ (ebd., S. 20) erscheint und gegen vermeintliche Leistungs- und Arbeitsethiken der Mehrheitsgesellschaft verstößt. Dieses historisch tief verankerte Deutungsmuster wirkt bis in gegenwärtige sozialpolitische Diskurse hinein fort. Insbesondere der aus dem angelsächsischen Raum stammende *Underclass*-Begriff begünstigt eine solche Lesart, indem er Armut primär als Folge individuellen Fehlverhaltens interpretiert und damit eine moralische Grenzziehung zwischen gesellschaftlichem „Innen“ und „Außen“ reproduziert (ebd.).

Mit dieser Konstruktion des „Anderen“ (ebd.) geht eine implizite Legitimation bestehender Macht- und Ungleichheitsverhältnisse einher. Gesellschaftliche Strukturen geraten dabei nicht als Ursache von Armut, sondern als moralisch nachsichtige Instanzen in den Blick. In dieser Perspektive fungiert der *Underclass*-Begriff weniger als analytische Kategorie, denn als normativ aufgeladene Zuschreibung, die populäre Stereotype vom „unwürdigen Armen“ (ebd.) wissenschaftlich überhöht. Kronauer zufolge trägt ein solches Begriffsverständnis nicht zur Erklärung gesellschaftlicher Ausschlussmechanismen bei, sondern stabilisiert diese, indem es soziale Ungleichheit individualisiert und moralisiert. Der Exklusionsdiskurs erhält damit neben seinem kritisch-normativen Potenzial zugleich ein erhebliches Stigmatisierungspotenzial (ebd., S. 20f.).

Vor diesem Hintergrund ist auch zu verstehen, dass in der sozialwissenschaftlichen Debatte wiederholt versucht wurde, den ambivalenten Gehalt des Exklusionsbegriffs durch terminologische Neufassungen zu entschärfen. Konzepte wie „*désaffiliation*“ (Castel, 1996), „*advanced marginality*“ (Wacquant, 1996), „*undercaste*“ (Gans, 1993) oder „*ghetto poor*“ (Wilson, 1996) zielten darauf ab, insbesondere moralisch aufgeladene Fehlinterpretationen des *Underclass*-Diskurses zu vermeiden. Kronauer zufolge vermögen diese begrifflichen Verschiebungen die zugrundeliegende Problematik jedoch nicht auflösen. Denn nicht der Begriff selbst, sondern die darin enthaltene Diagnose – dass

anhaltende Arbeitslosigkeit und Armut Menschen systematisch von gesellschaftlicher Teilhabe ausschließen – bildet den eigentlichen Konfliktkern. Kontrovers bleibt dabei insbesondere die implizite Vorstellung eines durch Ausschluss erzeugten gesellschaftlichen „Außen“. Eine bloße Begriffsneubildung greift daher analytisch zu kurz; erforderlich ist vielmehr eine präzise Klärung der jeweils gemeinten gesellschaftlichen Sachverhalte (Kronauer, 2010, S. 22f.).

Kronauers eigene theoretische Positionierung wendet sich entsprechend explizit gegen die Sackgasse einer dichotomen Innen-Außen-Konzeption und knüpft an eine Denkfigur Georg Simmels an. Simmel (1983, S. 368) begreift die gesellschaftliche Position des Armen nicht als Entweder-Oder von Zugehörigkeit und Ausschluss, sondern als Verhältnis der Gleichzeitigkeit von „Dinnen“ und „Draußen“. Am Beispiel des Armen als *Fürsorgeempfänger* zeigt er – so Kronauer (2010, S. 21f.) –, dass dieser zugleich ausgeschlossen und integriert ist: Als Objekt sozialer Fürsorge ohne eigene Ansprüche erscheint er der Gesellschaft gegenüber als Außenseiter; gerade durch dieses Fürsorgeverhältnis bleibt er jedoch Teil des gesellschaftlichen Zusammenhangs. Ausgrenzung ist damit nicht als Herausfallen aus der Gesellschaft zu verstehen, sondern als spezifische, institutionell vermittelte Form sozialer Ungleichheit innerhalb derselben. Kronauer greift diese Überlegungen auf und überträgt sie auf gegenwärtige Gesellschaften, in denen ein hoher Grad sozialer Integration im „Inneren“ mit verschärften Spannungen für jene einhergeht, deren Lebensführung den normativen Anforderungen nicht entspricht. Exklusion manifestiert sich hier als Gleichzeitigkeit von Einschließung und Ausschluss – etwa in der Spannung zwischen sozialstaatlicher Betreuung und stigmatisierender Abhängigkeit oder zwischen gesellschaftlichen Erwartungen und realen Handlungsmöglichkeiten. Um den Exklusionsprozessen der Gegenwart gerecht zu werden, plädiert Kronauer daher für eine Erweiterung und Präzisierung dieses soziologischen Grundgedankens jenseits dichotomer Grenzziehungen (ebd.). Auch dort, wo die Rede von einem gesellschaftlichen „Außen“ ohne explizite moralische Abwertung gesprochen wird, bleibt die Innen-Außen-Dichotomie analytisch problematisch. Eine Fokussierung auf extreme Ausgrenzungslagen verdeckt weit verbreitete, graduelle Formen prekärer Lebenslagen wie Einkommensungleichheit, unsichere Erwerbsverhältnisse oder temporäre Arbeitslosigkeit. Auch wohlmeinende Parteinahmen für die „Ausgeschlossenen“ können zur Apologie des gesellschaftlichen „Inneren“ werden, wenn Eingliederung unabhängig von konkreten Lebens- und Arbeitsbedingungen zum Selbstzweck erhoben wird. Damit gerät aus dem Blick, dass Ausgrenzung im Inneren der Gesellschaft entsteht und durch soziale Ungleichheitsverhältnisse fortlaufend reproduziert wird (ebd.).

Zugleich verweist Kronauer (2010, S. 21f.) auf theoretische Probleme dichotomischer Exklusionskonzepte. Die Vorstellung eines klaren „Außen“ impliziert ein vollständiges Herausfallen aus der Gesellschaft, das den komplexen Formen sozialer Einbindung und Prekarität moderner Gesellschaften nicht gerecht wird. Je nach begrifflicher Fassung von „Innen“ und „Außen“ ergeben sich damit unterschiedliche analytische und politische Konsequenzen. Die begriffliche Vieldeutigkeit von Exklusion hat ihre wissenschaftliche und politische Verbreitung eher begünstigt als behindert

(Paugam, 1998, S. 41; Atkinson, 1998, S. 6) und verweist auf die grundlegende Spannung zwischen normativem Inklusionsanspruch und faktischer Produktion sozialer Ungleichheit.

Kronauers Exklusionskonzept macht damit deutlich, dass soziale Ausgrenzung stets als vielschichtiger, historisch gewachsener und gesellschaftlich produzierter Prozess zu verstehen ist, in dem strukturelle, institutionelle und symbolische Dimensionen ineinandergreifen. Eine zentrale Ausdrucksform dieser Exklusionsdynamiken stellt die materielle und soziale Verarmung dar. Armut fungiert dabei nicht nur als Indikator ökonomischer Benachteiligung, sondern als Ausgangspunkt umfassender Einschränkungen gesellschaftlicher Teilhabe, die weit in kulturelle, soziale und institutionelle Bereiche hineinreichen. Vor diesem Hintergrund widmet sich das folgende Kapitel der sozialen Ausgrenzung durch Armut als einem zentralen Mechanismus gesellschaftlicher Exklusion.

3.5. „Drinne“ und „Draußen“ als relationale Kategorie sozialer Exklusion

Aufbauend auf der vorangegangenen Kritik dichotomischer Exklusionskonzepte wird im Folgenden mit Georg Simmel eine theoretische Perspektive eingeführt, die gesellschaftliche Zugehörigkeit als Verhältnis gleichzeitiger Einbindung und Ausgrenzung begreift. Ausgangspunkt bildet dabei Simmels Analyse der sozialen Position des Armen. Er begreift gesellschaftliche Zugehörigkeit nicht als logische Entweder-Oder-Beziehung, sondern als soziales Verhältnis, das durch die Gleichzeitigkeit von Nähe und Distanz gekennzeichnet ist. In seinen Kategorien des „Drinne“ und „Draußen“ wird Zugehörigkeit nicht durch gegenseitigen Ausschluss bestimmt, sondern durch das paradoxe Verhältnis eines gleichzeitigen Eingeschlossen-Seins und Ausgeschlossen-Seins (Kronauer, 2010, 141f.). In dieser Perspektive erscheint die soziale Position des Armen als spezifische Zuspitzung einer allgemeinen sozialen Grundkonstellation: zugleich außerhalb sozialer Gruppen zu stehen und in diese eingebunden zu sein. Beim Armen verdichtet sich dieses „Verhältnis des simultanen Drinnen und Draußen“ (Simmel, 1983, S. 368) zu einer besonders markanten Form gesellschaftlicher Ambivalenz (Kronauer, 2010, S. 142).

Für Simmel wird „Armut erst dann zu einer eigenständigen sozialen Lage, wenn der Arme auf die öffentliche Fürsorge angewiesen ist“ (ebd.). In diesem Fürsorgeverhältnis erscheint der Arme nicht als handlungsfähiges Subjekt, sondern als Objekt gesellschaftlicher Intervention. Die Gewährleistung von Unterstützung erfolgt nicht als einklagbares Recht, sondern aus dem Eigeninteresse der Gesellschaft heraus, ihre bestehende Ordnung, Machtverhältnisse und Ungleichheitsstrukturen aufrechtzuerhalten (ebd.). Der Zweck der Armenfürsorge liegt damit nicht im Wohl des Armen selbst, sondern in der Abwehr sozialer Risiken und der Stabilisierung des Status quo. Diese Logik zeigt sich auch institutionell: Im Unterschied zu anderen Bereichen öffentlicher Mittelvergabe ist die Armenfürsorge nicht durch Prinzipien der Selbstverwaltung oder Mitbestimmung gekennzeichnet (Simmel, 1983, S. 350).

Diese Konfiguration einer Ausgrenzung trotz institutioneller Einschließung – etwa über den Status als Sozialhilfebeziehende oder Staatsbürger:innen – ist dabei keineswegs auf historische Formen der Armenfürsorge beschränkt. Auch unter wohlfahrtsstaatlichen Bedingungen, in denen Sozialhilfe formal als soziales Recht ausgestaltet ist, bleibt das Verhältnis des gleichzeitigen Drinnen und Draußen charakteristisch. Der Endzweck sozialstaatlicher Unterstützung liegt weiterhin nicht in der Beseitigung von Armut selbst, sondern primär in ihrer Verwaltung. Bedürftigkeit wird institutionell geprüft, akzentuiert und durch ein Unterstützungsniveau unterhalb gesellschaftlich anerkannter Lebensstandards faktisch perpetuiert. Ziel bleibt damit weniger die Aufhebung der Armut verursachenden Verhältnisse als die Sicherung minimaler Existenz sowie der implizite Druck, den Fürsorgestatus möglichst rasch wieder zu verlassen. Gerade in diesem radikalisierten Objektstatus lokalisiert Simmel das Moment der Ausschließung. Zugleich bleibt der Arme jedoch – paradoxerweise – gerade durch seine Unterwerfung unter Verfahren der Ungleichheitsreproduktion mit der Gesellschaft verbunden. Ausschluss bedeutet hier nicht Herausfallen aus der Gesellschaft, sondern eine spezifische, institutionell vermittelte Form der Zugehörigkeit unter Bedingungen struktureller Abhängigkeit (Kronauer, 2010, S. 143).

Das „Draußen“ des Armen ist damit nicht das Gegenstück, sondern die Folge und Bestätigung sozialer Ungleichheit im „Drinnen“ der Gesellschaft. An der Stelle wechselseitiger Abhängigkeit tritt eine einseitige Abhängigkeit, in der Macht- und Handlungsmöglichkeiten weitergehend entzogen sind (ebd.). In der zugespitzten Form modernen Exklusion bedeutet dies, nicht einmal mehr ausgebeutet zu werden: „Denn selbst die Ausbeutung beruht noch auf einem Abhängigkeitsverhältnis, das – obwohl von Grund auf ungleich angelegt – Wechselseitigkeit und damit Widerstandsmöglichkeiten einschließt. Der Ausbeuter braucht den Auszubetenden, so wie dieser sich bei jenem verdinglichen muss“ (ebd., S. 144). Für jene, die als „Überflüssige“ aus dem Arbeitsmarkt ausgeschlossen sind, gilt selbst diese minimale Form gesellschaftlicher Einbindung nicht mehr (ebd.).

„So ist der Arme zwar gewissermaßen außerhalb der Gruppe gestellt, aber dieses Außerhalb ist nur eine besondere Art der Wechselwirkung mit ihr, die ihn in eine Einheit mit dem Ganzen in dessen weitestem Sinne verwebt.“ (Simmel, 1983, S. 352f.)

Exklusion erscheint aus dieser Perspektive als Prozess „zunehmender Machtverschiebung im Kontinuum wechselseitiger Abhängigkeitsverhältnisse zu Lasten einer Seite. Sein Fluchtpunkt und zugleich der Punkt des „Bruchs“ zwischen Drinnen und Draußen ist das Ende aller Wechselseitigkeit [...]“ (Kronauer, 2010, S. 144).

Simmels Überlegungen eröffnen damit einen theoretischen Zugang, der es erlaubt, den Exklusionsbegriff aus einer rein dichotomen Logik von Innen und Außen zu lösen. Exklusion im wohlfahrtsstaatlich geprägten Kapitalismus ist demnach nicht als vollständiger Ausschluss aus gesellschaftlichen Interdependenzverhältnissen zu begreifen, sondern als spezifische Konstellation gleichzeitiger Einbindung und Ausgrenzung. Diese Denkfigur erweist sich zugleich als zentral für die

Analyse eingeschränkter gesellschaftlicher Partizipation, da die Maßstäbe von Statusgleichheit und angemessenen Lebenschancen im gesellschaftlichen „Dringen“ definiert werden und als Bezugspunkt für Ausschlusserfahrungen fungieren. Entscheidend für soziale Zugehörigkeit ist daher nicht allein die formale rechtliche Einschließung, sondern die konkrete institutionelle und kulturelle Ausgestaltung von Teilhabe- und Anerkennungsverhältnissen (ebd.).

3.6. Das Verhältnis von Exklusion und sozialer Ungleichheit

Im Anschluss an die Kritik dichotomer Innen-Außen-Konstruktionen stellt sich die Frage nach dem theoretischen Verhältnis von Exklusion und sozialer Ungleichheit. Dabei geht es um die Klärung, ob Exklusion als eigenständige gesellschaftliche Spaltung zu begreifen ist oder ob sie in bestehende Ungleichheits- und Abhängigkeitsverhältnisse eingebettet bleibt. Diese Frage ist nicht nur analytisch, sondern auch politisch bedeutsam, da sie unterschiedliche Schlussfolgerungen für sozialpolitische Interventionen nahelegt (Kronauer, 2010, S. 50f.).

Auf den ersten Blick fügt sich der Exklusionsbegriff in etablierte Ungleichheitskonzepte ein, die gesellschaftliche Ordnung entlang von Zentrum-Peripherie-Strukturen beschreiben. Ungleichheit konstituiert sich hier über ungleich verteilte Macht- und Ressourcenlagen, die auf abgestuften Abhängigkeitsverhältnissen beruhen (Kreckel, 1992, S. 41ff.). In dieser Perspektive erscheint Exklusion als Zuspitzung marginaler Positionen. An diese Logik knüpft auch Castels (1991, S. 148, S. 139f.; 1996, S. 775f.) bereits erwähntes Prozessmodell an, das soziale Lagen als Bewegung durch unterschiedliche Zonen versteht: von stabiler Integration über Verwundbarkeit bis hin zur vollständigen Desintegration („désaffiliation“). Exklusion wird dabei als dynamischer Prozess entlang der Achsen Erwerbsarbeit und sozialer Einbindung gefasst und nähert sich begrifflich der Marginalisierung an (Kronauer, 2010, S. 50).

Gleichzeitig geht der Exklusionsbegriff über eine rein graduelle Ungleichheitsperspektive hinaus, indem er einen qualitativen Bruch zwischen Zugehörigkeit und Ausschluss behauptet. Exklusion bezeichnet nicht nur eine benachteiligte Position innerhalb sozialer Strukturen, sondern eine Gefahr, aus zentralen gesellschaftlichen Interdependenzbeziehungen herauszufallen. Sie erscheint dabei weniger als konfliktförmige Auseinandersetzung sozialer Gruppen, sondern vielmehr durch das Fehlen kollektiver Organisations- und Artikulationsformen. Exkludierte Gruppen sind häufig atomisiert und politisch sprachlos, was ihre gesellschaftliche Marginalisierung weiter verstärkt (ebd., S. 51). „Der strategische „Bruchpunkt“ [dieser Prozesse] liegt in der Erwerbsarbeit“ (Castel 2000b, S. 336, zitiert nach Kronauer, 2010, S. 52), da sich hier Produktion, Nutzen und soziale Anerkennung überschneiden. Ausschluss vom Arbeitsmarkt bedeutet daher nicht nur ökonomische Benachteiligung, sondern Verlust gesellschaftlicher Sichtbarkeit und Anerkennung. Der Fluchtpunkt sozialer Ausschließung ist die Nutzlosigkeit – verstanden als soziale Zuschreibung ebenso wie als subjektive Erfahrung (Castel, 1996,

S. 776f.). Die französische Exklusionsdebatte kommt daher nicht zu einer Trennung, sondern zu einer Verschränkung von Ungleichheit und Exklusion. Exklusion ist in Ungleichheitsverhältnisse eingebettet, stellt diese jedoch in qualitativ neuer Weise in Frage (Kronauer, 2010, S. 52). Besonders deutlich wird diese Zuspitzung dort, wo materielle Benachteiligung in umfassende Einschränkungen gesellschaftlicher Teilhabe übergeht. Vor diesem Hintergrund richtet sich der Blick im folgenden Kapitel auf Armut als Strukturmoment sozialer Exklusionsprozesse.

3.7. Armut als Strukturmoment sozialer Exklusionsprozesse

„Ausgrenzung bedeutet, nicht mithalten zu können.“ (Kronauer, 2010, S. 167)

Im Anschluss an die vorangehende Analyse zu Exklusion als mehrdimensionaler, prozesshafter Zusammenhang von Interdependenz, Partizipation und Ausschluss wird Armut nun als zentrale empirische und theoretische Verdichtungsform dieser Dynamiken untersucht. Bei Martin Kronauer erscheint Armut nicht als isoliertes soziales Problem, sondern als Strukturmoment sozialer Exklusionsprozesse, in dem unterschiedliche Dimensionen gesellschaftlicher Ungleichheit zusammenlaufen. Armut lässt sich in diesem Verständnis als Verdichtung mehrdimensionaler Ausschlussprozesse begreifen, in der Interdependenzbrüche, Partizipationsdefizite und prozessuale Zuspitzungen ineinandergreifen. Wie Martin Kronauer (2010, S. 167f.) betont, handelt es sich dabei nicht um ein individuelles Defizit, sondern um den Ausdruck gesellschaftlicher Verhältnisse, in denen ungleiche Zugänge zu Ressourcen, Anerkennung und Teilhabe strukturell produziert werden. Armut beschreibt somit weniger das Versagen Einzelner als die strukturellen Grenzen, die eine Gesellschaft zieht, wenn sie Zugehörigkeit, Anerkennung und Versorgung definiert. Entsprechend gilt als arm nicht nur, wer um das physische Überleben kämpfen muss, sondern auch, wer dauerhaft „über die Maßen hinter dem gesellschaftlichen erreichten Lebensstandard zurückbleibt und dadurch von Teilhabemöglichkeiten abgeschnitten wird“ (ebd.). Diese Verschiebung markiert zugleich einen historischen Wandel im Armutsverständnis und verweist auf den Übergang vom Industriekapitalismus des 19. Jahrhunderts zu einem wohlfahrtsstaatlich regulierten Kapitalismus im 20. Jahrhundert.

Vor diesem Hintergrund ist die begriffliche Debatte um „Exklusion“ und „Underclass“ selbst Teil der Diagnose: Während Kritiker:innen beide Termini als bloße Umbenennungen bekannter sozialer Tatbestände bewerten, betonen andere, dass insbesondere der Exklusionsbegriff neue Problemhorizonte eröffnet und Armut sowie Arbeitslosigkeit unter veränderten Perspektiven sichtbar macht; wiederum andere verweisen darauf, dass sich die soziale Realität von Armut und Arbeitslosigkeit in einer Weise transformiert habe, die neue Begriffe überhaupt erst erforderlich werden lässt. Die Frage, wer als arm gilt, ist somit immer auch Ausdruck gesellschaftlicher Aushandlungsprozesse. Kronauer (ebd., S. 74f.) macht deutlich, dass in den Antworten auf diese Frage soziale Klassifikationen und Grenzziehungen enthalten sind, die festlegen, „welche Art sozialer

Ungleichheit und wie viel davon in einer Gesellschaft tolerierbar erscheinen“ (ebd.). Armut ist demnach nicht nur ein ökonomischer Zustand, sondern ein sozialer Prozess, der Zugehörigkeit und Verantwortung innerhalb einer Gesellschaft aushandelt und fortlaufend neu definiert. Kronauer macht zugleich geltend, dass diese Streitpositionen in einem Punkt zusammentreffen: Ausgrenzung von Armen und Arbeitslosen ist historisch keineswegs neu, wohl aber haben sich die soziale Wahrnehmung und Deutung von Armut und Arbeitslosigkeit – und damit auch das Verständnis dessen, was „soziale Ausgrenzung“ bezeichnet – ebenso verändert wie die konkreten Formen der Ausgrenzung und die gesellschaftlichen Bedingungen, unter denen Ausschlussprozesse ablaufen (ebd., S. 73f.).

Dass Armut mit sozialer Ausgrenzung einhergeht, zeigt sich insbesondere dann, wenn gesellschaftlich etablierte und kulturell geprägte Lebensstandards nicht mehr erreicht werden können – Standards, die auf geteilten sozialen Erfahrungen beruhen und innerhalb einer Gesellschaft nur begrenzt variieren. Wie Peter Townsend, der Begründer des Konzepts der relativen Deprivation, hervorhebt, zeigt sich Armut genau in diesem Verlust sozialer Teilhabe: „Die Menschen sind dann nicht mehr in der Lage, so zu leben, wie es den allgemein akzeptierten Vorstellungen und Erwartungen entspricht“ (ebd., S. 168). Diese geteilten Maßstäbe für ein „normales“ Leben entstanden in den Jahrzehnten nach dem Zweiten Weltkrieg, als die Ausbreitung des Massenkonsums, der wirtschaftliche Aufschwung und die wachsende mediale Präsenz von Konsumgütern zu einer allgemeinen Hebung des Lebensstandards führten. In dieser Phase kam es zu einer Annäherung von Erwartungen und Wünschen an ein mittleres, an der Mittelschicht orientiertes Konsumniveau. Seit den 1980er-Jahren jedoch vergrößern sich die sozialen Abstände in den tatsächlichen Möglichkeiten, dieses Niveau zu realisieren, erneut deutlich (ebd., S. 168).

Diese Form sozialer Ausgrenzung verweist darauf, dass Armut nicht nur durch geringes Einkommen oder materielle Knappheit definiert werden kann, sondern immer auch den Verlust sozialer Teilhabe und gesellschaftlicher Integration umfasst. An diesem Punkt setzt das Konzept der „relativen Deprivation“ von Peter Townsend an. Danach gilt als arm, wer über so geringe materielle und soziale Ressourcen verfügt, dass die in der jeweiligen Gesellschaft als üblich geltenden Lebensweisen nicht mehr realisiert werden können. Personen, die unterhalb dieses soziokulturellen Existenzminimums leben müssen, werden somit als „in Armut lebend“ bezeichnet (Zartler et al., 2011, S. 118). In der Forschung wurde Townsends Ansatz vermehrt kritisiert, insbesondere mit dem Argument, dass es empirisch kaum möglich sei, klare Schwellenpunkte im Verhältnis zwischen Einkommen und Lebensstandards zu bestimmen (Kronauer 2010, S. 168). Dennoch besteht weitgehender Konsens darüber, dass Armut stets im Kontext gesellschaftlicher Teilhabechancen und kulturell definierter Lebensstandards betrachtet werden muss. Ein solches qualitatives Verständnis von Armut setzt voraus, dass innerhalb einer Gesellschaft zumindest annähernd gemeinsame Vorstellungen darüber existieren, welche materiellen und sozialen Voraussetzungen ein angemessenes Leben ausmachen und ab welchem Punkt ein Mangel als Armut gilt. Auf dieser Annahme aufbauend greifen aktuelle Armutsuntersuchungen zunehmend auf bevölkerungsbasierte Erhebungen zurück, um zu

erfassen, welche Güter, Dienstleistungen und sozialen Aktivitäten als notwendig oder wünschenswert gelten. Dadurch wird die Bevölkerung selbst als Expertin eigener Sache verstanden – sowohl bei der Einschätzung des eigenen Lebensstandards als auch bei der Bestimmung dessen, was als gesellschaftliche Armutsgrenze anzusehen ist (ebd.).

Um die Gegenwartsdiagnose der „Ausgrenzung durch Armut“ soziologisch zu schärfen, ordnet Kronauer diese jedoch zugleich in eine längere historische Genealogie von Bedürftigkeit, Moral und Zugehörigkeit ein. Dabei betont er, dass ein solcher Rückblick keine umfassende Geschichte von Armut oder Ausgrenzung leisten kann, sondern exemplarisch und mit systematischer Zielsetzung verfährt: Er soll Kontinuitäten des Ausgrenzungsproblems ebenso herausarbeiten wie jene Differenzen, die die Gegenwartssituation kennzeichnen (ebd., S. 73). Ein Blick in die Geschichte zeigt, dass Armut lange Zeit mit der Deckung elementarer Lebensbedürfnisse einherging. Im Übergang zur europäischen Neuzeit war, wie Fernand Braudel beschreibt, „[potenziell] derjenige, der sich mit seiner Arbeit gerade noch über Wasser halten kann“ (Braudel, 1990, S. 558f.). Zu dieser Zeit war Armut vor allem ein ländliches Phänomen, lediglich rund zehn Prozent der Bevölkerung lebten in Städten (Geremek, 1991, S. 134). Mit der zunehmenden Urbanisierung und der Herausbildung früher Arbeitsmärkte differenzierte sich jedoch die Wahrnehmung von Bedürftigkeit. Bereits im 12. Jahrhundert entstand eine moralische Unterscheidung zwischen „würdigen“ und „unwürdigen“ Armen. Kronauer verweist, mit Bezug auf Geremek, darauf, dass schon damals zwischen Menschen unterschieden wurde, die als der Unterstützung würdig galten, und solchen, denen Hilfe verweigert wurde (ebd., S. 33f.). Unterstützung erhielten Kranke, Waisen oder Witwen – also jene, deren Not als unverschuldet galt. Dagegen wurden arbeitsfähige, aber mittellose Menschen häufig als träge, gefährlich oder moralisch mangelhaft betrachtet. Diese Kategorisierung bildete ein dauerhaftes Muster sozialer Klassifizierung, das bis in moderne Wohlfahrts- und Sozialstaatslogiken hineinreicht (Kronauer, 2010, S. 78f.).

Mit dem Übergang in das späte 19. Jahrhundert wandelte sich das Verständnis von Armut erneut. Die rechtliche und institutionelle Einbindung der Arbeiterschaft – insbesondere der ungelerten und vormals „arbeitenden Armen“ – führte zu einer teilweisen Integration dieser Gruppen in gesellschaftliche Strukturen. Dieser Prozess erhielt durch die politischen Umbrüche in Gefolge des Ersten Weltkriegs zusätzlich Schub und fand seinen vorläufigen Höhepunkt in der Ausweitung sozialer Schutzrechte und im Ausbau der modernen Wohlfahrtsstaaten nach dem Zweiten Weltkrieg (ebd., S. 75). Mit dieser Entwicklung veränderten sich auch die Maßstäbe, an denen Armut gemessen wurde. Kronauer schreibt: „Das Kriterium der physischen Unversehrtheit wird ergänzt um das der gesellschaftlichen Teilhabe“ (ebd., S. 75). Armut wurde damit nicht nur mehr ausschließlich materielle Not, sondern zunehmend an eingeschränkten Möglichkeiten sozialer Integration und Teilhabe bemessen. Am Ende des 20. Jahrhunderts, so Kronauer weiter, kehrt jedoch mit der Figur der „Überflüssigen“ – also jener, die weder in Arbeit noch in soziale Sicherungssysteme eingebunden sind – das Problem gesellschaftlicher Ausgrenzung in neuer Form zurück. „Mit der Rückkehr der

„Überflüssigen“ [...] stellt sich das Problem der gesellschaftlichen Ausgrenzung auf neue Weise“ (ebd.). Erst in diesem Zusammenhang wurde „Ausgrenzung“ zu einer Kategorie, mit der Armut und Arbeitslosigkeit in der öffentlichen Debatte neu gefasst werden konnten.

In seiner historischen Analyse unterscheidet Kronauer (2010, S. 75) zudem zwei zentrale Gruppen: einerseits die entrechteten arbeitenden Armen, die trotz produktiver Tätigkeiten keinen vollen Zugang zu gesellschaftlicher Anerkennung oder politischer Mitbestimmung hatten, und andererseits die „Entbehrlichen“ (Lenski, 1973, S. 373) – arbeitsfähige, aber beschäftigungslose Arme. Letztere, so Kronauer, haben „nicht nur keinen Zugang zu den zentralen politischen und gesellschaftlichen Institutionen, sondern unterliegen überdies dem Verdikt, „unwürdige“ oder gar gefährliche Arme zu sein“ (Kronauer, 2010, S. 75). Sie wurden als Bedrohung für die gesellschaftliche Ordnung wahrgenommen und dementsprechend diszipliniert, verfolgt oder ausgeschlossen. Diese historische Entwicklung verdeutlicht, dass Armut immer zugleich eine ökonomische, politische und moralische Kategorie war. Sie markiert, wer als vollwertiges Mitglied der Gesellschaft gilt, und grenzt jene aus, deren Lebensweise als abweichend oder belastend betrachtet wird. Kronauer betont in diesem Zusammenhang die „Mehrdimensionalität“ (Kronauer, 2020, S. 32), die sich nicht ausschließlich ökonomisch, sondern auch kulturell, sozial und institutionell äußert. Damit lässt sich auch der Gegenwartsumbruch präziser fassen: Die Phase wohlfahrtstaatlich regulierten Kapitalismus nach 1945 – geprägt von relativer Vollbeschäftigung, sinkender Armut, kollektiver Wohlstandssteigerung und breiter institutioneller Einbindung der arbeitenden Bevölkerung – bildet den historischen Hintergrund, vor dem heutige Umbrüche in der Erwerbsarbeit, sozialen Beziehungen und sozialstaatlicher Konfliktpolitik ausgrenzend wirksam werden; entsprechend verändern sich auch die sozialen Beziehungen der Ausgrenzung sowie die Ausgrenzungserfahrungen selbst (Kronauer, 2010, S. 73f.). Armut verweist somit auf den Prozess sozialer Exklusion, die sowohl strukturell als auch symbolisch wirksam sind – ein „Zustand und Prozess, Wirkkraft und Wirkung zugleich“ (ebd., S. 19).

4. Methodologische Positionierung sowie methodisches Vorgehen

Im folgenden Kapitel wird die methodologische Positionierung der Arbeit sowie das methodische Vorgehen dargelegt. Ausgangspunkt bildet die Grounded Theory Methodologie (GTM) als zentraler methodologischer Rahmen, da sie einen systematischen Zugang zur theoriegenerierenden Analyse sozialer Prozesse eröffnet. Zunächst werden die grundlegenden erkenntnistheoretischen und methodologischen Annahmen der GTM entfaltet. Darauf aufbauend erfolgt die Vorstellung des konstruktivistischen Ansatzes der Grounded Theory nach Kathy Charmaz. Im nächsten Schritt werden die im Rahmen der Arbeit eingesetzten Erhebungs- und Auswertungsverfahren – das problemzentrierte Interview nach Andreas Witzel, die Transkriptionsmethode, das Kodierverfahren nach der konstruktivistischen Grounded Theory nach Kathy Charmaz sowie das Theoretical Sampling – dargestellt und methodisch begründet. Anschließend folgt die Darstellung des methodischen Vorgehens in seiner konkreten Umsetzung – die Projektbeschreibung, der Feldzugang, das Sample sowie der Forschungszyklus –, um die empirische Umsetzung der Studie nachvollziehbar zu machen. Zum Schluss werden forschungsethische Überlegungen sowie eine Reflexion der eigenen Positionierung im Feld behandelt.

4.1. Die Grounded Theory Methodologie

Die Grounded Theory Methodologie (GTM) wurde in den späten 1960er Jahren von den US-amerikanischen Soziologen Barney G. Glaser und Anselm L. Strauss mit der Veröffentlichung ihres grundlegenden Werkes „The Discovery of Grounded Theory. Strategies for Qualitative Research“ (1967) begründet. Ihr zentrales Anliegen ist die Entwicklung von Theorie aus empirischem Datenmaterial, ohne auf vorab formulierte Hypothesen zurückzugreifen. Damit positionierten sich Glaser und Strauss explizit gegen die Dominanz hypothetisch-deduktiver, quantitativ geprägter Forschungslogiken, in denen empirische Daten primär der Überprüfung vorab formulierter theoretischer Annahmen dienen (Mey & Mruck, 2011, S. 11f.). Zentrales Erkenntnisziel der Grounded Theory ist die Entwicklung gegenstandsbezogener Theorie aus dem empirischen Material. Dabei gilt das leitende Prinzip: „the theory should fit the data“ (Glaser & Strauss, 1967, S. 261). Forschung wird somit als „*conceptual work*“ (Mey & Mruck, 2011, S. 23) verstanden. Theorie ist Ergebnis analytischer Arbeit und nicht deren Ausgangspunkt. Charakteristisch ist der iterative Forschungsprozess, indem Datenerhebung, Analyse und Theoriebildung zirkulär miteinander verschränkt sind (ebd.). Seit ihrer Etablierung hat sich die GTM in der qualitativen Sozialforschung vielfältig ausdifferenziert und in unterschiedliche Varianten ausgebildet (ebd., S. 11f.). Ungeachtet dieser Pluralisierung gilt sie weiterhin als eines der zentralen Verfahren qualitativer Datenanalyse; so bezeichnen Titscher et al. (2000, S. 74) die Grounded Theory als „the most prominent among the so-called qualitative approaches to data-analysis“.

Die methodologische Profilbildung der GTM ist eng mit den unterschiedlichen wissenschaftlichen Sozialisationen ihrer Begründer verknüpft. Während Anselm Strauss maßgeblich durch den *Symbolischen Interaktionismus* der *Chicago School* sowie durch *pragmatische Erkenntnistheorien* geprägt war, entstammt Barney Glaser der kritisch-rationalistischen Tradition der *Colombia School* mit einem starken Fokus auf quantitative Sozialforschung. Diese epistemologischen Differenzen bilden den Hintergrund für anhaltende innerparadigmatische Debatten über das Verhältnis von Datengeleitetheit, theoretischer Sensibilität und analytischer Steuerung im Forschungsprozess (Mey & Mruck, 2011, S. 14). Vor diesem Hintergrund lassen sich drei zentrale methodische Prinzipien der Grounded Theory nach Glaser (2004 [1995], Abs. 59) unterscheiden: Erstens das *theoriebasierte Kodieren*, das über eine rein deskriptive Ordnung des Materials hinausgeht und auf die Entwicklung analytisch gehaltvoller, erklärungskräftiger Kategorien abzielt. Zweitens das *theoretische Sampling*, bei dem die Auswahl weiterer Fälle nicht vorab festgelegt wird, sondern durch bereits entwickelte Kategorien, *analytische Memos* und vorläufige theoretische Annahmen gesteuert ist. Drittens die konstante Vergleichslogik, die darauf abzielt, Fälle, Situationen und Kontexte systematisch miteinander zu vergleichen, um Gemeinsamkeiten, Unterschiede und strukturelle Zusammenhänge auszuarbeiten.

Im Unterschied zu vielen sozialkonstruktivistisch orientierten Ansätzen, die sich primär auf die Rekonstruktion von *Was-* und *Wie-Fragen* konzentrieren, weist die GTM eine ausgeprägte Tradition in der Bearbeitung von *Warum-Fragen* auf. Wie Gubrium und Holstein (1997, S. 200) zeigen, lassen sich solche Fragen in der qualitativen Forschung über die Analyse der kontingenten Beziehungen zwischen dem *Was* und dem *Wie* sozialen Handelns erschließen. Die GTM bietet hierfür einen methodologischen Rahmen, der es erlaubt, erklärende Fragestellungen in die qualitative Analyse zu integrieren, ohne die Komplexität sozialer Wirklichkeit zu reduzieren und kausalistisch zu verkürzen (Charmaz, 2008, S. 397f.).

Die vorliegende Untersuchung ist in einer interpretativen Tradition angesiedelt und knüpft an den *Symbolischen Interaktionismus* sowie an *pragmatistische Erkenntnisannahmen* an. Soziales Handeln wird dabei als bedeutungskonstituierend verstanden, wobei Wahrheit im Sinne eines praxeologischen Verständnisses an den Konsequenzen sozialen Handelns orientiert ist (Richter, 2016, S. 170f.). Dies kommt prägnant in der *pragmatistischen* Leitformel „*Truth is what works*“ (ebd.) zum Ausdruck. Der auf dem *Pragmatismus* aufbauende *Symbolische Interaktionismus* ist historisch eng mit der empirischen Analyse sozialer Ungleichheit und Benachteiligung verbunden. Klassische Studien der *Chicago School* richteten ihren analytischen Fokus explizit auf marginalisierte Gruppen und verbanden eine rekonstruktive Perspektive mit einem hohen ethischen Anspruch an sozialwissenschaftliche Forschung. Als zentraler theoretischer Bezugspunkt gilt George Herbert Mead, dessen Arbeiten die prozessuale Entstehung von Bedeutung, Identität und sozialem Handeln ins Zentrum stellen (ebd., S. 171f.). Soziale Wirklichkeit ist interaktiv hervorgebracht, kontextgebunden und prozesshaft. Der *Symbolische Interaktionismus* wurde von Herbert Blumer (1973) in drei Prämissen zusammengefasst:

„1. Menschen handeln Dingen gegenüber aufgrund der Bedeutung, die diese Dinge für sie haben., 2. Diese Bedeutung entsteht in einem Interaktionsprozess und 3. Sie ist historisch wandelbar“ (Richter, 2016, S. 174).

Eine ausschließlich interaktionistische Perspektive greift jedoch zu kurz, um strukturelle Ungleichheitsverhältnisse angemessen zu erfassen. Der *Symbolische Interaktionismus* richtet seinen Fokus primär auf Handeln und Kommunikation; strukturelle Bedingungen bleiben dabei unterbelichtet. Um subjektive Handlungspraxis und strukturelle Bedingungen systematisch zu vermitteln, wird die vorliegende Arbeit in einem handlungstheoretischen und kultursoziologischen Rahmen verortet, der *Struktur*, *Habitus* und *Agency* als relationale Ebene begreift (Sperlich, 2023, S. 51). *Struktur* erscheint dabei auf mikrosoziologischer Ebene als sinnlich erfahrbarer sozialer Kontext, also im Sinne Schütz als Lebenswelt (1971). Gerade im Feld von Gesundheit und Krankheit materialisiert sich diese Lebenswelt in alltäglichen Belastungen und Ressourcen – etwa finanziellen Zwängen, familiären Verpflichtungen oder sozialer Unterstützung –, die den Möglichkeitsraum von Handeln strukturieren. Zwischen diesen Bedingungen und konkreter Praxis fungiert der *Habitus* als Vermittlungsinstanz (siehe Abb. 7): eine sozial erworbene Dispositionsstruktur aus Denk-, Wahrnehmungs- und Bewertungsschemata sowie emotionalen und kognitiven Ressourcen (Sperlich, 2023, S. 51f.).

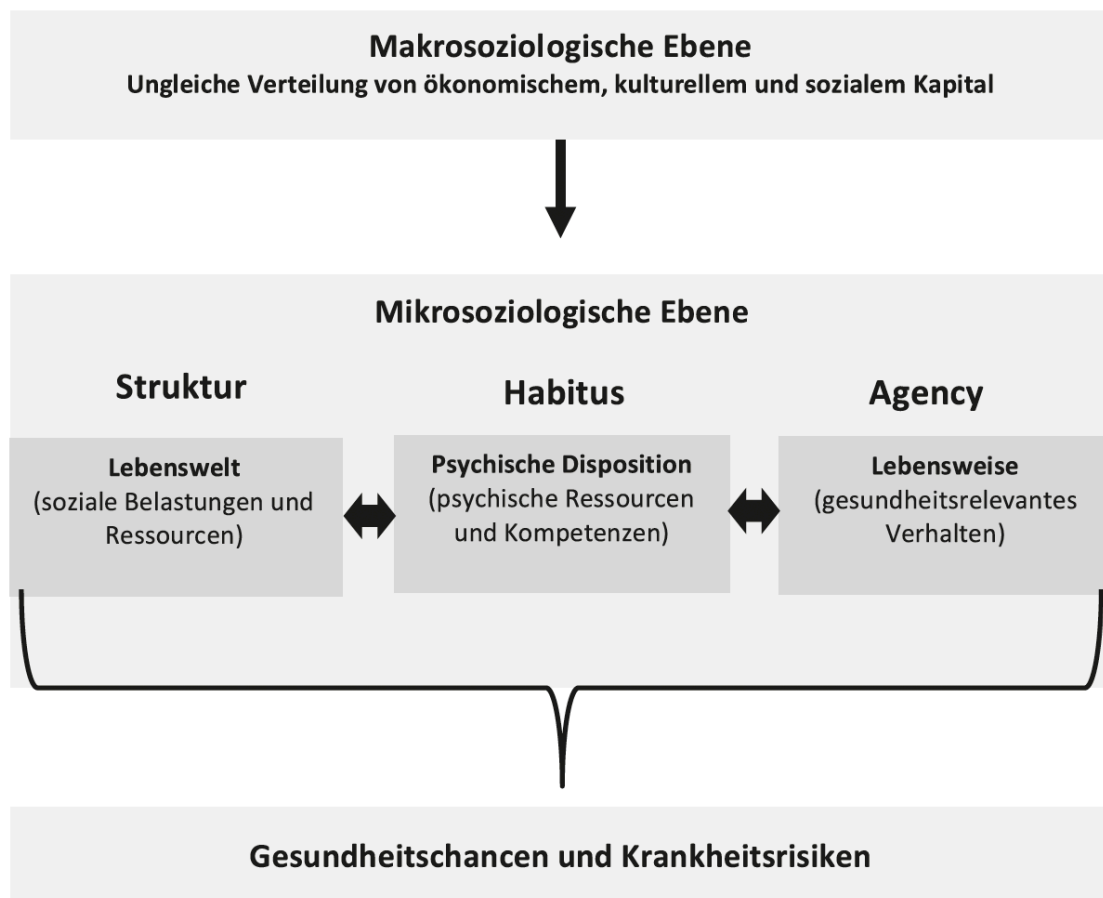


Abbildung 7: „Verknüpfung von Agency und Struktur mittels des Habituskonzepts in einem handlungstheoretischen Erklärungsrahmen gesundheitlicher Ungleichheit“ (Sperlich, 2023, S. 52)

Im Zentrum der *Agency*-Perspektive steht die lebensweltliche Verortung der Subjekte; soziales Handeln wird aus den subjektiven Sinn- und Bedeutungszusammenhängen der Handelnden rekonstruiert (ebd., S. 52). *Agency* erscheint damit nicht als abstrakte *Handlungsfreiheit*, sondern als sozial eingebettete *Handlungsfähigkeit*, die aus lebensweltlicher Erfahrung hervorgeht (ebd., S. 53f.). Der analytische Mehrwert dieses Rahmens liegt darin, gesundheitliche Versorgung weder als rein individuelles Verhalten noch als mechanischen Struktureffekt zu begreifen, sondern als prozessuale Vermittlung zwischen sozialer Position und subjektiver Handlungspraxis. Für die Analyse des vorliegenden Materials ist dieser Zugriff zentral, da die rekonstruierten *Versorgungskarrieren* genau an dieser Schnittstelle operieren.

Vor diesem Hintergrund erweist sich die GTM als geeigneter methodologischer Rahmen für die vorliegende Arbeit, da sie eine rekonstruktive Analyse subjektiver Erfahrungen in ihrem institutionellen und sozialen Kontext ermöglicht. Aus diesem Grund wird in der vorliegenden Arbeit ein konstruktivistischer Ansatz der Grounded Theory nach Kathy Charmaz herangezogen, der Theorienentwicklung explizit als interpretativen und ko-konstruktiven Prozess versteht.

4.2. Konstruktivistischer Ansatz der Grounded Theory nach Kathy Charmaz

Die methodologische Weiterentwicklung der Grounded Theory hat im Verlauf der vergangenen Jahrzehnte zu einer Vielzahl unterschiedlicher theoretischer Ausprägungen geführt. Eine zentrale Position innerhalb dieser Ausdifferenzierung nimmt der konstruktivistische Ansatz der Grounded Theory nach Kathy Charmaz ein, der insbesondere das epistemologische Verhältnis zwischen Forschenden, Daten und Theorie grundlegend neu bestimmt. Dieser Ansatz ist nicht zuletzt als Reaktion auf postmoderne erkenntnistheoretische Kritiken sowie auf innerparadigmatische Spannungen zwischen objektivistischen und interpretativen Lesarten der Grounded Theory zu verstehen (Charmaz, 2008, S. 401). Mit „Constructing Grounded Theory“ legt Kathy Charmaz (2006, 2008, S. 399) eine eigenständige Weiterentwicklung der Grounded Theory vor, die sich sowohl methodologisch als auch erkenntnistheoretisch deutlich von den klassischen Arbeiten von Glaser und Strauss (1967) abgrenzt. Während diese von der Annahme ausgehen, dass Theorien aus den Daten „entdeckt“ werden könnten, stellt Charmaz diese objektivistische Vorstellung von Theoriebildung grundsätzlich in Frage. Theorie wird in diesem Ansatz nicht als im Datenmaterial latent vorhandene Struktur verstanden, sondern als Ergebnis eines interpretativen und konstruktiven Analyseprozesses, in den Forschende aktiv involviert sind (Charmaz, 2008, S. 401). Demgegenüber gehen objektivistische Varianten der Grounded Theory von einer singulären Wirklichkeit aus, die von einer neutralen, passiven Beobachter:innenposition aus mittels wertfreier Forschung erkannt werden könne. Annahmen von Objektivität und Neutralität führen dazu, dass Auswahl, Erhebung und Darstellung von Daten als unproblematisch behandelt werden und als Gegebenheit erscheinen, anstatt als Konstruktion,

die sich im Verlauf des Forschungsprozesses herausbilden und dessen Ergebnis maßgeblich prägen. Daraus resultiert ein naiver Empirismus, der davon ausgeht, dass Daten selbstevident seien und für sich selbst sprächen, während Möglichkeiten partieller, begrenzter oder fehlender Daten sowie multiple Lesarten systematisch ausgeblendet bleiben (ebd., S. 402).

Der konstruktivistische Ansatz nach Kathy Charmaz geht demgegenüber davon aus, dass die Generierung von Daten, deren Bedeutungszuschreibung sowie die theoretische Verdichtung untrennbar mit der Perspektivität und Positioniertheit der Forschenden verbunden sind. Daten werden nicht als objektive, kontextunabhängige Gegebenheiten begriffen, sondern als Produkte sozialer Interaktion, die historisch, kulturell und situativ eingebettet sind. Die im Analyseprozess entwickelten theoretischen Konzepte stellen folglich keine wertfreie Abbildung sozialer Wirklichkeit dar, sondern interpretative Annäherungen an subjektiv erfahrbare Sinn- und Bedeutungsstrukturen. In Anlehnung an die pragmatistischen und interaktionistischen Traditionen der *Chicago School* plädiert Charmaz für eine Grounded Theory, die ihre eigene interpretative und konstruktivistische Dimension explizit reflektiert und in den Analyseprozess integriert (Bryant & Charmaz, 2007, S. 10). Diese erkenntnistheoretische Positionierung hat unmittelbare Konsequenzen für das methodische Vorgehen. Der Forschungsprozess wird nicht als linear strukturierter Ablauf konzipiert, sondern als iterativer, reflexiver und zirkulärer Prozess, in dem Datenerhebung, Analyse und theoretische Verdichtung in einem kontinuierlichen Wechselverhältnis stehen. Erkenntnisgewinn vollzieht sich dabei nicht schrittweise entlang vorab definierter Phasen, sondern in einer fortlaufenden Bewegung zwischen empirischem Material und analytischer Reflexion, wobei zentrale Konzepte auch erst in späteren Phasen der Analyse hervortreten können und erneute Feldzugänge erforderlich machen (ebd.).

Eine konstruktivistische Grounded Theory basiert nach Charmaz (2008, S. 403) auf vier zentralen Prinzipien: Erstens wird der Forschungsprozess selbst als soziale Konstruktion verstanden. Zweitens unterziehen Forschende ihre methodischen Entscheidungen und Analyseverläufe einer kontinuierlichen reflexiven Prüfung. Drittens werden methodische und analytische Strategien im Verlauf des Forschungsprozess situativ weiterentwickelt. Viertens ist die Erhebung hinreichend dichten Datenmaterials erforderlich, um rekonstruieren zu können, wie Forschungsteilnehmende ihre Lebenswelt konstruieren. Diese Prinzipien verdeutlichen, dass die konstruktivistische Grounded Theory nicht als schematisch anwendbares Verfahren zu verstehen ist, sondern ein responsives und reflexives Vorgehen gegenüber emergenten Fragestellungen, neuen Einsichten und analytischen Irritationen erfordert. Analyseprozess und analytische Verfahren werden dabei fortlaufend mitkonstruiert, ohne dass ein Regelwerk verbindlich festlegen könnte, welche Schritte zu welchen Zeitpunkten notwendig sind. Reflexivität bildet hierbei ein zentrales Element, da Forschende nicht außerhalb des untersuchten sozialen Prozesses stehen, sondern integraler Bestandteil desselben sind. Ein adäquates Verhältnis sozialer Wirklichkeit setzt daher voraus, diese aus der Perspektive der Forschungsteilnehmenden zu erschließen und implizite Bedeutungen sowie latente Handlungslogiken analytisch zugänglich zu machen.

4.3. Erhebungs- und Auswertungsinstrumente

Zur Rekonstruktion *individueller gesundheitlicher Versorgungskarrieren* von Frauen mit niedrigem sozioökonomischem Status sowie ihrer Erfahrungen im Wiener Gesundheitssystem wurde ein qualitativ-empirischer Forschungszugang gewählt. Die Entscheidung folgt dem Erkenntnisinteresse der Arbeit, subjektive Deutungen, biografische Verläufe und institutionell vermittelte Erfahrungen in ihrer Prozesshaftigkeit zu erfassen. Als Erhebungsmethode kamen problemzentrierte Interviews (PZI) nach Andreas Witzel (1985, 2000; Witzel & Reiter, 2022) zum Einsatz, da diese sich in besonderer Weise für interpretative Forschungsvorhaben eignen, bei denen individuelle Erfahrungszusammenhänge, Sinnzuschreibungen und Handlungslogiken im Vordergrund stehen. Durch die Verbindung narrativer Gesprächselemente mit einer thematischen Rahmung durch die Anwendung des späteren Kodiervorgangs nach der konstruktivistischen Grounded Theory nach Kathy Charmaz (2000, 2006, 2008, 2024; Bryant & Charmaz, 2007) ermöglicht die Verbindung der Erhebungs- und Auswertungsinstrumente zugleich Offenheit im Erhebungsprozess und analytische Struktur für spätere Auswertungsschritte.

4.3.1. Das problemzentrierte Interview nach Witzel

Methodologisch lehnt sich das problemzentrierte Interview (PZI) an die von der Grounded Theory theoriegenerierenden Verfahren von Glaser und Strauss (1998) an (Witzel, 2000, Abs. 3). Zentrales Anliegen dieses Ansatzes ist die interpretative Erschließung verbaler und nonverbaler Handlungen (*Erscheinungen*) als Ausdruck zugrunde liegender Sinnstrukturen. Sinnbildungsprozesse werden dabei als dynamisch und perspektivisch verstanden, da sie stets von der jeweiligen Gegenwartsperspektive der Akteur:innen ausgehen und prinzipiell offen in Richtung vergangener wie zukünftiger Erfahrungen sind (Witzel & Reiter, 2022, S. 51). Wilson (1973, S. 60) weist darauf hin, dass zeitlich spätere Äußerungen frühere Interpretationen infrage stellen und eine Revision der zunächst rekonstruierten Muster erforderlich machen können. Diese Prozesshaftigkeit von Sinnkonstruktionen impliziert, dass Bedeutungen nicht als stabil vorausgesetzt werden dürfen, sondern sich im Verlauf der Analyse fortlaufend verändern und verdichten können. Entsprechend betonen Witzel und Reiter (2022, S. 52f.), dass eine offene und flexible Haltung der Forschenden eine zentrale Voraussetzung problemzentrierter Interviewführung darstellt. Äußerungen sind grundsätzlich mehrdeutig und müssen als vorläufige Interpretationsangebote verstanden werden, die im weiteren Analyseprozess überprüft, modifiziert und theoretisch eingeordnet werden. Aus dieser Perspektive besteht das für die Interpretation erforderliche Wissen seitens der Forschenden „gar nicht oder ist nur in Ansätzen vorhanden“ (ebd., S. 53). Schütz (1971) beschreibt diesen interpretativen Vorgang als einen Brückenschlag zwischen zwei Deutungswelten, da Forschende in der Interviewsituation die wissenschaftliche Sinnwelt mit der lebensweltlich geprägten Erfahrungswelt der Interviewten vermitteln müssen. Diese

Vermittlungsleistung ist insbesondere in asymmetrischen Interviewsituationen von Bedeutung, in denen unterschiedliche soziale Positionierungen, Wissensbestände und kommunikative Ressourcen aufeinandertreffen (Witzel & Reiter, 2022, S. 53).

Die vorangegangene theoretischen Fundierung stellt das PZI als eine methodische Umsetzung dar, die den Anforderungen an „Problemzentrierung“ (Witzel, 2000, Abs. 4), „Gegenstandsorientierung“ (ebd.) und „Prozessorientierung“ (ebd.) in besonderer Weise Rechnung trägt. Darüber hinaus grenzt sich das PZI bewusst von standardisierten Frage-Antwort-Formaten ab, die häufig zu fragmentierten oder kontextarmen Aussagen führen. Stattdessen zielt es darauf ab, Interviewpartner:innen in eine aktive Erzähler:innenrolle zu versetzen, um thematisch zusammenhängende, erfahrungsnahe und analytisch gehaltvolle Aussagen zu generieren. Die Aufgabe der Forschenden besteht dabei in der Anwendung einer offenen und reflektierten Fragetechnik, die Erzählungen anregt und selbstläufige Ausführungen ermöglicht. Das Erzählte bildet im weiteren Verlauf des Interviews die Grundlage für gezielte Detaillierungen und vertiefende Nachfragen. Diese Offenheit spiegelt sich auch in der spezifischen Fragelogik des PZI wider, die bevorzugt mit *Wie*- und *Warum*-Fragen arbeitet. Während erstere auf die Rekonstruktion von Handlungszusammenhängen im sozialen Kontext abzielen, richten sich letztere auf Entscheidungslogiken, Präferenzen und Bewertungen der Interviewten. Ziel ist es, die individuelle Perspektive möglichst selbstbestimmt und im jeweiligen milieu- und regionalspezifischen Sprachgebrauch zur Darstellung zu bringen, um reichhaltiges und bedeutungstragendes Datenmaterial zu generieren (Witzel & Reiter, 2022, S. 19f.).

Vor der Durchführung der eigentlichen Interviews findet ein *Vorgespräch* statt, das den Interviewten Einblick in das Forschungsvorhaben und dessen Zielsetzung ermöglicht. Witzel und Reiter (ebd., S. 43f.) begründen die Bedeutung dieses Vorgesprächs damit, dass sich Forschende und Interviewte unterschiedlichen Sinnwelten zugehörig bewegen – einer wissenschaftlichen beziehungsweise einer alltagsweltlichen Erfahrungswelt. Um ein „wissenschaftlich fundiertes Fremdverstehen“ (ebd., S. 43) zu ermöglichen, ist es erforderlich, diese Sinnwelten kommunikativ zu überbrücken. Andernfalls besteht die Gefahr, dass die Forschungsergebnisse stärker durch die Perspektive der Forschenden als durch die Deutungen der Interviewten geprägt werden. Im Rahmen dieses Vorgesprächs wurde den Interviewpartnerinnen zudem ein *Informed Consent* vorgelegt und bei Bedarf gemeinsam erläutert, um eine informierte, freiwillige und einvernehmliche Teilnahme sicherzustellen; die damit verbundenen forschungsethischen Überlegungen werden im *Kapitel 4.6. „Forschungsethische Überlegungen und Reflexion der eigenen Rolle im Feld“* ausführlicher behandelt.

Der Einstieg in das Interview erfolgt über eine offene Eingangsfrage, die den Interviewten einen narrativen Deutungsraum eröffnet. Wie Witzel und Reiter (2022, S. 23f.) hervorheben, bündelt die Einstiegsfrage in verdichteter Form das zentrale Anliegen des PZI, indem sie den Interviewten einen offenen Erzählraum eröffnet, innerhalb dessen sie ihre eigenen Erfahrungen entlang eigener Relevanzsetzungen entfalten können. Die weiteren Gespräche orientieren sich an einem

semistrukturierten Leitfaden, der thematische Schwerpunkte vorgibt, ohne den Erzählfluss zu stark zu lenken. Diese Struktur erlaubt es den Interviewpartnerinnen, eigene Akzente zu setzen und für sie relevante Aspekte zu vertiefen. Kommt es im Erzählverlauf zu Redestopps oder bleiben bestimmte Aspekte unklar, werden gezielte, anschlussfähige Nachfragen eingesetzt, die an das zuvor Gesagte anknüpfen und den inhaltlichen Verdichtungen dienen, ohne den narrativen Charakter des Interviews zu unterbrechen. Solche Nachfragen erfolgen beispielsweise in der Form: „Den Aspekt XY fand ich besonders interessant. Möchten Sie mir noch etwas mehr dazu erzählen?“ oder „Der Aspekt XY ist mir noch nicht ganz klar. Können Sie mir diesen noch einmal genauer schildern?“. Die verwendete Einstiegsfrage lautete:

Können Sie mir erzählen, wie es bei Ihnen mit gesundheitlichen Themen begonnen hat – also wann und wo Sie bisher Unterstützung und Hilfe gesucht und bekommen haben? Mich würde auch interessieren, wie es dann weiterging, bis Sie schließlich bei FEM Med angekommen sind.

Der Leitfaden der PZIs gliedert sich in vier thematische Blöcke, die sich an den Forschungsfragen und dem Erkenntnisinteresse der Arbeit orientiert. Der erste Themenblock fokussierte auf die *individuellen gesundheitlichen Versorgungskarrieren* der Interviewten, wobei persönliche Herausforderungen sowie sogenannte neuralgische Punkte – etwa Wendepunkte, Barrieren oder prägende Erfahrungen – im Mittelpunkt standen. Der zweite Themenblock bezog sich auf die Nutzung der weiterführenden Angebote von *FEM Med*, das als Schnittstelle im Wiener Gesundheitssystem fungiert und Klientinnen bedarfsorientiert weitervermitteln, um Versorgungslücken zu schließen und die Navigation im Gesundheitssystem zu erleichtern. Der dritte Themenblock widmete sich der erworbenen Wirksamkeit der Beratungsangebote, insbesondere im Hinblick auf gesundheitliche Situation, gesellschaftliche Teilhabe und Selbstermächtigung. Der vierte Themenblock schließlich thematisierte die Zufriedenheit der Klientinnen mit dem Angebot sowie weitergehenden Beratungserfahrungen.

Im Unterschied zu standardisierten Interviewformen, in denen die Neutralität der Forschenden als zentrales Gütekriterium gilt, weist das PZI einer strikt neutralen Haltung eine eher hinderliche Funktion zu. Vor diesem Hintergrund plädieren Witzel und Reiter (2022, S. 55f.) für die explizite Einbeziehung analytisch relevanter Kontextinformationen, da ohne diese zentralen Einsichten in die „[...] Zielsetzungen und den thematischen Gesamtzusammenhang der Forschung“ interpretativ nicht erschließbar sind. Transparenz über das Forschungsvorhaben dient somit nicht der Verhinderung, sondern der Ermöglichung gehaltvoller und reflexiver Aussagen. Erst wenn Interviewte das Forschungsanliegen nach verständlicher Erläuterung als relevant für ihre eigene Lebenswelt anerkennen, kann für sie nachvollziehbar werden, weshalb ihre individuellen Erfahrungen und Bewertungen von wissenschaftlichem Interesse sind (ebd., S. 56).

Neben der thematischen Offenheit stellt sich in dieser Arbeit die Frage nach dem Umgang mit sozioökonomischen Hintergrunddaten, denen im Kontext gesundheitlicher Ungleichheit besondere Bedeutung zukommt. Da eine direkte Abfrage solcher Informationen jedoch leicht in ein starres *Frage-*

Antwort-Schema münden kann, war ein sensibler und kontextbewusster Umgang erforderlich (ebd., S. 23). Sozioökonomische Angaben wurden in vielen Fällen im Rahmen eigengenerierter Erzählungen von den Interviewten selbst thematisiert und konnten entsprechend in die Analyse einbezogen werden. Für die Stichprobenerhebung erwies es sich dennoch als sinnvoll, einen *Kurzfragebogen* aufzusetzen, der vom eigentlichen Interview entkoppelt und gegen Ende des Gesprächs gemeinsam ausgefüllt wurde. Diese erfassten Angaben zum Alter, zur höchsten abgeschlossenen Bildung, zum Geburtsland, zur Muttersprache sowie – sofern zutreffend – zur Dauer des Aufenthalts in Österreichs bei nicht in Österreich geborenen Interviewpartnerinnen.

Während sozioökonomische Daten vergleichsweise leicht zu erfassen waren, stellten implizite Bedeutungen und alltagsweltliche Selbstverständlichkeiten eine größere methodische Herausforderung dar. Das PZI zielt daher darauf ab, „Andeutungen und stereotypische Aussagen zu Handlungen, Erfahrungen oder Motiven *systematisch* aufzudecken und Klärungen vorzunehmen, um *Erkenntnislücken* zu schließen“ (ebd., S. 59). Entsprechend kam die Technik des *aktiven Zuhörens* und des *aktiven Verstehens* im Erhebungsprozess eine zentrale Bedeutung zu. In den Interviews wurde daher kontinuierlich abgewogen, ob Verständnisanfragen zur inhaltlichen Verdichtung beitrugen oder gezielte Detailierungsfragen erforderlich waren – auch wenn dies eine behutsame Unterbrechung des Erzählflusses bedeutete. Ziel war es, Vorinterpretationen nicht vorschnell als objektive Wirklichkeit zu behandeln, sondern diese im Gespräch aufzugreifen, gemeinsam zu präzisieren und mit den Interviewten zu validieren (ebd., S. 61f.).

4.3.2. *Transkription der Interviews*

Die Interviews wurden mithilfe der Transkriptsoftware „NoScribe“ verschriftlicht, die eine lokale Verarbeitung der Audiodateien gewährleistet und damit den datenschutzrechtlichen Vorgaben entspricht. Im Anschluss an die automatisierte Transkription erfolgte eine manuelle Nachbearbeitung durch wiederholtes Anhören der Audiospuren, bei der die Transkripte überprüft, pseudonymisiert und inhaltliche wie formale Fehler korrigiert wurden. Für die Transkription der problemzentrierten Interviews wurde das Transkriptionssystem „Talk in Qualitative Social Research“ (TiQ) (Przyborski & Wohlrab-Sahr, 2021, S. 217) in einer reduzierten Form verwendet. Diese umfasst unter anderem die Kennzeichnung von Pausen als „(...)“, die Markierung besonderer Betonungen der Interviewpartnerinnen, emotionaler Reaktionen wie „((lacht))“ oder „((fängt an zu weinen))“ sowie Signale des aktiven Zuhörens wie „//mhm//“ oder „//ja//“.

TiQ wurde im Kontext der Arbeiten mit Gruppendiskussionen sowie im Zuge der Dokumentarischen Methode entwickelt und 1998 von Przyborski systematisiert und überarbeitet. TiQ ist durch eine bewusste Begrenzung der Transkriptionstiefe gekennzeichnet und verzichtet auf feinsprachliche Differenzierungen, wie sie etwa im linguistisch ausgerichteten Transkriptionssystemen üblich sind. Diese Reduktion erweist sich für rekonstruktive sozialwissenschaftliche

Forschungsinteressen jedoch als funktional, da der Fokus auf der inhaltlich-analytischen Erschließung sozialer Bedeutungs- und Deutungsmuster liegt (ebd., S. 217f.). Die Anwendung der TiQ erscheint für die vorliegende Arbeit besonders geeignet, da die Analyse im Rahmen der konstruktivistischen Grounded Theory nach Charmaz auf Prozesse, Handlungen und subjektive Sinnzuschreibungen fokussiert ist und keine feinlinguistische Detailanalyse erfordert. Zudem ermöglicht das System eine transparente Dokumentation der Daten und ist ohne spezielle Software mit gängigen Textverarbeitungsprogrammen umsetzbar, was die praktische Handhabung im Forschungsprozess erleichtert. Jedes Transkript beginnt mit einem Transkriptkopf, die zentralen kontextuellen Informationen (u.a. Projektbeschreibung, Fallkennzeichnung, Aufnahmedatum, Timecode, Dauer der Passage, Name der/des Transkribenten/in, ggf. Dolmetscher/in) enthält und damit die Nachvollziehbarkeit und methodische Transparenz und Datengrundlage sicherstellt (ebd.).

4.3.3. *Kodierverfahren nach Kathy Charmaz*

Nach der Darstellung des Erhebungsinstruments des PZIs richtet sich der Fokus nun auf das analytische Vorgehen bei der Auswertung des empirischen Materials. Der Kodierprozess bildet innerhalb der GTM den zentralen methodischen Ausgangspunkt für die systematische Analyse qualitativer Daten. Im konstruktivistischen Ansatz nach Kathy Charmaz ist Kodieren dabei nicht als bloß technischer Arbeitsschritt zu verstehen, sondern als interpretativer, theoriegenerierender Prozess, in dem eine erste konzeptuelle Annäherung an die Perspektiven der Forschungsteilnehmenden erfolgt. Daten werden hierbei nicht lediglich geordnet, sondern aktiv in theoretisch relevante Bedeutungszusammenhänge überführt. Ziel des Kodierens ist es, dem empirischen Material durch das Stellen analytischer Fragen erste konzeptionelle Strukturen zu entlocken, die sowohl das Verständnis des untersuchten Phänomens vertiefen als auch die weitere Datenerhebung im Sinne des theoretischen Samplings steuern. Charmaz betont, dass Kodieren die Forschenden dazu anhält, innezuhalten und das Material analytisch zu befragen, um zentrale Themen, Prozesse und Problemdefinitionen sichtbar zu machen, die zugleich die Richtung weiterer Erhebungsschritte bestimmen. Kodieren markiert damit den Übergang von empirischer Beschreibung zu analytischer Konzeptbildung und bildet das Fundament für die theoriegenerierende Praxis der Grounded Theory. Codes verdeutlichen, wie Daten ausgewählt, voneinander getrennt und neu zusammengesetzt werden, um eine erste analytische Ordnung des Materials herzustellen (Charmaz, 2000, S. 516). Methodisch unterscheidet Charmaz zwei aufeinander aufbauende Phasen des Kodierens: das „*initial or open coding*“ (ebd.) und das „*selective or focused coding*“ (ebd.).

Das *Initial Coding* stellt die erste, stark explorative Phase der Analyse dar. In dieser Phase wird das Datenmaterial zeilen-, abschnitts- oder vorfallsweise offen kodiert, um möglichst viele Bedeutungsdimensionen sichtbar zu machen. Ziel ist es, das empirische Geschehen differenziert zu erfassen und konzeptionelle Vielfalt zuzulassen. Charmaz betont, dass Forschende in dieser Phase

gegenüber allen theoretischen Möglichkeiten offen bleiben sollten, die sich aus den Daten heraus entwickeln. Anstatt vorgefertigte Kategorien anzuwenden, wird nahe am Material gearbeitet und Handlungen, Prozesse sowie Interaktionsdynamiken werden mit handlungsorientierter Sprache – häufig in Form von Gerundien – kodiert. Diese Praxis dient dazu, vorschnelle theoretische Festlegungen zu vermeiden und die datennahe Analyse zu gewährleisten (Bryant & Charmaz, 2007, S. 47f.). Die im *Initial Coding* entwickelten Codes sind grundsätzlich vorläufig, vergleichend und datenbasiert. Sie können im weiteren Analyseverlauf weiterentwickelt, präzisiert oder verworfen werden, abhängig davon, inwieweit sie sich theoretisch bewähren und das untersuchte Phänomen adäquat erfassen (ebd., S. 48). Leitend für die Vergabe der *Initial Codes* sind dabei Fragen wie:

„*What is this data a study of?*“ (Glaser, 1978, S. 57; Glaser & Strauss, 1967, zitiert nach Bryant & Charmaz, 2007, S. 47), „*What does the data suggest? Pronounce?*“, „*From whose point of view?*“ und „*What theoretical category does this specific datum indicate?*“ (Glaser, 1978, zitiert nach ebd., S. 47).

Ein zentrales Merkmal des *Initial Codings* ist die Handlungsorientierung. Allgemeine oder abstrakte Begriffe sollten vermieden werden, sofern sie nicht klar durch das Datenmaterial konturiert sind. Stattdessen schärft die Verwendung aktionsbezogener Codes den analytischen Blick für Prozess, Dynamiken und subjektive Bedeutungszuschreibungen (Bryant & Charmaz, 2007, S. 48f.). Durch diese prozessuale Perspektive wird sichtbar, wie Handlungen, Interaktionen und situative Dynamiken zur Konstruktion sozialer Wirklichkeit beitragen, anstatt diese lediglich thematisch zu beschreiben (Charmaz, 2000, S. 515).

Darüber hinaus erleichtert die Arbeit mit handlungsorientierten Codes die Umsetzung der konstanten Vergleichslogik, die als zentrales Analyseprinzip der Grounded Theory gilt. Vergleiche können dabei zwischen unterschiedlichen Personen, zwischen verschiedenen Situationen, innerhalb desselben Falls zu unterschiedlichen Zeitpunkten sowie zwischen Daten und sich herausbildenden Kategorien vorgenommen werden. Ebenso können Kategorien systematisch miteinander verglichen werden, um Gemeinsamkeiten, Unterschiede und analytische Spannungen herauszuarbeiten. Diese vergleichende Vorgehensweise trägt maßgeblich zur theoretischen Verdichtung des Materials bei (ebd., S. 515). Gleichzeitig ermöglicht diese Phase die Identifikation analytischer Leerstellen, die im weiteren Forschungsprozess – etwa durch gezieltes *Theoretisches Sampling* – bearbeitet werden können. Tempo und Spontanität spielen dabei eine wichtige Rolle: Ein schnelles, intuitives Vorgehen im Kodierprozess kann frische Perspektiven auf das Material eröffnen und dabei helfen, sich nicht vorschnell auf bestehende theoretische Modelle oder akademische Fachsprachen zu stützen. Ziel ist es vielmehr, das Material aus der Innenperspektive der Forschungsteilnehmenden zu erschließen und so eine theoriebasierte, zugleich kontextsensible Konzeptbildung zu ermöglichen. Diese soll weder eine objektive Repräsentation sozialer Wirklichkeit liefern noch in einer bloßen Beschreibung verharren, sondern erste theoretische tragfähige Bausteine für die weitere Analyse bereitstellen (Bryant &

Charmaz, 2007, S. 48f.). Dabei zielt der Kodierprozess auf zwei zentrale Qualitätskriterien ab, die eine Grounded-Theory-Analyse erfüllen muss: „fit and relevance“ (ebd., S. 54). Die Passung (*fit*) ist gegeben, wenn die entwickelten Codes die Perspektiven und Erfahrungen der Befragten präzise abbilden und mit ihrer gelebten Realität korrespondieren. Die Relevanz (*relevance*) entsteht, wenn darauf ein schlüssiges analytisches Rahmenkonzept entwickelt wird, das nicht nur das beobachtbare Geschehen und strukturelle Bedingungen sichtbar macht. Der Kodierprozess trägt somit entscheidend dazu bei, die theoretische Fundierung empirisch zu verankern und gleichzeitig die gesellschaftliche Bedeutung des untersuchten Phänomens herauszuarbeiten (ebd., S. 54).

Im Übergang zur nächsten Analysephase ist darauf hinzuweisen, dass innerhalb anderer Grounded-Theory-Traditionen zusätzliche Verfahren zur Reorganisation und Verdichtung des Datenmaterials entwickelt wurden. Strauss und Corbin (1990) führten unter anderem *Dimensionalisierung*, *Axial Coding* sowie die Arbeit mit einer sogenannten *Conditional Matrix* ein, um entstehende Theorien systematisch zu verdichten und zu präzisieren. Während Dimensionalisierung und *Axial Coding* bereits im Rahmen des *Initial Coding* eingesetzt werden können, ist die *Conditional Matrix* für spätere Analyseprozesse vorgesehen. Das *Axial Coding* zielt darauf ab, systematische Beziehungen zwischen einer Kategorie und ihren Subkategorien herzustellen. Analytisch werden dabei Bedingungen, Kontexte, soziale Interaktionen sowie Konsequenzen berücksichtigt, unter denen ein Phänomen entsteht und bearbeitet wird. Im konstruktivistischen Ansatz nach Charmaz werden diese Verfahren nicht als verpflichtende Analyseschritte verstanden, sondern als optionale heuristische Werkzeuge, deren Einsatz vom jeweiligen Forschungsprozess abhängig bleibt (Charmaz, 2000, S. 515f.). Für die vorliegende Arbeit wurde der *Axial Coding* Schritt nicht durchgeführt.

Das *Focused Coding* (selektives Kodieren) bildet die zweite zentrale Phase des Kodierprozesses und schließt an das explorative *Initial Coding* an. *Focused Coding* greift jene initialen Codes auf, die im Material besonders häufig wiederkehren oder sich als analytisch besonders tragfähig erweisen. Dadurch wird es möglich, größere Datenmengen gezielt zu ordnen und theoretisch zu verdichten. Im Unterschied zum *Initial Coding* ist dieses Vorgehen stärker gelenkt und konzeptionell fundiert (Charmaz, 2000, S. 516). Es ist stärker analytisch ausgerichtet und verfolgt das Ziel, mithilfe der analytisch gehaltvollsten und/oder häufigsten Anfangscodes größeren Datenmengen systematisch zu bearbeiten. In dieser Phase werden zentrale Kategorien herauszuarbeiten, die eine theoretisch fundierte Strukturierung und Interpretation des Materials ermöglichen. Der Übergang zum *Focused Coding* verläuft dabei nicht linear. Neue Einsichten können eine erneute Auseinandersetzung mit dem bereits kodierten Material erforderlich machen. Codes werden miteinander verglichen, zusammengeführt, differenziert oder neu kontextualisiert. Dieses iterative Vorgehen entspricht der Logik der Grounded Theorie, in der Analyse, Datenerhebung und Theoriebildung in einem zirkulären Verhältnis stehen (Bryant & Charmaz, 2007, 57f.). Die im *Focused Coding* ausgewählten Codes zeichnen sich dadurch aus, dass sie einen Großteil des Datenmaterials erklären und diese zugleich besonders präzise

strukturieren. Die explizite Entscheidung darüber, welche Codes weiterverfolgt werden, fungiert dabei als analytische Prüfinstanz für die Passung zwischen dem sich entwickelten theoretischen Rahmen und der empirischen Wirklichkeit, auf die er Bezug nimmt. Aus den fokussierten Codes gehen Kategorien hervor, die der Synthese und Erklärung der Daten dienen; zugleich strukturieren diese Kategorien das entstehende analytische Rahmenkonzept. Häufig integrieren Kategorien mehrere Codes, die unterschiedliche Facetten desselben sozialen Prozesses abbilden (Charmaz, 2000, S. 516).

In der Phase des *Focused Codings* hinweg kommt dem Schreiben *analytischer Memos* eine zentrale Bedeutung zu. *Memo Writing* fungiert im konstruktivistischen Ansatz als verbindendes Element zwischen Kodierung und theoretischer. Es unterstützt Forschende dabei, analytische Ideen zum Datenmaterial auszuarbeiten, den weiteren Analyseverlauf zu strukturieren, Kategorien zu schärfen sowie in Beziehung zu setzen. Zugleich trägt dieser Prozess dazu bei, analytische Sicherheit im Umgang mit dem Material zu entwickeln. Insbesondere handlungsorientierte Codes erweisen sich als produktiv für das *Memo Writing*, da sie die Analyse miteinander verschränkter Prozesse ermöglichen, anstatt isolierte Themen zu reproduzieren. Durch die systematische Ausarbeitung von Eigenschaften, Beziehungen und Prozessverläufen werden Codes theoretisch verdichtet, Kategorien miteinander in Beziehung gesetzt und kontinuierlich an das empirische Material rückgebunden. *Memo Writing* trägt damit wesentlich zur analytischen Fokussierung bei und verhindert ein Verlorengehen im Datenmaterial (ebd., S. 517f.).

Der Kodierprozess erfordert zugleich einen reflexiven Umgang mit theoretischen Vorannahmen. Aus der Perspektive der Grounded Theory sollten bestehende Konzepte oder eigene Vorerkenntnisse nicht unkritisch in die Analyse übernommen werden (Bryant & Charmaz, 2007, S. 68). Charmaz betont, dass die Analyse mit einer möglichst theorieoffenen Auseinandersetzung mit dem Material beginnen muss. Vorhandene Konzepte können zwar als heuristische Bezugspunkte dienen, ihre Verwendung ist jedoch nur dann gerechtfertigt, wenn sie sich im empirischen Material bewähren und zur Erklärung zentraler Prozesse beitragen. Ein zentrales Risiko besteht darin, eigene Annahmen oder disziplinär geprägte Deutungsmuster ungeprüft als empirische Tatsachen zu behandeln. Besonders problematisch ist dies bei der Zuschreibung von Intentionen, Motiven oder Strategien, die nur dann analytisch legitim sind, wenn sie im Datenmaterial selbst verankert sind. Aussagen von Befragten sind stets sozial, biografisch und situativ eingebettet; eine vorschnelle Umdeutung in intentionale Kategorien birgt daher die Gefahr theoretischer Umformung. Charmaz fordert deshalb eine kontinuierliche reflexive Selbstverortung der Forschenden. Es gilt zu prüfen, wessen Perspektive sich in den Codes widerspiegelt, welche Kategorien konstruiert werden und zu welchem Zeitpunkt abstrakte Konzepte in die Analyse eingeführt werden. Typische Fallstricke bestehen darin, auf einer zu allgemeinen Ebene zu kodieren, Themen statt Prozesse zu benennen, soziale Kontexte auszublenden oder Codes lediglich deskriptiv zu verwenden. Solche Praktiken können dazu führen, dass zentrale Bedeutungsstrukturen verdeckt bleiben und analytisches Potenzial ungenutzt bleibt (ebd., S. 68f.).

4.3.4. *Theoretical Sampling*

Im Rahmen der GTM stellt das *Theoretical Sampling* ein zentrales forschungslogisches Prinzip dar, das die wechselseitige Verschränkung von Datenerhebung, Analyse und Theoriebildung strukturiert. Mit fortschreitender Analyse werden Kategorien kontinuierlich ausgearbeitet und als theoretische Konstrukte weiterentwickelt. In diesem Prozess treten häufig empirische Leerstellen sowie konzeptionelle Unschärfen zutage, die weder durch das bislang erhobene Datenmaterial noch durch bestehende Kategorien hinreichend erklärt werden können. Die Grounded Theory sieht für solche Situationen vor, gezielt weiteres Datenmaterial zu erheben, das darauf ausgerichtet ist, diese konzeptionellen Lücken zu schließen (Charmaz, 2000, S. 519). *Theoretical Sampling* unterscheidet sich grundlegend von fallzahlorientierten Stichprobenlogiken. Im Zentrum steht nicht die Erweiterung des ursprünglichen Samples, sondern die gezielte Auswahl von Fällen, Situationen und Perspektiven, die geeignet sind, aufkommende theoretische Fragen zu klären und bestehende Kategorien analytisch zu schärfen. Die Datenerhebung erfolgt dabei problem- und konzeptgeleitet: Es werden spezifische Aspekte fokussiert, zu denen präzisierende Informationen benötigt werden, um die sich entwickelnde Theorie weiter auszubauen. *Theoretical Sampling* stellt damit ein zentrales konstitutives Element der Grounded Theory dar und ist eng mit der konstanten Vergleichslogik verbunden, auf deren Grundlage Kategorien geprüft, differenziert und weiterentwickelt werden (ebd.). Ziel des *Theoretical Samplings* ist es, emergente Kategorien in ihrer Reichweite, ihren Grenzen und ihren internen Differenzen genauer zu bestimmen. Es dient der Präzisierung theoretischer Annahmen, der Überprüfung von Passung (*fit*) und Relevanz (*relevance*) sowie der Bestimmung konzeptioneller Grenzlinien zwischen Kategorien. *Theoretical Sampling* trägt somit wesentlich dazu bei, Kategorien analytisch belastbar und theoretisch anschlussfähig zu machen, ohne den Anspruch einer statistischen Repräsentativität zu verfolgen (ebd.).

In der vorliegenden Arbeit wurde *theoretical Sampling* als leitendes forschungsstrategisches Prinzip herangezogen. Zugleich war bereits zu Beginn des Forschungsprozesses absehbar, dass dieses nicht in seiner idealtypischen, sequenziellen Schritt-für-Schritt-Logik umgesetzt werden kann. Insbesondere zeitliche, organisatorische und institutionelle Rahmenbedingungen schränkten die Möglichkeit ein, wiederholt und flexibel neue Erhebungsschleifen zu realisieren. Vor diesem Hintergrund wurde entschieden, eine erweiterte Erhebungsstrategie zu verfolgen und von Beginn an mehr Interviews zu führen, als für den engeren Analyseschwerpunkt der Masterarbeit unmittelbar erforderlich gewesen wären. Erst nach der Erhebung wurde im weiterführenden Analyseschritt eingeschätzt, welche Interviews in die Auswertung der Untersuchung miteinbezogen werden sollen. Ziel dieses Vorgehens war es, trotz begrenzter zeitlicher und organisatorischer Ressourcen eine ausreichende empirische Varianz zu gewährleisten, um im Analyseprozess vergleichende Kontraste, theoretische Differenzierungen und analytische Vertiefungen vornehmen zu können.

4.4. Methodisches Vorgehen: Der Forschungsprozess

4.4.1. Projektbeschreibung „FEM Med – Info-Point und Drehscheibe für Frauengesundheit“

Die vorliegende Untersuchung ist in einen laufenden Evaluations- und Forschungszusammenhang eingebettet und entstand aus der Verbindung von angewandter Forschungspraxis und wissenschaftlicher Vertiefung. Konkret wurde sie im Rahmen meiner Tätigkeit als wissenschaftliche Mitarbeiterin und Projektmanagerin in der Gesundheitsförderung bei *queraum. kultur- und sozialforschung* realisiert. Seit 2023 führen meine Kollegin Mag.^a Nina Hesse und ich die Prozess- und Ergebnisevaluation des Projekts „FEM Med – Info-Point und Drehscheibe für Frauengesundheit“¹¹ für das *Frauengesundheitszentrum FEM Med* durch. Das Projekt wurde vom *Institut für Frauen- und Männergesundheit*¹² (FEM und FEM Süd) konzipiert und umgesetzt – wird vom *Wiener Gesundheitsfonds*¹³ (WGF) finanziert – und basiert auf einer umfassenden Recherche zu frauenspezifischen Gesundheitsleistungen mit medizinischem Schwerpunkt auf einer Bedarfserhebung zu gesundheitsrelevanten Anliegen von Frauen und Mädchen in sozial prekären Lebenslagen in Wien. Das *Frauengesundheitszentrum FEM Med* bietet niederschwellige, mehrsprachige und kultursensible Gesundheits-, Sozial- und akutpsychologische Beratung für Mädchen und Frauen an und verfolgt das Ziel die Gesundheits- und Lebenskompetenz der Klientinnen nachhaltig zu stärken. Darüber hinaus arbeitet *FEM Med* daran, in Favoriten einen Modellbezirk für Gendermedizin zu etablieren. In der Evaluation kommen unterschiedliche quantitativen und qualitativen Methoden zum Einsatz, die einerseits der Analyse des Projekterfolgs und andererseits der Unterstützung des Projektteams in der Generierung von Lernerfahrungen und Reflexionsprozessen dienen. Im Zuge dieses Evaluationsprojekts werden vielfältige Einblicke in die alltäglichen Lebensrealitäten von Frauen gewonnen, die sich auf der Suche nach geeigneten Gesundheitsleistungen im Wiener Versorgungssystem befinden. Meine Zuständigkeit innerhalb der Evaluation umfasst unter anderem die Durchführung qualitativer Erhebungen, darunter sechs vertiefende Fallanalysen sowie 30 problemzentrierte Interviews. Die kontinuierliche Auseinandersetzung mit den Erzählungen der Klientinnen schärfte mein Bewusstsein für die Perspektive der betroffenen Frauen und legte den Grundstein für das Interesse, diese Erfahrungen über den evaluativen Rahmen hinaus vertieft und theoretisch fundiert zu analysieren.

Vor diesem Hintergrund entstand in der Umsetzung des Evaluationsprojekts die Idee, das vorhandene qualitative Datenmaterial für eine eigenständig wissenschaftliche Fragestellung nutzbar

¹¹ Projektbeschreibung Umsetzung *FEM Med* „Info-Point und Drehscheibe für Frauengesundheit“: <https://www.queraum.org/index.php/node/263>

¹² *Institut für Frauen- und Männergesundheit FEM, FEM Süd und FEM Men*: <https://fem.at/>

¹³ *Wiener Gesundheitsfonds (WGF)*: <https://www.wien.gv.at/gesundheit/gesundheitsfonds>

zu machen. In der Halbzeit des Evaluationsprozesses schlug ich dem Projektteam von *FEM Med* daher vor, den bestehenden Leitfaden der problemzentrierten Interviews gezielt zu adaptieren und ergänzend eine vertiefende Analyse nach dem konstruktivistischen Ansatz der Grounded Theory von Kathy Charmaz durchzuführen. Ziel war es, die *individuellen gesundheitlichen Versorgungskarrieren* der Klientinnen differenzierter zu rekonstruieren. Nach der Zustimmung des Projektteams von *FEM Med* zu meinem Forschungsvorhaben im Frühjahr 2025 holte ich die erforderliche Genehmigung des *Instituts für Sozialwissenschaften* der Universität Wien im Sommer 2025 ein und erarbeitete darauf aufbauend das Forschungsexposé sowie ein eigens von mir erstelltes Forschungsdesign, das sich klar von der Evaluationsprojektlogik abgrenzt. Die Umsetzung des empirischen Teils begann ebenfalls im Sommer 2025. *FEM Med* ist Teil einer vielfältigen Wiener Institutionenlandschaft und stellt eine wichtige Ergänzung zu bestehenden Gesundheits- und Sozialeinrichtungen dar. Trotz eines insgesamt dichten medizinischen Versorgungsnetzes fehlen häufig niederschwellige, mehrsprachige und kultursensible Angebote, die an die konkreten Lebensrealitäten der Betroffenen anschließen. Frauen ohne Krankenversicherung, mit eingeschränkten Deutschkenntnissen oder in prekären Lebenslagen sehen sich mit erheblichen Zugangshürden konfrontiert und laufen Gefahr, durch strukturelle und institutionelle Lücken im gesundheitlichen Versorgungssystem zu fallen. Eine zentrale Kooperation des *Frauengesundheitszentrums* besteht mit der Magistratsabteilung 15 (Gesundheitsdienst Wien), durch die das Angebot durch kostenfreie Vorsorgeuntersuchungen und Impfaktionen ergänzt wird. Darüber hinaus verfolgt *FEM Med* das Ziel, Frauen durch umfassende Beratungsleistungen zu befähigen, Gesundheitsangebote eigenständig wahrzunehmen und ihre gesundheitliche Situation langfristig zu verbessern. Die bewusste Verortung des Zentrums im zehnten Wiener Gemeindebezirk Favoriten – einem Stadtteil mit hoher sozialer und kultureller Diversität sowie einem überdurchschnittlichen Anteil sozial benachteiligter Bevölkerungsgruppen – macht *FEM Med* zu einem strategisch bedeutsamen Zugangspunkt für jene Zielgruppen, die im regulären Gesundheitssystem häufig unterversorgt bleiben.

4.4.2. *Der Feldzugang*

Der Zugang zum Forschungsfeld erfolgte über das *Frauengesundheitszentrum FEM Med*, das als institutionelle Schnittstelle zwischen den Forschungsteilnehmenden und dem Wiener Gesundheitssystem fungiert. Der Feldzugang war damit von Beginn an an spezifische organisatorische, ethische und zeitliche Rahmenbedingungen gebunden, die den Forschungsprozess maßgeblich strukturierten. Die Rekrutierung der Interviewpartnerinnen erfolgte zweistufig. Aus einem Pool an Klientinnen, die nach der Inanspruchnahme von Beratungsgesprächen bei *FEM Med* einer späteren Kontaktaufnahme zugestimmt hatten, wurde zunächst eine zufällige Vorauswahl durch die Mitarbeiter:innen von *FEM Med* jener Personen getroffen. Die Kontaktdaten dieser Vorauswahl wurden durch die Projektpartnerinstitution an mich weitergeleitet. Nach telefonischer

Kontaktaufnahme und erneuter informierter Einwilligung wurden die Interviews terminiert und durchgeführt.

Für die Durchführung des Interviews in arabischer Sprache wurde ich von einer erfahrenen Dolmetscherin unterstützt. Diese Unterstützung war integraler Bestandteil des Feldzugangs und ermöglichte die Einbeziehung einer Klientin, die über keine oder nur eingeschränkte Deutschkenntnisse verfügte. Damit konnte einer sprachlich bedingten Selektivität des Feldzugangs entgegengewirkt werden, die andernfalls insbesondere jene Frauen ausgeschlossen hätte, die im Wiener Gesundheitssystem häufig mit erhöhten Zugangsbarrieren konfrontiert sind.

4.4.3. *Das Sample*

Die Samplezusammensetzung folgt keiner statistisch-repräsentativen Logik, sondern orientiert sich an den forschungspraktischen und analytischen Prinzipien qualitativer Sozialforschung, dem *Theoretical Sampling*. Ziel war es, eine möglichst breite empirische Ausgangsbasis zu schaffen, die vergleichende Analysen unterschiedlicher Erfahrungs- und Deutungshorizonte erlaubt. Entsprechend wurde bei der Sampleauswahl insbesondere auf sprachliche und kulturelle Heterogenität sowie auf eine hohe inhaltliche Dichte der Interviews geachtet.

Für die Interviews wurden Klientinnen des *Frauengesundheitszentrums FEM Med* ausgewählt, die zuletzt etwa drei Monate zuvor eine Beratung in Anspruch genommen hatten. Die Entscheidung folgt einer inhaltlich wie methodisch begründeten Logik. Neben der Rekonstruktion der *individuellen gesundheitlichen Versorgungskarrieren* und der erlebten Zugangsbarrieren im Wiener Gesundheitssystem war für die vorliegende Untersuchung auch von Interesse, inwiefern die Beratungsangebote des *Frauengesundheitszentrums FEM Med* für die betroffenen Frauen eine tatsächliche Entlastung bewirken konnten. Da die Beratung häufig nicht als singuläres Erlebnis erfolgt, sondern sich über einen längeren Zeitraum erstreckt oder in weiterführende Unterstützungs- und Vermittlungsprozesse mündet, erschien ein zeitlicher Abstand zwischen der letzten Beratung und dem Interview sinnvoll. Erst mit einer gewissen zeitlichen Distanz wird es den Klientinnen möglich, die angestoßenen Prozesse, Veränderungen und Handlungsspielräume retrospektiv zu reflektieren und eine vorläufige Bilanz darüber zu ziehen, welche Wirkungen die Angebote konkret entfaltet haben. Der gewählte Zeitraum von etwa drei Monaten ermöglicht es somit, sowohl unmittelbare Erfahrungen als auch nachgelagerte Effekte der Beratung in den Blick zu nehmen, ohne dabei die Anschlussfähigkeit an die ursprüngliche Beratungssituation zu verlieren.

Das Sample umfasst sechs Frauen mit heterogenen biografischen und sozioökonomischen Hintergründen. Alle Interviewpartnerinnen wurden zum Schutz ihrer Privatsphäre pseudonymisiert; die verwendeten Namen sind anonymisierte Platzhalter. Zwei Interviewpartnerinnen stammen aus der Türkei, eine aus Syrien und zwei aus Österreich; eine Befragte weist aufgrund wiederholter Migration zwischen Österreich und der Türkei keinen formal abgeschlossenen Bildungsweg auf. Entsprechend

sind die Bildungsbiografien überwiegend durch niedrig formale Abschlüsse geprägt: Lediglich eine Frau verfügt über einen Maturaabschluss, während die übrigen einen Pflichtschulabschluss oder eine Lehre mit Berufsschule angeben. Auch die Erwerbssituation ist durch Prekarität und Rückzug aus dem Erwerbsleben gekennzeichnet: Zwei Frauen sind arbeitslos, zwei befinden sich in Pension, eine in Invaliditätspension und eine ist als Buchhalterin erwerbstätig, jedoch durch ihre chronische Erkrankung nur als Teilzeitkraft angestellt. Die Befragten sind zwischen 40 und 67 Jahren alt, was eine Altersspanne von 27 Jahren ergibt, und eine ausgeprägte altersbezogene Heterogenität des Samples verweist. Diese ist in der Interpretation der Ergebnisse mitzuberücksichtigen, da unterschiedliche Lebensphasen die Wahrnehmung, Gewichtung und Artikulation gesundheitlicher Problemlagen sowie biografischer Erfahrungen maßgeblich strukturieren.

4.4.4. *Forschungszyklus*

Die Rekrutierung der Interviewpartnerinnen erfolgte im Zeitraum Ende August bis Ende November 2025. In diesem Zeitraum wurden insgesamt 13 problemzentrierte Interviews geführt. Für die vorliegende Untersuchung und Analyse wurden sechs Interviews ausgewählt. Die Auswahl der in der Analyse einbezogenen Interviews erfolgte nicht zufällig, sondern orientierte sich an den Prinzipien des *Theoretical Samplings* im Sinne der Grounded Theory. Ziel war es, Fälle auszuwählen, die im Hinblick auf die entwickelten *Theoretical Codes* einen möglichst hohen analytischen Ertrag versprechen und zentrale Variation sowie wiederkehrende Muster im Material abbilden. Bereits nach der Auswertung von sechs Interviews zeigte sich eine zunehmende theoretische Sättigung, insofern keine grundlegend neuen *Theoretical Codes* mehr entwickelt wurden, sondern vielmehr eine Verdichtung und Ausdifferenzierung bereits identifizierter Konzepte erfolgte. Die weiteren Interviews wurden daher nicht in die vertiefte Analyse einbezogen, da sie für die Beantwortung der Forschungsfrage(n) keinen substanziellen zusätzlichen Erkenntnisgewinn erwarten ließen. Zudem unterschieden sich die Interviews hinsichtlich ihrer inhaltlichen Dichte und biografischen Tiefe: Einige der geführten Gespräche fielen vergleichsweise kurz aus, was unter anderem darauf zurückzuführen ist, dass einzelne Interviewpartnerinnen lediglich eine einmalige oder sehr punktuelle Beratung im *Frauengesundheitszentrum* in Anspruch genommen hatten und entsprechend von weniger umfangreichen Versorgungserfahrungen berichten konnten. Zugleich diente die größere Gesamtanzahl an geführten Interviews der Absicherung der entwickelten Kategorien, indem sie eine Rückbindung an ein breites empirisches Spektrum ermöglichte.

Die Interviewdauer variierte zwischen 35 und 63 Minuten. Fünf der Interviews wurden in deutscher Sprache geführt. Das Interview mit Asra S. wurde mit Unterstützung einer professionellen Dolmetscherin durchgeführt, deren Einsatz über meine Arbeitsstelle *queraum. kultur- und sozialforschung* finanziert wurde. Mit allen Interviewpartnerinnen fand vor dem Interview ein Vorgespräch statt, mit dem Ziel, Ablauf und Rahmenbedingungen der Untersuchung zu erläutern sowie

offene Fragen und mögliche Unsicherheiten vorab zu klären. In diesem Zusammenhang wurde auch der *Informed Consent* eingeholt, der bei Bedarf gemeinsam durchgegangen und erläutert wurde. Ergänzend zum Interview wurde von allen Interviewpartnerinnen im Anschluss an das Gespräch ein standardisierter *Kurzfragebogen* ausgefüllt. Dieser erfasste soziodemografische Basisinformationen, darunter das Alter, den höchsten Bildungsabschluss, den aktuellen bzw. letzten Berufsstatus, das Geburtsland sowie die in der Familie überwiegend gesprochene Sprache. Der *Kurzfragebogen* diente der kontextualisierenden Einordnung der Interviewdaten und ermöglichte es, biografische und strukturelle Rahmenbedingungen systematisch in die Analyse einzubeziehen, ohne den offenen Charakter der qualitativen Interviews zu beeinträchtigen.

Im Anschluss an jedes Interview erfolgte zunächst die systematische Sichtung forschungsbegleitender Notizen und bei Bedarf wurden diese mit zusätzlichen Gedächtnisnotizen ergänzt. Darauf aufbauend folgte die automatisierte Transkription der Audioaufnahmen mit der Software „NoScribe“ sowie deren vollständige Pseudonymisierung und Glättung von grammatikalischen Unschärfen und Ausdrucksfehlern. Diese Entscheidung diente zum einen dem Schutz und Wohlbefinden der Interviewpartnerinnen, zum anderen dem Anliegen, Interviews unabhängig von variierenden Deutschkenntnissen gleichwertig darzustellen und zugleich den Lesefluss der vorliegenden Arbeit zu erleichtern. Nach einer ersten Datenbereinigung wurden die Transkripte anschließend mit dem TiQ System überarbeitet und formal vereinheitlicht, wie in *Kapitel 4.3.2.* bereits dargestellt. Dieser mehrstufige Transkriptions- und Überarbeitungsprozess diente der Sicherstellung einer möglichst genauen, konsistenten und analysierbaren Datenbasis.

Auf Grundlage der finalisierten Transkripte begann ich mit der Auswertung des ersten Interviews entlang des konstruktivistischen Kodierverfahrens nach Kathy Charmaz. Diese Analyse erfolgte iterativ und zirkulär, das heißt im fortlaufenden Wechsel zwischen Kodieren, Vergleichen, theoretischem Überdenken und dem Rückbezug auf das empirische Material.

Auswertung der Interviews

Die *Initial Codes* wurden – in Übereinstimmung mit Charmaz‘ methodologischem Vorgehen – handlungs- und prozessorientiert formuliert, um analytisch zu erfassen, was Akteur:innen konkret tun, wie sie handeln, reagieren, aushandeln und Bedeutung herstellen, und welche sozialen Prozesse sich im jeweiligen institutionellen und biografischen Kontext vollziehen (Charmaz, 2000, S. 515; Bryant & Charmaz, 2007, S. 48f.). Der Fokus lag dabei nicht auf thematischen Zuschreibungen, sondern auf der Rekonstruktion von Handlungsvollzügen, Interaktionsdynamiken und Bewältigungspraktiken. Durch diese Form der Kodierung werden nicht nur Inhalte sichtbar, sondern vor allem Prozesse der Wirklichkeitskonstruktion, durch die sich Zugehörigkeit, Ausschluss, Anerkennung oder Delegitimierung im Alltag der Interviewten herstellen. Codes fungieren dabei nicht als bloße Zusammenfassung, sondern als analytische Werkzeuge, mit denen soziale Prozesse gefasst und

vergleichbar gemacht werden. So wurde etwa die Aussage der Interviewten, sie habe „immer wieder Ärzte wechseln [müssen]“, da diese „geschlossen haben, gewechselt haben, in Pension gegangen sind“ (siehe Beispiel: *Initial Coding, Interview 5, Zeile 44-46*), nicht lediglich als „Arztwechsel“ kodiert, sondern prozessorientiert gefasst – etwa als „Umgehen lernen mit institutioneller Fluktuation“, „wieder neu anfangen müssen“ oder „Versorgungskontinuitäten verlieren“. Damit wird nicht nur ein Ereignis beschrieben, sondern ein fortlaufender Anpassungsprozess rekonstruiert, der Stabilität im Versorgungssystem verunmöglicht und chronische Krankheit als dauerhaftes Managementproblem sichtbar macht.

Für die Erstellung der ersten Codes wurde konsequent im Sinne des „line-by-line Coding“ (Charmaz, 2000, S. 516) vorgegangen. Dabei arbeitete ich mich Zeile für Zeile durch das Datenmaterial, um möglichst nah an der empirischen Ausdrucksweise der Interviewten zu bleiben und vorschnelle theoretische Zuschreibungen zu vermeiden. Dieses kleinschrittige Vorgehen diene zugleich der Sensibilisierung für implizite Bedeutungen, Brüche, Spannungen und Selbstverständlichkeiten im Material.

Ein weiteres Beispiel hierfür ist die Aussage einer Interviewten, sie habe erst mit etwa 30 Jahren erfahren, dass der anerkannte Behinderungsgrad von 50 Prozent einen arbeitsrechtlichen Schutz darstellt, da sie zuvor „nichts, aber absolut nichts gewusst [habe]“ und „[sie] niemand aufgeklärt [habe]“ (siehe Beispiel: *Initial Coding, Interview 5, Zeile 151-155*). Diese Passage wurde nicht als bloßes Informationsdefizit kodiert, sondern als „Nichtwissen als strukturelle Barriere erleben“, „institutionelle Informationslücke erleiden“ und „Anspruchsrechte erst spät erschließen“. Der analytische Fokus liegt hier auf der strukturellen Produktion von Nichtwissen und der Abhängigkeit von Gatekeepern, nicht auf individueller Unkenntnis.

Handlungsmomente des Rückzugs wurden ebenfalls nicht als passive Reaktionen, sondern als aktive Entscheidungen kodiert. Die Zustimmung zu einer einvernehmlichen Kündigung („*ich kann nicht mehr, ich will nicht mehr*“, siehe Beispiel: *Initial Coding, Interview 5, Zeile 212-213*) wurde als „Ausstieg selbst initiieren“, „Schutz durch Rückzug suchen“ und „Arbeitsverhältnis beenden, um zu überleben“ gefasst. Damit wird der Zusammenbruch nicht nur als Scheitern, sondern auch als Versuch der Wiedergewinnung von Handlungsfähigkeit rekonstruierbar. Die folgende Tabelle illustriert exemplarisch, wie dieser Kodierprozess konkret umgesetzt wurde:

Beispiel: Initial Coding, Interview 5 mit Irem B.

Zeile	Aussage	Initial Codes
44-46	„Ja, ich musste immer wieder Ärzte wechseln, weil sie geschlossen haben, gewechselt haben, in Pension gegangen sind und so, also, immer wieder von Neuem beginnen [...]“	Musste durch die lange Krankheitsgeschichte viel Ärzt:innen wechseln Umgehen lernen mit institutioneller Fluktuation Erneut anfangen müssen

		Vertrauen für Ärzt:innen immer neu aufbauen müssen Musste immer wieder neu anfangen An strukturelle Brüche angepasst sein Stabilität im Versorgungssystem vermissen Chronische Erkrankungen ohne konstante Begleitung managen Versorgungskontinuität verlieren
151-155	„[...] da ich 50 Prozent behindert war, da bin ich so froh, dass ich das gemacht hab. Von dem hab ich nichts, aber absolut nichts gewusst. Mein Leben lang, da war ich, wie alt war ich da dann schon, 30, glaub ich, oder so. Bis dahin hat mich niemand aufgeklärt, weder beim Arzt noch im Spital, nirgends, dass das ein Schutz für jemanden ist, der diese Krankheit hat.“	Schutzstatus nachträglich entdecken Nichtwissen als strukturelle Barriere erleben Fehlende Aufklärung erfahren Institutionelle Informationslücke erleiden Anspruchsrechte erst spät erschließen Gatekeeper-Unterstützung erhalten Unterstützung durch Schlüsselperson bekommen Solidarität über Erfahrung teilen Schutzmechanismus zugänglich gemacht bekommen
202-205	„Danach eben mit Corona war es ganz schlimm, weil sie sich dann lustig gemacht haben, weil die Chefin hat gesagt, naja, meine Mama hat es auch gehabt und die ist auch herzkrank und hat überhaupt nichts oder so, die ist nach drei Tagen wieder aufgestanden.“	Erkrankung relativiert bekommen Spott erfahren Vergleichsmaßstab aufgezwungen bekommen Individuelle Krankheitserfahrungen delegitimiert bekommen „Normale“ Genesung als Standard gesetzt bekommen Empathieverweigerung erleben Leidensdruck entwertet bekommen
212-213	„Und ich hab dann gesagt, okay, ich willige auf eine Einvernehmliche ein, ich kann nicht mehr, ich will nicht mehr. Es ist mir einfach zu viel.“	Einvernehmliche Kündigung akzeptieren Ausstieg selbst initiieren Sich entziehen Handlungsfähigkeit zurückgewinnen Schutz durch Rückzug suchen Grenzen setzen Arbeitsverhältnis beenden, um zu überleben
218-221	„Ich habe mich beim Arbeitsamt angemeldet, bin dorthin. Und das Erste, was der Typ dort gesagt hat, war, sie müssen sich zweimal die Woche bewerben, sie müssen so schnell wie möglich wieder in das Arbeitsleben. Und ich habe gesagt, schau, mir geht's nicht gut, ich brauche nur ein bisschen Zeit. Ich will, ich werde, aber ich brauch Zeit. Hat er gesagt, Zeit gibt's keine.“	Sofortige Aktivierung nach Rückzug erfahren Leistungsanforderungen auferlegt bekommen Sich nicht verstanden fühlen Arbeitsfähigkeit vorausgesetzt bekommen Institutionelle Delegitimation erleben Druck institutionalisiert erfahren Zeit verweigert bekommen Erschöpfung nicht anerkannt bekommen Diszipliniert werden

235-236	„Und wie sie mich dort gesehen hat, hat sie gesagt, in dem Zustand können sie weder arbeiten, noch sonst was. ((weint))“	Arbeitsunfähigkeit bestätigt bekommen Zustand legitimiert bekommen Entlastung durch Anerkennung Gesehen werden
250-252	„Die hat mich dann nach der ersten Begutachtung aufgenommen, weil sie gesagt hat, ich könnte ein Buch schreiben über das, was ich alles erlebt habe ((schluchzt)). Und wir werden das halt durchstehen gemeinsam“	Lebensgeschichte gewürdigt bekommen Leid validiert bekommen Biografische Dichte gespiegelt bekommen Emotionale Entlastung erfahren Sich gesehen fühlen Nicht alleine gelassen werden An die Hand genommen werden

Das *Initial Coding* bildet damit die analytische Grundlage für die anschließende Verdichtung im *Focused Coding*. Im Rahmen des *Initial Codings* wurden insgesamt 1416 Codezuweisungen vorgenommen. Durch den fortlaufenden Vergleich der Codes im Schritt des *Focused Codings* konnten wiederkehrende und konträre Prozesse – etwa Delegitimierung, Selbstkompensation, Rückzug oder Anerkennung – in 41 *Focused Codes* gebündelt und theoretisch weiterentwickelt werden. In diesem Schritt entstanden insgesamt 43 *analytische Memos*. Zentral für das *Focused Coding* innerhalb der GTM ist, dass Kategorien nicht vorab festgelegt oder aus bestehenden theoretischen Konzepten abgeleitet werden, sondern aus dem Material heraus entstehen. Der analytische Anspruch besteht nicht darin, Codes an ein bereits vorhandenes Begriffsgerüst anzupassen, sondern Offenheit gegenüber unerwarteten Prozesslogiken zu wahren (Glaser & Strauss, 1965, S. 37).

In der ersten Verdichtung der *Focused Codes* lässt sich das iterative Vorgehen des Kodierprozesses zeigen: *Initial Codes* wurden zusammengeführt, differenziert, umbenannt oder verworfen, sobald sich im Vergleich zeigte, dass sie denselben sozialen Prozess auf unterschiedlichen Ebenen abbildeten. Dieses flexible Vorgehen entspricht dem konstruktivistischen Verständnis der Grounded Theory nach Charmaz, wonach Kategorien nicht entdeckt, sondern analytisch konstruiert werden. Exemplarisch lässt sich dieser Prozess am analytischen Zusammenhang „institutionelle[r] Nicht-Anerkennung und Delegitimierung“ (siehe Beispiel: *Focused Coding, Interview 5*) verdeutlichen. Im Verlauf der Analyse zeigte sich, dass zahlreiche *Initial Codes* aus unterschiedlichen institutionellen Kontexten – medizinische Versorgung, Arbeitsmarktverwaltung, sozialstaatliche Begutachtung – auf einen gemeinsamen Kernprozess verweisen. Diese Codes wurden daher nicht als isolierte Themen behandelt, sondern zu einem analytischen Zusammenhang verdichtet, der beschreibt, wie Krankheit sozial und institutionell ihrer Legitimität beraubt wird. So wurden etwa Aussagen, in denen die Interviewte beschreibt, dass ihr Leiden als übertrieben, unglaubwürdig oder „nicht so schlimm“ bewertet wird, nicht lediglich als negative Erfahrung kodiert, sondern als Teil eines fortlaufenden Delegitimierungsprozesses. Beispielsweise verweist die Passage, in der eine Vorgesetzte die Corona-Erkrankung der Interviewten mit der raschen Genesung der eigenen Mutter vergleicht, analytisch auf die Etablierung normativer Vergleichsmaßstäbe („normale Genesung“ als Standard

gesetzt bekommen“), durch die individuellen Leiden entwertet wird. Entsprechend wurden Codes wie „Vergleichsmaßstab aufgezwungen bekommen“, „individuelle Krankheitserfahrung delegitimiert bekommen“ und „Empathieverweigerung erleben“ gebündelt.

Ähnlich verhält es sich mit Passagen, in denen medizinische Anerkennung verweigert wird, solange technische Parameter „funktionieren“. Die wiederholte Reduktion komplexer Beschwerden auf messbare Funktionswerte („der Herzschrittmacher funktioniert, die Pumpe funktioniert“) wurde nicht als fachliche Einschätzung, sondern als institutionelle Deutungslogik kodiert, die subjektives Leiden systematisch ausschließt. Codes wie „systematische Nicht-Zuständigkeit erleben“, „Reduzierung auf technische Funktion“ und „subjektives Leiden entwerten“ verweisen hier auf denselben Prozess der Legitimitätsentziehung.

Auf dieser Ebene der Verdichtung kristallisierte sich „*Institutionelle Nicht-Anerkennung und Delegitimierung von Krankheit*“ als ein zentraler analytischer Zusammenhang heraus. Die entsprechenden *Initial Codes* wurden daher zu einem *Focused Code* zusammengeführt, der diesen Prozess auf einer abstrakten Ebene beschreibt. Im Folgenden wird die Tabelle der gesammelten 66 *Initial Codes* dargestellt, die dem analytischen Zusammenhang zugeordnet wurden und die Grundlage für das entsprechende *Memo Writing* bilden.

Beispiel: Focused Coding „Institutionelle Nicht-Anerkennung und Delegitimierung von Krankheit“ (Interview 5 mit Irem B.)

Aussage	<i>Initial Codes</i>
„Ich glaube das hat sich jetzt relativ verschlechtert, weil man davon ausgeht, dass ja eigentlich irgendwie jeder manipuliert, davon ausgeht, dass keiner die Wahrheit sagt oder es kann ja nicht so schlimm sein, weil man es selber nicht erlebt. Also die Empathie, glaube ich, zu Menschen mit Krankheit fehlt.“	Zunehmende Verschlechterung wahrnehmen Allgemeines Misstrauen unterstellt bekommen, weil man chronisch krank ist und manipuliert Glaubwürdigkeit permanent verteidigen müssen Soziale Anerkennung verlieren Kranksein als Verdachtsmoment
„Danach eben mit Corona war es ganz schlimm, weil sie sich dann lustig gemacht haben, weil die Chefin hat gesagt, naja, meine Mama hat es auch gehabt und die ist auch herzkrank und hat überhaupt nichts oder so, die ist nach drei Tagen wieder aufgestanden und so.“	Erkrankung relativiert bekommen Spott erfahren Vergleichsmaßstab aufgezwungen bekommen Individuelle Krankheitserfahrungen delegitimiert bekommen „Normale“ Genesung als Standard gesetzt bekommen Empathieverweigerung erleben Leidensdruck entwertet bekommen
„[...] weil ich eben herzkrank bin, wurde dann immer so abgetan, naja, das ist ja vom Herz, deshalb hat man das alles auch nicht so ernst genommen, wenn's andere Beschwerden gegeben hat.“	Herzdiagnose hat bewirkt, dass andere Beschwerden oftmals nicht ernst genommen wurden Auf eine Vorerkrankung reduziert werden Komplexität der Erkrankung ausblenden Gesundheitlich nicht ernst genommen werden

	Gesundheitliche Anliegen relativieren Mehrfacherkrankungen unsichtbar machen Somatische Reduktion anderer Beschwerden erleben
„[...] und somit natürlich zieht man sich zurück und meidet jegliche Institution, [...]“	Sich zurückziehen und Institutionen meiden Vertrauen in institutionelle Unterstützung verlieren Handlungsräume verkleinern Selbstexklusion durch Scheitern im System vollziehen
„Hat mich beim Arbeitsamt angemeldet, bin dorthin. Und das Erste, was der Typ dort gesagt hat, war, sie müssen sich zweimal die Woche bewerben, sie müssen so schnell wie möglich wieder in das Arbeitsleben. Und ich hab gesagt, schau, mir geht's nicht gut, ich brauch nur ein bisschen Zeit. Ja. Bisschen Zeit, ich will, ich werd, aber ich brauch Zeit. Hat er gesagt, Zeit gibt's keine.“	Sofortige Aktivierung nach Rückzug erfahren Leistungsanforderungen auferlegt bekommen Sich nicht verstanden fühlen Arbeitsfähigkeit vorausgesetzt bekommen Institutionelle Delegitimation erleben Druck institutionalisiert erfahren Zeit verweigert bekommen Erschöpfung nicht anerkannt bekommen Diszipliniert werden
„[...] und sie müssen auch nirgends sagen, dass sie 50% behindert sind.“	Behinderung verschweigen sollen Unsichtbarkeit und Unehrllichkeit nahegelegt bekommen Schutzrecht entwertet bekommen Normalität performen sollen Anpassung einfordern Integrität infrage gestellt bekommen
„Ja, weil bis jetzt hat mich ja keiner ((schluckt)) ernst genommen, weder der Internist noch der Neurologe noch egal wem ich gesagt habe, dass es mir seit Corona noch schlechter geht, dass ich erschöpft bin. Dass ist psychisch und körperlich einfach nicht kann. Ich, ich kann einfach nicht mehr ((schluckt)). Und das war immer so, naja, aber der Herzschrittmacher funktioniert, die Pumpe funktioniert.“	Nicht ernst genommen werden Wiederholte Delegitimierung erleben Medizinische Abwertung erfahren Erklärung nicht geglaubt bekommen Fachärztliche Anerkennung fehlt Systematische Nicht-Zuständigkeit erleben Zwischen Disziplinen fallen Reduzierung auf technische Funktion Objekte Parameter dominieren Subjektives Leiden entwertet Ganzheitliche Perspektive fehlt
„Und das [Rehageld] wurde sowieso beim ersten Mal, das war ein Horror, die Untersuchung, das war ein Horror und wurde von der PVA sofort abgeschmettert, weil meine Pumpe funktioniert, ja.“	Begutachtung als Gewalt erleben Entwürdigende Untersuchung erfahren Misstrauen gegenüber Institutionen verstärken Antrag abgelehnt bekommen Keine Einzelfallprüfung erleben Schnelle Delegitimierung erfahren Systemlogik bestätigt sehen
„Das wäre schon toll, wenn da halt auch [Institutionen wie ein AMS, die PVA, Krankenkasse auf FEM Med hören würden],	Glaubwürdigkeit durch Dritte (FEM Med) sichern wollen Anerkennung durch Behörden einfordern

weil was muss man machen als Einzelner? Man muss super tolle Ärzte finden, die zu 99 Prozent privat sind, die einem irgendwelche Befunde schreiben sollen, die horrendes Geld verlangen. Und das dann aber von den Institutionen wieder nicht anerkannt wird, weil sie sagen, naja, das ist privat, dann haben sie bezahlt für diesen Befund. Aber andere Ärzte zu finden, Krankenkassenärzte, die damit entweder kompetent sind oder helfen oder so, das ist fast unmöglich.“	Private Expertise einkaufen müssen Kosten als Hürde erleben Private Befunde entwertet bekommen Kompetente Kassenversorgung nicht finden
„Ja, man ist dem ausgesetzt, dass man auch fast keine Möglichkeit hat, nur auf seine Gesundheit mittlerweile zu schauen. Ich bin jetzt in so einem Dschungel drin, dass ich da überhaupt nicht mehr rauskomme. [...] Und natürlich auch das Verständnis fehlt zu kranken Menschen, weil für die sind alle irgendwie halt Leute, die manipulieren und – ja – nicht echt sind.“	Ausgeliefertsein erleben Im System feststecken Misstrauen wahrnehmen Manipulationsverdacht erleben

Erst im Anschluss an diesen Schritt des *Focused Codings* wurden analytische *Memos* verfasst. Diese zeitliche und analytische Trennung ist methodisch bedeutsam: Das Kodieren dient zunächst der systematischen Strukturierung des Materials, während die *Memos* der theoretischen Reflexion und Konzeptualisierung der verdichteten Kategorien vorbehalten blieben. Wie Przyborski und Wohlrab-Sahr (2021, S. 261) betonen, gehen Hypothesen- und Theoriegenerierung und das Schreiben von *Memos* eng miteinander einher, müssen jedoch analytisch vom Kodierprozess getrennt bleiben, um eine vorschnelle theoretische Überformung der Daten zu vermeiden. Die im Anschluss verfassten *Memos* dienten dazu, die im *Focused Coding* identifizierten Prozesse weiter auszubuchstabieren, in Beziehung zueinander zu setzen und ihre Konsequenzen für die Lebensführung der Interviewten analytisch zu reflektieren. Dabei wurden die *Memos* bewusst in abstrakter Sprache formuliert, um den Konzeptcharakter der Kategorien zu sichern, denn „[n]ur so schafft man den Schritt von der bloßen Paraphrase zur sozialwissenschaftlichen Interpretation“ (ebd.). Im weiteren Analyseverlauf wurden die einzelnen *Memos* systematisch miteinander verglichen, um theoretische Zusammenhänge zu prüfen, Differenzen herauszuarbeiten und mögliche Leerstellen der entstehenden Theorie sichtbar zu machen. *Memos* fungieren dabei als analytisches Gedächtnis des Forschungsprozesses und sichern, dass entwickelte theoretische Überlegungen nicht verloren gehen (ebd., S. 262).

Vor diesem methodischen Hintergrund wird im Folgenden exemplarisch ein *Memo* dargestellt, das im Anschluss an das *Focused Coding* entwickelt wurde. Es dient dazu, einen der zentralen im Material identifizierten Prozesse analytisch zu verdichten und im Anschluss auch die Bedingungen, unter denen die Codes auftreten und auch die Konsequenzen systematisch zu reflektieren. Das nachfolgende *Memo* ist dabei nicht als Zusammenfassung einzelner Aussagen zu verstehen, sondern

als theoretische Verdichtung eines wiederkehrenden Musters, das sich über unterschiedliche Kontexte hinweg rekonstruieren lässt. Durch diese Form der Darstellung wird sichtbar, wie aus der vergleichenden Analyse verdichteter Codes schrittweise konzeptionelles Verständnis entsteht, das über Beschreibungen einzelner Fälle hinausweist und den Übergang zur gegenstandsbezogenen Theoriebildung markiert.

Beispiel: Memo zum Focused Coding „Institutionelle Nicht-Anerkennung und Delegitimation von Krankheit“ (Interview 5)

Im Material verdichtet sich ein fortlaufender Prozess institutioneller Nicht-Anerkennung, in dem Krankheit nicht bloß übergangen, sondern aktiv delegitimiert wird. Entscheidend ist dabei nicht das Vorhandensein gesundheitlicher Einschränkungen, sondern deren Anerkennungsfähigkeit innerhalb institutioneller Deutungs- und Bewertungslogiken. Die Interviewte beschreibt wiederholt, dass ihr Leiden zwar artikuliert wird, jedoch systematisch nicht als legitim, glaubwürdig oder handlungsrelevant gilt. Delegitimierung zeigt sich dabei nicht als singuläres Ereignis, sondern als strukturierter, sich wiederholender Prozess, der sich über unterschiedliche institutionelle Kontexte hinweg entfaltet: medizinische Versorgung, Arbeitsmarktverwaltung und sozialstaatliche Begutachtungsverfahren. Krankheit wird dort nicht als komplexe, biografisch eingebettete Erfahrung verhandelt, sondern auf technisch messbare Parameter reduziert. Wo diese Parameter „funktionieren“, wird Leiden institutionell negiert. Subjektives Erleben verliert seinen Status als gültige Wissensquelle.

Zentral ist, dass Krankheit zugleich als Verdachtsmoment produziert wird. Die Interviewte beschreibt ein Klima generalisierten Misstrauens, in dem chronisch kranke Menschen unter Manipulationsverdacht stehen. Legitimität muss permanent hergestellt und verteidigt werden, bleibt jedoch strukturell prekär. Institutionen agieren dabei nicht als neutral, sondern disziplinierend: Zeit wird verweigert, Erschöpfung nicht anerkannt und Anpassung eingefordert. Die Aufforderung, Behinderung zu verschweigen oder „Normalität zu performen“, markiert eine Zuspitzung dieses Prozesses. Die Konsequenz dieser fortgesetzten Delegitimierung ist nicht primär Widerstand, sondern Rückzug. Anhaltender Legitimitätsentzug führt zur Verkleinerung von Handlungsspielräumen, zum Verlust institutionellen Vertrauens und zu Formen der Selbstexklusion. Der wiederkehrende Verweis auf den „*Dschungel*“, in dem sich die Interviewte befindet, verdichtet eine Erfahrung struktureller Überforderung, in der Orientierung, Durchsetzung und Anerkennung kaum mehr erreichbar erscheinen.

Analytisch lässt sich dieser Prozess als systematischer Legitimitätsentzug erfassen: Krankheit wird nicht bestritten, aber ihrer sozialen, institutionellen und handlungsrelevanten Bedeutung beraubt. Genau darin liegt seine exkludierende Wirkung.

Bedingungen, unter denen der Code auftritt: Institutionelle Deutungslogiken, die Krankheit auf messbare Funktion reduzieren („*aber der Herzschrittmacher funktioniert, die Pumpe*

funktioniert“), Generalisiertes Misstrauen gegenüber chronisch kranken Menschen („das Verständnis fehlt zu kranken Menschen, weil für die sind alle (...) irgendwie halt Leute, die manipulieren“), normative Vergleichsnormen „normaler“ Genesung („meine Mama hat es auch gehabt und die ist auch herzkrank [...], die ist nach drei Tagen wieder aufgestanden“), Hierarchisierung von Diagnosen, bei der eine Vorerkrankung andere Beschwerden überlagert („weil ich eben herzkrank bin, war dann immer so abgetan, naja, das ist ja vom Herz, deshalb hat man das alles auch nicht so ernst genommen, wenn's andere Beschwerden gegeben hat“), Arbeitsmarkt- und sozialstaatliche Aktivierungslogiken, die Zeit und Erholung systematisch verweigern („Hat er gesagt, Zeit gibt's keine.“), Begutachtungs- und Prüfverfahren ohne biografische Einbettung („die Untersuchung, das war ein Horror und wurde von der PVA sofort abgeschmettert“) und Anerkennung nur über institutionell akzeptierte Autoritäten, während andere Expertise delegitimiert wird („das ist privat, dann haben sie bezahlt für diesen Befund“).

Konsequenzen: *Permanenter Rechtfertigungs- und Verteidigungsdruck („deshalb hat man das alles auch nicht so ernst genommen“), Reduktion komplexer Krankheitserfahrungen auf technische Parameter („weil ich eben herzkrank bin, war dann immer so abgetan, naja, das ist ja vom Herz, deshalb hat man das alles auch nicht so ernst genommen“), Emotionale Entwertung und Verlust sozialer Anerkennung („Danach eben mit dem Corona war es ganz schlimm, weil sie sich dann lustig gemacht haben“), Institutionalisierte Druck und Disziplinierung („sie müssen sich zweimal die Woche bewerben, sie müssen so schnell wie möglich wieder in das Arbeitsleben“), Zwang zur Unsichtbarkeit von Behinderung („und sie müssen auch nirgends sagen, dass sie 50% behindert sind“), Rückzug aus institutionellen Kontakten und Selbstexklusion („und somit natürlich zieht man sich zurück und meidet jegliche Institution“) und Verstärkung von Ohnmacht und strukturellem Ausgeliefertsein („Ich bin jetzt in so einem Dschungel drin, dass ich da überhaupt nicht mehr rauskomme“).*

Theoretical Coding

Das *Theoretical Coding* stellt in der konstruktivistischen Grounded Theory nach Charmaz keine obligatorische Integrationsstufe dar, sondern eine analytische Möglichkeit, Beziehungen zwischen *Focused Codes* weiter zu verdichten und theoretisch zu rahmen. Theoretische Codes dienen dabei nicht der schematischen Ordnung, sondern der Integration: Sie strukturieren, wie die *Focused Codes* zueinander in Beziehung stehen, und unterstützen die Entwicklung einer kohärenten analytischen Erzählung (Charmaz, 2024, S. 151). *Theoretical Coding* bewegt sich somit in einer epistemologischen Spannung zwischen Emergenz und Anwendung: Einerseits sollen theoretische Bezüge aus der empirischen Analyse heraus selbst hervorgehen, andererseits ist der Rückgriff auf theoretisches Vorwissen nie vollständig suspendierbar. Charmaz betont in diesem Zusammenhang, dass theoretisches Kodieren ihre analytische Legitimität aus dem Material heraus entwickeln müssen nicht

als vorgefertigte Raster an die Daten herangetragen werden dürfen, da dies die Offenheit der Analyse einschränken und komplexe soziale Prozesse analytisch verkürzen kann (ebd., S. 151f.). Eng damit verbunden ist das theoretische Sortieren, das auf analytische *Memos* aufbaut, in denen Kategorien bereits begrifflich ausgearbeitet und analytisch präzisiert wurden. Im Unterschied zu einer rein formalen Gliederung dient das Sortieren in der Grounded Theory explizit der theoretischen Integration: Die *Focused Codes* werden auf einer abstrakteren Ebene miteinander verglichen, zueinander in Beziehung gesetzt und entlang von Prozessen, Phasen oder zentralen Ergebnissen angeordnet. Die entstehende Struktur folgt dabei nicht primär der Chronologie des empirischen Geschehens, sondern der inneren Logik der sich entwickelnden Theorie, indem jene Konzepte und Zusammenhänge hervorgehoben werden, die für die analytische Argumentation zentral sind (ebd., S. 215).

Ergänzend wurden im Analyseprozess Diagramme eingesetzt, um Kategorien, Prozesse deren Beziehungen visuell zu verdichten. Diagramme dienen in der GTM dazu, abstrakte analytische Überlegungen in eine anschauliche relationale Ordnung zu überführen und ermöglichen es, Reichweite, Gewichtung und Richtung von Kategorien sowie deren Verknüpfung sichtbar zu machen (ebd., S. 218). Sie wurden in unterschiedlichen Phasen der Analyse genutzt – etwa zur frühen Clusterbildung, zur Ausdifferenzierung von Kategorien oder zur Entwicklung konzeptioneller Karten, die Übergänge, Spannungen und Prozessdynamiken zwischen zentralen Analyseelementen sichtbar machten. In diesem Sinne fungierten Diagramme nicht als illustrative Endprodukte, sondern als heuristische Arbeitsinstrumente, die das theoretische Sortieren und Integrieren der Kategorien unterstützen. Anknüpfend an Ansätze von Williams and Keady (2012, S. 224) lassen sich Diagramme zudem als Mittel verstehen, um zentrale Handlungen und Erfahrungszusammenhänge analytisch zu fokussieren. Ihre sogenannten „centre stage diagrams“ zielen darauf ab, zu klären *was* die zentrale Handlung eines untersuchten Phänomens ist und *wer* im Mittelpunkt dieser Erfahrung steht. In der vorliegenden Arbeit erwies sich diese Perspektive als analytisch anschlussfähig, um die Subjektzentrierung der *Versorgungskarrieren* sowie die relationale Einbettung individueller Erfahrungen in institutionelle Konstellationen sichtbar zu machen. Diagramme trugen damit wesentlich dazu bei, die empirisch-rekonstruierten *Versorgungskarrieren* nicht nur sequenziell, sondern als relationale, prozessuale und sozial strukturierte Verläufe analytisch zu fassen.

Im Schritt des *Theoretical Codings* wurde bewusst auf die Bildung einer hierarchisch übergeordneten Kernkategorie verzichtet. Charmaz (2024, S. 221) betont, dass Grounded Theory Analysen nicht zwingend auf eine einzelne Kategorie zulaufen müssen; vielmehr kann es analytisch sinnvoll sein, mehrere Kategorien parallel zu entwickeln und deren relationale Passungen, Spannungen und Nicht-Passungen in den Blick zu nehmen. Das theoretische Sortieren richtet sich daher nicht auf Unterordnung, sondern auf die Frage, wie sich die theoretischen Kategorien zueinander verhalten und gemeinsam unterschiedliche Facetten der empirischen Realität strukturieren. Die Integration der Kategorien folgt entsprechend einer interpretativen Logik, die nicht auf kausale Linearität, sondern auf kontextabhängige Bedeutungs- und Prozesszusammenhänge zielt. Das systematische Sortieren und

Diagrammieren stützte dabei die analytische Verdichtung, indem Beziehungen, Übergänge und Spannungen zwischen den Kategorien sichtbar gemacht wurden, ohne diese in ein hierarchisches Modell zu überführen (ebd., S. 218). Auf diese Weise konnten die *Theoretical Codes* als gleichrangige, miteinander verschränkte analytische Zugänge zur Rekonstruktion *individueller gesundheitlicher Versorgungskarrieren* ausgearbeitet werden. Die *Theoretical Codes* lauten:

(1) *Selbstorganisation*, (2) *Übersetzung und Kompensation*, (3) *Abbruch und Parallelstrategie*, (4) *Überzeugung und Beweis*, (5) *kumulative Erschöpfung*, (6) *Navigation, Vermittlung und Entlastung* (7) *Anerkennung, Beziehung und Sicherheit*.

Die *Theoretical Codes* bilden kein additives System, sondern ein analytisches Gefüge, das die Vielschichtigkeit gesundheitlicher Versorgung unter Bedingungen sozialer Ungleichheit sichtbar macht.

4.5. Forschungsethische Überlegungen und Reflexion der eigenen Positionierung im Feld

Zur Sicherstellung der Einhaltung forschungsethischer Standards wurde ein *Informed Consent*-Verfahren implementiert, das eine informierte, freiwillige und einvernehmliche Teilnahme der befragten Frauen gewährleistete. Der *Informed Consent* umfasste vier zentrale Aspekte, die zu Beginn der Interviews gemeinsam mit den Teilnehmerinnen durchgegangen und bei Bedarf näher erläutert wurden. Erstens wurde überprüft, ob das Studienvorhaben für die Befragten verständlich ist und ob ausreichend Raum für Rückfragen bei Unklarheiten bestand. Damit wurde sichergestellt, dass die Teilnahme auf einer informierten Entscheidungsgrundlage beruht. Zweitens wurde die Freiwilligkeit der Teilnahme ausdrücklich betont. Den Interviewpartnerinnen wurde vermittelt, dass sie ihre Teilnahme jederzeit und ohne Angabe von Gründen abbrechen können sowie einzelne Fragen nicht beantworten müssen, ohne dass ihnen daraus Nachteile entstehen. Der dritte Punkt bezog sich auf den vertraulichen Umgang mit den erhobenen Daten. Die Teilnehmerinnen wurden darüber informiert, dass die Interviews zu Dokumentationszwecken audioaufgezeichnet werden und dass sämtliche Angaben vertraulich behandelt, anonymisiert ausgewertet und im Rahmen des Evaluationsberichts verwendet werden. Viertens erklärten sich die Befragten damit einverstanden, dass ihre anonymisierten Aussagen auch für die vorliegende wissenschaftliche Arbeit genutzt werden. In diesem Zusammenhang wurde die Zielsetzung der Studie – insbesondere die Untersuchung von Orientierungs- und Zugangsprozessen im Wiener Gesundheitssystem – transparent kommuniziert.

Über die formalen Einwilligungs- und Datenschutzaspekte hinaus stellt sich im Forschungsprozess die Frage, wie ein forschungsethisch sensibler Umgang mit potenziell belastenden Interviewinhalten sowie mit spezifischen Feld- und Rollenkonstellationen praktisch umgesetzt werden kann. Vor dem Hintergrund der individuellen Situiertheit der befragten Frauen ist der forschungsethische Umgang mit

potenziell belasteten Interviewinhalten von besonderer Relevanz. Frauen mit niedrigem sozioökonomischem Status sind häufig mit multiplen strukturellen, gesundheitlichen und biografischen Belastungen konfrontiert, die sich auch in konflikthaften und emotional herausfordernden Lebensgeschichten widerspiegeln können. Da die befragten Frauen einen konkreten Anlass für die Inanspruchnahme der Beratungsangebote des *Frauengesundheitszentrums FEM Med* hatten oder haben, traf dies in den Interviews vielfach zu. Entsprechend kam es wiederholt zu Erzählungen, die mit Leid und Belastung verbunden waren. Im Interviewprozess selbst verstand ich meine Rolle als Forscherin nicht als distanziert-beobachtend, sondern als verantwortlich dafür, sensibel auf emotionale Belastungsanzeichen zu reagieren und die Interviewpartnerinnen aktiv darauf aufmerksam zu machen, dass sie Erzählungen nicht fortsetzen müssen, wenn diese für sie emotional zu belastend werden. In einzelnen Fällen äußerte sich dies durch sichtbare emotionale Reaktionen bis hin zu Tränen. In diesen Situationen wurden Pausen angeboten oder ein Themenwechsel vorgeschlagen. Eine betreffende Interviewpartnerin betonte nach meinem Angebot mehrfach, das Interview aus eigenem Wunsch fortsetzen zu wollen.

Zudem stellte der institutionelle Kontext des *Frauengesundheitszentrums* eine wichtige ethische Absicherung dar. Da sich alle Interviewpartnerinnen entweder aktuell oder bis vor kurzem in Beratung bei *FEM Med* befanden, wurde im Bedarfsfall darauf hingewiesen, dass sie bei emotionaler Belastung erneut unterstützende Beratungsgespräche in Anspruch nehmen können. Im Zuge der engen Zusammenarbeit mit dem Projektteam von *FEM Med* wurde mir rückgemeldet, dass einige Klientinnen nach den Interviews erneut Kontakt zum Frauengesundheitszentrum *FEM Med* aufgenommen haben, wodurch die Gespräche offenbar auch als Erinnerungs- oder Aktivierungsimpuls für bestehende Unterstützungsangebote wirkten.

Im Forschungsprozess zeigten sich darüber hinaus, dass einigen Klientinnen die institutionelle Einordnung meiner Rolle zunächst nicht eindeutig war. Vereinzelt bestand die Annahme, ich sei direkt beim *Frauengesundheitszentrum FEM Med* angestellt. Aus diesem Grund war es mir ein zentrales Anliegen, meine Position im Feld transparent und auch ohne Aufforderung zu kommunizieren. Entsprechend wurde in den Interviews wiederholt darauf hingewiesen, dass ich als Forscherin Teil eines außeruniversitären Forschungsinstituts bin, das *FEM Med* im Rahmen eines Evaluationsprojekts wissenschaftlich begleitet, jedoch organisatorisch und personell nicht Teil des *FEM Med*-Teams bin. Diese Klarstellung diente der Vermeidung von Rollenkonfusionen sowie der klaren Abgrenzung zwischen Forschungs- und Beratungskontext. Zugleich machte sie institutionelle Macht- und Abhängigkeitsverhältnisse explizit, um sicherzustellen, dass die Teilnahme an der Studie nicht als Bestandteil der Beratung oder als Voraussetzung für weitere Unterstützungsangebote wahrgenommen wird. Die bewusste Thematisierung dieser Rollenunterschiede ist ein wesentlicher Bestandteil eines forschungsethisch reflektierten Vorgehens zu verstehen, insbesondere im Kontext qualitativer Forschung mit potenziell vulnerablen Personengruppen.

Diese praktischen Anforderungen eines forschungsethisch sensiblen Handelns verweisen jedoch zugleich auf eine weitergehende erkenntnistheoretische Dimension des Forschungsprozesses. Vor dem Hintergrund der konstruktivistischen Grounded Theory nach Kathy Charmaz ist die Rolle der Forscherin nicht als externe, neutrale Beobachtungsinstanz zu konzeptualisieren, sondern als konstitutiver Bestandteil der Wissensproduktion. Daten entstehen in diesem Verständnis nicht unabhängig von der Forschungssituation, sondern werden im Prozess der Interaktion zwischen Forschenden und Beforschten ko-konstruiert. Die Subjektivität der Forschenden ist damit nicht als Verzerrung zu begreifen, sondern als epistemische Ressource, die den Forschungsprozess strukturiert und zugleich reflexiv zugänglich gemacht werden muss (Bryant & Charmaz, 2007, S. 10). In diesem Sinne ist auch meine eigene Position im Feld als situativ zu verstehen. Diese Situiertheit ergibt sich nicht nur aus meiner Rolle im Kontext eines Evaluationsprojekts in Kooperation mit dem *Frauengesundheitszentrum FEM Med*, sondern ebenso aus meiner disziplinären Sensibilität für Fragen sozialer Ungleichheit, Geschlecht und Gesundheit. Diese Perspektiven beeinflussen sowohl die Gestaltung der Interviewsituation als auch die Auswahl, Gewichtung und Interpretation der Daten und wirken somit unmittelbar in den Prozess der Theoriebildung hinein.

Angelehnt an den konstruktivistischen Grounded Theory Ansatz wurde daher nicht versucht, diese Einflüsse zu eliminieren, sondern sie systematisch zu reflektieren und methodisch produktiv zu machen. Dies erfolgte insbesondere über den Einsatz von *Memos*, in denen sowohl analytische Entscheidungen als auch eigene Irritationen, Vorannahmen und Deutungsprozesse kontinuierlich dokumentiert wurden. Reflexivität wird damit nicht als nachgelagerte Selbstvergewisserung verstanden, sondern als integraler Bestandteil eines iterativen Forschungsprozesses, in dem Datenerhebung und Analyse untrennbar miteinander verschränkt sind. Ziel dieser reflexiven Praxis ist es, die eigene Perspektive nicht zu universalisierten Deutungsansprüchen zu erheben, sondern ihre Situiertheit offenzulegen und damit die intersubjektive Nachvollziehbarkeit der Analyse zu erhöhen. Die explizite Einbeziehung der eigenen Positionalität ist somit nicht nur eine ethische, sondern zugleich eine erkenntnistheoretische Anforderung qualitativer Forschung im Sinne Charmaz, da sie die Bedingungen der Wissensproduktion selbst zum Gegenstand methodischer Reflexion macht.

In diesem Zusammenhang ist auch die spezifische Feldkonstellation der vorliegenden Studie zu reflektieren, da sie sowohl den Feldzugang als auch die Rahmen der Datengenerierung mitprägte. Der Zugang zur Zielgruppe wurde wesentlich durch die Einbettung der Studie in ein fortlaufendes Evaluationsprojekt erleichtert. Der institutionelle Rahmen des Evaluationsauftrags ermöglichte einen niederschweligen Feldzugang, der in dieser Form für eine einzelne Forscherin ohne projektbezogene Anbindung deutlich schwerer realisierbar gewesen wäre. Gleichzeitig ergaben sich aus der Verschränkung von Evaluationsforschung und Masterarbeit spezifische Herausforderungen. Während das Evaluationsprojekt einer wirkungsorientierten Logik folgt und auf vorab formulierte Indikatoren sowie einem zu Beginn formulierten Wirkmodell basiert, ist die vorliegende Untersuchung in der Methodologie der konstruktivistischen Grounded Theory verankert und damit stärker offen,

interpretativ und theoriegenerierend angelegt. Um mögliche analytische Unschärfen und Rollenkonflikte durch die Überschneidung der Laufzeit zu vermeiden, wurde in enger Abstimmung mit dem Projektteam vereinbart, die Auswertung des Evaluationsprojekts zeitlich nach der Fertigstellung der Masterarbeit vorzunehmen. Diese Trennung ermöglichte es, die Daten zunächst konsequent entlang der Logik der konstruktivistischen Grounded Theory auszuwerten und zugleich eine nachhaltige Nutzung des erhobenen Materials sicherzustellen. Die Weiterverwendung der Daten über unterschiedliche klar voneinander abgegrenzte Forschungsformate hinweg ist vor diesem Hintergrund sowohl forschungsethisch vertretbar als auch ressourcenschonend und im Sinne einer verantwortungsvollen qualitativen Forschung sinnvoll.

Neben der Rollenklärung und dem Projektkontext war schließlich die konkrete Gestaltung der Interviewsituation selbst – insbesondere der Ort und das Setting – als forschungsethisch relevante Dimension zu berücksichtigen. Ein Großteil der 13 Interviews wurde in den Räumlichkeiten des *Frauengesundheitszentrum FEM Med* am Reumannplatz durchgeführt. Diese Entscheidung folgte primär dem Prinzip der Niederschwelligkeit, da es sich für viele der befragten Frauen um einen vertrauten Ort handelte, der mit bereits gemachten Unterstützungs- und Beratungserfahrungen verknüpft war. Zudem leben zahlreiche Klientinnen im zehnten Wiener Gemeindebezirk oder verfügen über eine eingeschränkte räumliche Orientierung innerhalb der Stadt Wien, sodass die Durchführung der Interviews an einem bekannten und gut erreichbaren Ort eine zentrale Voraussetzung für die tatsächliche Teilnahme darstellte. Gleichzeitig war mir bewusst, dass die Nutzung der Beratungsräumlichkeiten von *FEM Med* auch potenzielle forschungsethische Ambivalenzen mit sich bringt. Trotz der expliziten Klarstellung meiner institutionellen Rolle bestand die Möglichkeit, dass das räumliche Setting zu Verunsicherung oder Rollenkonfusion beiträgt, da sich die Klientinnen in einem ihnen bekannten Beratungskontext nun in einer Forschungssituation befanden. Aus diesem Grund wurde zu Beginn jedes Interviews eindrücklich betont, dass es sich nicht um ein Beratungsgespräch handelt und dass die im Interview geäußerten Aussagen keinerlei Auswirkungen auf bestehende oder zukünftige Unterstützungsangebote haben.

Darüber hinaus ist kritisch zu reflektieren, dass die Wahl der Räumlichkeiten potenziell auch Einfluss auf die Artikulationsfreiheit von Kritik haben kann. Es kann nicht ausgeschlossen werden, dass einzelne Klientinnen negative Erfahrungen oder kritische Einschätzungen gegenüber *FEM Med* zurückhaltender formulierten, als sie dies möglicherweise in einem neutraleren Setting getan hätten. Da aber fast alle der Klientinnen eine durchwegs wertschätzende Haltung gegenüber *FEM Med* hatten, gehe ich nicht davon aus, dass hier viele Informationen verloren gingen. Die räumliche Einbettung der Interviews stellt somit zugleich eine praktische Erleichterung wie auch eine potenzielle Begrenzung der Datengenerierung dar, die im Sinne einer reflexiven Forschungspraxis transparent gemacht werden muss. Ergänzend fanden einzelne Interviews im Büro von *queraum. kultur- und sozialforschung* im zweiten Wiener Gemeindebezirk statt, sofern dieser Ort für die jeweiligen Klientinnen besser erreichbar oder organisatorisch günstiger war. In Ausnahmefällen wurden zudem Telefoninterviews

angeboten, die jedoch nach Möglichkeit vermieden wurden, da sie die dichte Erfassung narrativer Verläufe und nonverbaler Reaktionen erschweren. Insgesamt standen den Klientinnen somit mehrere Intervieworte und -settings zur Auswahl. Diese Flexibilität erwies sich als notwendig, da viele der befragten Frauen aufgrund chronischer Erkrankungen, laufender Therapien oder akuter gesundheitlicher Phasen nur eingeschränkt mobil waren. Interviewtermine mussten daher wiederholt kurzfristig verschoben, abgesagt oder doch telefonisch durchgeführt werden, etwa weil medizinische Behandlungen Vorrang hatten, diese nicht geplant werden konnten oder es den Frauen zeitweise nicht möglich war, das Haus zu verlassen.

Für mich als Forscherin stellte insbesondere die Terminkoordination – vor allem bei Interviews mit Dolmetsch-Unterstützung – eine erhebliche organisatorische Herausforderung dar. In diesen Fällen war es erforderlich, zunächst Zeitfenster mit *FEM Med* abzustimmen, in denen freie Beratungsräume verfügbar waren, was aufgrund der hohen Auslastung des *Frauengesundheitszentrums* nicht immer einfach war. Erst anschließend konnten die Klientinnen kontaktiert und die Verfügbarkeit der Dolmetscherinnen berücksichtigt werden. Diese mehrstufige Koordination erforderte ein hohes Maß an zeitlicher Flexibilität und organisatorischem Aufwand, insbesondere vor dem Hintergrund längerer Anfahrtswege und kurzfristiger Absagen. Gleichwohl war dieses Vorgehen aus forschungsethischer Perspektive geboten, um den Bedürfnissen der Teilnehmerinnen gerecht zu werden und ihnen eine möglichst barrierearme Teilnahme zu ermöglichen.

Bemerkenswert war zugleich die hohe Bereitschaft vieler Klientinnen, auch sehr persönliche und mitunter unangenehme Erfahrungen mit mir als fremde Person und Forscherin zu teilen. Diese Offenheit war vielfach Ausdruck einer großen Wertschätzung gegenüber der Arbeit von *FEM Med* sowie des Wunsches, durch die Teilnahme an der Studie *etwas zurückzugeben*. Die Interviews wurden von den Teilnehmerinnen nicht selten als Möglichkeit verstanden, zur Sichtbarmachung struktureller Problemlagen beizutragen und die Weiterentwicklung eines aus ihrer Sicht besonders wichtigen und einzigartigen Unterstützungsangebots zu fördern. Diese Haltung unterstreicht zugleich die ethische Verantwortung der Forschung, die geäußerten Erfahrungen respektvoll, sorgfältig und reflektiert auszuwerten.

5. Ergebnisse

Das vorliegende Kapitel entfaltet die Ergebnisse der qualitativen Analyse auf Grundlage problemzentrierter Interviews mit sechs Klientinnen des *Frauengesundheitszentrum FEM Med*. Die Auswertung folgte dem Kodiervorgehen der konstruktivistischen Grounded Theorie nach Kathy Charmaz und verdichtet sich in sieben zentralen *Theoretical Codes*. Die empirischen Befunde lassen sich als zweidimensionales Feld rekonstruieren, das durch ein Verhältnis wechselseitiger Reaktionen strukturiert ist. Die erste Achse beschreibt die Reaktionen der Klientinnen auf die strukturellen Defizite des Wiener Gesundheitssystems (*Kap. 5.1.*); die zweite Achse erfasst die institutionellen Gegenreaktionen von *FEM Med* auf eben diese Defizite (*Kap. 5.2.*). Beide Achsen stehen nicht nebeneinander, sondern bilden ein regulatives Spannungsverhältnis: Die Intensität individualisierter Bewältigungsreaktionen macht die Notwendigkeit kompensatorischer Infrastruktur sichtbar, während deren Wirksamkeit wiederum bestimmt, in welchem Ausmaß solche Reaktionen erforderlich bleiben.

5.1. Reaktionen der Klientinnen von *FEM Med*

In diesem Kapitel werden die Reaktionen der Klientinnen als Resultat einer Versorgungskonstellation, in der Selbstorganisation, Übersetzung und Kompensation, Abbruch und Parallelstrategie, Überzeugung und Beweis sowie kumulative Erschöpfung als adaptive Antworten auf institutionelle Fragmentierung erscheinen, rekonstruiert. Diese Reaktionen sind funktional: Sie ermöglichen Anschlussfähigkeit unter Bedingungen struktureller Unsicherheit, markieren zugleich aber die Grenzen individueller Handlungsmacht. Je stärker diese Reaktionsformen im Material hervortreten, desto deutlicher wird die systemische Verlagerung von Versorgungsverantwortung auf die Betroffenen selbst.

5.1.1. Selbstorganisation

Die Analyse der Interviews zeigt übereinstimmend, dass gesundheitliche Versorgung von den befragten Frauen nicht als institutionell verlässlich bereitgestellte Struktur erfahren wird, sondern als etwas, das aktiv hergestellt, organisiert und aufrechterhalten werden muss. Gesundheitliche Versorgung erscheint im Datenmaterial nicht als vorgängige soziale Infrastruktur, die Handlungssicherheit erzeugt, sondern als ein fragiler Zusammenhang, der erst durch individuelle Suchbewegungen, Eigeninitiative und fortlaufende Koordinationsarbeit zustande kommt. Diese Herstellungsarbeit ist dabei nicht auf Ausnahmesituationen beschränkt, sondern bildet einen dauerhaften Modus der Interaktion mit dem Gesundheitssystem für die befragten Klientinnen.

Zentral ist zunächst die Erfahrung institutioneller Intransparenz. Die Interviewpartnerinnen berichten wiederholt davon, dass Zugehörigkeiten, Angebote und Zugangswege nicht systematisch

vermittelt werden, sondern aktiv erschlossen werden müssen. Zarina P. beschreibt diesen Einstieg ins gesundheitliche Versorgungssystem explizit als eigenständige Suchleistung. Ihre Aussage verweist nicht nur auf fehlende Information, sondern auf eine strukturelle Verschiebung von Verantwortung: Orientierung wird nicht institutionell gewährleistet, sondern an die Nutzerinnen delegiert. Auffällig ist dabei, dass diese Sucharbeit nicht erst im Akutfall einsetzt. Vielmehr wird Versorgung vorsorglich organisiert, um späterer Handlungsunfähigkeit zuvorzukommen. So schildert Zarina P. rückblickend: „Ich musste ganz einfach herausfinden, wo es wirklich Stellen gab, an die ich mich wenden kann. Und dann, nachdem ich es gewusst habe, habe ich die Stellen angesteuert, wenn ich sie gebraucht habe“ (Zarina P., Z15-17). Versorgung wird hier nicht reaktiv genutzt, sondern präventiv hergestellt – aus einer antizipierten Unsicherheit heraus. Diese antizipierte Unsicherheit verweist auf ein implizites Wissen über die Fragilität institutioneller Unterstützung: Wer nicht frühzeitig selbst versorgt, läuft Gefahr, im Bedarfsfall ohne Orientierung dazustehen. Diese Fragilität wird besonders deutlich, wenn spezialisierte Angebote wegfallen. Maria E. beschreibt, wie sie nach intensiver eigenständiger Recherche eine Long-Covid-Ambulanz fand, diese jedoch wieder geschlossen wurde:

„Und dann habe ich halt auch recherchiert und schlussendlich habe ich diese Long-Covid-Ambulanz gefunden, die es auf der Gebietskrankenkasse gab. Die ist zugesperrt worden, also die Stelle ist zugesperrt worden. Also sind die kostenlosen oder kassenfinanzierten Ansprechstellen verschwunden. Da, wo meiner Meinung nach viele erst so richtig angefangen haben.“ (Maria E., Z61-65)

Der Wegfall eines Angebots wird nicht durch institutionelle Übergänge, Ersatzstrukturen oder koordinierte Weiterverweisung abgefedert. Stattdessen entsteht erneut eine Leerstelle, die individuell kompensiert werden muss. Versorgung erscheint damit als kontingente Ressource, deren Existenz zeitlich begrenzt und nicht abgesichert ist. Die Verantwortung für die Bewältigung solcher Brücke liegt nicht beim Gesundheitssystem, sondern bei den Betroffenen selbst. Auch dort wo öffentliche Stellen aufgesucht werden, erweist sich Orientierung häufig als unzureichend. Zarina P. schildert eine gezielte Anfrage bei einer städtischen Einrichtung, bei der sie explizit nach Frauengesundheitsangeboten fragt und keine Information erhält. Diese Erfahrung verweist auf eine institutionelle Logik, in der grobe Hinweise als ausreichend gelten, während präzise Wegweisung ausbleibt. Die Folge ist eine erneute Verschiebung der Verantwortung: Informationen müssen selbst überprüft, ergänzt und verifiziert werden. Orientierung wird hier zur individuellen Kompetenzleistung, während Institutionen lediglich fragmentarische Orientierungspunkte bereitstellen. Diese Form der fragmentierten Information erzeugt keine Handlungssicherheit, sondern verlängert Suchprozesse und bindet zusätzliche Ressourcen. Die Notwendigkeit aktiver Herstellungsarbeit ist zugleich ungleich verteilt, da sie an spezifische Voraussetzungen geknüpft ist. Digitale Kompetenzen, körperliche Mobilität, zeitliche Verfügbarkeit und sprachliche Sicherheit fungieren als implizite

Zugangsvoraussetzungen. Dilan Y. beschreibt, dass digitale Wege für sie kaum nutzbar waren und sie deshalb auf persönliche Vorsprachen angewiesen blieb:

„Früher bin ich immer von selbst hingegangen. Im Internet oder am Telefon habe ich mich nicht so gut ausgedacht. Zum Beispiel für die Invaliditätspension, was ich alles dafür brauchen würde. Oder für den Behindertenpass. So bin ich immer selbst die Amtswege gegangen, ja. Mit meinem behinderten Kind, ja, zusammen hingegangen. Also das war wirklich sehr mühsam, eigentlich.“
(Dilan Y., Z19-24)

Diese Passage macht deutlich, dass Eigeninitiative nicht zwangsläufig Ausdruck von Autonomie ist, sondern häufig aus dem Fehlen zugänglicher Alternativen resultiert, Gleichzeitig wird sichtbar, dass Rechte und Ansprüche nicht aktiv kommuniziert werden, sondern stillschweigend als bekannt vorausgesetzt erscheinen:

„Es gibt viele Gesetze, die wir nicht kennen. Aber es gibt sie, und wir wissen nichts darüber. Und niemand kommt und sagt, ja, du hast diese Vorteile oder Nachteile. Ja. Wir müssen selber hingehen und fragen.“ (Dilan Y., Z11-13)

Das Wissen über sozialstaatliche Regelungen ist institutionell vorhanden, der Zugang dazu jedoch individualisiert. Diese Wissensasymmetrie erzeugt eine strukturelle Benachteiligung jener, die nicht über ausreichende Ressourcen verfügen, um aktiv nachzufragen, nachzuhaken oder Informationen einzuholen. Besonders deutlich wird diese Problematik dort, wo selbst langjährige Systemerfahrungen keine Orientierungssicherheit erzeugt. Dilan Y. berichtet trotz eines fünfzehnjährigen Aufenthalts im selben Bezirk, dass sie viele Institutionen nicht kennt. Hier wird sichtbar, dass Integration, Aufenthaltsdauer oder wiederholter Kontakt mit Institutionen nicht automatisch zu Systemkenntnis führen. Orientierungslosigkeit im Gesundheitssystem erscheint nicht als individuelles Versäumnis, sondern als dauerhafte strukturelle Erfahrung, die sich über Zeit hinweg stabilisiert. Diese strukturelle Erfahrung der Orientierungslosigkeit lässt sich zudem biografisch situieren und ist im Material eng mit Übergangs- und Ankunftsphasen im Rahmen von Migrationsgeschichte verknüpft. Besonders deutlich wird dies in den Erzählungen jener Interviewpartnerinnen, die ihre ersten Kontakte mit dem Wiener Gesundheitssystem aus einer Position relativer institutioneller Fremdheit heraus beschreiben. Zarina P. verortet ihren frühen Versorgungszugang explizit in ihrer damaligen Situation als Neuankömmling in Wien:

„Mit 25 bin ich nach Österreich gekommen und gleich nach Wien. Das heißt, ich bin über 42 Jahre in Wien und auch österreichische Staatsbürgerin und ja, ich habe es sofort ((lacht)) natürlich auch, also ärztliche Hilfe gebraucht, Zahnarzt oder Arzt wie jeder Mensch, also so grundlegende Sachen.“ (Zarina P., Z8-12)

Auffällig ist an dieser Passage weniger der Verweis auf fehlende Versorgung als vielmehr die Normalisierung des eigenen Bedarfs („wie jeder Mensch“) bei gleichzeitiger Abwesenheit

institutioneller Orientierung. Gesundheitliche Versorgung erscheint hier als selbstverständlich notwendige Praxis des Alltags, deren konkrete Zugangswege jedoch nicht erklärt, sondern implizit vorausgesetzt werden. Die Selbstverortung als „österreichische Staatsbürgerin“ markiert dabei keine gesicherte Zugehörigkeit im Sinne institutioneller Lesbarkeit, sondern steht quer zu der erfahrenen Notwendigkeit, sich grundlegende Versorgungsstrukturen erst erschließen zu müssen. Gerade diese frühe Phase macht sichtbar, dass der Zugang zu gesundheitlicher Versorgung nicht allein an formale Rechtspositionen gekoppelt ist, sondern an stillschweigende Anforderungen institutioneller Kompetenz: Wissen darüber, *wo* Hilfe zu finden ist, *wie* Termine organisiert werden, *welche* Angebote zuständig sind. Diese Kompetenzen werden weder systematisch vermittelt noch als Teil institutioneller Verantwortung begriffen, sondern individualisiert. Die Erfahrung, *sofort* medizinische Hilfe zu benötigen, ohne zugleich über strukturierte Orientierung zu verfügen, verweist auf eine strukturelle Zumutung: Versorgung muss auch dort aktiv hergestellt werden, wo sie als basale Selbstverständlichkeit erscheint. In dieser Perspektive zeigt sich gesundheitliche Versorgung nicht als inklusives System, das Neuankommende auffängt, sondern als voraussetzungsvolles Gefüge, das Anschlussfähigkeit erwartet. Orientierungslosigkeit ist damit keine temporäre Anfangsschwierigkeit, sondern ein Effekt institutioneller Arrangements, die Wissen, Navigation und Selbststeuerung als individuelle Leistung externalisieren. Die biografische Rückschau von Zarina P. macht deutlich, dass diese frühen Erfahrungen nicht folgenlos bleiben, sondern sich in langfristige Such- und Herstellungspraktiken einschreiben, die den weiteren gesundheitlichen Versorgungspfad prägen.

Für Frauen mit chronischen oder angeborenen Erkrankungen verdichtet sich dieser Prozess zur biografischen Daueranforderung. Irem B. rekonstruiert ihre gesundheitliche Versorgung als lebenslange institutionelle Abhängigkeit, die zugleich von Instabilität und Brüchen geprägt ist. Versorgung erscheint hier nicht als kontinuierliche Begleitung, sondern als Abfolge immer neuer Anfänge, in denen Vertrauen, Orientierung und Handlungssicherheit wiederholt neu hergestellt werden muss. Diese Erfahrung kulminiert in der Metapher eines unüberschaubaren Systems, der eines „Dschungel[s]“ (Irem B., Z52). Der „Dschungel“ fungiert als dichte Metapher institutioneller Unübersichtlichkeit, fehlender Wegweisungen und individueller Überforderung. Die fortgesetzte Eigenverantwortung wird dabei nicht als Empowerment erlebt, sondern als erschöpfende Dauerbelastung: „Ich habe mein Leben lang, zuerst als Kind, als Erwachsener immer, immer ((schluchzt)) alles selber gemacht, alles erkämpft. Aber es ist halt schwer zu sagen, es versteht keiner“ (Irem B., Z311-313). Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass gesundheitliche Versorgung im Material nicht als universell zugängliche Struktur erscheint, sondern als soziale Praxis unter restriktiven Bedingungen, deren Realisierung an individuelle Ressourcen gebunden ist. Die Notwendigkeit aktiver Herstellungsarbeit fungiert dabei als impliziter Selektionsmechanismus: Wer über Zeit, Wissen, Sprache, Energie oder unterstützende Netzwerke verfügt, kann Versorgung herstellen; wer diese Ressourcen nicht oder nur eingeschränkt besitzt, gerät in eine Spirale aus Verzögerung, Überforderung und Rückzug. So reproduzieren sich soziale Ungleichheiten nicht primär

über formale Ausschlüsse, sondern über die stillschweigende Erwartung permanenter Eigenaktivität im Umgang mit einem fragmentierten Versorgungssystem.

5.1.2. *Übersetzung und Kompensation*

Während im vorangegangenen Kapitel sichtbar wurde, dass gesundheitliche Versorgung für die befragten Frauen nicht als verlässlich verfügbare Struktur erscheint, sondern aktiv hergestellt werden muss, verdichtet sich diese Herstellungsarbeit im weiteren Material zu einem Ensemble impliziter Zugangsvoraussetzungen. Versorgung scheitert dabei nicht primär an formalen Ausschlüssen, sondern an unsichtbaren vorausgesetzten Kompetenzen, Ressourcen und Fähigkeiten, die von den Nutzerinnen erwartet werden, ohne institutionell abgesichert zu sein. Gesundheitliche Versorgung erweist sich damit als selektiv zugängliches Feld, dessen Logiken nur für jene anschlussfähig sind, die über ausreichende sprachliche, administrative, zeitliche und ökonomische Ressourcen verfügen. Besonders deutlich tritt diese Selektivität in den Erzählungen von Interviewpartnerinnen mit Migrationsgeschichte hervor. Sprache fungiert im Material nicht lediglich als kommunikatives Hilfsmittel, sondern als zentrale Voraussetzung institutioneller Sichtbarkeit. Wer sich nicht ausreichend artikulieren kann, bleibt für institutionelle Logiken schwer lesbar und damit eingeschränkt versorgungsfähig.

Sprache erscheint nicht nur als Zugangshürde, sondern auch als körperlich wirksame Dimension sozialer Ungleichheit. Nicht-Sprechen-Können wird als krankmachend beschrieben, während Artikulation als entlastend und gesundheitsfördernd gerahmt wird. Krankheit und Versorgung werden moralisch und intentionell daran gekoppelt, ob Bedürfnisse sprachlich übersetzbar sind. Sichtbarkeit im Gesundheitssystem entsteht nicht automatisch durch Leiden, sondern durch dessen adäquate Artikulation. *FEM Med* unterbricht diesen Mechanismus partiell, indem sprachliche Passung hergestellt wird. Die Bedeutung dieser Übersetzungsleistung wird von den Interviewpartnerinnen mehrfach hervorgehoben. Dass Versorgung „leichter“ und „schneller“ wird, verweist weniger auf individuelle Sympathie als auf die strukturelle Entlastung durch institutionelle Lesbarkeit. *FEM Med* fungiert hier als Korrektiv eines Systems, das Mehrsprachigkeit nicht systematisch absichert und dadurch Ungleichheit reproduziert. Neben der Sprache erweist sich administrative Kompetenz als weitere implizite Zugangsvoraussetzung. Mehrfach wird beschrieben, dass Versorgung dort abbricht, wo bürokratische Anforderungen nicht mehr bewältigt werden können. Besonders eindrücklich zeigt sich dies im Wegfall informeller Unterstützungsstrukturen, konkret im Wegzug der Tochter von Asra S. Mit dem Fortgehen der Tochter bricht nicht nur emotionale Unterstützung weg, sondern eine zentrale Ressource zur Bewältigung institutioneller Anforderungen. Die Abhängigkeit wird explizit benannt: „Es ging nicht nur um die Termine, es ging darum, dass sie wirklich völlig abhängig von der Tochter war“ (Asra S., Z124-125). Versorgung erscheint hier nicht als individuelles Verhältnis zwischen Patientin und System, sondern als relationale Praxis, die auf soziale Netzwerke angewiesen

ist. Wo diese Netzwerke fehlen oder wegbrechen, entsteht institutionelle Handlungsfähigkeit. In der Folge werden informelle Strategien notwendig, etwa die Organisation privater Dolmetschleistungen: „Sie hatte keine andere Lösung, außer eine Dolmetscherin zu finden, ihr halt Geld geben und dann halt versuchen, das irgendwie zu schaffen. Ja, genau.“ (Asra S., Z164-165). Diese Aussage macht sichtbar, wie strukturelle Defizite des öffentlichen Systems in private Kosten übersetzt werden. Ähnliche Dynamiken zeigen sich bei langen Wartezeiten, die formal kostenfreie Versorgung faktisch unterlaufen. Dringlichkeit wird institutionell nicht als handlungsrelevant anerkannt, sondern an Zahlungsfähigkeit rückgebunden. Versorgung ist damit formal universal, praktisch jedoch sozial differenziert. Ähnliche Mechanismen zeigen sich bei sozialstaatlichen Leistungen, deren Inanspruchnahme an belastende Begutachtungsverfahren geknüpft ist und an die Antizipation institutioneller Ablehnung handlungsleitend wirkt. Diese antizipierte Aussichtslosigkeit führt nicht zu Empowerment, sondern zu Rückzug und Selbstschutz.

Insgesamt wird deutlich, dass gesundheitliche Versorgung im Material an eine Vielzahl impliziter Voraussetzungen geknüpft ist, die ungleich verteilt sind und sich kumulativ verstärken. Sprache, administrative Kompetenz, soziale Netzwerke, finanzielle Ressourcen und psychische Belastbarkeit fungieren als Filter, die darüber entscheiden, ob gesundheitliche Versorgung zugänglich wird oder nicht. Diese Mechanismen operieren unterhalb formaler Gleichheitsversprechen und bleiben institutionell weitgehend unsichtbar. *FEM Med* tritt in diesem Gefüge als kompensatorische Struktur auf, die Übersetzung, Orientierung und Entlastung bereitstellt – und damit zugleich die systemischen Defizite des regulären Gesundheitssystems sichtbar macht.

5.1.3. Abbruch und Parallelstrategie

Im weiteren Verlauf der Analyse verdichtet sich ein Prozess, in dem gesundheitliche Versorgung nicht allein an Zugänglichkeit oder Ressourcen scheitert, sondern an einer strukturellen Nicht-Passung zwischen institutionellen Angebotslogiken und den biografischen wie alltagspraktischen Anforderungen der Frauen. Diese Nicht-Passung ist dabei kein randständiges Phänomen, sondern wird im Datenmaterial als wiederkehrende Erfahrung sichtbar, die sich erst im Vollzug institutioneller Arrangements entfaltet. Angebote sind formal vorhanden, erweisen sich jedoch subjektiv nicht anschlussfähig, weil sie zeitliche, körperliche oder normative Voraussetzungen implizieren, die mit den Lebensrealitäten der Betroffenen kollidieren. Besonders deutlich wird diese Dynamik in rehabilitativen und therapeutischen Settings. Maria E. beschreibt, dass Rehabilitationsangebote zwar grundsätzlich existieren, jedoch weder ihre Belastungslage noch ihre Sorgeverpflichtungen angemessen berücksichtigen. Die institutionelle Logik der Reha setzt eine bestimmte Form von Funktionsfähigkeit voraus, die gerade in Phasen hoher Erschöpfung nicht gegeben ist. Die Konsequenz ist kein mangelnder Wille zur Inanspruchnahme, sondern ein bewusster Abbruch als Selbstschutz: „[...] wenn man Long-Covid-Betroffene ist [...] und noch zu Hause ist und sich schwer tut, überhaupt

seinen Alltag zu bewältigen, dann ist die stationäre Reha nicht passend. Also für mich war es damals nicht passend und ich habe es dann abgebrochen“ (Maria E., Z135-139). Abbruch erscheint hier nicht als individuelles Scheitern, sondern als reaktive Handlungsform auf institutionelle Zumutungen. Die Verantwortung für die Herstellung von Passung liegt einerseits bei den Nutzer:innen, während Institutionen ihre Angebotsstruktur als gegeben voraussetzen. Diese Asymmetrie erzeugt Rückzug, Distanzierung und Meidung – nicht aus Ablehnung von Hilfe, sondern als Strategie, um weitere Überforderung zu vermeiden.

Ein vergleichbares Phänomen zeigt sich in ärztlichen Interaktionen, in denen normative Erwartungen an Krankheit und Belastbarkeit wirksam werden. Zarina P. schildert eine langjährige Arzt-Patientinnen-Beziehung, die durch eine Erfahrung massiver Abwertung abrupt beendet wird. Die Zuschreibung von Schuld und das Erleben einer entmenslichenden Behandlungsweise führen nicht zu Aushandlung, sondern zu konsequentem Kontaktabbruch. In der Erzählung wird deutlich, dass Machtverhältnisse zwischen Ärzt:innen und Patient:innen nicht nur den Zugang zu Versorgung strukturieren, sondern auch Grenzen des Zumutbaren markieren. Wird diese Grenze überschritten, erscheint Abbruch und in Folge Neuorientierung als einzige verbleibende Option zur Wiederherstellung von Würde und Handlungsfähigkeit.

Nicht-Passung der Versorgungsangebote manifestiert sich jedoch nicht nur in offenen Konflikten, sondern auch subtil in standardisierten diagnostischen Logiken. Irem B. beschreibt, wie komplexe und multiple Beschwerden wiederholt auf eine einzelne Vorerkrankung reduziert werden. Subjektives Leiden bleibt unsichtbar, solange objektivierbare Parameter funktionieren. Die Folge ist ein schleichender Rückzug auf institutionellen Kontexten: „[...] das [wurde] dann immer so abgetan, naja, das ist ja vom Herz, deshalb hat man das alles auch nicht so ernst genommen, wenn's andere Beschwerden gegeben hat und somit natürlich zieht man sich zurück und meidet jegliche Institution“ (Irem B., Z46-49). Nicht-Passung wirkt hier kumulativ. Wiederholte Erfahrungen des Nicht-Ernst-Genommen-Werdens erzeugen eine antizipierte Aussichtslosigkeit, die weitere Inanspruchnahme unterbindet, noch bevor sie beginnt. Besonders deutlich wird diese Dynamik dort, wo institutionelle Angebote zwar formal bestehen, jedoch keine adäquaten Übersetzungs- und Unterstützungsstrukturen bereitstellen. In diesen Fällen wird gesundheitliche Versorgung nicht abgebrochen, sondern in private und kostenpflichtige Parallelarrangements verlagert. Asra S. beschreibt diese Situation als Alternativlosigkeit, in der institutionelles Versagen unmittelbar in individuelle Ausgaben übersetzt wird. Parallelstrategien erscheinen hier nicht als Ausdruck von Wahlfreiheit, sondern als erzwungene Kompensation struktureller Defizite. Die Verantwortung für Verständigung, Koordination und Zugänglichkeit wird vollständig auf die Betroffenen verschoben, während institutionelle Zuständigkeit faktisch suspendiert bleibt. Besonders deutlich wird dies in den Erzählungen von Heidi B. Ihre wiederkehrenden Schmerzen werden über lange Zeit primär über Selbstmedikation und Aushalten reguliert. Im weiteren Verlauf erweitert Heidi B. diese Strategie um Nahrungsergänzungsmittel, deren Wirksamkeit sie kontinuierlich beobachtet und bewertet. Diese Praktiken sind nicht Ausdruck einer

alternativen Gesundheitsideologie, sondern Resultat fehlender institutioneller Responsivität. Selbstbehandlung erscheint als pragmatische Anpassung an ein System, das zyklische, nicht-akute oder geschlechtsspezifische Beschwerden nur begrenzt adressiert.

5.1.4. Überzeugung und Beweis

Die Analyse des Datenmaterials zeigt, dass Krankheit von den befragten Frauen nicht als selbstverständlich anerkannter Zustand erfahren wird, sondern als etwas, das insbesondere im Kontext von Erwerbsarbeit fortlaufend erklärt, begründet und legitimiert werden muss. Kranksein steht dabei nicht isoliert im Raum, sondern wird implizit an Fragen von Leistungsfähigkeit, Belastbarkeit und Arbeitsfähigkeit rückgebunden. Anerkennung von Krankheit ist somit nicht allein medizinisch organisiert, sondern eng mit arbeitsbezogenen Deutungsrahmen verschränkt, innerhalb derer beurteilt wird, ob und in welchem Ausmaß eine Person weiterhin als erwerbsfähig gilt. Besonders dort, wo Krankheit nicht eindeutig sichtbar ist, chronisch verläuft oder sich nicht klar in gängige Diagnosekategorien einordnen lässt, gerät diese Anerkennung in eine prekäre Lage. Subjektives Leiden reicht im Material wiederholt nicht aus, um als legitime Begründung für Einschränkungen anerkannt zu werden. Vielmehr entsteht eine Erklärungsnot, in der Betroffene ihre Symptome in eine Form bringen müssen, die institutionell anschlussfähig ist – sei es gegenüber Ärzt:innen, Rehabilitationsstellen oder sozialstaatlichen Begutachtungsverfahren. Krankheit erscheint damit nicht als gegebene Tatsache, sondern als sozialer Status, dessen Geltung fortlaufend hergestellt werden muss. Diese Herstellungsarbeit erfolgt zentral über Diagnosen. Maria E. beschreibt rückblickend einen Wendepunkt, als eine private Internistin ihre Symptome nicht mehr als Burnout, sondern als ME/CFS (Long Covid) deutete. Diese alternative Deutung erzeugte erstmalig eine Passung zwischen dem eigenen Erleben und einer institutionell anerkannten Erklärung:

„Und als ich dann bei der Internistin war, bei der privaten, Ende 2022, 2023 und ihr das Ganze erzählt habe, hat sie gemeint, es klingt auch für mich eher nach ME/CFS und nicht nach Burnout, klassisch. So, und da habe ich mich das erste Mal verstanden gefühlt, weil das auch von dem, wie sie es beschrieben hat [...], viel besser zu mir passt hat, als jetzt klassisch Erschöpfungsdepression.“ (Maria E., Z80-84)

Anerkennung entsteht hier nicht durch das Leiden selbst, sondern durch eine Diagnose, die dieses Leiden erklärbar, benennbar und damit institutionell verwertbar macht. Gleichzeitig wird deutlich, dass nicht jede Diagnose dieselbe Anerkennung erzeugt. Psychische Erklärungen werden im Material wiederholt als zu unspezifisch oder zu eng erlebt, insbesondere wenn sie nicht die körperliche Dimension der Erschöpfung erfassen. Maria E. erlebt die psychische Rehabilitation als strukturell nicht passfähig zu ihrem Krankheitserleben: Während die Institution ihre Beschwerden primär im Rahmen eines Depressionsmodells deutet, versteht sie ihre Erschöpfung als körperlich fundiert und psychische

Symptome als Folge davon. Ihr subjektives Erklärungsmodell bleibt damit institutionell weitgehend unanerkannt. Diese Differenz zwischen eigener Deutung und institutioneller Zuschreibung bleibt nicht folgenlos. Sie strukturiert Zugänge zu Leistungen und beeinflusst Entscheidungen, ob Anträge überhaupt gestellt werden. Diese Umkämpftheit von Anerkennung wird besonders deutlich in institutionellen Begutachtungs- und Prüfverfahren, in denen Krankheit nicht nur festgestellt, sondern aktiv infrage gestellt wird. Anerkennung ist hier nicht vorausgesetzt, sondern an Beweislogik geknüpft, die für die Betroffenen als entwürdigend und gewaltförmig erfahren werden. Irem B. beschreibt ihre erste Begutachtung im Kontext eines Antrags als massive Grenzerfahrung: „Und das [Rehageld] wurde sowieso beim ersten Mal, das war ein Horror, die Untersuchung, das war ein Horror und wurde von der PVA sofort abgeschmettert, weil meine Pumpe funktioniert ja“ (Irem B., Z269-273). Die institutionelle Logik reduziert Krankheit hier auf messbare Funktionsparameter, während subjektives Leiden, Erschöpfung oder Alltagsbeeinträchtigungen systematisch ausgeblendet bleiben. Anerkennung scheitert nicht an fehlender Krankheit, sondern an deren fehlender Übersetzungsarbeit in institutionell akzeptierten Kriterien. Diese Erfahrung verstärkt Misstrauen gegenüber weiteren Anträgen und führt zu einer antizipierten Delegitimierung. Gleichzeitig wird deutlich, dass Anerkennung zunehmend an externe Autoritäten und kostspielige Ressourcen ausgelagert wird. Um institutionell glaubwürdig zu erscheinen, müssen Betroffene medizinische Expertise einkaufen, die jedoch selbst wiederum entwertet werden kann. Irem B. bringt diese paradoxe Situation prägnant auf den Punkt:

„Man muss super tolle Ärzte finden, die zu 99 Prozent privat sind, die einem irgendeine Befunde schreiben sollen, die horrendes Geld verlangen. Und das dann aber von den Institutionen wieder nicht anerkannt wird, weil sie sagen, naja, das ist privat, dann haben sie bezahlt für diesen Befund. Aber andere Ärzte zu finden, Krankenkassenärzte, die damit entweder kompetent sind oder helfen oder so, das ist fast unmöglich.“ (Irem B., Z357-361)

Anerkennung erscheint hier als zirkulärer Ausschlussprozess: Öffentliche Institutionen erkennen private Befunde nicht an, während zugleich kompetente kassenfinanzierte Versorgung kaum zugänglich ist. Krankheit wird dadurch nicht stabilisiert, sondern institutionell verlängert. Diese strukturelle Infragestellung von Krankheit wirkt auch jenseits formaler Verfahren fort. Sie durchzieht alltägliche Interaktionen und Arbeitskontexte und äußert sich als permanenter Zweifel an Glaubwürdigkeit. Kranksein wird damit zum Verdachtsmoment, Anerkennung zur Ausnahme. Besonders deutlich zeigt sich dies im Umgang mit Long-Covid-Erfahrungen von Seiten der Vorgesetzten, die mit Vergleichsmaßstäben relativiert und entwertet werden: „Danach mit dem Corona war es ganz schlimm, weil sie sich dann lustig gemacht haben, weil die Chefin hat gesagt, naja, meine Mama hat es auch gehabt und die ist auch herzkrank und hat überhaupt nichts oder so, die ist nach drei Tagen wieder aufgestanden“ (Irem B., Z202-205). Individuelle Krankheitsverläufe verlieren hier ihre

Legitimität gegenüber normativen Erwartungen schneller Genesung. Maria E. beschreibt diese Ambivalenz wie folgt:

„Und eigentlich denke ich, ich sollte Reha-Geld beantragen, aber irgendwie wurschtle ich mich drumherum, weil ich mir gar nicht diese Untersuchungen antun möchte. Aber gleichzeitig, wenn du von 100 Fällen hörst, dass, sagen wir 85% abgelehnt werden, wie realistisch ist die eigene Chance? ((lacht)) Weiß ich nicht. Und das ist das, was mich frustriert, dass wenn jemand nur so tut, als ob. Aber dann muss man sich bemühen bessere Parameter festzustellen, die festlegen, ob jemand erkrankt ist oder nicht. Und dann kann ich auch zwischen einem Hypochonder und einem tatsächlich Betroffenen unterscheiden. Und das, finde ich, sollte schon ein Teil unseres Gesundheitssystems sein.“ (Maria E., Z178-186)

Zusammenfassend zeigt sich, dass Anerkennung von Krankheit im Material als hochgradig kontingenter, erklärungsabhängiger und machtvoll regulierter Prozess erscheint. Krankheit wird nicht nur erlebt, sondern permanent bewertet, überprüft und relativiert – insbesondere dort, wo sie Erwerbsfähigkeit infrage stellt. Anerkennung fungiert dabei als soziale Ressource, deren Verfügbarkeit über Zugang zu Unterstützung, Schutz und Entlastung entscheidet, zugleich aber für die Betroffenen mit emotionalen, finanziellen und biografischen Kosten verbunden ist.

5.1.5. Kumulative Erschöpfung

Die Analyse des Materials zeigt Erschöpfung nicht als bloße Begleiterscheinung einzelner Diagnosen, sondern als prozessual verdichtete Erfahrung, die sich über Zeit hinweg in Körper, Alltag und Institutionenkontakten einschreibt. Dieser Zustand erscheint dabei als Ergebnis kumulativer Belastungen und zugleich als Mechanismus, der weitere Hilfeannahme strukturiert: Sie verändert Wahrnehmung, begrenzt Handlungsfähigkeit und verschiebt die Bedingungen dessen, was überhaupt noch möglich, zumutbar oder institutionell anschlussfähig ist. In diesem Sinne fungiert die erschöpfungsbedingte Lage im Material weniger als Thema „unter vielen“, sondern als dynamische Schwelle: Sie markiert Übergänge von funktionierendem Alltag zu brüchiger Routinisierung, von Selbststeuerung zu Blockade, von arbeitsförmiger Normalität zu Krisen- und Rückzugssequenzen. Zunächst wird dieser Zustand als wiederkehrende, biografisch gerahmte Erfahrung artikuliert, deren Dauerhaftigkeit die Semantik des Ausnahmezustands unterläuft. Die Erzählungen verweisen auf eine Normalisierung von Überlastung, die sich retrospektiv als zeitlich gestreckter Verlauf rekonstruieren lässt. In den Erzählungen wird Erschöpfung als chronifizierter Prozess sichtbar: nicht als singulärer Einbruch, sondern als wiederkehrende Verdichtung von Belastung, die in den Lebenslauf eingelagert wird. So entsteht eine Art „Erschöpfungsbiografie“, in der sich die Grenze zwischen „gesund“ und „krank“ zunehmend entdifferenziert und stattdessen ein Modus dauerhafter Verwundbarkeit etabliert. Prozessual relevant ist dabei, dass sich Erschöpfung nicht nur als Zustand beschreiben lässt, sondern

als Verlaufsmuster, das von erneuten Episoden, kurzen Stabilisierungsschüben und erneuter Überforderung geprägt ist. Parallel dazu zeigt das Material, dass Erschöpfung häufig mit Diagnosen gekoppelt wird, die ihrerseits neue Handlungsanforderungen erzeugen. Diagnosen fungieren hier nicht nur als medizinische Etikettierungen, sondern als Schwellenereignis, durch die Alltagspraktiken reorganisiert, Verantwortlichkeiten verschoben und Selbstverhältnisse neu justiert werden. Zarina P. schildert dies, wie folgt:

„Eben, also, ich esse anders, ich trinke anders, zu anderen Zeiten, in anderen Mengen. Ich muss mehr auf Ruhezeiten achten und auf Vermeidung jeglichen Stresses. Alles, was die Situation verschlechtern kann. Das heißt, ich musste wirklich mein Leben umkrempeln.“ (Zarina P., Z273-276)

In dieser Abfolge wird eine Transformationssequenz erkennbar: von der Diagnosebestätigung über die Aushandlung eines „Risikostatus“ bis zur Herstellung einer „normalen Normalität“. Prozessual bedeutsam ist, dass die Diagnose nicht einfach „klarstellt“, was ist, sondern eine Rekonfiguration der Lebensführung erzwingt. Erschöpfung erscheint hier als Motor einer Selbstdisziplinierung, die sich als Schutz vor weiterer Verschlechterung legitimiert, zugleich aber den Alltag entlang rigider Regime strukturiert. Die Grenzziehungen sind nicht primär Ausdruck „guter Selbstfürsorge“, sondern Ergebnis eines Zwangs zur Selbststeuerung unter Ressourcenknappheit: Erschöpfung macht Ruhe zur Voraussetzung von Funktionsfähigkeit, während soziale Zugänglichkeit zur Belastung wird. Die Prozesslogik ist damit nicht Thema „Erholung“, sondern die Verschiebung von Handlungsspielräumen: Erreichbarkeit, Kontakte und Tätigkeiten werden selektiv reduziert, um das eigene System stabil zu halten.

Zugleich zeigt das Material, dass Erschöpfung als paradoxe Zugangshürde wirkt: Gerade dort, wo Unterstützung benötigt wird, fehlen die energetischen Ressourcen, die erforderlich wären, um Hilfe überhaupt zu erreichen. Der Weg zur Versorgung wird selbst zur Belastung, wodurch Hilfenahme zu einer zusätzlichen Zumutung werden kann: „Das ist halt wieder so eine Geschichte, weil das Problem ist ((seufzt)), wenn man halt krank ist, eine Depression hat, erschöpft ist, dass man dort hinkommt, ist halt immer schwer“ (Irem B., Z325-327). Prozessual lässt sich dies als Selbstverstärkungsschleife fassen: Erschöpfung reduziert Mobilität und Initiativefähigkeit; diese Reduktion erschwert wiederum den Zugang zu entlastenden Ressourcen; das Ausbleiben von Entlastung prolongiert die Erschöpfung. Versorgung ist damit an ein Aktivitätsniveau gekoppelt, das gerade im Erschöpfungszustand nicht verfügbar ist. Die Logik des Systems setzt Handlungsfähigkeiten voraus, während der Zustand, der Hilfe begründet, diese Handlungsfähigkeit unterminiert. Genau an dieser Stelle wird Erschöpfung als Grenze institutioneller Anschlussfähigkeit sichtbar – nicht, weil „niemand helfen will“, sondern weil Unterstützung an Bedingungen gebunden ist, die Betroffene prozessual nicht erfüllen können. Besonders scharf tritt diese Dynamik im Kontext von Erwerbsarbeit hervor. Erschöpfung wird hier nicht nur erlebt, sondern in einem normativen Gefüge von Leistungsfähigkeit, Verlässlichkeit und

Anschlussfähigkeit bearbeitet. Krankheit muss – so die implizite Logik – kompatibel mit Arbeitsanforderungen bleiben oder zumindest so verarbeitet werden, dass sie nicht als Defizit sichtbar wird:

„Ich habe dazwischen immer gearbeitet, immer die Angst gehabt, mit meiner Krankheit, dass man mir vorwirft, dass ich nicht genug Kraft habe, dass ich krank bin, dass ich das nicht machen kann. Also, ich habe während den Karenzen gearbeitet, ich habe zwischen den Karenzen gearbeitet, ich habe immer durchgearbeitet. Immer in meinem Zahnrad halt, dass man mir ja nichts vorwerfen kann.“ (Irem B., Z74-79)

Erschöpfung wird dadurch zu einem Risiko der Delegitimierung. Prozessual lässt sich hier eine Sequenz der Kompensation rekonstruieren: gesundheitliche Krisen werden nicht als legitimer Unterbrechungsgrund behandelt, sondern durch beschleunigte Rückkehr in die Arbeit „überspielt“. Der Wiederanschluss an Erwerbsarbeit fungiert als Anerkennungs- und Schutzstrategie, zugleich aber als Mechanismus, der Überlastung reproduziert. Erschöpfung wird nicht abgebaut, sondern durch fortgesetztes Funktionieren stabilisiert. Damit verschiebt sich die Grenze dessen, was als „normal“ gilt: Nicht Erholung, sondern Durchhalten wird zur dominanten Praxis.

Darüber hinaus kulminiert Erschöpfung im Material wiederholt in Wendepunkten, die als Zusammenbruch, Kündigung oder Rückzug markiert werden. Diese Ereignisse erscheinen nicht abrupt, sondern als Ergebnis langfristiger Verdichtung – ein Punkt, an dem das „Weiter-so“ nicht mehr aufrechterhalten werden kann:

„Und ich habe dann gesagt, okay, ich willige auf eine Einvernehmliche ein. Ich kann nicht mehr, ich will nicht mehr. Es ist mir einfach zu viel. Und dann habe ich gekündigt, habe zwei Monate einfach alles abgeschaltet, bin zu meiner Familie geflogen. Ich habe mir gedacht, wenn ich zurück bin, bin ich stark und fang einfach nochmal an ((weint)). Aber so war es nicht ((schnieft)), irgendwie ist dann alles zusammengebrochen. Das ganze Haus ist zusammengebrochen. Und ich konnte nicht mehr, wie ich zurück bin. Und hab mich gefragt, was machst du jetzt, was machst jetzt?“ (Irem B., Z212-218)

Diese Abfolge verweist auf eine Bruchlogik: Erschöpfung wird zunächst kompensiert, dann eskaliert sie in einem Kontrollverlust, anschließend wird Rückzug als Regenerationsstrategie entworfen – und schließlich enttäuscht, weil Erholung ausbleibt. Der Prozess endet nicht mit Entlastung, sondern mit einer Persistenz von Erschöpfung, die in eine neue Form von Handlungsblockade übergeht. Damit wird Erschöpfung als zeitlich gestreckte Krise sichtbar: Sie erzeugt nicht nur einen Punkt des Abbruchs, sondern auch eine Phase danach, in der Anschlussfähigkeit (beruflich, institutionell, biografisch) prekär wird.

In der weiteren Formulierung von Irem B. „Und jetzt ist es aber so, dass ich von dieser Erschöpfung nicht mehr rauskomme. Also in Gedanken würde ich manches machen, aber ich komme

nicht raus“ (Irem B., Z252-254) tritt eine zentrale Prozessdimension hervor: Die Diskrepanz zwischen Intentionalität und Vollzug. Das Subjekt bleibt handlungsorientiert („in Gedanken“), kann aber Handlungen nicht mehr realisieren. Erschöpfung wirkt hier als Blockadeform, die nicht nur Ressourcen reduziert, sondern den Übergang vom Wollen zum Können systematisch unterbricht. Sie betrifft nicht nur „Gesundheit“, sondern die soziale Fähigkeit, Anforderungen zu beantworten – und damit die Bedingungen von Teilhabe. Dass Institutionen auf diese prozessuale Lage häufig mit Aktivierungsimperativen reagieren, verschärft die Dynamik. Statt Zeit als Ressource zu gewähren, wird Zeit verweigert; statt Stabilisierung wird Beschleunigung eingefordert.

„Und das Erste, was der Typ [beim AMS] gesagt hat war, sie müssen sich zweimal die Woche bewerben, sie müssen so schnell wie möglich wieder in das Arbeitsleben. Und ich habe gesagt, schau, mir geht's nicht gut, ich brauche nur ein bisschen Zeit. Ich will, ich werde, aber ich brauch Zeit. Hat er gesagt, Zeit gibt's keine.“ (Irem B., Z18-221)

Prozessual ist dies als institutionelle Gegenlogik zu lesen: Während Erschöpfung eine Verlangsamung, Reduktion und Stabilisierung erzwingt, operieren arbeitsmarktbezogene Institutionen mit einer Logik der raschen Reintegration. Erschöpfung wird dadurch nicht nur adressiert, sondern als illegitime Verzögerung behandelt. Damit entsteht ein Konflikt zwischen körperlich-biografischen Zeitlichkeiten und institutionellen Taktungen, der Versorgung nicht erleichtert, sondern weiter verkompliziert. Zusammenfassend zeigt sich, dass Erschöpfung im Material als kumulativer, biografisch verdichteter und institutionell mitproduzierter Prozess erscheint. Sie ist nicht nur Folge von Belastung, sondern wirkt als Mechanismus, der Zugang zu Unterstützung erschwert, Handlungsspielräume reduziert und Übergänge in Krisen- und Rückzugsphasen strukturiert. Erschöpfung fungiert damit als Schlüssel zur Rekonstruktion von *Versorgungskarrieren* nicht weil sie „ein Thema“ unter anderen wäre, sondern weil sie die Bedingungen der Möglichkeit von Versorgung selbst verschiebt – indem sie genau jene Aktivität unterminiert, an die Unterstützung institutionell geknüpft ist.

5.2. Institutionelle Gegenreaktionen durch *FEM Med*

Dieses Kapitel rekonstruiert die institutionellen Gegenreaktionen durch *FEM Med* auf eine Versorgungslogik, in der zentrale Herstellungsleistungen von Gesundheit weitgehend an die Individuen delegiert wird. Während das Regelsystem Orientierung, Übersetzung und Stabilisierung implizit voraussetzt, interveniert *FEM Med* genau an diesen Stellen und übernimmt jene Arbeit, die im institutionellen Alltag privatisiert bleibt. Navigation, Vermittlung und Entlastung sowie Anerkennung, Beziehung und Sicherheit fungieren dabei nicht als zusätzliche Versorgungsangebote, sondern als kompensatorische Kernfunktionen.

5.2.1. Navigation, Vermittlung und Entlastung

Im Material erscheint *FEM Med* als infrastrukturelle Gegenfigur zu jenen institutionellen Arrangements, die Orientierung, Übersetzungsleistung und Entscheidungsfähigkeit weitgehend bei den Betroffenen verorten. *FEM Med* übernimmt – prozessual betrachtet – nicht „zusätzliche Hilfe“, sondern zentrale Herstellungsarbeit von Versorgung: Informationsbestände werden sortiert, Zuständigkeiten geklärt, Kontakte angebahnt, Termine koordiniert und Anträge sprachlich wie administrativ anschlussfähig gemacht. Diese Leistungen wirken nicht punktuell, sondern als Begleitprozess, in dem Unterstützung über wiederholte Kontakte stabilisiert und in konkrete Situationen rückgebunden wird. Dadurch werden Handlungsmöglichkeiten nicht moralisch eingefordert, sondern praktisch ermöglicht: Handlungsmacht entsteht als Ergebnis relationaler Unterstützung und als Effekt einer *Rekollektivierung* von Verantwortung, die zuvor individualisiert war. Der Einstieg in *FEM Med* wird in den Erzählungen häufig als Schwellenmoment rekonstruiert: Er markiert die Verschiebung von vereinzelter Selbstorganisation hin zu einer institutionalisierten Unterstützungskonstellation, in der Anliegen zunächst „abgeladen“ und in bearbeitbare Schritte übersetzt werden können. In den Erzählungen wird eine Prozesslogik sichtbar: *FEM Med* wird nicht als singuläre Dienstleistung genutzt, sondern als mehrgliedrige Versorgungsarchitektur, die medizinische, sozialarbeiterische und gruppenbezogene Elemente verknüpft. *Versorgungskarriere*-Rekonstruktion bedeutet in diesem Zusammenhang, dass die Frauen nicht nur „Angebote“ wahrnehmen, sondern Schritt für Schritt eine neue Ordnung von Zuständigkeiten und Anschlussstellen aufbauen. Ein zentrales Merkmal dieser Infrastruktur ist die Navigationsarbeit im engeren Sinne: *FEM Med* macht das medizinische Feld adressierbar, indem es passende kassenärztliche Kontakte identifiziert und empfiehlt – also jene Sucharbeit übernimmt und somit Schwellen minimiert. Suchprozesse inklusiver finaler Entscheidung für soziale Leistungen und Angebote der Institutionen, die ohne vorherige Fähigkeit zur Einschätzbarkeit und ohne einen Überblick über die soziale fachliche Leistungspalette nicht abwägbare sind, werden im Regelsystem häufig von Institutionen als Voraussetzung von Inanspruchnahme stillschweigend als gegeben angenommen. In einer Erzählung von Maria E. wird *FEM Med* als Vermittlungsinstanz deutlich, die medizinische und sozialrechtliche Pfade nicht trennt, sondern verschränkt bearbeitet. Die Beratung wirkt dabei nicht als abstrakte Informationsgabe, sondern als situationsbezogene Passungsarbeit: Möglichkeiten werden in Relation zu Belastungsgrenzen, verfügbaren Ressourcen und realistischen Handlungsspielräumen gesetzt.

„Also, ich habe alle Angebote sehr positiv empfunden, weil es erstens zu dem gepasst hat, was ich gerade gebraucht habe, und ich dann wirklich Auskunft bekommen habe. Und eben man situationsbezogen darauf eingegangen ist, was gerade geht oder nicht geht, und ob ich online oder live da bin.“ (Maria E., Z98-101)

Diese Form der Responsivität ist prozessual bedeutsam, weil sie nicht nur „unterstützt“, sondern die Bedingungen der Unterstützung an veränderliche Alltagslagen rückbindet – und damit die Wahrscheinlichkeit erhöht, dass Hilfe tatsächlich in Anspruch genommen und in Handeln überführt werden kann. Das wird insbesondere dort sichtbar, wo Erschöpfung Mobilität und Präsenz erschwert und digitale Zugänge als infrastrukturelle Entlastung fungieren.

Neben punktueller Navigation tritt *FEM Med* im Material als kontinuierliche Wissensinfrastruktur auf: Wissen wird nicht einmalig „übergeben“, sondern über wiederkehrende Updates, geteilte Ressourcen und gruppenbezogene Rückkopplung stabilisiert. Damit entsteht Gesundheitskompetenz nicht als Belehrung, sondern als laufender Lernprozess im Modus von Begleitung.

„Naja, das Bewusstsein zu Long Covid hat sich schon geändert, weil ich habe es die ganze Zeit nicht wahrhaben wollen und ich habe es eher so abgetan, nein, das kann es ja nicht sein, also das ist es sicher nicht. Warum soll das jetzt bei mir so sein, ich habe ja andere Krankheiten. Aber es ist schon so, wenn man das professionell hört, dann öffnet sich schon ein Knöpfchen und man sagt, aha, es ist schon so, also das Bewusstsein hat sich schon geändert.“ (Irem B., Z415-420)

Hier wird eine prozessuale Verschiebung von Deutung sichtbar: Das „Nicht-wahrhaben-wollen“ wird nicht unter Druck, sondern durch professionell gerahmte Anerkennung irritiert; Gesundheitskompetenz zeugt sich als veränderte Einordnung des eigenen Zustands und als Erweiterung dessen, wonach gesucht, was als relevant markiert und welche Schritte als plausibel erachtet werden. Ähnlich artikuliert sich Gesundheitskompetenz als körperbezogener Lernprozess, der retrospektiv als „Lesbarkeit“ körperlicher Signale beschrieben wird.

„Genau, dass ich mehr über meinen weiblichen Körper weiß. [Jetzt] weiß ich, dass mein Körper immer versucht hat mit mir zu sprechen, aber ich es irgendwie nie richtig deuten konnte. Aber jetzt mittlerweile weiß ich das [...]. Aber FEM Med war eben das Ausschlaggebende. Also war das komplett Erste, was mir da geholfen hat.“ (Heidi B., Z206-210)

Ein zweites, besonders starkes Prozessmoment betrifft die administrative Entlastung. *FEM Med* wird nicht nur als Ort von Beratung, sondern als „doing paperwork“-Infrastruktur rekonstruiert: Schriftverkehr, E-Mail-Kommunikation, Formulare und Verfahrensschritte werden gemeinsam oder stellvertretend bearbeitet. Dadurch werden institutionelle Anforderungen, die andernorts als individuelle Bringschuld erscheinen, in eine praktische Unterstützungskette übersetzt: „Ja, sie haben E-Mails geschrieben, hingeschickt, alles erledigt. Weil solche Sachen kann ich nicht. Diese E-Mails und so, da kenn ich mich gar nicht aus“ (Dilan Y., Z29-31).

Gerade dort, wo Mobilität eingeschränkt ist, wird *FEM Med* als Infrastruktur sichtbar, die Versorgung auch ohne körperliche Präsenz aufrechterhält: Telefon, Dokumentenweitergabe und stellvertretende Kommunikation werden zu Mechanismen, die Teilhabe ermöglichen, ohne zusätzliche Belastung zu erzeugen.

„Ich weiß, dass sie mir helfen werden dort. Ich bin dort gut aufgehoben, wenn ich was brauche. Jetzt kann ich selbst nicht hingehen, weil ich meine Füße operieren lassen musste und ich kann nicht so viel gehen. Ich rufe die Frau [XY von FEM Med] an und sie hat mir eben diese Pflegesache erledigt. Aber am Telefon kann ich auch ihr auch sagen, was ich brauche [...]. Aber das ist eine Erleichterung, dass man weiß, da ist jemand aus Verlass. Ich kann mich auf die verlassen.“ (Dilan Y., Z121-126)

In diesen Sequenzen wird Handlungsmacht als Effekt von Verlässlichkeit und Stellvertretung rekonstruiert: Agency entsteht nicht als autonomes Durchsetzen im System, sondern als Möglichkeit, Verfahren überhaupt zu führen und fortzusetzen. Besonders deutlich wird dies in der Bearbeitung von Ablehnung, die als institutionelle Routine antizipiert und strategisch eingehegt wird – wodurch sich eine prozedurale Kompetenz herausbildet.

„Aber schauen wir mal, was da kommt mit der Klage und wie wir dann damit umgehen werden. Sie hat mir auch empfohlen, weil sie hat auch gesagt, die lehnen immer erst einmal ab. Ja, aber man muss immer eine Klage einreichen und das haben wir jetzt geschrieben. Das werden wir jetzt hinschicken und wenn die wieder ablehnen, dann kann man zum Arbeiterkammer hingehen, hat sie gemeint. Die werden uns dann noch mehr helfen.“ (Dilan Y., Z133-138)

FEM Med fungiert damit als Vermittlungs- und Übersetzungsinstanz zwischen Lebenswelt und Institution, die nicht nur Information bereitstellt, sondern Handlungsketten orchestriert (Antrag-Begutachtung-Ablehnung-Klage-Weiterverweisung) und wirkt als Kompensator und Überträger von fehlendem Wissen über Rechtssystem und -prozesse. Handlungsmacht wird so als Fähigkeit sichtbar, institutionelle Zeitläufe auszuhalten und weiterzuführen, weil sie relational geschützt ist. Dass *FEM Med* im Material teils über gesundheitliche Anliegen hinaus als Anlaufstelle genutzt wird (Energie-Rechnung, Wohnanliegen), ist prozessual kein „Themenwechsel“, sondern zeigt die Logik der Institution: Sie wird als Knotenpunkt der Alltagsbewältigung adressiert, weil soziale und gesundheitliche Problemlagen in den Biografien nicht getrennt verlaufen, sondern sich gegenseitig bedingen.

Gleichzeitig wird *FEM Med* als niederschwellige Ressource markiert, deren Kostenfreiheit und materielle Entlastungsangebote Zugang überhaupt erst ermöglichen – insbesondere vor dem Hintergrund knapper finanzieller Spielräume: „[...] das meine ich jetzt nicht negativ, sondern sie war eine der wenigen, wo man hingehen kann ((lacht)), ohne was zu zahlen“ (Maria E., Z72-73).

Zusammenfassend lässt sich *FEM Med* im Material als Navigations-, Vermittlungs- und Entlastungsinfrastruktur rekonstruieren, die Versorgung nicht voraussetzt, sondern herstellt: durch Übersetzung, Begleitung, Stellvertretung und kontinuierliche Wissenszirkulation. Gesundheitskompetenz erscheint dabei als prozessuales Produkt (veränderte Deutungen, besseres „Wissen wonach man sucht“, Lesbarkeit körperlicher Signale), während Handlungsmacht als relationale Möglichkeit sichtbar wird, institutionelle Anforderungen zu bearbeiten, ohne daran zu

scheitern. *FEM Med* stärkt Agency somit nicht als moralische Norm („Eigenverantwortung“), sondern als infrastrukturelle Bedingung von Teilhabe, indem es die Last der Versorgungskonstruktion von Einzelnen auf ein unterstützendes Netzwerk verschiebt.

5.2.2. *Anerkennung, Beziehung und Sicherheit*

In den Interviews wird *FEM Med* wiederholt als institutioneller Zusammenhang sichtbar, in dem Sicherheit nicht an formale Verfahren oder klar umrissene Leistungen gebunden ist, sondern im Verlauf fortgesetzter Interaktion entsteht. Diese Sicherheit speist sich aus der Erfahrung, mit Anliegen nicht punktuell, sondern dauerhaft anschlussfähig zu sein. Auffällig ist, dass *FEM Med* weniger als Ort spezifischer Problemlösungen beschrieben wird, sondern als stabile Referenz im Hintergrund alltäglicher Unsicherheit. Diese Erwartbarkeit wirkt prozessual, da sie nicht erst im Moment der Inanspruchnahme relevant wird, sondern bereits im Vorfeld handlungsentlastend wirkt. Die Möglichkeit, sich erneut an das *Frauengesundheitszentrum* wenden zu können, strukturiert den Umgang mit offenen Fragen und nicht abschließbaren Problemlagen: „Aber immer, wenn ich nicht weiter weiß, weiß ich, dass ich da herkommen kann, und wo wäre ich sonst hingegangen. Fragezeichen ((lacht))“ (Maria E., Z117-118).

Anerkennung wird im Material nicht explizit benannt, sondern indirekt über Interaktionsweisen rekonstruiert. Mehrere Sequenzen verweisen darauf, dass Anliegen bei *FEM Med* ohne Vorleistung artikulierbar sind. Krankheit, Erschöpfung oder Unsicherheit müssen nicht begründet oder legitimiert werden, um als bearbeitbar zu gelten. Diese Erfahrung wird insbesondere über das Motiv des Verstandenwerdens vermittelt: „Um die gesundheitlichen Themen zu besprechen und einfach Unterstützung zu bekommen von jemandem, der versteht, wovon man spricht“ (Maria E., Z8-9). Verstehen fungiert hier nicht als rein kognitive Kategorie, sondern als prozessuale Voraussetzung für Anschlussfähigkeit. Anerkennung zeigt sich damit als Effekt einer Interaktionsordnung, in der das Vorbringen selbst als legitim gilt. Die Stabilität dieser Ordnung wird zusätzlich über personale Zuschreibungen gestützt. Vertrauen entsteht nicht allein durch institutionelle Rollen, sondern durch die Wahrnehmung von Kontinuität, Engagement und Involviertheit: „Also, dass [die Mitarbeiterin bei *FEM Med*] nicht einfach nur ihren Job macht, zuhört und das Ganze und dann halt abschließt, sondern sich einfach weiter darum kümmert“ (Irem B., Z321-322). Damit wird eine Unterstützungslogik sichtbar, die nicht auf Abschluss, sondern auf Fortsetzung gerichtet ist. Beziehung fungiert hier nicht als Zusatz, sondern als Bedingung dafür, dass Prozesse über Zeit hinweg tragfähig bleiben.

Ein weiterer prozessualer Aspekt betrifft die Entlastung von Anpassungs- und Übersetzungsleistungen. In den Erzählungen wird deutlich, dass *FEM Med* als Raum erlebt wird, in dem kommunikative Anforderungen reduziert sind. Anliegen können in einer Weise eingebracht werden, die nicht institutionell optimiert sein muss: „Ja [, der Umgang mit der Erkrankung] hat sich verbessert“ (Asra S., Z218). Diese Sequenzen verweisen auf eine Verschiebung der Verantwortung:

Verständigung wird nicht individualisiert, sondern institutionell mitgetragen. Anerkennung zeigt sich hier als Ermöglichung von Artikulation ohne normativen Anpassungsdruck. Die Bedeutung dieser Prozesse wird besonders dort sichtbar, wo *FEM Med* vor dem Hintergrund fehlender Alternativen reflektiert wird. Sicherheit gewinnt Kontur, indem andere Optionen als unklar oder nicht vorhanden markiert werden:

„Ja, das ist eine gute Frage [wo ich sonst hingegangen wäre, wenn nicht zu FEM Med]. Ich hatte das Glück, dass ich diese Unterstützung bekommen habe, sonst wüsste ich wirklich keine andere Stelle. Ehrlich gesagt.“ (Zarina P., Z208-209)

FEM Med erscheint damit nicht als austauschbares Angebot, sondern als singulärer Bezugspunkt innerhalb fragmentierter Versorgungslandschaften. Die Bindung an die Institution wird weniger als Abhängigkeit, denn als pragmatische Antwort auf strukturelle Leerstellen rekonstruiert.

Affektiv verdichtete Passagen verweisen schließlich darauf, dass diese prozessuale Herstellung von Sicherheit auch emotionale Effekte zeitigt, ohne selbst emotionalisiert zu werden. Angst, Überforderung oder Alleinsein werden nicht thematisiert bearbeitet, sondern indirekt reduziert: „Ich meine, ich mag alle, aber sie liebe ich ganz besonders, weil sie mir eben die Angst genommen hat und so weiter und das war halt schon sehr wichtig für mich“ (Zarina P., Z60-62). Diese Effekte lassen sich analytisch als Folge stabiler Anerkennungs- und Beziehungsprozesse lesen, nicht als deren Ausgangspunkt.

In der Zusammenschau wird *FEM Med* im Material als institutioneller Raum rekonstruierbar, in dem Sicherheit, Anerkennung und Unterstützung nicht explizit adressiert, sondern praktisch hervorgebracht werden. Diese Hervorbringung erfolgt über wiederholbare Zugänglichkeit, relationale Verlässlichkeit und eine Interaktionsordnung, die Artikulation ohne Vorleistung ermöglicht. *FEM Med* fungiert damit als infrastrukturelle Bedingung dafür, dass Unsicherheit, Krankheit und Überforderung nicht individualisiert, sondern im Modus geteilter Verantwortung bearbeitet werden können.

6. Diskussion: Zwischen individualisierter Versorgungsbewältigung und institutioneller Versorgungsabsicherung

Ausgangspunkt der vorliegenden Arbeit war die übergeordnete Forschungsfrage, wie Frauen mit niedrigem sozioökonomischem Status ihre *individuellen gesundheitlichen Versorgungskarrieren* im Wiener Gesundheitssystem rekonstruieren und welche Bedeutung sie den Beratungsangeboten von *FEM Med* innerhalb dieser Verläufe zuschreiben. Zur analytischen Verdichtung dieser Befunde wurde ein zweiachsiges Modell entwickelt, das gesundheitliche Versorgung als Spannungsfeld zwischen individualisierter Versorgungsbewältigung und institutioneller Versorgungsabsicherung fasst. Die erste Achse beschreibt die typischen Reaktionen der Klientinnen auf strukturelle Defizite des Regelsystems; die zweite Achse rekonstruiert *FEM Med* als kompensatorische Gegenstruktur, die diese Defizite partiell abfedert. Zwischen beiden Ebenen besteht eine inverse Dynamik: Die Intensität subjektiver Herstellungsarbeit fungiert als Indikator institutioneller Unterversorgung, während die Wirksamkeit kompensatorischer Infrastruktur bestimmt, in welchem Ausmaß solche Reaktionen notwendig bleiben. Dieses Modell verschiebt den Blick von individuellen *Problemlagen* hin zu einer Analyse institutioneller Arrangements. Selbstorganisation, Übersetzung, Abbruch, Überzeugung und kumulative Erschöpfung erscheinen nicht als persönliche Defizite, sondern als funktionale Anpassungsformen an eine Versorgungsordnung, die zentrale Leistungen der Teilhabeabsicherung privatisiert. *FEM Med* interveniert genau an dieser Stelle, indem Orientierungs- und Anerkennungsleistungen relational abgesichert werden. Handlungsmacht entsteht folglich nicht primär aus individueller Kompetenz, sondern aus infrastrukturell gestützter Beziehung. Die Diskussion greift dieses Spannungsfeld auf, um die empirischen Ergebnisse in Horizont sozialwissenschaftlicher Exklusions- und Ungleichheitstheorien zu verorten. Im Zentrum steht die Frage, wie gesundheitliche Versorgung als innergesellschaftlicher Prozess selektiver Teilhabe verstanden werden kann – und inwiefern kompensatorische Infrastrukturen wie *FEM Med* strukturelle Exklusionsdynamiken sichtbar machen, stabilisieren und temporär unterbrechen.

Der *Theoretical Code* „Selbstorganisation“ markiert eine grundlegende Verschiebung des analytischen Blicks auf das Wiener Gesundheitssystem: Nicht das Funktionieren des Systems, sondern die Bedingungen seiner praktischen Nutzbarkeit geraten ins Zentrum. Die *individuellen gesundheitlichen Versorgungskarrieren* erscheinen im Material als Abfolge *stets neuer Anfänge*, in denen Orientierung nicht als institutionelle Selbstverständlichkeit bereitgestellt wird, sondern von den Frauen aktiv hergestellt werden muss. Diese Beobachtung ist anschlussfähig an den Forschungsstand, der Gesundheit nicht als isolierten Zustand, sondern als prozessuales Geschehen fasst, das in biografische und institutionelle Konstellationen eingelassen ist (Oevermann, 2003, S. 58; Petzold & Bahrs, 2020, S. 91). Gerade weil Gesundheit/Krankheit relational gedacht wird, wird im empirischen Material sichtbar, dass „Versorgung“ nicht die neutrale Folge eines Bedarfs ist, sondern ein sozial vermitteltes Vollzugsproblem. Diese Form der Kompetenz zur Herstellung ist sozial und kulturell

ungleich verteilt – und damit in jene Logik eingebettet, die im Forschungsstand als *Sozialgradient* gesundheitlicher Chancen beschrieben wird, der meint, dass mit jedem weiteren Schritt auf der Hierarchieleiter sich die durchschnittlichen Gesundheitschancen in positiver und negativer Richtung verändern (Siegrist & Marmot, 2008, S. 16). Die *individuellen gesundheitlichen Versorgungskarrieren* zeigen nicht primär „abweichendes Gesundheitsverhalten“, sondern die ungleichen Voraussetzungen, unter denen Versorgung überhaupt zugänglich wird. Damit wird die im Forschungsstand zentrale Verschiebung gestützt, soziale Ungleichheit nicht als Varianz, sondern als strukturierte Differenz von Teilhabechancen zu konzipieren (Hradil, 2001, S. 30). In den hier untersuchten Fällen bedeutet das: formale Einschließung in die Versorgungsordnung garantiert keine reale, kontinuierliche Nutzungsmöglichkeit. Theoretisch lässt sich dieser Befund präzise im Anschluss an Martin Kronauers Exklusionskonzept fassen. Exklusion erscheint hier nicht als äußerer Ausschluss vom Gesundheitssystem, sondern als innergesellschaftlicher Prozess eingeschränkter Teilhabe innerhalb formaler Offenheit (Kronauer, 2010, S. 19; 2020, S. 31). Die Frauen sind rechtlich und institutionell formal inkludiert, erleben jedoch, dass effektive Teilhabe an gesundheitlicher Versorgung an implizite Voraussetzungen gebunden ist, die ungleich verteilt sind. In Kronauers Begrifflichkeit handelt es sich um eine Einschränkung gesellschaftlicher Partizipation, die nicht durch explizite Ausschlussentscheidungen, sondern durch institutionelle Arrangements produziert wird, welche Anschlussfähigkeit voraussetzen, ohne sie abzusichern (Kronauer, 2010, S. 45f.). Genauer mit Kronauers Worten unter Bezug auf Wacquant und Paugam:

„[...] dann konstituiert sich gesellschaftliche Zugehörigkeit im Wesentlichen durch Partizipationsmöglichkeiten. Sie bemessen sich an kulturellen und damit historisch veränderbaren Maßstäben und sind in einem hohen Maße institutionell vermittelt. Dabei kommt neben dem Markt vor allem den staatlichen Institutionen eine besondere Rolle bei der Eröffnung von Chancen und der Absicherung gegen Risiken zu. Das Auftreten des Exklusionsproblems zeigt an, dass der Staat in der Gefahr steht, in dieser Funktion zu versagen.“ (Kronauer, 2010, S. 46)

Der *Theoretical Code* „Übersetzen und Kompensieren“ lässt sich als empirische Ausarbeitung jener Ressourcenlogik lesen, die von Schott & Kuntz (2011, S. 165) als zentraler Mechanismus gesundheitlicher Ungleichheit modelliert wird: Ungleich verteiltes Wissen, Macht, Geld und Prestige strukturieren nicht nur Gesundheit, sondern auch Systemnavigation und Durchsetzung von Versorgungsbedarfen. Im Material wird deutlich, dass „Eigeninitiative“ nicht als Autonomiekonzept funktioniert, sondern als Komplementärleistung zur institutionellen Unzugänglichkeit. Wissen ist institutionell vorhanden, der Zugang jedoch individualisiert – eine Konstellation, die soziale Ungleichheit nicht abbaut, sondern reproduziert. Entlang der Achse der Partizipation im Sinne Kronauers zeigt sich hier eine zentrale Exklusionsdynamik: Formale Inklusion und rechtliche Ansprüche sichern Teilhabe nicht ab, wenn deren Realisierung an institutionell vermittelte Ressourcen gebunden bleibt, die sozial ungleich verteilt sind (Kronauer, 2010, S. 44). Diese Beobachtung

manifestiert sich auch in der Logik des Health Literacy Konzeptes, als strukturelles Problem: Gesundheitskompetenz ist nicht bloß individuelle Fähigkeit, sondern hängt wesentlich an der Komplexität und „Lesbarkeit des Systems“ (Sørensen et al., 2012, S. 10). Genau hier zeigt sich, warum individualisierte Deutungen problematisiert sind: Die empirisch rekonstruierten *Karrieren* stützen die Kritik, dass eine Verlagerung auf „Verhalten“ leicht in Moralisierung und „blaming the victim“ kippt (Sting, 2008, S. 427). In den Interviews zeigt sich keine „mangelnde Kompetenz“, sondern eine institutionelle Architektur, die Kompetenz voraussetzt, ohne sie abzusichern.

Diese Selektivität verschärft sich dort, wo Versorgungsangebote mit den biografischen und alltagspraktischen Anforderungen der Frauen nicht kompatibel sind. Der *Theoretical Code* „*Abbruch und Parallelstrategien*“ zeigt, dass Abbruch nicht als individuelles Scheitern verstanden werden kann, sondern als relationaler Selbstschutz gegenüber Anforderungen, die die konkrete Belastungslage verkennen. Rückzug ist hier kein Zeichen von Passivität, sondern Ergebnis kumulativer Erfahrungen des Nicht-Ernst-Genommen-Werdens. Soziologisch lässt sich diese Dynamik als Exklusion im Sinne eines prozessualen Brüchigwerdens institutioneller Interdependenzbeziehungen fassen (Kronauer, 2010, S. 44). Kronauer beschreibt Ausgrenzung als „zunehmende Machtverschiebung im Kontinuum wechselseitiger Abhängigkeitsverhältnisse zu Lasten einer Seite. Sein Fluchtpunkt und zugleich der Punkt des „Bruchs“ zwischen Drinnen und Draußen ist das Ende aller Wechselseitigkeit – die Nutz- und Machtlosigkeit des einseitigen Objektstatus etwa in der Fürsorge“ (Kronauer, 2010, S. 144).

Institutionell vermittelte Beziehungen verlieren damit ihre Verlässlichkeit und werden zunehmend als mit symbolischer Abwertung verbundene Erfahrung wahrgenommen (Kronauer, 2010, S. 44f.; 2020, S. 31). Diese Entwertung verdichtet sich in dem *Theoretical Code* „*Überzeugen und Beweisen*“. Krankheit erscheint im Material nicht als selbstverständlich anerkannter Zustand, sondern als sozialer Status, der fortlaufend legitimiert werden muss. Subjektives Leiden bleibt institutionell unsichtbar, solange es nicht in objektivierbare Parameter übersetzt werden kann. Anerkennung wird damit an arbeits- und leistungsbezogene Bewertungsordnungen gekoppelt – ein klassischer Fall dessen, was Kronauer als „institutionelle[n] Ausgrenzung“ (Kronauer, 2020, S. 33) beschreibt. Diese Befunde korrespondieren zugleich mit dem Forschungsstand, der Gesundheit/Krankheit als relationale, biografisch motivierte Konstellation fasst und die Notwendigkeit betont, „Krankheit aus ihrer lebensgeschichtlichen Motiviertheit heraus fallspezifisch verstehen [zu müssen]“ (Oevermann, 2003, S. 58). Gerade die Diskrepanz zwischen dieser theoretischen Perspektive und den im Material rekonstruierten Anerkennungspraktiken markiert eine zentrale Konfliktlinie: Die Frauen berichten, dass institutionelle Verfahren ihre Erfahrung nicht „lesen“ können, solange sie nicht in standardisierte Evidenzformate überführt wird.

Besonders eindrücklich verdichteten sich diese Exklusionsdynamiken im Phänomen der Erschöpfung. In dem *Theoretical Code* „*kumulative Erschöpfung*“ erscheint Erschöpfung nicht als individuelles Symptom, sondern als Ergebnis von Ausschlusserfahrungen und zugleich als Bedingungen ihrer weiteren Verschärfung. Erschöpfung unterminiert genau jene Ressourcen –

Mobilität, Initiative, Durchhaltevermögen -, die das System voraussetzt. In Kronauers Begriffen wird Exklusion hier als prozessuale Bewegung sichtbar, die sich biografisch zuspitzt und Handlungsmacht systematisch begrenzt (Kronauer, 2010, S. 47f.). Diese Befunde aus dem Interviewmaterial lassen sich unmittelbar an den Forschungsstand anschließen. Sozialepidemiologische Arbeiten weisen seit langem darauf hin, dass chronische Erkrankungen und psychosoziale Belastungen in sozial benachteiligten Gruppen nicht nur häufiger auftreten, sondern auch mit einer erhöhten Erschöpfungs- und Überlastungsproblematik einhergehen (Lampert et al., 2022, S. 159). Die vorliegenden empirischen Ergebnisse präzisieren diese Zusammenhänge auf der Mikroebene: Erschöpfung ist nicht bloß gesundheitlicher Outcome sozialer Ungleichheit, sondern Mechanismus, über den Teilhabe praktisch begrenzt wird. In dieser Perspektive wird deutlich, warum individualisierende Präventions- und Aktivierungslogiken an ihre Grenze stoßen: Sie adressieren genau jene Handlungskapazitäten, die durch die strukturellen Bedingungen systematisch erschöpft werden.

Vor diesem Hintergrund richtet sich der Blick auf die zweite Unterfrage der vorliegenden Untersuchung, inwiefern die Klientinnen nach der Inanspruchnahme der Beratungsleistungen von *FEM Med* eine Veränderung ihrer Gesundheitskompetenz sowie eine Erleichterung der Navigation im Wiener Gesundheitssystem wahrnehmen. Die empirischen Rekonstruktionen der Interviews zeigen vermehrt, dass *FEM Med* eine strukturell entlastende und ordnende Funktion innerhalb der *individuellen gesundheitlichen Versorgungskarrieren* einnimmt. Diese Bedeutung verdichtet sich in den *Theoretical Codes* „Navigation, Vermittlung und Entlastung“ sowie „Beziehung, Anerkennung und Sicherheit“. *FEM Med* erscheint dabei nicht als ergänzende Dienstleistung innerhalb eines funktionierenden Systems, sondern als *infrastruktureller Knotenpunkt*, ohne die gesundheitliche Versorgung für viele der befragten Frauen gar nicht oder nur unter erheblicher Selbstüberforderung realisierbar wäre. Die Klientinnen beschreiben wiederholt, dass *FEM Med* jene Koordinations- und Übersetzungsleistung übernimmt, die im Regelsystem individualisiert sind. Handlungsmacht entsteht hier nicht als autonome Selbststeuerung, sondern als geteilte Verantwortlichkeit. Damit widersprechen die Ergebnisse einer verkürzten Lesart von Gesundheitskompetenz als individueller Ressource. Vielmehr bestätigen sie jene konzeptionellen Weiterentwicklungen des Health Literacy Ansatzes, die Gesundheitskompetenz als relationale, institutionell mitproduzierte Fähigkeit begreifen (Abel & Sommerhalder, 2015, S. 923; Sørensen et al., 2012, S. 10). Die wahrgenommene „Erleichterung der Navigation“ resultiert nicht primär aus Wissensakkumulation, sondern aus der Reduktion institutioneller Komplexität und der Herstellung von Anschlussfähigkeit. Zugleich wird *FEM Med* von den Klientinnen tatsächlich als Ort erfahren, an dem Anerkennung nicht erklärungsabhängig ist. Anerkennung fungiert hier nicht als Ergebnis erfolgreicher Selbstrepräsentation, sondern als Voraussetzung weiterer Handlungsfähigkeit. In Kronauers (2010, S. 46) Begrifflichkeit stabilisiert *FEM Med* damit sowohl Interdependenz- als auch Partizipationsverhältnisse auf der Mikroebene der *individuellen gesundheitlichen Versorgungskarrieren*. Diese Befunde aus den Interviews lassen sich zugleich in den gesundheitsförderungstheoretischen Rahmen einordnen. Der Forschungsstand betont,

dass Gesundheitsförderung weniger auf individuelle Verhaltensmodifikation als auf *Empowerment*, *Partizipation* und *strukturelle Unterstützung* zielt (Loss & Lindacher, 2023, S. 510). *FEM Med* realisiert genau diese Logik: Nicht Selbstoptimierung, sondern die Ermöglichung realer Teilhabe unter ungleichen Ausgangsbedingungen steht im Zentrum.

In der Gesamtschau beantworten die empirischen Ergebnisse die Forschungsfragen auf einer strukturell-prozessualen Ebene: Die Klientinnen rekonstruieren ihre *individuellen gesundheitlichen Versorgungskarrieren* als sozial ungleich strukturierte Verläufe, in denen Barrieren nicht primär durch explizite Ausschlüsse, sondern durch implizite Zugangsvoraussetzungen, institutionelle Nicht-Passung und umkämpfte Anerkennungsordnungen entstehen. Unterstützend wirken jene Konstellationen, in denen diese Anforderungen sichtbar gemacht, übersetzt und kollektiv bearbeitet werden. Die Beratungsangebote von *FEM Med* nehmen in diesen Prozess eine zentrale Bedeutung ein, indem sie Exklusionsdynamiken entlang der Achsen von *Interdependenz*, *Partizipation* und *Prozessualität* punktuell unterbrechen und Handlungsmacht temporär erweitern (Kronauer, 2010, S. 44ff.). Zugleich verweist die Notwendigkeit einer solchen kompensatorischen Infrastruktur auf strukturelle Defizite des Regelsystems selbst. Dass gesundheitliche Versorgung für Frauen mit niedrigem sozioökonomischem Status in hohem Maße von einem Angebot wie *FEM Med* abhängt, macht das Ausmaß der Selektivität gesellschaftlicher Teilhabe sichtbar. In diesem Sinne leistet die Arbeit einen empirisch fundierten Beitrag zur Analyse gesundheitlicher Versorgung als innergesellschaftlicher Exklusionsprozess im Sinne Kronauers (2010, S. 19) und zur kritischen Reflexion der sozialen Bedingungen, unter denen Gesundheit nicht nur behandelt, sondern überhaupt ermöglicht wird.

Die vorliegende Arbeit hat gezeigt, dass gesundheitliche Versorgung aus der Perspektive von Frauen mit niedrigem sozioökonomischem Status nicht als stabil verfügbare Infrastruktur erfahrbar wird, sondern als fragiler, biografisch eingebetteter und sozial herzustellender Prozess. Die rekonstruierten *individuellen gesundheitlichen Versorgungskarrieren* verdeutlichen, dass formale Einschließung in das Wiener Gesundheitssystem keineswegs mit gesicherter Teilhabe gleichzusetzen ist. Vielmehr wird Teilhabe an implizite Voraussetzungen geknüpft, die ungleich verteilt sind und deren Erfüllung systematisch an die Nutzerinnen delegiert wird. In der Verbindung von empirischer Rekonstruktion und theoretischer Rahmung konnte gezeigt werden, dass gesundheitliche Versorgung als innergesellschaftlicher Exklusionsprozess im Sinne Kronauers begreifen lässt (Kronauer, 2010, S. 19). Exklusion manifestiert sich dabei nicht als Ausschluss vom Gesundheitssystem, sondern als Einschränkung von Partizipation innerhalb formaler Zugehörigkeiten. Die Achsen von *Interdependenz*, *Partizipation* und *Prozessualität* erweisen sich als analytisch tragfähig, um jene feinen, oft unsichtbaren Mechanismen zu erfassen, über die institutionelle Arrangements Anschlussfähigkeit selektiv herstellen und zugleich verunmöglichen (Kronauer, 2010, S. 44ff.). Die empirische Analyse verdeutlicht, dass diese Mechanismen nicht punktuell, sondern kumulativ wirken und sich biografisch verdichten – insbesondere im Phänomen der Erschöpfung als Grenze von Handlungsmacht.

Damit leistet die Arbeit einen Beitrag zur Präzisierung des Forschungsstands zu gesundheitlicher Ungleichheit. Während sozioepidemiologische Studien eindeutig starke Zusammenhänge zwischen sozioökonomischem Status, Geschlecht und Gesundheit nachweisen (Lampert et al., 2022, S. 159; Griebler et al., 2023, S. 9), macht die vorliegende Untersuchung sichtbar, wie diese Ungleichheiten im Alltag der Betroffenen hervorgebracht, stabilisiert und bearbeitet werden. Gesundheitliche Ungleichheit erscheint nicht primär als Ergebnis individuellen Verhaltens, sondern als Resultat institutionell organisierter Anforderungen, die auf habituelle, sprachliche, zeitliche und psychosoziale Ressourcen zugreifen, ohne diese selbst bereitzustellen. Damit bestätigt und konkretisiert die Arbeit die Kritik an individualisierenden Deutungen von Gesundheit und Gesundheitsverhalten (Hehlmann et al., 2018, S. 84).

Besonders relevant im betrachteten Kontext ist, dass die Beratungsangebote von *FEM Med* nicht lediglich als ergänzende Unterstützung fungieren, sondern als kompensatorische Infrastruktur, die jene Koordinations-, Übersetzungs- und Anerkennungsleistungen übernimmt, die im Regelsystem systematisch externalisiert sind. Die von den Klientinnen beschriebene Zunahme an Gesundheitskompetenz ist dabei nicht als individueller Kompetenzgewinn im normativen Sinne zu verstehen, sondern als relational produzierter Effekt institutioneller Entlastung. Diese Befunde stehen in enger Übereinstimmung mit erweiterten Health Literacy Konzepten, die Gesundheitskompetenz als Zusammenspiel individueller Fähigkeiten und institutioneller Anforderungen begreifen (Abel & Sommerhalder, 2015, S. 923), indem die sozialen und kognitiven Verarbeitungsprozesse maßgeblich von der Qualität, Komplexität und Zugänglichkeit der bereitgestellten Information abhängt (Sørensen, 2012, S. 9).

Gleichzeitig verweist diese Stärke von *FEM Med* auf ein strukturelles Problem: Die Wirksamkeit eines solchen Angebots macht sichtbar, dass das gesundheitliche Regelsystem selbst nicht niederschwellig organisiert ist. Die Notwendigkeit externer Navigations- und Vermittlungsinstanzen ist damit weniger Ausdruck individueller Defizite als vielmehr ein Indikator institutioneller Exklusionslogiken. Aus Kronauers (2010, S. 46; 2020, S. 31) exklusionstheoretischer Perspektive lässt sich *FEM Med* als Ort beschreiben, an dem Partizipations- und Interdependenzverhältnisse temporär stabilisiert werden – ohne jedoch die zugrunde liegenden strukturellen Bedingungen aufheben zu können. Gesellschaftliche Zugehörigkeit realisiert sich wesentlich über institutionell vermittelte Teilhabemöglichkeiten, deren Maßstäbe sozial und kulturell geprägt und historisch wandelbar sind. Insbesondere staatliche Institutionen tragen dabei Verantwortung für die Öffnung von Chancenräumen und die Absicherung sozialer Risiken. Wo Exklusionsdynamiken sichtbar werden, verweist dies somit nicht allein auf individuelle Benachteiligung, sondern auf ein mögliches Funktionsdefizit institutioneller Arrangements im Sinne unzureichend gewährleisteter Partizipation (Kronauer, 2010, S. 46). Daraus ergibt sich auch für das Gesundheitssystem eine zentrale Verantwortung für die Sicherstellung gesellschaftlicher Teilhabe.

Für zukünftige Forschung ergeben sich daraus mehrere Anschlussfragen. Erstens erscheint eine vergleichende Analyse unterschiedlicher gesundheitsbezogener Beratungs- und Unterstützungsangebote sinnvoll, um die Reichweite und Übertragbarkeit der hier rekonstruierten Funktionen zu prüfen. Zweitens wäre eine systematische Einbeziehung institutioneller Akteur:innen des Gesundheitssystems – etwa Ärzt:innen, Verwaltungsstellen oder Sozialversicherungsträger – geeignet, die wechselseitigen Wahrnehmungs- und Erwartungsstrukturen weiter zu erhellen. Drittens legen die Ergebnisse nahe, Erschöpfung nicht nur als gesundheitliches Symptom, sondern als sozialen Prozessindikator exkludierender Arrangements stärker in den Fokus soziologischer Gesundheitsforschung zu rücken.

Abschließend lässt sich festhalten, dass die vorliegende Untersuchung Gesundheit nicht als individuelles Gut, sondern als sozial vermitteltes Möglichkeitsfeld rekonstruiert. Gesundheitliche Versorgung erweist sich dabei als Praxis, in der gesellschaftliche Ungleichheiten nicht nur sichtbar werden, sondern *aktiv reproduziert* oder – punktuell – *unterbrochen* werden. Die Analyse der *individuellen gesundheitlichen Versorgungskarrieren* von *FEM Med*-Klientinnen macht deutlich, dass die Frage nach Gesundheit immer auch eine Frage nach sozialer Teilhabe ist. In diesem Sinne versteht sich die Arbeit als Beitrag zu einer Soziologie der Gesundheit, die Exklusion nicht an den Rändern, sondern im Zentrum institutionell organisierter Normalität verortet.

7. Bibliografie

- Abel, Thomas & Sommerhalder, Kathrin (2015). Gesundheitskompetenz/Health Literacy: Das Konzept und seine Operationalisierung. *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz*, 58(9), S. 923–929. <https://doi.org/10.1007/s00103-015-2198-2>
- Antidiskriminierungsstelle des Bundes (2022). Allgemeines Gleichbehandlungsgesetz (AGG): *Das Gesetz gegen Diskriminierung*. Abgerufen am 23. Jänner 2026 von https://www.antidiskriminierungsstelle.de/SharedDocs/downloads/DE/publikationen/AGG/agg_gleichbehandlungsgesetz.pdf?__blob=publicationFile
- Antonovsky, Aaron (1997). *Salutogenese. Zur Entmystifizierung von Gesundheit*. Tübingen: dgvt.
- Arnstein, Sherry R. (2019). A Ladder of Citizen Participation. *Journal of the American Planning Association*, 85(1), S. 24–34. <https://doi.org/10.1080/01944363.2018.1559388>
- Atkinson, Anthony B. (1998). Social Exclusion, Poverty and Unemployment. In A. B. Atkinson & J. Hill (Hrsg.), *Exclusion, Employment and Opportunity*, Center for Analysis of Social Exclusion. *London School of Economics*. CASEpaper 4, S. 1-20.
- Babitsch, Birgit; Götz, Nina-Alexandra & Zeitler, Julia (2020) Gender und Gesundheit. In ebd. (Hrsg.), *Handbuch Gesundheitssoziologie*, (S. 215-229). Springer Fachmedien Wiesbaden: Imprint: Springer VS.
- Blumer, Herbert (1973). Der methodologische Standort des Symbolischen Interaktionismus. In Arbeitsgruppe Bielefelder Soziologen, *Alltagswissen, Interaktion und gesellschaftliche Wirklichkeit*. Band I, (S. 80-146). Reinbeck bei Hamburg.
- BMSGPK (2024). *Sozialbericht 2024. Band II: Sozialpolitische Analysen*. Wien: Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz. Abgerufen am 8. Februar 2026 von https://www.sozialministerium.at/dam/jcr:5c52548c-54ab-413e-aec2-f48500c32a83/BMSGPK_Sozialbericht2024_Band-II_pdfUA.pdf
- Bohnsack, Ralf (2021). *Rekonstruktive Sozialforschung. Einführung in die Methodologie und Praxis qualitativer Forschung* (10. überarb. Aufl.). Opladen: UTB.
- Bourdieu, Pierre (1982). *Die feinen Unterschiede*. Frankfurt a.M.: Suhrkamp.
- Bourdieu, Pierre; Passeron, Jean-Claude (1971). *Die Illusion der Chancengleichheit: Untersuchungen zur Soziologie des Bildungswesens am Beispiel Frankreichs* (1. Aufl.). Stuttgart: Klett.
- Braudel, Fernand (1990). *Sozialgeschichte des 15.-18. Jahrhunderts. Der Handel*. München.
- Bryant, Antony & Charmaz, Kathy C. (2007). *The SAGE Handbook of Grounded Theory*. 1. publ. London: SAGE Publ. <https://doi.org/10.4135/9781848607941>
- Castel, Robert (1991). De l'indigence à l'exclusion, la désaffiliation. Précarité du travail et vulnérabilité relationnelle. In J. Danzelot (Hrsg.), *Face à l'exclusion. Le modèle français*, (S. 137-168). Paris.
- Castel, Robert (1996). Nicht Exklusion, sondern Desaffiliation. Ein Gespräch mit François Ewald. *Das Argument* 217, S. 775-780.
- Charmaz, Kathy (2000). Grounded theory: Objectivist and constructivist methods. In *The Handbook of Qualitative Research*, Edited by N. K. Denzin and Y. Lincoln. Thousand Oaks, CA: SAGE Publ.

- Charmaz, Kathy (2006). *Constructing Grounded Theory. A Practical Guide Through Qualitative Analysis*. Los Angeles [u.a.]: SAGE Publ.
- Charmaz, Kathy (2008). Constructionism and the Grounded Theory Method. In J.A. Holstein & J.F. Gubrium, *Handbook of constructionist research*, First Edition, (S. 397-412). Guilford Press.
- Charmaz, Kathy (2024). *Constructing Grounded Theory*, Third Edition. London: SAGE Publ.
- Gans, Herbert (1993). From „Underclass“ to „Undercaste“: Some Observations About the Future of the Postindustrial Economy and its Mayor Victims. *International Journal of Urban and Regional Research*, 17(3), S. 327-335. Oxford, Cambridge.
- Geremek, Bronislaw (1991). *Geschichte der Armut*. München.
- Gesundheit Österreich. 2016. *Öffentliche Ausgaben für Gesundheitsförderung und Prävention in Österreich*. Wien, Bundesministerium für Gesundheit. Abgerufen am 25. Dezember 2025 von https://www.sozialministerium.gv.at/dam/jcr:c2580eac-a0fb-4a4d-9e53-c2caf71e57b8/ausgaben_gf_und_praev.pdf
- Glaser, Barney G. & Strauss, Anselm (1965). *Awareness of Dying*. Chicago: Aldine.
- Glaser, Barney G. & Strauss, Anselm L. (1967 [1998]). *The discovery of the grounded theory: Strategies for qualitative research*. New York: Aldine de Gruyter.
- Glaser, Barney G. in Zusammenarbeit mit Judith Holton (2004 [1995]). Remodeling grounded theory. *Forum Qualitative Sozialforschung/Forum: Qualitative Social Research*, 5(2), Art. 4. <http://nbn-resolving.de/urn:nbn:de:0114-fqs040245>
- Goffman, Erving (1961). *Asylums. Essays on the social situation of mental patients and other inmates*, (1st publ.). New York [u.a.]: Anchor Books, Doubleday & Co.
- Griebler, Robert; Winkler, Petra; Delcour, Jennifer; Antosik, Jennifer; Leuprecht, Eva; Nowotny, Monika; Schmutterer, Irene; Sax, Gabriele; Juraszovich, Brigitte; Pochobradsky, Elisabeth & Kucera, Sabrina (2023). *Österreichischer Gesundheitsbericht 2022* (Hrsg.), Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (BMSGPK). Wien.
- Gubrium, Jaber F. & Holstein James A. (1997). *The new language of qualitative method*. New York: Oxford University Press.
- Hehlmann, Thomas, Schmidt-Semisch, Henning, Schorb, Friedrich (2018). *Soziologie der Gesundheit*. München: UVK Verlag.
- Huster, Ernst-Ulrich & Boeckh, Jürgen (2024). *Handbuch Armut und soziale Ausgrenzung* (4. Aufl.). Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden.
- Hradil, Stefan (2001). *Soziale Ungleichheit in Deutschland* (8. Auflage). Opladen: Leske + Budrich.
- Klimont, Jeannette & Prammer-Waldhör, Michaela (2020). *Österreichische Gesundheitsbefragung 2019. Hauptergebnisse des Austrian Health Interview Surveys (ATHIS) und methodische Dokumentation*. Hrsg. Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (BMSGPK). Wien. Abgerufen am 13. Februar 2025 von https://www.sozialministerium.at/dam/jcr:f76243a6-e3e9-451a-8e34-2f61942e1f51/Publication_ATHIS_Analyse_barrfrei_20201120.pdf
- Krajic, Karl; Dietscher, Christina & Pelikan, Jürgen (2020). Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention – soziologisch beobachtet. In P. Kriwy & M. Jungbauer-Gans (Hrsg.),

- Handbuch Gesundheitssoziologie*, (S. 137-163). Springer Fachmedien Wiesbaden: Imprint: Springer VS.
- Kreckel, Reinhard (1992). *Politische Soziologie der sozialen Ungleichheit*. Frankfurt am Main.
- Kriwy, Peter & Jungbauer-Gans, Monika (2020). Ein soziologisches Konzept von Gesundheit: eine Einführung. In ebd. (Hrsg.), *Handbuch Gesundheitssoziologie*, (S. 3-11). Springer Fachmedien Wiesbaden: Imprint: Springer VS.
- Kronauer, Martin (2010). *Exklusion. Die Gefährdung des Sozialen im hochentwickelten Kapitalismus* (2., akt. und erw. Aufl.). Frankfurt a.M.: Campus Verlag.
- Kronauer, Martin (2020). *Kritik der auseinanderdriftenden Gesellschaft*. Frankfurt a. M.: Campus Verlag.
- Lampert, Thomas; Hoebel, Jens; Kuntz, Benjamin & Waldhauer, Julia (2022). Soziale Ungleichheit und Gesundheit. In R. Haring (Hrsg.), *Gesundheitswissenschaften* (2. Aufl.), (S. 159-168). Rostock: Springer Reference Pflege – Therapie – Gesundheit. https://doi.org/10.1007/978-3662-65219-0_14
- Lenski, Gerhard (1977). *Macht und Privileg. Eine Theorie der sozialen Schichtung*. Frankfurt am Main.
- Lessmann, Ortrud (2007). Konzeption und Erfassung von Armut: Vergleich des Lebenslage-Ansatzes mit Sens „Capability“-Ansatz. In *Volkswirtschaftliche Schriften, Band Heft 552*. Berlin: Duncker & Humblot.
- Loss, Julika & Lindacher, Verena (2023). Gesundheitsförderung: Idee, Konzepte und Vorgehensweisen. In M. Richter & K. Hurrelmann (Hrsg.), *Soziologie von Gesundheit und Krankheit* (2. Auflage), (S. 503-518). Springer Fachmedien Wiesbaden.
- Marx, Karl (1972 [1852]). Der achtzehnte Brumaire des Louis Bonaparte. In *Karl Marx und Friedrich Engels – Werke, Band 8* (S. 115-123). Berlin/DDR: Dietz.
- Mey, Günter & Mruck, Katja (2011). *Grounded Theory Reader* (2. akt. und erw. Ausg.). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften. https://doi.org/10.1007/978-3-531-93318-4_9
- Mielck, Andreas (2005). *Soziale Ungleichheit und Gesundheit. Einführung in die aktuelle Diskussion*. Bern: Verlag Hans Huber.
- Mittelmark, Maurice B.; Shifra, Sagy; Eriksson, Monica; Bauer, Georg; Pelikan, Jürgen; Lindström, Bengt & Espnes, Geir Arild (2017). *The handbook of salutogenesis* (1st ed.). Cham: Springer. <https://doi.org/10.1007/978-3-319-04600-6>
- Nutbeam, Don (2008). The evolving concept of health literacy. *Social Science & Medicine*, 67(12), S. 2072-2078. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2008.09.050>
- Oevermann, Uwe (2003). Brauchen wir noch eine gesetzliche Schulpflicht und welches wären die Vorzüge ihrer Abschaffung? *Pädagogische Korrespondenz*, 30, S. 54-70.
- Petzold, Theodor Dierk & Bahrs, Ottomar (2020). Beiträge der Salutogenese zu Forschung, Theorie und Professionsentwicklung im Gesundheitswesen. In P. Kriwy & M. Jungbauer-Gans, *Handbuch Gesundheitssoziologie* (S. 89-112). Wiesbaden: Springer VS.
- Paugam, Serge (1996). La constitution d'un paradigme. In ebd. (Hrsg.), *L'exclusion, l'état des savoirs* (S. 7-19). Paris.

- Paugam, Serge (1998). Poverty and Social Exclusion: A Sociological View. In M. Rhodes & Y. Mény (Hrsg.), *The Future of European Welfare. A New Social Contract?* (S. 7-19). London, New York.
- Przyborski, Aglaja & Wohlrab-Sahr, Monika (2021) *Qualitative Sozialforschung: Ein Arbeitsbuch* (5., überarb. und erw. Aufl.). Berlin Boston: De Gruyter Oldenbourg.
- Richter, Matthias (2005). *Gesundheit und Gesundheitsverhalten im Jugendalter. Der Einfluss sozialer Ungleichheit*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Richter, Matthias & Hurrelmann, Klaus (2007). Warum die gesellschaftlichen Verhältnisse krank machen. *Aus Politik und Zeitgeschichte*, 42, S. 3-10.
- Richter, Matthias & Hurrelmann, Klaus (2009). Gesundheitliche Ungleichheit: Ausgangsfragen und Herausforderungen. In ebd., *Gesundheitliche Ungleichheit: Grundlagen, Probleme, Perspektiven* (2. akt. Aufl.), (S. 13-35). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Richter, Rudolf (2016). *Soziologische Paradigmen. Eine Einführung in klassische und moderne Konzepte* (2. Aufl.). Wien: Facultas Verlags- und Buchhandels AG.
- Schott, Thomas & Kuntz, Benjamin (2011). Sozialepidemiologie: Über die Wechselwirkungen von Gesundheit und Gesellschaft. In T. Schott & C. Hornberg, *Die Gesellschaft und ihre Gesundheit. 20 Jahre Public Health in Deutschland: Bilanz und Ausblick einer Wissenschaft* (S. 159-170). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Schütz, Alfred (1971). Wissenschaftliche Interpretation und Alltagsverständnis menschlichen Handelns. In A. Schütz (Hrsg.), *Gesammelte Aufsätze, Bd. I, Das Problem der sozialen Wirklichkeit* (S. 3-54). Den Haag: Martinus Nijhoff.
- Siegrist, Johannes & Marmot, Michael (2008). Einleitung. In ebd. (Hrsg.), *Soziale Ungleichheit und Gesundheit: Erklärungsansätze und gesundheitspolitische Folgerungen* (S. 15-44). Bern: Verlag Hans Huber.
- Silver, Hilary (1994). Social Exclusion and Social Solidarity: Three Paradigms. *International Institute for Labour Studies, Discussion Papers* 69. Genf.
- Simmel, Georg (1983). *Soziologie. Untersuchungen über die Formen der Vergesellschaftung*. Berlin.
- Sørensen, Kristine; Van den Broucke, Stephan; Fullam, James; Doyle, Gerardine; Pelikan, Jürgen; Slonska, Zofia & Brand, Helmut (2012). Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health*, 12(1), S. 1–13. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-12-80>
- Sperlich, Stefanie (2023). Handlungsorientierte Perspektiven auf Gesundheit und Krankheit. In M. Richter & K. Hurrelmann (Hrsg.), *Soziologie von Gesundheit und Krankheit* (2. Auflage), (S. 43-58). Springer Fachmedien Wiesbaden.
- Statistik Austria (2021). *Sterbetafel 2018 sowie Gesundheitsbefragung 2019*. Erstellt am 11.06.2021. Abgerufen am 4. Mai 2025 von <https://www.statistik.at/statistiken/bevoelkerung-und-soziales/gesundheit/gesundheitszustand/lebenserwartung-in-gesundheit>
- Statistik Austria (2022). *Armut*. Abgerufen am 8. Februar 2026 von <https://www.statistik.at/statistiken/bevoelkerung-und-soziales/einkommen-und-soziale-lage/armut>
- Statistik Austria (2024). *Gender-Statistik. Armuts- oder Ausgrenzungsgefährdung*. Abgerufen am 8. Februar 2026 von

https://www.statistik.at/fileadmin/pages/364/Infotext_GenderStatistik_Armuts_und_Ausgrenzungsgesgefahrdung.pdf

- Sting, Stephan (2008). Gesundheitliche Ungleichheit. Zum Zusammenhang von Armutsgefährdung, soziale Benachteiligung und Gesundheit. In G. Knapp & H. Pichler (Hrsg.), *Armut, Gesellschaft und Soziale Arbeit. Perspektiven gegen Armut und soziale Ausgrenzung in Österreich* (S. 419-439). Klagenfurt/ Celovec. Hermagoras/ Mohorjeva.
- Strauss, Anselm L. & Corbin, Juliet (1990). *Basics of qualitative research: Grounded theory procedures and techniques*. Newbury Park, CA: SAGE Publ.
- Strauss, Anselm L. & Corbin, Juliet (1996). *Grounded Theory: Grundlagen Qualitativer Sozialforschung* (Unveränd. Nachdr.). Weinheim: Beltz, Psychologie-Verl.-Union.
- Titscher, Stefan; Meyer, Michael; Wodak & Ruth; Vetter, Eva (2000). *Methods of text and discourse analysis. In search of meaning*. London: SAGE Publ.
- Uexküll, Thure von & Wesiack, Wolfgang (1991). *Theorie der Humanmedizin*. München: Urban und Schwarzenberg.
- United Nations (o.J.). *Goal 3: Ensure healthy lives and promote well-being for all at all stages*. Abgerufen am 25. Dezember 2025 von <https://www.un.org/sustainabledevelopment/health/>
- Wacquant, Loïc J. D. (1996). The Rise of Advanced Marginality. Notes on Its Nature and Implications. *Acta Sociologica*, 39 (Jg.), S. 121-139. <https://doi.org/10.1177/000169939603900201>
- Weber, Max (1972). *Wirtschaft und Gesellschaft. Grundriss der verstehenden Soziologie*. Tübingen: Mohr.
- Williams, Sion & Keady, John (2012). Centre stage diagrams: a new method to develop constructivist grounded theory – late-stage Parkinson’s disease as a case exemplar. *Qualitative Research: QR*, 12(2), S. 218–238. <https://doi.org/10.1177/1468794111422034>
- Wilson, Thomas P. (1973). Theorien der Interaktion und Modelle soziologischer Erklärung. In Arbeitsgruppe Bielefelder Soziologen (Hrsg.), *Alltagswissen, Interaktion und gesellschaftliche Wirklichkeit* (S. 54-79). Wiesbaden: Springer Fachmedien.
- Wilson, William Julius (1996). *When Work Disappears. The World of the New Urban Poor*. New York.
- Winker, Gabriele & Degele, Nina (2015). *Intersektionalität: Zur Analyse sozialer Ungleichheiten* (2. Aufl.). Transcript Verlag.
- Witzel, Andreas (1985). *Das problemzentrierte Interview*. Weinheim: Beltz.
- Witzel, Andreas (2000). Das problemzentrierte Interview [25 Absätze]. *Forum Qualitative Sozialforschung / Forum: Qualitative Social Research*, 1(1), Art. 22. <http://nbn-resolving.de/urn:nbn:de:0114-fqs0001228>.
- Witzel, Andreas & Reiter, Herwig (2022). *Das problemzentrierte Interview – eine praxisorientierte Einführung*. Weinheim Basel: Beltz Juventa.
- World Health Organization (1986). *Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung, 1986*, Regionalbüro für Europa (Deutsche Fassung). Abgerufen am 25. Dezember 2025 von <https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/a34c4f31-f35b-45a4-ad8f-9c1f7c169232/content>
- World Health Organization (2021 [1998]). *Health Promotion Glossary of Terms 2021*. Geneva: World Health Organization (WHO). Licence: CC BY-NC-SA 3.0IGO. (Abgerufen am 24. Dezember

2025 von <https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/96da8799-4938-4d66-b171-04770ed4b243/content>

Zartler, Ulrike; Beham, Martina; Kromer, Ingrid; Leitgöb, Heinz; Weber, Christoph & Friedl, Petra (2011). *Alleinerziehende in Österreich: Lebensbedingungen und Armutsrisiken, Studie in Kooperation zwischen den Instituten für Soziologie der Universität Wien und der Universität Linz im Auftrag des BMASK* (1. Aufl.). Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz.

8. Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Der sozioökonomische Status (SES) nach Andreas Mielck (2005, S. 8)	11
Abbildung 2: „Erklärungsmodell des Zusammenhangs von sozialer Ungleichheit und Gesundheit“ (Mielck, 2000, 2005, zitiert nach Schott & Kuntz, 2011, S. 165).....	12
Abbildung 3: „Health Literacy Modell“ (Sørensen et al., 2012, S. 9).....	19
Abbildung 4: „Eight rungs on a ladder of citizen participation" nach Sherry R. Arnstein (2019, S. 26)	22
Abbildung 5: „Sterbetafel 2018 sowie Gesundheitsbefragung 2019. Erstellt am 11.06.2021“ (Statistik Austria, 2021).....	27
Abbildung 6: „Prävalenz mindestens einer chronischen Krankheit 2019 nach Bildung, Alter und Geschlecht (altersstandardisierte Prozentwerte)“ (Statistik Austria, 2019, zitiert nach Klimont & Prammer-Waldhör, 2020, S. 57)	29
Abbildung 7: „Verknüpfung von Agency und Struktur mittels des Habituskonzepts in einem handlungstheoretischen Erklärungsrahmen gesundheitlicher Ungleichheit" (Sperlich, 2023, S. 52) .	47

9. Nutzung von KI-Tools

Für die Verfassung der vorliegenden Masterarbeit wurden die KI-gestützte Sprachmodelle ChatGPT-5.4 (OpenAI, Version 1.2026.048) und DeepL als unterstützende Hilfsmittel eingesetzt. Sie dienten vor allem der Korrektur von Rechtschreibung, Strukturierung einzelner Textabschnitte, der Generierung von Synonymvorschlägen sowie der Übersetzung von englischen Texten ins Deutsche. Dabei wurde ein datenschutzkonformer Umgang mit persönlichen Inhalten aus den Interviews eingehalten. Die künstliche Intelligenz fungierte lediglich als ergänzendes Tool zu Korrekturvorschlägen und hat weder die wissenschaftliche Arbeit noch die erforderlichen Fertigkeiten ersetzt. Alle Ergebnisse wurden nach der Generierung von der Autorin kritisch geprüft und inhaltlich validiert.

10. Abstract (dt.)

Die vorliegende Untersuchung beschäftigt sich mit der Sichtbarmachung gesundheitlicher Chancenungleichheiten von Frauen, innerhalb der institutionellen Versorgungsstrukturen des Wiener Gesundheitssystems. Die Studie basiert auf der Analyse der Erfahrungen von Frauen mit niedrigem sozioökonomischem Status, konkret der Klientinnen des *Frauengesundheitszentrums FEM Med* in Wien. Ziel der Untersuchung ist die Rekonstruktion individueller gesundheitlicher Versorgungskarrieren der Klientinnen, die mittels problemzentrierter Interviews erhoben wurden. Dabei werden Versorgungskarrieren als institutionell gerahmte, biografisch wirksame Sequenzen verstanden, in denen sich Teilhabemöglichkeiten, Anerkennungsverhältnisse und Selbstdeutungen unter Bedingungen struktureller Ungleichheit über die Zeit transformieren.

Konkret untersucht die Studie das subjektive Erleben der Klientinnen bei der Suche nach geeigneten Gesundheitsleistungen sowie die Rolle der Beratungsleistungen von *FEM Med* für die Navigation im Versorgungssystem und die Bewältigung institutioneller Barrieren.

Für die theoretische Einordnung der Alltagserfahrungen der Klientinnen wird Martin Kronauers Mehrebenenmodell sozialer Exklusion herangezogen, das strukturelle und institutionelle Ausschlussmechanismen erfasst. Gesundheit wird als gesellschaftlich hochrangiges, jedoch ungleich verteiltes Gut verstanden, dessen Zugänglichkeit und Qualität durch soziale Determinanten geprägt ist. Frauen mit niedrigem sozioökonomischem Status sind erhöhten Gesundheitsrisiken ausgesetzt, leben häufiger über längere Zeit in schlechter Gesundheit und erfahren dadurch Ausschlussmechanismen im Zugang zu gesundheitlicher Versorgung. Diese Arbeit leistet damit einen empirisch fundierten Beitrag zur Ungleichheits- und Gesundheitsforschung, indem sie mikrosoziologische Erfahrungsdimensionen mit makrostrukturellen Rahmenbedingungen des Gesundheitssystems in Beziehung setzt und auf die Notwendigkeit hinweist, strukturelle Ausschlussmechanismen im Zugang zu gesundheitlicher Versorgung abzubauen. Zur analytischen Verdichtung der Befunde wurde auf Grundlage der konstruktivistischen Grounded Theory nach Kathy Charmaz ein zweiachsiges Modell entwickelt, das gesundheitliche Versorgung als Spannungsfeld zwischen individualisierter Versorgungsbewältigung und institutioneller Versorgungsabsicherung konzeptualisiert.

Die Analyse zeigt, dass *FEM Med* als kompensatorische Infrastruktur fungiert, die institutionelle Fragmentierung teilweise abfedert und Handlungsmöglichkeiten der Frauen erweitert. Trotz dessen sind die gesundheitlichen Versorgungskarrieren der untersuchten Frauen durch multiple, überlagernde Barrieren geprägt: institutionelle Fragmentierung, administrative Intransparenz, finanzielle Einschränkungen, sprachliche Hürden sowie Erfahrungen mangelnder Anerkennung im Kontakt mit Gesundheitsakteur:innen. Diese Mechanismen reproduzieren gesundheitliche Ungleichheit, erzeugen Wissens- und Vertrauensasymmetrien und erschweren die Navigation im Versorgungssystem nachhaltig.

11. Abstract (engl.)

Focusing on the institutional structures of the Viennese healthcare system, this study examines visibility of health inequalities among women. The analysis is based on experiences of women with a low socioeconomic status, specifically clients of the women's health center *FEM Med* in Vienna. The central aim of the study is to reconstruct the women's individual healthcare trajectories based on problem-centered interviews. Health care trajectories are conceptualized as institutionally mediated and biographically consequential sequences through which opportunities for participation, relations of recognition, and processes of self-interpretation are reconfigured over time under conditions of structural inequality.

Particular attention is paid to the clients' subjective experiences in their search for appropriate healthcare services and to the role of *FEM Med*'s counselling services in facilitating navigation within the healthcare system and in coping with institutional barriers.

To situate the empirical findings theoretically, the study draws on Martin Kronauer's multi-level model of social exclusion, which conceptualizes exclusion as a processual restriction of participation produced through the interplay of structural and institutional arrangements. Within this perspective, health is understood as a socially highly valued yet unequally distributed good whose accessibility and quality are fundamentally shaped by social determinants. Consequently, women with a low socioeconomic status are disproportionately exposed to health risks, experience longer periods of illness, and encounter exclusionary mechanisms in accessing healthcare services. Against this backdrop, the study contributes to research on social inequality and health by linking micro-sociological experiential dynamics with the macro-structural organization of healthcare provision and by highlighting structural conditions under which access to care becomes selectively restricted. To analytically condense the empirical material, a two-dimensional model was developed following Kathy Charmaz's constructivist grounded theory approach, conceptualizing healthcare provision as a field of tension between individualized coping with healthcare demands and institutional forms of healthcare support.

The empirical findings further indicate that *FEM Med* operates as a compensatory infrastructure that partially alleviates institutional fragmentation and expands the women's scope for action. At the same time, the healthcare trajectories reconstructed in the study are shaped by multiple, overlapping barriers, including institutional fragmentation, administrative intransparency, financial constraints, language barriers, and experience of insufficient recognition in interactions with healthcare professionals. Collectively, these mechanisms reproduce health inequalities, generate asymmetries of knowledge and trust, and substantially hinder effective navigation within the healthcare system.