



universität  
wien

# MASTERARBEIT

Titel der Masterarbeit

Kategorien von „Deservingness“ und ihre  
Auswirkungen auf die Behandlung von PatientInnen in  
einer karitativen Krankenhausambulanz

Eine kultur- und sozialanthropologische Studie

Verfasserin

Katharina Schaur, B.A.

angestrebter akademischer Grad

Master of Arts (M.A.)

Wien, 2015

Studienkennzahl lt. Studienblatt: A 066 810

Studienrichtung lt. Studienblatt: Masterstudium Kultur- und Sozialanthropologie

Betreuerin / Betreuer: Univ.-Prof. Mag. Dr. Bernhard Hadolt, MSc



# Danksagung

Diese Masterarbeit war eine längere Reise und ich bin entlang des Weges von vielen Menschen unterstützt worden.

Ich bedanke mich bei Jürgen Wallner (Leiter Personalmanagement, Organisationsentwicklung, Ethikberatung), bei der gesamten Leitung, und nicht zuletzt, bei allen MitarbeiterInnen des Krankenhauses der Barmherzigen Brüder, insbesondere die der Allgemeinen Ambulanz. Sie alle haben meine Forschung erst möglich gemacht.

Bei Bernhard Hadolt bedanke ich mich für die hervorragende Betreuung und Unterstützung, das mehrfache Feedback auf Versionen meiner Arbeit, und die Idee der „Ausschlussdiagnose“. Ich danke Susanne Spülbeck, die mich auf die Idee brachte, in einem Krankenhaus zu forschen, und mich während der Feldforschung weiter unterstützt hat. Thanks also to Eugene Raikhel, for a fantastic one-on-one reading class at the University of Chicago, which allowed me to form some early ideas.

Ich danke Heidi Niederkofler und den TeilnehmerInnen des Masterarbeitscoachings der Frauen\*projekte im Wintersemester 2013/14 für ihre Unterstützung, sowie den LeserInnen verschiedenster Versionen der Arbeit: Peter Robič, Georg Gappmayer, Christine Schaur-Waslmayr, Igor Eberhard, den TeilnehmerInnen seiner Lehrveranstaltung „Schreibwerkstatt“, und hier insbesondere Katharina Flicker und Josef Wukovits.

Florian Hahn hat mich auf mehr als nur eine Weise unterstützt. Hier sei ihm für sein stetiges Feedback auf meine Gedankengänge und auf die endgültige Arbeit gedankt.

Zuletzt möchte ich noch meinen Eltern danken, die mich während meines gesamten Bachelor- und Masterstudiums unterstützt haben.



# Inhaltsverzeichnis

|                                                                                                         |           |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| <b>1. Einleitung .....</b>                                                                              | <b>9</b>  |
| <br><b>I. METHODEN UND KONTEXT .....</b>                                                                | <b>15</b> |
| <br><b>2. Methoden und Forschungsdesign .....</b>                                                       | <b>15</b> |
| 2.1. „Hospital Ethnography“: Das Krankenhaus als Forschungsfeld der Medical Anthropology .....          | 15        |
| 2.2. Forschungsmethode teilnehmende Beobachtung .....                                                   | 17        |
| 2.3. Forschungsmethode qualitative Interviews .....                                                     | 19        |
| 2.4. Rollenfindung und Position .....                                                                   | 21        |
| 2.5. Rapport und Missverständnisse .....                                                                | 24        |
| 2.6. Datenverarbeitungs- und Analysemethoden .....                                                      | 26        |
| 2.7. Anonymisierung .....                                                                               | 27        |
| <br><b>3. Die Versorgung von Nichtversicherten im österreichischen Gesundheitssystem. 29</b>            |           |
| 3.1. Überblick über das österreichische Gesundheitssystem.....                                          | 29        |
| 3.2. Nichtversicherte im österreichischen Gesundheitssystem: Rechtliche Situation und Hintergründe..... | 33        |
| 3.3. Probleme von Nichtversicherten und Barrieren des österreichischen Gesundheitssystems .....         | 37        |
| 3.4. „Social Illegitimacy“ im österreichischen Gesundheitssystem.....                                   | 42        |
| <br><b>4. „Humanitarianism“ oder „Caritas“? Geschichte und Ethik der Barmherzigen Brüder .....</b>      | <b>45</b> |
| 4.1. Geschichte des Ordens und des Wiener Konventkrankenhauses.....                                     | 46        |
| 4.2. „Humanitarianism“ und „Barmherzigkeit“: gemeinsame Ursprünge und Divergenzen .....                 | 54        |
| 4.3. „Neue Hospitalität“: Überlegungen zu MitarbeiterInnen und Nichtversicherten .....                  | 60        |

|                                                                                                                              |            |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|
| <b>II. EMPIRISCHE FORSCHUNG .....</b>                                                                                        | <b>63</b>  |
| <b>5. Kategorienschaffung als Praxis im Ambulanzalltag .....</b>                                                             | <b>63</b>  |
| 5.1. Gemeinsames Sinnmachen von MitarbeiterInnen .....                                                                       | 66         |
| 5.2. Kategorisieren von PatientInnen als Form des Sinnmachens .....                                                          | 69         |
| 5.3. Kategorien von PatientInnen: Medizinische und soziale Dimensionen und die<br>Verknüpfung mit „Deservingness“ .....      | 72         |
| <b>6. Die soziale Dimension: Auftreten, Verhalten, Herkunft und Armut als Indikator<br/>für „Deservingness“ .....</b>        | <b>77</b>  |
| 6.1. Vier Gruppen von Kategorien in der sozialen Dimension .....                                                             | 79         |
| 6.2. Fallbeispiel Herr P.: Sanktionen für „falsches“ Verhalten .....                                                         | 82         |
| 6.3. Fallbeispiel Frau S.: Überschneidung von sozialer Dimension und „Deservingness“<br>und Verknüpfung mit Ressourcen ..... | 83         |
| <b>7. Die medizinische Dimension: Symptome als Indikator für „Deservingness“ .....</b>                                       | <b>91</b>  |
| 7.1. Vier Gruppen von Kategorien in der medizinischen Dimension .....                                                        | 92         |
| 7.2. Identifikation der Kategorie „Notfall“ .....                                                                            | 94         |
| 7.3. Fallbeispiel Frau N.: „Lappalien“ als Grund, versicherte PatientInnen<br>wegzuschicken .....                            | 96         |
| 7.4. Fallbeispiel Herr C.: PatientInnen, die „nichts haben“ .....                                                            | 97         |
| <b>8. Der Zusammenhang von Ressourcen und Diskussionen über „Deservingness“ .</b>                                            | <b>103</b> |
| 8.1. Leitungsentscheidungen als Ursache für Ressourcenmangel .....                                                           | 107        |
| 8.2. Rezente Budgetkürzungen als Hintergrund für Ressourcendiskussionen .....                                                | 112        |
| <b>9. Analyse: Das Zusammenwirken der Dimensionen und die Ausschlussdiagnose</b>                                             | <b>117</b> |
| 9.1. Hospitalität als universale „Deservingness“ und die Skepsis der MitarbeiterInnen..                                      | 119        |
| 9.2. Die Auswirkungen von „Deservingness“-Kategorien auf die Behandlung von<br>nichtversicherten PatientInnen .....          | 120        |
| <b>10. Konklusion .....</b>                                                                                                  | <b>125</b> |
| 10.1. „Deservingness“: Zusammenfassung der Ergebnisse .....                                                                  | 127        |
| 10.2. Auswirkungen von „Deservingness“-Kategorien auf PatientInnen .....                                                     | 128        |
| 10.3. Der Zusammenhang mit Ressourcen .....                                                                                  | 130        |

|                                                                 |            |
|-----------------------------------------------------------------|------------|
| 10.4.Globale Dimensionen: „Humanitarianism“ und „Charity“ ..... | 132        |
| <b>Bibliografie .....</b>                                       | <b>135</b> |
| Literaturverzeichnis .....                                      | 135        |
| 10.5.Internetbeiträge.....                                      | 140        |
| <b>Abbildungs- und Tabellenverzeichnis .....</b>                | <b>143</b> |
| <b>Abstract (Deutsch) .....</b>                                 | <b>145</b> |
| <b>Abstract (English) .....</b>                                 | <b>146</b> |
| <b>Lebenslauf .....</b>                                         | <b>147</b> |





# 1. Einleitung

Im Krankenhaus der Barmherzigen Brüder in Wien erhalten PatientInnen von innerhalb und außerhalb Österreichs ohne Krankenversicherung Gesundheitsversorgung. Basierend auf Feldforschung im Krankenhaus von Oktober bis Dezember 2012 möchte ich in dieser Masterarbeit der Frage nachgehen, wie MitarbeiterInnen die „deservingness“ von PatientInnen anhand von Kategorien festmachen und wie sich diese Kategorisierungen auf die Behandlung von PatientInnen, insbesondere Nichtversicherte, auswirken.

Was bedeutet „deservingness“? In den vergangenen Jahren haben mehrere AnthropologInnen darauf aufmerksam gemacht, dass der Zugang zu Gesundheitsversorgung oft weniger von formalen Ansprüchen („entitlement“) abhängt, als von den moralischen Ansichten von GesundheitsarbeiterInnen, wer diese Versorgung tatsächlich „verdient“ („deservingness“) (Willen 2012b; Marrow 2012; Huschke 2014). Dies umso mehr, wenn es um Bevölkerungsgruppen geht, die keine Ansprüche haben und daher auf die Arbeit von entsprechenden NGOs bzw. religiösen Organisationen wie der Barmherzigen Brüder angewiesen sind (Huschke 2014). Huschke geht davon aus, dass solche humanitäre Versorgung immer konditional ist und „deservingness“-Annahmen daher besonders relevant sind (ebd., 6). Allerdings gibt es bis jetzt nur wenige Studien, die wie Huschke diese theoretischen Annahmen empirisch überprüfen, die zeigen, wie „deservingness“-Annahmen von MitarbeiterInnen als Praxis geschaffen und ausgehandelt werden und welche Auswirkungen, wenn es solche gibt, dies auf die Behandlung von PatientInnen hat.

Auf diese Fragen möchte diese Arbeit Antworten geben. Ich zeige, wie Kategorien von „deservingness“ aus dem Arbeitsalltag in der Ambulanz entstehen. Sie sind verbunden mit dem bürokratischen Phänomen des Einteilens von PatientInnen in Kategorien und den Versuchen von MitarbeiterInnen, Sinn auf der gleichen kollektiven Ebene herzustellen, auf der sie die PatientInnen in ihrem „Ansturm“ erleben. Diese Arbeit zeigt, dass es im Positiven oft schwierig ist, „deservingness“ von PatientInnen festzustellen. MitarbeiterInnen setzen daher, gewissermaßen wie bei einer Ausschlussdiagnose, beim Gegenteil an: Wer hat die Versorgung bestimmt *nicht* verdient? Die nichtversicherten

PatientInnen stellen hierbei eine ambivalente Kategorie dar. Für manche MitarbeiterInnen stellt ihre Versorgung eine Erfüllung des beruflichen Ideals des „Helfens“ dar. Andere stellen die Frage, warum sich die Betroffenen nicht selbst versichern und sehen daher die Gefahr eines „Missbrauchs“ der Ressourcen der Ambulanz durch Nichtversicherte.

Das Fehlen einer Krankenversicherung ist in Österreich, einem Land mit fast universellem Zugang zu Gesundheitsversorgung, nicht gerade ein Mehrheitsthema. Wie ich aus Reaktionen auf mein Masterarbeitsthema geschlossen habe, ist vielen Menschen nicht einmal bewusst, dass es in Österreich Personen ohne Krankenversicherung gibt. Tatsächlich sind nach aktueller Schätzung des Gesundheitsministeriums 99,9% der österreichischen Bevölkerung krankenversichert (wobei hier noch eine unbekannte Zahl von undokumentierten MigrantInnen eingerechnet werden muss; Bundesministerium für Gesundheit, 2013). Das Spektrum der Nichtversicherten reicht von österreichischen StaatsbürgerInnen, die aus verschiedenen Gründen vorübergehend keine Versicherung haben, bis zu besagten undokumentierten MigrantInnen, die auch sonst kaum Rechte haben und am äußersten Rand der Gesellschaft stehen. Diese Arbeit möchte daher auch dazu beitragen, diesem Thema zu mehr Aufmerksamkeit zu verhelfen und aufzuzeigen, welche Probleme diese Bevölkerungsgruppe im Zugang zum Gesundheitssystem hat.

Sie wirft auch ein Schlaglicht auf den Arbeitsalltag in einer österreichischen Krankenhausambulanz. Krankenhausambulanzen waren in den vergangenen Jahren häufig in den medialen Schlagzeilen, weil von bestimmten Seiten – der österreichischen Ärztekammer an vorderster Stelle – eine Überbelastung dieser Zugangspunkte zum Gesundheitssystem beklagt wurde. GesundheitsarbeiterInnen in Ambulanzen können in der Tat dafür bewundert werden, welche Belastungen sie ertragen, wie diese Arbeit zeigen wird. Sie kämpfen mit chronischer Unterbesetzung, Stress, Kommunikationsschwierigkeiten mit PatientInnen und nicht allzu selten, ausfälligen PatientInnen.

Doch die Allgemeine Ambulanz der Barmherzigen Brüder ist mehr als nur eine von vielen österreichischen Krankenhausambulanzen. Sie steht auch nichtversicherten PatientInnen offen, die sich hier gesundheitlich versorgen lassen können, ohne dafür bezahlen zu müssen (URL 1). Die Behandlung aller PatientInnen, egal ob versichert oder nicht, wird

vom Krankenhaus selbst finanziert, da es für (auch) von Spenden finanzierte Träger keine Verträge mit Krankenkassen gibt. Zusätzlich zur ambulanten Versorgung werden nichtversicherte PatientInnen, wenn es erforderlich ist, auch stationär aufgenommen, selbst wenn sie sich diesen Aufenthalt nicht leisten können und ihre Rechnung vielleicht nur teilweise oder gänzlich nicht begleichen können. Diese Ambulanzen, und insbesondere die Allgemeine Ambulanz, auf die sich diese Arbeit vor allem konzentrieren wird, geben damit ein Beispiel für eine karitative Einrichtung, deren ethische Begründung in einem religiösen Selbstverständnis liegt. Diese Arbeit lässt sich in aktuelle Forschungsschwerpunkte der Kultur- und Sozialanthropologie rund um „humanitarianism“ einreihen (Fassin 2012; Redfield/Bornstein 2011; Redfield 2012), ergänzt hier allerdings den Aspekt des Religiösen, denn unter diesem Blickwinkel wurden bisher meist säkulare Varianten von Hilfsprojekten in ihren verschiedensten Variationen erforscht und analysiert. Diese ältere Logik der „Nächstenliebe“ oder, in der Variante der Barmherzigen Brüder, der Hospitalität, ist einerseits die Vorläuferin der säkularen „humanitarian reason“ (Fassin 2012), sie existiert allerdings gleichzeitig mit ihr im Hier und Jetzt, auch wenn dies von den ebenfalls säkularen Sozialwissenschaften gerne ignoriert wird (Cannell 2006).

Die Arbeit macht zudem einen Beitrag zur Anthropologie der Bürokratie. Dieser Ansatz scheint zunächst nicht unbedingt einleuchtend, wenn es um den Gesundheitsbereich geht. Schließlich handelt es hier um handfeste medizinische Tätigkeiten wie das Stellen von Diagnosen, Wundversorgung, das Durchführen von Therapien, etc. Wie lassen sich aber die speziellen Arbeitsbedingungen einer Krankenhausambulanz analysieren und vergleichen? Hier hat Michael Lipsky ein zentrales Werk verfasst, das ich in meiner Arbeit an verschiedenen Stellen diskutieren werde: „Street-level bureaucracy: Dilemmas of the Individual in Public Service“ (1980). Nach Lipsky haben verschiedenste Bereiche, wie Polizei, Schulen, Wohlfahrt, gemeinsame Charakteristika, etwa, dass sie unmittelbar mit KlientInnen (im weitesten Sinne) zu tun haben (ebd., 3). Lipsky nennt sie daher „street-level bureaucracies“, was man auf Deutsch als „Verwaltung mit Parteienverkehr“ übersetzen könnte. Lipsky bietet folgende Definition dieser Apparate:

[Street-level bureaucracies] are the schools, police and welfare departments, lower courts, legal services offices, and other agencies whose workers interact

with and have wide discretion over the dispensation of benefits or the allocation of public sanctions (Lipsky 1980, xi).

Der kritische Blick, den diese Masterarbeit auf Arbeitsbedingungen und daraus entstehenden Praxen wirft, ist nicht als vernichtende Kritik intendiert. Dies ist insbesondere relevant, da eine vollständige Anonymisierung des Unternehmens nicht möglich ist, wie bei ähnlichen Arbeiten sonst oft üblich, denn es gibt nur eine Einrichtung dieser Dimension in Wien und Österreich. Tausenden nichtversicherten Menschen wird jährlich bei den Barmherzigen Brüdern geholfen – würde es sie nicht geben, würden diese Menschen vielfach schlicht ohne Gesundheitsversorgung dastehen. Die Arbeit zeigt einige Dynamiken innerhalb des Hauses auf, welche möglicherweise kritisch zu betrachten sind, aber auch, welche positiven Entwicklungen gestärkt werden könnten.

Nun zu einem kurzen Überblick über die vorliegende Arbeit. Sie besteht aus zwei Teilen: Der erste Teil gibt einen Überblick über verwendete Methoden, den Kontext der Arbeit und eine Diskussion über relevante fachliche Literatur. In Kapitel 2 beschreibe ich die verwendeten Forschungsmethoden (teilnehmende Beobachtung, qualitative Interviews), diskutiere Themen aus der Methodenliteratur der „hospital ethnography“ wie Rollenfindung und gebe einen Einblick in den Ablauf der Datenanalyse. In Kapitel 3 biete ich einen Überblick über das österreichische Gesundheitssystem und erkläre, welche Personen keine Krankenversicherung haben. Im Kapitel werden Barrieren des österreichischen Gesundheitssystems beschrieben, von denen nicht nur Nichtversicherte, sondern breitere Randgruppen der österreichischen Gesellschaft insgesamt betroffen sind. Durch ihre „social illegitimacy“ (Fassin 2004), ihre Ignorierbarkeit in der breiteren Bevölkerung, werden entsprechende Lösungen seit Jahren politisch nicht angegangen. In Kapitel 0 wird die Geschichte des Ordens der Barmherzigen Brüder und des Wiener Krankenhauses nacherzählt. Ich kontextualisiere diese in kultur- und sozialanthropologischen Diskussionen rund um „humanitarianism“. „Hospitalität“ ist die ethisch-religiöse Begründung der karitativen Tätigkeit der Barmherzigen Brüder, die auch viele MitarbeiterInnen teilen – wenn auch nicht immer aus religiösen Begründungen heraus.

Der zweite Teil der Arbeit ist den empirischen Ergebnissen der Forschung gewidmet. Aus dem Analyseprozess erhielt ich zahlreiche Kategorien, in die PatientInnen von

MitarbeiterInnen eingeordnet wurden. Diese Kategorien lassen sich in soziale, medizinische und moralische Dimensionen ordnen. In Kapitel 5 zeige ich, wie das Schaffen von Kategorien als Praxis von MitarbeiterInnen eine Antwort auf den Arbeitsalltag der Ambulanz als „Fließbandbetrieb“ ist. Interaktionen mit PatientInnen sind sehr kurz. Die Bedeutung dieser Interaktionen wird daher von MitarbeiterInnen mithilfe dieser PatientInnenkategorien interpretiert. In Kapitel 1 und 7 widme ich mich anhand von konkreten Fallbeispielen den Kategorien in der sozialen und medizinischen Dimension und zeige, inwiefern an diesen Kategorien moralische Aspekte von „deservingness“ festgemacht werden und wie sich diese im konkreten Fall auf PatientInnen auswirken. In Kapitel 0 fokussiere ich auf ein Thema, das von MitarbeiterInnen immer wieder aufgezeigt wurde, nämlich den Zusammenhang zwischen „deservingness“-Kategorien und der Wahrnehmung von mangelnden Ressourcen aufseiten der MitarbeiterInnen. Viele MitarbeiterInnen sehen eine Notwendigkeit, darüber zu diskutieren, wer die Ressourcen der Ambulanz nicht „verdient“, damit sie nicht „missbraucht“ werden. Ich versuche hier, die Hintergründe dieser Wahrnehmungen von MitarbeiterInnen zu erörtern. Kapitel 9 führt all diese Aspekte zusammen und zeigt, wie sich die verschiedenen Dimensionen von „deservingness“ auf PatientInnen auswirken. Kapitel 10 beinhaltet die Konklusion, die die wesentlichen Ergebnisse und Schlussfolgerungen der Arbeit zusammenfasst.



# I. METHODEN UND KONTEXT

## 2. Methoden und Forschungsdesign

In diesem Kapitel gebe ich einen Überblick über die Forschungsmethoden der vorliegenden Masterarbeit (Abschnitte 2.3. und 2.4.) und relevante Literatur der „hospital ethnography“ in Bezug auf den Forschungsverlauf diskutieren (Abschnitte 2.1., 2.5. und 2.6.) sowie die Analysemethoden und die Vorkehrungen bezüglich Anonymisierung darstellen (Abschnitte 2.7. und 2.8.). Der Feldforschung für die Masterarbeit war ein kleineres Forschungsprojekt für eine Seminararbeit im April 2012 auf der Station A2.2 des Krankenhauses der Barmherzigen Brüder vorangegangen. An insgesamt 12 Tagen wurden teilnehmende Beobachtung und 20 qualitative Interviews mit 16 PflegemitarbeiterInnen und 4 ÄrztInnen der Station durchgeführt. Der universitäre Kontext dieses Projekts war ein organisationsanthropologisches Methodenseminar an der Ludwig-Maximilians-Universität München, Deutschland, unter der Leitung von Susanne Spülbeck. In diesem Seminar reifte die Idee für das vorliegende Forschungsprojekt in der Allgemeinen Ambulanz desselben Krankenhauses.

### 2.1. „Hospital Ethnography“: Das Krankenhaus als Forschungsfeld der Medical Anthropology

Krankenhäuser waren, genauso wie die Biomedizin insgesamt, nicht von Beginn im Fokus sowohl der Medical Anthropology als auch der Kultur- und Sozialanthropologie insgesamt. Historisch gesehen entstand die Medical Anthropology zunächst aus einer Befassung mit den Religionen und Medizinen der „Anderen“, welche entweder der „echten“ Biomedizin gegenübergestellt oder gegenüber der Biomedizin als „traditionelle Medizinen“ erhöht wurden. Wenn etwa der sogenannte „medizinische Pluralismus“ erforscht wurde – ein Konzept, dass PatientInnen verschiedene Medizinsysteme kombinieren – so wurde die Biomedizin immer als dualer Gegensatz zu den anderen, „traditionellen Systemen“ portraitiert und nicht genauer untersucht: „[biomedicine] was usually juxtaposed with traditional healing systems“ (van der Geest/Finkler 2004, 1995). Erst seit Ende der 1980er

Jahre forschte die Medical Anthropology auch die soziokulturellen Aspekte von Medizin und Heilung *im „Westen“* in einem größeren Ausmaß (Hadolt 1998, 315f.). Dadurch wurde deutlich, dass auch die Biomedizin nicht überall gleich ist, sondern erhebliche kulturelle Unterschiede bestehen (ebd.). Von Krankenhäusern wurde ebenfalls angenommen, dass sie überall auf der Welt im Grunde gleich seien (van der Geest/Finkler 2004, 1996) und wenn sie sozialwissenschaftlich erforscht wurden, dann von der Organisationssoziologie (ebd., 1998; Long et al. 2008, 71). Wie im Fall der Biomedizin wurden seither signifikante soziokulturelle Unterschiede zwischen Krankenhäusern festgestellt; allerdings gibt es nach wie vor nicht sehr viele sozialwissenschaftliche Studien über Krankenhäuser, vor allem deswegen, weil der Zugang nicht einfach ist (van der Geest/Finkler 2004, 1996).

Von Long und KollegInnen werden zwei Perspektiven beschrieben, wie Krankenhäuser analytisch erfasst werden können. Die erste Perspektive sieht Krankenhäuser als Orte der „Liminalität“, des Grenzgangs, einer Insel, wo Menschen von der „gesunden“ Außenwelt abgetrennt werden, um gesund zu werden (Long et al. 2008, 73). Die zweite Perspektive sieht Krankenhäuser als einen Ort, an welchem die Kultur der Gesellschaft „außerhalb“ gewissermaßen fokussiert und gespiegelt wird. Van der Geest und Finkler schlagen daher vor, Krankenhäuser als Orte zu sehen, an welchen Kultur und Gesellschaft besonders gut erforscht werden können:

[B]iomedicine, and the hospital as its foremost institution, is a domain where the core values and belief of a culture come into view. [...] [H]ospitals both reflect and reinforce dominant social and cultural processes of a given society. (van der Geest/Finkler 2004, 1996)

Long und KollegInnen betonen, dass Krankenhäuser beide Perspektiven beinhalten und sie daher inhärent mehrdeutig seien (Long et al. 2008, 72). Krankenhäuser können also als inhärent mehrdeutig gesehen werden, und als Orte, in denen sich gesellschaftliche Machtstrukturen zeigen (ebd., 73).

Dass dem so ist, wurde in der Medical Anthropology insbesondere in der Erforschung von Interaktion zwischen ÄrztInnen und PatientInnen gezeigt, wobei meist mit einem Fokus auf Vorstellungen der PatientInnen (z.B. über Krankheit) gearbeitet wurde. Dabei stellte sich heraus, dass diese Interaktionen immer mit einem Machtgefälle in Verbindung



stehen, in dem die Deutungshoheit – etwa in Bezug auf Erklärungsmodelle von Krankheit – eindeutig bei ÄrztInnen liegt. Long und KollegInnen zeigen aber auch auf, dass diese ÄrztInnen-PatientInnen-Interaktion nicht den einzig möglichen Forschungsfokus im Krankenhaus darstellt (Long et al. 2008, 73). Sie rufen dazu auf, andere Forschungsfragen zu stellen, die nicht so sehr auf eine „provokative Analyse“ („confrontational analysis“) aus sind, und stattdessen nuancierte, komplexe Forschung zu betreiben, welche die Biomedizin in der Praxis beleuchtet:

The patient-advocacy stand of these discourses [...] often leaves little space for complexity and nuance, and may demonise medical/clinical staff in its very valid attempt to understand patient/family experience. (Long et al. 2008, 76)

Diesem Ansatz der Integration der Perspektiven der Angestellten und der PatientInnen eines Krankenhauses, sowie dem Krankenhaus als Spiegelbild gesellschaftlicher Machtverhältnisse, werde ich ebenfalls in meiner Masterarbeit folgen. In den nächsten Kapiteln werde ich diese Perspektive mit meiner Forschungsfrage nach dem Zugang zur Gesundheitsversorgung verbinden.

## **2.2. Forschungsmethode teilnehmende Beobachtung**

Diese Arbeit basiert auf Feldforschung im Krankenhaus der Barmherzigen Brüder zwischen Oktober und Dezember 2012. Während der Monate Oktober und November verbrachte ich zwischen drei und sechs Tagen pro Woche im Krankenhaus, um teilnehmende Beobachtung durchzuführen. Die MitarbeiterInnen wurden teilweise vor Beginn der Forschung von der Leitung informiert, zum Teil wurde ich selbst mit meinem Forschungsanliegen vorstellig. Der Zugang wurde von einem Leitungsmitarbeiter ermöglicht, welchen ich bereits durch das wenige Monate davor stattgefundene kleinere Forschungsprojekt für eine Seminararbeit kannte. Die Forschung wurde von der internen Ethikkommission des Krankenhauses der Barmherzigen Brüder genehmigt.

Die Forschungszeit von insgesamt circa 46 Tagen verbrachte ich zum größten Teil in der Allgemeinen Ambulanz, zu jeweils einer Woche in der Urologischen Ambulanz und in der Augenambulanz, zu einem Tag in der Gehörlosenambulanz, sowie zwischendurch zu mehreren Stunden bei den Portieren im Eingangsbereich. Im Dezember reduzierte ich die Zeit im Krankenhaus, und nützte sie dafür, letzte Gespräche und einzelne Interviews mit

PatientInnen zu führen. Die dabei im Haus verbrachten Stunden betrugen meist circa acht Stunden pro Tag. Eine Ausnahme stellen zwei teilgenommene Nachtdienste mit einer Turnusärztin und einer Pflegemitarbeiterin dar, wo die Zeit im Haus circa 13 bzw. 24 Stunden betrug. Ich hatte ursprünglich den Plan verfolgt, sowohl aufseiten von MitarbeiterInnen als auch PatientInnen zu forschen, gab diesen aber rasch auf, als klar wurde, dass dies für die kurze Zeit schlicht ein zu großes Unterfangen darstellte.

Bei den Methoden der teilnehmenden Beobachtung hielt ich mich an die Empfehlungen von Emerson, Fretz und Shaw (2011), welche ich daher kurz erläutern werde. Die teilnehmende Beobachtung führte auch zu vielen informellen Gesprächen zwischen mir und MitarbeiterInnen, die ich in der Arbeit in der Folge als „Gespräche“ kennzeichnen werde. Diese Gespräche, sowie alle anderen Beobachtungen, wurden von mir im Sinne von Emerson, Fretz und Shaw zunächst als „jottings“ (ebd., 21ff.), also als grobe Notizen, aufgezeichnet. In der Methodenliteratur gibt es Diskussionen darüber, ob diese Notizen für die Beobachteten verdeckt oder offen geführt werden sollten (ebd.). Ich entschied mich für einen Zwischenweg: Ich führte immer wieder offen Notizen, um meine Rolle als Beobachterin den MitarbeiterInnen im Bewusstsein zu halten. Dies erfüllte durchaus seinen Zweck, da auch nach mehreren Wochen mein Schreiben von Notizen immer wieder zu Nachfragen zu meinem Forschungsvorhaben und entsprechenden Gesprächen mit den MitarbeiterInnen führte. Wenn es allerdings zwischendurch notwendig war, intensiv Notizen zu führen, hatte ich dies auch teilweise auf einen späteren Zeitpunkt verschoben. In diesem Zusammenhang ist auch die Bedeutung von „head notes“ („Kopfnotizen“) (Emerson/Fretz/Shaw 2011, 51ff.) nicht zu unterschätzen – es ist wichtig, sich Erlebtes einzuprägen, um es später verschriftlichen zu können. Diese systematischere Verschriftlichung, das Schreiben der eigentlichen Feldnotizen, erfolgte dann zu Hause am Computer mithilfe eines Textverarbeitungsprogramms.

Tabelle 1 stellt einen tabellarischen Überblick über die geschriebenen Feldnotizen dar, mit Datum und der Seitenanzahl der geschriebenen Feldnotizen, und der an diesem Tag durchgeführten Interviews. Wie die Tabelle zeigt, legte ich im Oktober den Fokus auf teilnehmende Beobachtung, während ich die Interviews mit MitarbeiterInnen erst im November führte, um erste Erkenntnisse aus der teilnehmenden Beobachtung einfließen lassen zu können. Weiters gab es einige Tage, an welchen ich keine teilnehmende

Beobachtung, sondern lediglich Interviews durchführte (z.B. Interviews 11, 12; Tabelle 2), was insbesondere auf die im Dezember verbrachte Zeit in der Allgemeinen Ambulanz zutrifft.

| #  | Datum            | Seiten | Inter-view | #  | Datum            | Seiten | Inter-view            |
|----|------------------|--------|------------|----|------------------|--------|-----------------------|
| 1  | Mo, 01. 10. 2012 | 6      |            | 19 | Do, 25. 10. 2012 | 6      |                       |
| 2  | Di, 02. 10. 2012 | 4      |            | 20 | Mo, 29. 10. 2012 | 3      | I1                    |
| 3  | Mi, 03. 10. 2012 | 7      |            | 21 | Di, 30. 10. 2012 | 1      |                       |
| 4  | Do, 04. 10. 2012 | 4      |            | 22 | Mi, 31. 10. 2012 | 6      |                       |
| 5  | Fr, 05. 10. 2012 | 7      |            | 23 | Fr, 02. 11. 2012 | 7      |                       |
| 6  | Sa, 06. 10. 2012 | 2      |            | 24 | Mo, 05. 11. 2012 | 3      |                       |
| 7  | Mo, 08. 10. 2012 | 3      |            | 25 | Do, 08. 11. 2012 | 4      |                       |
| 8  | Di, 09. 10. 2012 | 4      |            | 26 | Fr, 09. 11. 2012 | 4      |                       |
| 9  | Mi, 10. 10. 2012 | 2      |            | 27 | Mo, 12. 11. 2012 | 6      | I2                    |
| 10 | Do, 11. 10. 2012 | 2      |            | 28 | Mi, 14. 11. 2012 | 2      | I3, I4                |
| 11 | So, 14. 10. 2012 | 5      |            | 29 | Do, 15. 11. 2012 | 2      | I5                    |
| 12 | Mo, 15. 10. 2012 | 2      |            | 30 | Fr, 16. 11. 2012 | 4      | I6, I7                |
| 13 | Di, 16. 10. 2012 | 2      |            | 31 | Mo, 19. 11. 2012 | 4      | I8                    |
| 14 | Mi, 17. 10. 2012 | 3      |            | 32 | Di, 20. 11. 2012 | 1      | I9, I10, (I11), (I12) |
| 15 | So, 21. 10. 2012 | 4      |            | 33 | Di, 27. 11. 2012 | 1      |                       |
| 16 | Mo, 22. 10. 2012 | 6      |            | 34 | Mi, 28. 11. 2012 | 2      | I13, I14              |
| 17 | Di, 23. 10. 2012 | 1      |            | 35 | Do, 29. 11. 2012 | 2      | I15                   |
| 18 | Mi, 24. 10. 2012 | 3      |            | 36 | Fr, 30. 11. 2012 | 3      |                       |

Tabelle 1: Teilnehmende Beobachtung

### 2.3. Forschungsmethode qualitative Interviews

Als zweite Methode ergänzten 16 qualitative Interviews die teilnehmende Beobachtung. Diese orientierten sich an einem groben Leitfaden, der je nach Gesprächsverlauf in unterschiedlicher Reihenfolge eingehalten wurde, um einen Vergleich zu gewährleisten. Die Interviewfragen wurden möglichst „offen“ gestellt, um einen Erzählfluss aufseiten der Interviewten zu ermöglichen, und auf neue Themen und Fragen zu stoßen, die noch nicht bedacht wurden. Ann T. Jordan bezeichnet diese gängige Methode etwa als „loosely structured interview, in which all interviewees [are] asked to talk about the same list of topics“ (Jordan 2003, 24). Zu diesen Themen zählten unter anderem:

- kurze Biografie der Befragten,

- Aufgabe(n) und Zweck(e) der Ambulanzen,
- Stellung der Ambulanz im Haus,
- Rolle der Berufsgruppe(n),
- Rolle der Nichtversicherten.

Gleichzeitig nutzte ich die Interviews auch dazu, den MitarbeiterInnen Beobachtungen aus der Feldforschung zu „spiegeln“ und ihre Einschätzungen dazu zu dokumentieren. Abschließend stellte ich die Frage, ob im Interview etwas Wichtiges von mir nicht erfragt wurde, und ob die MitarbeiterInnen noch Fragen an mich hätten.

| Interview # | Dauer       | Datum       | Interview # | Dauer | Datum       |
|-------------|-------------|-------------|-------------|-------|-------------|
| <b>1</b>    | 37:16       | 29.10. 2012 | <b>9</b>    | 18:36 | 20.11. 2012 |
| <b>2</b>    | 28:46       | 12.11. 2012 | <b>10</b>   | 27:54 | 20.11. 2012 |
| <b>3</b>    | 28:43       | 14.11. 2012 | <b>11</b>   | 34:17 | 21.11. 2012 |
| <b>4</b>    | 50:45       | 14.11. 2012 | <b>12</b>   | 37:04 | 22.11. 2012 |
| <b>5</b>    | circa 30:00 | 15.11. 2012 | <b>13</b>   | 20:33 | 28.11. 2012 |
| <b>6</b>    | 31:43       | 16.11. 2012 | <b>14</b>   | 31:57 | 28.11. 2012 |
| <b>7</b>    | 58:57       | 16.11. 2012 | <b>15</b>   | 44:13 | 29.11. 2012 |
| <b>8</b>    | 39:48       | 19.11. 2012 | <b>16</b>   | 13:11 | 7.12. 2012  |

Tabelle 2: Qualitative Interviews

Insgesamt wurden 16 Interviews mit MitarbeiterInnen geführt, die Hälfte davon mit MitarbeiterInnen, die häufig in der Allgemeinen Ambulanz arbeiteten. Die 16 Interviews setzen sich aus sechs Interviews mit PflegemitarbeiterInnen, sechs mit ÄrztInnen aus unterschiedlichen Führungsebenen (Turnus-, Stations-, OberärztInnen, etc.), und vier Interviews mit MitarbeiterInnen aus unterschiedlichen Ebenen der Verwaltung zusammen. Mit Ausnahme von Interview 5 nahm ich alle mit der Zustimmung der Interviewten auf Band auf. Interview 5 konnte aus technischen Gründen nicht auf Band aufgezeichnet werden, stattdessen wurde während des Gesprächs ein Gedächtnisprotokoll angefertigt.

Eine genauere Aufschlüsselung der Interviews (etwa nach Geschlecht oder Position der Interviewten) ist nicht möglich, da es äußerst schwierig ist, die Anonymität der MitarbeiterInnen zu gewährleisten, wie ich weiter unten noch erläutern werde.

## 2.4. Rollenfindung und Position

Wie bereits in Abschnitt 2.1. erwähnt, ist es im Allgemeinen schwierig, einen Feldzugang zu Krankenhäusern zu gewinnen. Wenn ein Zugang möglich wird, wartet bereits die nächste Schwierigkeit, die in der Literatur zu Hospital bzw. Clinic Ethnography beschrieben wird: das Finden einer passenden Rolle in diesem Setting. Ich werde im Folgenden daher anführen, wie sich dieser Aspekt in meinem Fall entwickelte.

Rollenfindung ist im Allgemeinen oft ein schwieriger Aspekt von Teilnehmender Beobachtung bzw. Feldforschung insgesamt. Wie Gitte Wind beschreibt, ist das Verhalten des/der ForscherIn in vielen Settings (nicht nur im Krankenhaus) eigenartig:

[H]anging around, asking weird and sometimes even dumb questions, drinking coffee, taking notes, chatting. These activities do not look like work and they definitely do not look like academic research. (Wind 2008, 83)

Das Krankenhaus hat aber die zusätzliche Hürde, dass fast sämtliche soziale Rollen definiert und äußerst zweckorientiert sind – es gibt sozusagen nie eine Person zu viel. Doch es geht nicht nur darum, eine Position zu finden, die für die MitarbeiterInnen akzeptabel ist, sie muss zudem auch für das Forschungsprojekt passend sein. Jean Tinney (2008) beschreibt etwa, dass sie schnell von den MitarbeiterInnen als nützliche Ressource zur Beschäftigung der KlientInnen im Altenheim entdeckt wurde, was es schwierig machte, außerhalb dieses definierten Rahmens Beobachtungen zu machen (2008, 207).

Van der Geest und Finkler erwähnen drei Rollen, die häufig genutzt werden: Erstens kann der/die ForscherIn sich als PatientIn ausgeben, was selten umgesetzt worden ist (van der Geest/Finkler 2004, 1999) und auch im vorliegenden Fall einer Ambulanz kaum sinnvoll gewesen wäre. Die zweite Option ist als BesucherIn ins Krankenhaus zu kommen (ebd.), was häufiger gemacht wird, aber genauso keine Option gewesen wäre, da es in einer Ambulanz keine BesucherInnen gibt. Eine weitere Möglichkeit ist „joining the staff“ (ebd., 1998), was am häufigsten gemacht wird und meistens bedeutet: „[T]o play – more or less explicitly – the role of doctor or nurse“ (ebd.). Jede Rolle bringt seine eigenen methodologischen Limitierungen und ethischen Dilemmata mit sich, wie van der Geest und Finkler anmerken: „Many anthropologists have come to realize that in a hospital, participant observation in the true sense of the term is an oxymoron“ (ebd., 1999). Gitte

Wind fügt diesen drei Optionen noch eine vierte hinzu, nämlich die Rolle des/der StudentIn. Diese Rolle kann als Unterkategorie von „joining the staff“ gesehen werden, ist allerdings altersabhängig (Wind 2008, 82f.).

In meinem Fall eröffnete sich in einem Lehrkrankenhaus voller MedizinstudentInnen und PflegeschülerInnen die Rolle der Studentin recht rasch. Mehrere ÄrztInnen hatten mich aufgrund meines Alters und meiner Kleidung – weißer Mantel, der von LeitungsmitarbeiterInnen für mich besorgt worden war, aber darunter Zivilkleidung – für eine Medizinstudentin („FamulantIn“) gehalten. Ich korrigierte sie stets, durch diese Interaktionen wurde mir aber klar, dass ich in den Untersuchungsräumen der Ambulanz durch mein Auftreten nicht weiter Aufsehen erregte. Meine Vorstellung wurde nach einer Zeit zur „Studentin der Universität Wien“ – was ein nicht-medizinisches Fach impliziert – sobald ich dazu Gelegenheit hatte. Doch wie andere vor mir bereits festgestellt hatten, ist es in einem überaus geschäftigen Umfeld wie einem Krankenhaus nicht immer möglich, sich selbst ausdrücklich zu erklären (Zaman 2008, 140). Diese Vorstellungsweise war daher ein Zwischenweg: Sie sagte in aller Kürze aus, dass ich keinen medizinischen oder pflegerischen Hintergrund hatte, für den Fall, dass mein Gegenüber keine Zeit oder Interesse hatte, näher nachzufragen. Meistens führte diese Vorstellung zu Verwunderung, und ich konnte meine Anliegen und meine Beobachtungstätigkeit näher erläutern. Doch oft genug eilten Ober- und AssistenzärztInnen aus und ein, ohne dass ich diese Gelegenheit gehabt hätte. Noch problematischer ist anzusehen, dass meine Forschungstätigkeit fast allen PatientInnen völlig unbekannt war. Ursprünglich hatte ich geplant, ÄrztInnen darum zu bitten, mich den PatientInnen vorzustellen, doch die meisten wollten dies nicht. Als Forscherin reihte ich mich neben den anderen „beobachtenden“ Personen in Weiß in der Ambulanz ein, nämlich FamulantInnen (ÄrztInnen in Ausbildung) und PflegeschülerInnen, die den PatientInnen ebenfalls nicht vorgestellt wurden. Gegenüber den PatientInnen war die Feldforschung daher ein Fall von verdeckter Forschung. Als ethischer Kompromiss blieb lediglich die Grundregel „do no harm“ und die Anonymisierung sämtlicher PatientInnen, die in der Masterarbeit erwähnt werden. Die Rolle der Studentin funktionierte also insofern, als ich in der Ambulanz anwesend sein konnte, führte aber zu ethischen Dilemmata.

Dass ich diese Themen und die Probleme des Settings Ambulanz nicht vorausgesehen hatte, liegt zum einen an AnfängerInnenfehlern, zum anderen an meiner vorhergehenden Forschungstätigkeit auf einer Station. Ein zentraler Unterschied zwischen den beiden ist, dass es in der Ambulanz im Vergleich schwieriger war, PatientInnen aus der Feldforschung auszuklammern. Im stationären Bereich eines Krankenhauses gibt es mehrere räumliche Bereiche, in welchen MitarbeiterInnen nicht in Präsenz von PatientInnen arbeiten. Aus dieser Erfahrung heraus war ich davon ausgegangen, dass dies wohl in einer Ambulanz auch möglich sein würde. Dies war jedoch nicht der Fall, schon gar nicht, wenn die räumlichen Verhältnisse so beengt sind wie in der Allgemeinen Ambulanz des Krankenhauses der Barmherzigen Brüder, was im weiteren Verlauf der Arbeit immer wieder Thema sein wird.

Das Thema der „Nützlichkeit“ wird ebenfalls in Bezug auf Rollenfindung im Krankenhaussetting in der Literatur erwähnt. Die vorgegebenen Rollen sind in einem Krankenhaus äußerst zweckorientiert, das heißt, Pausen sind äußerst limitiert und werden von vielen MitarbeiterInnen nicht wahrgenommen. Die fast einzige Ausnahme von der Regel besteht in Rauchpausen. Abgesehen davon, dass dieser Mangel an Pausen dazu beiträgt, dass diese Jobs sehr anstrengend sind, stellt dies auch für die Rollenfindung ein Problem dar. Gitte Wind erwähnt, dass ihre nicht-arbeitende Anwesenheit als überflüssig wahrgenommen wurde (Wind 2008, 83). Ich wurde ebenfalls darauf hingewiesen, dass mein „Herumsitzen“ ein Problem sei – zum einen, weil LeitungsmitarbeiterInnen mich mit einer „echten“ Mitarbeiterin verwechseln könnten, und „Herumsitzen“ offenbar in keinsten Weise toleriert wird, zum anderen, weil auch PatientInnen verärgert reagieren könnten, wenn nicht alle MitarbeiterInnen geschäftig wirken würden (auch Abschnitt 8.1.). Das „Herumhängen am Wasserspender“, wie es aus der Organisationsanthropologie als Methode bekannt ist (also der Aufenthalt an einem Ort, an dem nicht zweckgebundenes Verhalten möglich ist), existiert also auch im übertragenen Sinne nicht. Auch das Begleiten von MitarbeiterInnen, eine weitere Methode aus der Organisationsanthropologie, funktionierte nicht, wie ich bereits in meiner vorhergehenden Forschungserfahrung im April 2012 gemerkt hatte – ich wurde stets schnell abgehängt. Nach einer Weile hatte ich den Eindruck gewonnen, dass Gänge von A nach B einer der wenigen Gelegenheiten waren, wo MitarbeiterInnen für sich allein

waren und Pause vom Stress der Ambulanz hatten. Das erklärt das Scheitern dieser Methode, einmal abgesehen davon, dass es nie angenehm ist, sich verfolgt zu fühlen. Eine Ausnahme war das Begleiten einer Turnusärztin, zu der ich bereits ein gutes Verhältnis aufgebaut hatte (vgl. Kapitel 5). Sie schien meine Anwesenheit auf all ihren Wegen nicht mehr als solche Störung wahrzunehmen.

Ein kleiner Erfolg im Versuch, eine Rolle zu finden, die zum einen weniger unpassendes Herumsitzen und zum anderen weniger ethische Komplikationen mit sich brachte, ergab sich nach mehreren Wochen in der Allgemeinen Ambulanz. Manche MitarbeiterInnen fingen an mich darum zu bitten, PatientInnen am Schalter anzunehmen, während sie sich um andere PatientInnen kümmerten – insbesondere, wenn sie gerade alle Hände voll zu tun hatten. Ich war schließlich schon mehrere Wochen neben ihnen gesessen und kannte die Abläufe. Ich fing auch an, administrative Fragen (vor allem bezüglich der Wartezeit) von wartenden PatientInnen zu beantworten, wenn ich die einzige Person in der Nähe war – allein aus Peinlichkeit, denn es war äußerst unangenehm, die PatientInnen einfach vorm Fenster stehen zu lassen, wo sie doch sahen, dass ich – als Mitarbeiterin wahrgenommen – nichts anderes zu tun hatte. Dies war nicht ganz unproblematisch, da ich dafür keine formale Kompetenz hatte. Immerhin waren die anderen MitarbeiterInnen meist nur wenige Meter neben mir in einem anderen Raum und hörten, was ich sagte. Neben einer im Setting passenderen Rolle brachte diese Position am Schalter zudem den Vorteil, einen besseren Überblick über die PatientInnen, ihren Versicherungsstatus und ihre Probleme zu gewinnen, auch wenn ich diese Beobachtungen aufgrund der nicht vorhandenen Einverständnisse der PatientInnen nicht systematisch aufzeichnete. Eine ähnliche Rolle, wenn auch weniger informell, wurde etwa von Susann Huschke eingenommen, die Administratorin in einer Berliner NGO war (Huschke 2014). Es muss aber gesagt werden, dass diese zweite Rolle die Ausnahme von der Regel meiner ersten Rolle der beobachtenden Studentin blieb.

## **2.5. Rapport und Missverständnisse**

Ein weiteres Thema in der Feldforschung, das sich aus der Rollenfindung ergibt, ist das Bilden von Beziehungen (Rapport) und das Managen von Erwartungen und Missverständnissen. Die Herausforderungen beim Aufbauen von Rapport in einem



Krankenhaussetting decken sich zum Teil mit denen, die aus der Unternehmensanthropologie bekannt sind – etwa, dass die Forscherin als „Spionin des Managements“ verdächtigt wird. Solche Verdachtsmomente auszuräumen, war besonders am Anfang der Feldforschung wichtig, und gelang mir auch zu großen Teilen. Trotzdem war es für mich in manchen Fällen schwer, positive Beziehungen zu MitarbeiterInnen aufzubauen. Mein ursprünglicher Plan, sowohl MitarbeiterInnen als auch PatientInnen zu beforschen, wurde häufig nicht positiv aufgenommen und führte möglicherweise zu Ängsten aufseiten der MitarbeiterInnen. Dazu trug außerdem bei, dass im Vorhinein nicht alle MitarbeiterInnen über meine Forschungstätigkeit informiert wurden, sondern ich mich zum Teil selbst den MitarbeiterInnen vorstellte – diese hatten zum Teil keine andere Grundlage als meine eigenen Angaben, um die Legitimität meiner Anwesenheit einzuschätzen.

Was die Erwartungen von MitarbeiterInnen an eine Forscherin betrifft, beschreiben die Erfahrungen von Wind recht genau meine eigenen:

The doctors were more than puzzled with what I was doing; some of the nursing staff were thrilled to have me there (at last research was being done in their field!), but others were quite anxious, afraid that I was there to judge whether or not they did their work correctly. Some, especially the nursing assistants, just could not understand why I was interested in their work at all. (Wind 2008, 85)

Ich versuchte daher in Antwort auf diese Fragen ein möglichst realistisches Bild von der Relevanz einer Masterarbeit zu geben, betonte aber gleichzeitig, dass ich nicht wissen könne, welcher Stellenwert meiner Arbeit von der Krankenhausleitung nach ihrer Fertigstellung zugemessen würde.

Es kam weiters zu Missverständnissen über das Ausmaß der Forschungsarbeit. Wie ich nach einigen Schwierigkeiten herausfand, wurde von Leitungsseite lediglich die Allgemeine Ambulanz als mein Forschungsbereich angenommen, während ich – und auch andere MitarbeiterInnen, die mir Vorschläge machten – davon ausgingen, dass potentiell alle Ambulanzen zu beforschen wären. Hier spielte auch hinein, dass ich zu Beginn der Feldforschung meinen Forschungsfokus nicht zu sehr einengen wollte – sollten etwa nur Nichtversicherte, oder allgemein auch PatientInnen mit Migrationshintergrund der Fokus sein? Diese methodisch begründete Vagheit in meinen Angaben führte sicherlich auch zu

Verunsicherung aufseiten der MitarbeiterInnen. Solche Missverständnisse konnten mit der Zeit ausgeräumt werden.

Aufgrund der – damit nicht unmittelbar im Zusammenhang stehenden – Intervention einer beunruhigten Mitarbeiterin musste jedoch die Forschung nach nur einer Woche fast abgebrochen werden. Es fand sich dann doch noch ein Weg, diese Mitarbeiterin gemäß ihren Wünschen nicht in der Forschung zu inkludieren, und die Forschungsarbeit fortzusetzen, wenn auch auf Kosten der Ausgewogenheit meiner Beobachtungstätigkeit und dem sich aus diesen Umständen ergebenden Abbruch von ersten aufgebauten Kontakten zu PatientInnen. Eine längere Forschungsdauer hätte möglicherweise zu einer erneuten Aufnahme solcher Beziehungen geführt, denn gegen Ende meines Aufenthalts hatte ich doch einige MitarbeiterInnen kennengelernt, die meinem Forschungsinteresse positiv gegenüberstanden. Mit einem weiteren Fortschritt der Forschungsarbeit mithilfe dieser „InformantInnen“ hätte vermutlich eine größere Tiefe der Daten erreicht werden können.

Zukünftigen, ähnlichen Forschungsprojekten empfehle ich neben einer längeren Dauer eine explorative Phase der Feldforschung, um danach einen engeren Fokus zu wählen. Dies hätte etwa oben beschriebene AnfängerInnenfehler, Unsicherheiten und Missverständnisse, wenn nicht ganz vermieden, so zumindest verringert. Eine solche Phase war dem vorliegenden Projekt zwar vorangegangen, jedoch wie bereits beschrieben im stationären Bereich.

## **2.6. Datenverarbeitungs- und Analysemethoden**

Die Interviews wurden mithilfe der Software f4 transkribiert. Dabei wurden dialektale Eigenheiten und Grammatik der gesprochenen Sprache in einem ersten Schritt für die Analyse belassen. Die in der Arbeit selbst verwendeten Zitate wurden behutsam an eine standardisierte Sprache angenähert. Die Analyse der Feldnotizen und der Interviews erfolgte mithilfe der qualitativen Analysesoftware ATLAS.ti. Während der Feldforschung hatte ich bereits „in-process memos“ – Texte mit analytischen Ideen über bestimmte Beobachtungen – geschrieben (Emerson, Fretz und Shaw 2011, 123ff.), welche als erste Anhaltspunkte für die weitere Analyse dienten. Das Codieren der Daten erfolgte mithilfe von ATLAS.ti. Abbildung 1 zeigt ein Textdokument („primary document“) aus den

Feldnotizen, in welchem ein Textausschnitt als „Quote“ („Zitat“) markiert wurde (grauer Balken), welcher in einem weiteren Schritt mit Codes verbunden wurde (gelbe Symbole).

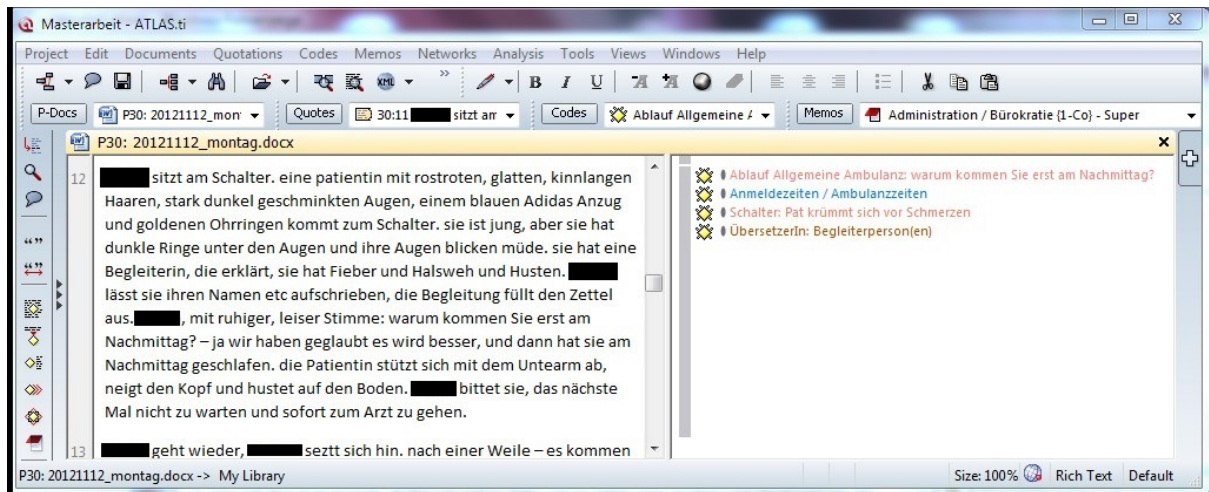


Abbildung 1: Codieren mit ATLAS.ti

Rund 1700 Codes wurden abschließend in 94 Code-Familien zusammengefasst und vereinheitlicht. Zwischenschritte wie das Erstellen von Zusammenhängen zwischen den Codes und Codegruppen oder das Darstellen von Häufigkeiten wechselten mit dem Schreiben von weiteren analytischen Memos ab (ebd., 171ff.). Diese Vorarbeiten gingen schließlich in das Schreiben erster längerer analytischer Texte und in das Formulieren einer immer engeren Forschungsfrage über. Durch diesen typischen iterativen Ansatz eines Hin- und Herpendelns zwischen empirischen Daten und relevanter anthropologischer theoretischer Literatur wurden wiederum die späteren empirischen Kapitel entwickelt.

## 2.7. Anonymisierung

Die Identität der MitarbeiterInnen, die in der Arbeit aufscheinen, nicht offenzulegen, ist bei einem Krankenhaus dieser Größe äußerst schwierig. Bei insgesamt circa 12 PflegemitarbeiterInnen (davon lediglich einer männlich), zwei VerwaltungsmitarbeiterInnen, einem internen Triagearzt und einem Leiter in der Allgemeinen Ambulanz ist eine Identifikation rein aus dem Kontext des Gesagten allzu einfach. Jordan, die Probleme mit der Anonymisierung in Organisationen diskutiert, weist etwa darauf hin, dass sogar bestimmte Sprechmuster wiedererkannt werden können: „The outside researcher, who does not know these individuals personally, may innocently

quote statements containing phraseology that only one individual in the corporation is known to use [...]“ (Jordan 2003, 59). Um Rückschlüsse auf die Identität Einzelner zu vermeiden, mussten daher Abstriche in der Nachvollziehbarkeit der Arbeit gemacht werden.

Quellenangaben können etwa nicht nach Tagen geordnet werden, weil hier Dienstpläne existieren, die Rückschlüsse ermöglichen, bzw. in manchen Fällen selbst ohne Dienstplan, rein aus dem Kontext, Personen identifiziert werden können. Lediglich die Namen zu anonymisieren, indem man sie etwa in Zahlen umwandelt (Pfleger\*innen 1, 2, 3,...), ist ebenfalls nicht ausreichend, denn aus der Summe des Gesagten können bei der geringen Grundgesamtheit Rückschlüsse auf einzelne Personen gemacht werden, insbesondere wenn bestimmte Charakteristika einer Person wie Akzente in den Zitaten beibehalten werden.

Jordan meint ebenfalls, dass von der in der Anthropologie üblichen „rich description“ Abstand genommen werden muss, wenn die Anonymisierung dies erfordert (Jordan 2003, 58). In dieser Arbeit werden die einzelnen Sprechenden daher nur spärlich charakterisiert, und auch das Geschlecht der MitarbeiterInnen musste teilweise verändert, sowie ihre genaue Position innerhalb des Krankenhauses nur sehr vage beschrieben werden. Sämtliche verwendeten Namen, auch Abkürzungen, sind Pseudonyme. Es werden bei Interviewausschnitten und Auszügen aus den Feldnotizen keine Quellenangaben gemacht. Nur in einzelnen Fällen werden die Aussagen von MitarbeiterInnen über Kapitel hinweg miteinander verbunden und kontrastiert.

### **3. Die Versorgung von Nichtversicherten im österreichischen Gesundheitssystem**

Eingangs habe ich bereits beschrieben, dass im Krankenhaus der Barmherzigen Brüder nichtversicherte PatientInnen versorgt werden. Diese Gruppe stellt auch einen besonderen Fokus in Bezug auf die Forschungsfrage dar. Daher möchte ich in diesem Kapitel ein besseres Verständnis von nichtversicherten PatientInnen ermöglichen. Wer ist in Österreich überhaupt nichtversichert, warum sind diese Personen nichtversichert, und wie gestaltet sich ihr Zugang zu Gesundheitsversorgung? Diese Fragen werde ich in diesem Kapitel adressieren, indem ich zunächst einen Überblick über das österreichische Gesundheitssystem gebe (Abschnitt 3.1.) und dann die Nichtversicherten und ihre jeweiligen rechtlichen Möglichkeiten darin kontextualisieren (Abschnitt 3.2.). Trotz teilweise bestehender rechtlicher Ansprüche sehen sich Nichtversicherte vielen Barrieren in ihrem Zugriff auf Gesundheitsversorgung ausgesetzt – diese werde ich im Abschnitt 0. erläutern. In Abschnitt 3.4. werde ich schließlich darauf hinweisen, dass viele der Probleme, die Nichtversicherte in der Navigation durch das Gesundheitssystem haben, auch breitere Teile der Bevölkerung, nämlich soziale Randgruppen im weitesten Sinne betreffen. Diese ungleichen Chancen werde ich mit Didier Fassins Konzept der „social illegitimacy“ der Betroffenen analysieren.

#### **3.1. Überblick über das österreichische Gesundheitssystem**

Laut Bundesministerium für Gesundheit hatte 99,9 % der österreichischen Bevölkerung im Jahr 2012 eine Krankenversicherung (Bundesministerium für Gesundheit 2013), ein Anstieg im Vergleich zu circa 98,0% im Jahr 2003 (Fuchs et al). Welche Leistungen erbringt diese Versicherung? Im Großen und Ganzen übernimmt die Krankenversicherung ein breites Spektrum an medizinischen Leistungen, für die von PatientInnen keine Kosten übernommen werden müssen, und unterstützt viele weitere Leistungen mit Kostenerstattungen – entweder ganz oder zu Teilen. Welche Leistungen zu welchen Teilen übernommen werden oder nicht, ist im Wesentlichen gesetzlich geregelt, hängt in manchen Bereichen (Psychotherapie, physikalische Therapien,...) aber von der

Krankenkasse ab. Niedergelassene ÄrztInnen sowie andere Dienstleister schließen Verträge mit diesen Krankenkassen ab, die eine direkte Abrechnung ermöglichen. Wo solche Verträge nicht vorhanden sind, können PatientInnen in vielen Fällen bei den Krankenkassen indirekt um Kostenerstattung ansuchen. In vielen Bereichen gibt es dennoch Selbstbehalte. Diese selbst zu zahlenden Beiträge werden aber bei schwachen Einkommen oder chronischen Krankheiten von Staat bzw. Krankenkasse übernommen (Hofmarcher-Holzhacker 2013, 85f.).

In diesen kleinen Unterschieden treten die Strukturen des Gesundheitssystem zum Vorschein: Die Krankenkassen sind nicht frei wählbar, sondern nach Wohnort und Berufsgruppen zugeteilt (ebd., 85). Sie finanzieren sich aus Beiträgen, welche in den meisten Fällen jeweils zur Hälfte von ArbeitgeberInnen und ArbeitnehmerInnen geleistet werden und einkommensabhängig sind (ebd., 100). Das heißt, der Versicherungsschutz basiert primär auf Erwerbsarbeit. Es können aber auch Angehörige (EhepartnerInnen, Kinder) über den/die Erwerbstätigen mitversichert werden (Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger 2014, 35). Arbeitslose – sofern sie den gesetzlichen Bestimmungen gemäß den Anforderungen des Arbeitsmarktservices (AMS) entsprechen – sind ebenfalls versichert. Es gibt auch die Möglichkeit zur Selbstversicherung etwa für Menschen, die unter der Geringfügigkeitsgrenze arbeiten und die daher nicht pflichtversichert sind (Hofmarcher-Holzhacker 2013, 99).

Die Beiträge werden vom Hauptverband der Sozialversicherungsträger eingesammelt, der diese wiederum den verschiedenen Krankenkassen zuteilt. Manche Teile des Gesundheitssystems – wie etwa Krankenhäuser – sind über Steuergelder finanziert, teils über die Länder, teils über den Bund (ebd., 86). Im Jahr 2012 wurden rund 34 Milliarden Euro für das Gesundheitssystem aufgewendet, das sind 11,1% des BIP (URL 2). Laut Hofmarcher-Holzhacker kamen 25 % dieser Gesamtausgaben im Jahr 2010 aus privaten Zahlungen (Selbstbehalten, etc.). 52,4 % kamen aus Sozialversicherungsbeiträgen und 23,9 % vom Staat (Hofmarcher-Holzhacker 2013, 93).

Will man dieses Gesundheitssystem mit anderen vergleichen, so kann man wie Biffl (2012) folgende Typologie anwenden, die fünf Wohlfahrts- bzw. drei Gesundheitssysteme in Europa unterscheidet (Tabelle 3). Österreich wird hier dem kontinentalen bzw. „Bismarck“-Modell zugerechnet (Biffl 2012, 79ff.). Dieses ist von einer Sozialversicherung

gekennzeichnet, welche durch ArbeitgeberInnen und ArbeitnehmerInnen finanziert wird, während andere Systeme sich aus allgemeinen Steuern finanzieren (Biffl 2012, 79).

| <b>Wohlfahrtssystem</b>            | <b>Gesundheitssystem</b> |
|------------------------------------|--------------------------|
| Scandinavian Model                 | Beveridge Model          |
| Anglo-Saxon Model                  | Beveridge Model          |
| Continental European Model         | Bismarck Model           |
| Southern European Model            | Beveridge Model          |
| Central and Eastern European Model | Semashko System          |

Tabelle 3: Europäische Wohlfahrts- und Gesundheitssysteme (Biffl 2012, 79ff.)

Die Gesundheitssysteme in Europa weisen weniger Unterschiede auf als die Sozialsysteme und können in nur drei Gruppen eingeteilt werden: das Beveridge-Modell gilt in Großbritannien, nördlichen und südlichen Ländern; das Bismarck-Modell in Österreich, Deutschland, den Benelux-Staaten und Frankreich; und das Semashko-System in den ehemaligen Ländern der UdSSR (ebd., 80f.). Insgesamt stellt Biffl fest, dass sich die verschiedenen Modelle im Laufe der Zeit immer mehr annähern (ebd., 81). Der größte Unterschied scheint darin zu liegen, dass das Beveridge-Modell einen universellen Zugang zum Gesundheitssystem basierend auf allgemeinen Steuern vorsieht, während das Bismarck-Modell Beiträge aus Löhnen und eine darauf basierende Sozialversicherung vorsieht (ebd.).

Die Gesundheitssysteme unterscheiden sich abgesehen von diesen strukturellen und finanziellen Aspekten darin, wie groß der Anteil zwischen öffentlichen und privaten Versorgung bzw. Nichtregierungsorganisationen (NGOs) sowie dem mobilen bzw. Haushaltsbereich (ebd., 77). In Österreich werden etwa private Pflegeleistungen finanziell rückvergütet (ebd., 80). Es kann auch nach der Rolle von AllgemeinmedizinerInnen unterschieden werden (ebd., 77). In Österreich etwa haben diese, auch „HausärztInnen“ genannt, eine Gatekeeper-Funktion: sie sollen zuerst angesteuert werden und verweisen dann an die jeweiligen FachärztInnen, wenn dies nötig ist. HausärztInnen, die in der Regel private Praxen haben (und daher auch, genauso wie FachärztInnen außerhalb der Krankenhäuser, „niedergelassene ÄrztInnen“ genannt werden) sind frei wählbar; als

Alternative können aber auch Krankenhausambulanzen zur Versorgung angesteuert werden (Bundesministerium für Gesundheit 2013, 12).

Diese freie Wahl zwischen Praxen und Ambulanzen ist gesetzlich vorgesehen, sorgt allerdings in regelmäßigen Abständen für mediale Debatten, insbesondere, da die Interessenvertretung der (hauptsächlich niedergelassenen) ÄrztInnen, die Ärztekammer, für eine Stärkung der niedergelassenen ÄrztInnen eintritt. Diese Debatte erhält zum einen deswegen Interesse, da die Kosten des Gesundheitssystems stetig steigen; aber auch, weil das österreichische Gesundheitssystem für PatientInnen überaus schwierig zu navigieren ist. Gesundheitszentren, wie sie aus anderen Ländern bekannt sind, sind Ausnahmeerscheinungen. Für jede Untersuchung muss eine neue Stelle angesteuert werden, müssen neue Termine ausgemacht werden. (Schoibl/Schoibl 2006, 5ff.) Hier wird der Vorteil von Krankenhausambulanzen – wie jene der Barmherzigen Brüder – für PatientInnen deutlich, denn hier können die meisten Untersuchungen gleich im Haus selbst gemacht werden. Nicht umsonst beklagen viele Krankenhäuser die Überbelastung ihrer Ambulanzen. Diese Debatte wird auch später im empirischen Teil dieser Arbeit wieder eine Rolle spielen.

Nachdem nun wesentliche Charakteristika des österreichischen Gesundheitssystems erörtert sind, möchte ich kurz auf die Finanzierung von Krankenhäusern im österreichischen Gesundheitssystem eingehen, um das Fallbeispiel der Barmherzigen Brüder weiter zu kontextualisieren. Krankenhäuser werden generell von einem Mix aus Bundes-, Landes- und Gemeindegeldern sowie Sozialversicherungsbeiträgen finanziert (Hofmarcher-Holzhacker 2013, 136). Fondskrankenanstalten wie das Krankenhaus der Barmherzigen Brüder Wien sind Teil des Systems der „Leistungsorientierten Krankenanstaltenfinanzierung“ (LKF), das eine Abrechnung stationärer Leistungen über Bund und Länder vorsieht, wobei der Bereich des Bundes den „Kernbereich“ und jener der Länder den unterschiedlich gestaltbaren „Steuerungsbereich“ darstellen (ebd., 137). Je nachdem, warum sich PatientInnen stationär im Krankenhaus aufhalten, werden bestimmte Pauschalen verrechnet (ebd.). Von den 21 Krankenhäusern, die in Wien von Landesseite gefördert werden, sind 11 öffentlich, die Rechtsträger der restlichen 10 sind wie der Konvent der Barmherzigen Brüder größtenteils geistliche Orden bzw. religiöse Glaubensgemeinschaften. Das Krankenhaus der Barmherzigen Brüder, gemessen nach



Anzahl der Betten und mit Ausnahme des von der Wiener Gebietskrankenkasse finanzierte Hanusch-Krankenhauses, ist das größte nicht-öffentliche Krankenhaus in Wien (URL 3; URL 4). Im Gegensatz zum stationären ist der ambulante Bereich der Krankenhäuser hingegen, wie etwa auch bei niedergelassenen ÄrztInnen, über Verträge mit der Sozialversicherung geregelt. Solche Verträge existieren im ambulanten Bereich aber fast nur bei öffentlichen Krankenhäusern. Das Krankenhaus der Barmherzigen Brüder muss diese Kosten selbst bestreiten.

### **3.2. Nichtversicherte im österreichischen Gesundheitssystem: Rechtliche Situation und Hintergründe**

Insgesamt wird dem österreichischen Gesundheitssystem in vielen Publikationen ein gutes Zeugnis ausgestellt (z.B. Schoibl/Schoibl 2006, 6), für breite Schichten der Bevölkerung ist eine hervorragende Versorgung möglich. Die aktuellen Zahlen zur Krankenversicherung müssen allerdings auch kritisch gesehen werden. Über die Anzahl der Nichtversicherten kursieren zwei verschiedene Zahlen: Laut Gesundheitsministerium waren, wie bereits oben geschrieben, im Jahr 2012 99,9% der österreichischen Bevölkerung versichert, wobei nicht angegeben ist, wie diese Zahl berechnet wurde (Bundesministerium für Gesundheit 2013). Die vom mir ebenfalls mehrfach zitierte Studie von Hofmarcher-Holzhacker, die auf der Webseite des Gesundheitsministeriums zum Download zur Verfügung steht, nennt ebenfalls 99,9%, allerdings ohne Quellenangabe. (Hofmarcher-Holzhacker 2013, 85). Eine vom Gesundheitsministerium in Auftrag gegebene Studie von Fuchs und KollegInnen aus dem Jahr 2003 errechnete die zum damaligen Zeitpunkt überraschend hohe Zahl von Nichtversicherten von 2,4 % der Bevölkerung – die Zahl der Nichtversicherten war bis dahin geringer eingeschätzt worden (Fuchs et al. 2003, 42). Allerdings wurde seither (im Jahr 2010) die Bedarfsorientierte Mindestsicherung (BMS) eingeführt (WMG 2010), welche eine Krankenversicherung inkludiert (s. unten), ein deutlicher Anstieg der Versicherten ist daher durchaus realistisch. Bei all diesen soeben genannten Zahlen ist allerdings nicht klar, ob undokumentierte MigrantInnen mit eingerechnet wurden und wenn ja, wie hoch ihre Anzahl geschätzt wird. Undokumentierte MigrantInnen werden in Österreich laut der

„Nowhereland“-Studie im Jahr 2008 auf 18.000 bis 54.000 Personen, also 0,2-0,6% der Bevölkerung, geschätzt (Altenburg 2012b, 133).

Eine aktuelle Schätzung von Amber-Med, einem gemeinsamen Projekt von Diakonie und Rotem Kreuz zur Gesundheitsversorgung von Nichtversicherten in Wien, deutet hingegen auf eine höhere als vom Ministerium angenommene Zahl hin: 1,25% der österreichischen Bevölkerung, also rund 100.000 Personen, sollen laut Amber-Med nicht versichert sein (o. J., 6). Auch hier wird allerdings keine nähere Erklärung gegeben, wie diese Zahl zustande gekommen ist. Die Anzahl der tatsächlich mit Amber-Med in Kontakt getretenen nichtversicherten Personen beläuft sich auf 1910 Personen für das Jahr 2013 (ebd., 7). Nach Staatsbürgerschaft gereiht, kommen die PatientInnen zum größten Teil aus Bulgarien (14%), gefolgt von China (12%), Rumänien (11%), Serbien (11 %), Russland (7%), Nigeria (5%), Österreich (3%), sowie andere Nationalitäten (37%) (ebd., 8f.). Für die Barmherzigen Brüder gibt es keine vergleichbaren Zahlen, da der Versicherungsstatus nicht standardmäßig erfragt wird und es keine sonstigen Statistiken gibt.

Nun zu den Gründen, warum Menschen in Österreich keine Krankenversicherung haben. Die Gruppe der Nichtversicherten ist überaus divers, denn es gibt unterschiedliche Gründe, warum sie nichtversichert sind; Tabelle 4 gibt hier einen Überblick. Ein ausschlaggebendes Kriterium ist hier die Staatsbürgerschaft, da sie zu unterschiedlichen rechtlichen Ansprüchen führt.

Zunächst zu den österreichischen StaatsbürgerInnen und den Gründen für das Fehlen einer Krankenversicherung. Alle österreichischen StaatsbürgerInnen haben seit der Einführung der bedarfsorientierten Mindestsicherung im Jahr 2010 (bzw. 2011 in Oberösterreich als letztem Bundesland) (WMG 2010) die Möglichkeit, die BMS zu beantragen und über diese eine Krankenversicherung zu erlangen. Diese Versicherung unterscheidet sich kaum von anderen: PatientInnen erhalten die sogenannte „E-Card“, eine elektronische Chipkarte mit ihren PatientInnendaten, und haben die gleichen Rechte wie andere PatientInnen (Magistratsabteilung 24 2012, 72). Die Sozialversicherungsbeiträge werden hier vom Bundesland bezahlt. Die Einführung der BMS stellt also eine große Veränderung zum Positiven dar. Wer sind dann die Nichtversicherten mit österreichischer Staatsbürgerschaft? Fuchs und KollegInnen (2003) unterscheiden hier ein dauerhaftes von einem vorübergehenden Fehlen einer

Krankenversicherung. Vorübergehende Gründe inkludieren, unter Berücksichtigung der gesetzlichen Entwicklungen seit der Publikation dieser Studie 2003 (Fuchs et al., 82):

- Wegfallen einer Mitversicherung: durch Scheidung, oder bei StudentInnen, die das gesetzliche Höchstalter überschreiten
- Wartezeit bei Beantragung von BMS oder Selbstversicherung
- Arbeitslose, die nicht beim AMS gemeldet sind
- prekär Beschäftigte (unter der Mindestverdienstgrenze), sowie insgesamt Selbständige, welche sich nicht selbst versichern
- junge Menschen ohne Anspruch auf Versicherungsmonate (z.B. kürzlich Graduierte)
- RückkehrerInnen aus dem Ausland

Bei mehreren dieser Punkte kann Unwissenheit eine Rolle spielen: dass etwa bei einer Scheidung die Versicherung erlischt, oder beim Nichteinhalten eines AMS-Termins die Ansprüche und somit auch die Versicherung gestrichen werden können, ist nicht immer bekannt (Fuchs et al., 81f.). Dauerhaftes Fehlen einer Krankenversicherung kann bei österreichischen StaatsbürgerInnen dann eintreten, wenn sie Leistungen wie die Mindestsicherung nicht in Anspruch nehmen.

Bei den nicht-österreichischen StaatsbürgerInnen kann in Zugehörigkeit zu EU-Mitgliedsstaaten und sogenannte Drittstaaten unterschieden werden. In Österreich leben zahlreiche Menschen aus anderen EU-Mitgliedsstaaten – haben sie ein reguläres Beschäftigungsverhältnis, sind sie auch darüber Teil des österreichischen Sozialsystems und verfügen dementsprechend über eine Krankenversicherung. Haben sie keine Anstellung und keine Ansprüche auf Arbeitslosengeld, ist ihre Situation bereits schwieriger. Verfügen sie über einen gültigen Aufenthaltstitel, können sie unter bestimmten Voraussetzungen wie einer Mindestaufenthaltsdauer von fünf Jahren Anspruch auf Mindestsicherung stellen (Magistratsabteilung 24 2012, 74). Zudem sehen EU-Regelungen vor, dass alle nationalen Krankenversicherungen von EU-BürgerInnen EU-weite Gültigkeit haben, und dass EU-BürgerInnen über die European Health Insurance Card (EHIC) verfügen. Dass die Implementierung dieser Regelung aber erst in den

Anfangsstadien steht, stellte sich in der Praxis der Ambulanz der Barmherzigen Brüder nur allzu deutlich heraus. Meistens konnte nicht festgestellt werden, welche Leistungen von der bestehenden nicht-österreichischen Krankenversicherung übernommen werden würde (Hofmarcher-Holzhacker 2013, 84). In Ambulanzen des öffentlichen Gesundheitssystems müssten diese EU-BürgerInnen diese Leistungen also zunächst selbst bezahlen. Die Organisation Neunerhaus fordert daher auch die Einführung eines Fonds zur Zwischenfinanzierung von Gesundheitsleistungen für EU-BürgerInnen (Hammer/Löffler 2013, 64). Hushke (2014) weist außerdem darauf hin, dass insbesondere in Rumänien und Bulgarien aufgrund mangelnder Dokumente viele BürgerInnen nicht krankenversichert sind, und diese daher keine EHIC besitzen (ebd., 6).

Für PatientInnen aus Drittstaaten (sprich, Nicht-EU-BürgerInnen), ist die Situation grundsätzlich ähnlich wie für EU-BürgerInnen. Ein reguläres Arbeitsverhältnis bringt eine Krankenversicherung mit sich. Sofern sie nicht über ein reguläres Arbeitsverhältnis versichert sind, müssen sie sich selbst (auf eigene Kosten) versichern oder ihre Behandlung in vollem Umfang selbst bezahlen. Das EHIC-System existiert für sie allerdings nicht, und sie haben grundsätzlich keinen Anspruch auf Mindestsicherung.

AsylwerberInnen, die meist auch aus Drittstaaten stammen, haben in Österreich durch die sogenannte Grundversorgung Anspruch auf eine Krankenversicherung. Allerdings können sie diese verlieren, wenn sie bestimmte Vorschriften verletzen (z.B. Wechsel des Aufenthaltsortes), und wenn sich ihr Asylverfahren in der 2. Instanz befindet (Hammer/Löffler 2013, 63). AsylwerberInnen haben keinen Anspruch auf BMS, Asylberechtigte und subsidiär Schutzberechtigte allerdings schon (Magistratsabteilung 24 2012, 74).

Undokumentierte MigrantInnen, egal ob aus EU-Mitgliedsstaaten oder Drittstaaten, haben lediglich einen Anspruch auf Notfallversorgung, wobei hier die Kosten im Nachhinein ebenfalls selbst zu bezahlen sind. Dieser Anspruch auf Notfallversorgung ist aber nicht explizit für undokumentierte MigrantInnen geregelt, sondern ergibt sich aus §23 Abs. 1 Krankenanstaltengesetz: „Unbedingt notwendige erste ärztliche Hilfe darf in öffentlichen Krankenanstalten niemandem verweigert werden“ (Krankenanstaltengesetz 2014; Karl-Trummer/Novak-Zezula 2009, 2). In der umfangreichen „Nowhereland“-Studie wird Österreich hier im EU-weiten Vergleich daher zu den Ländern mit der schlechtesten

Versorgungssituation für undokumentierte MigrantInnen gezählt. Die AutorInnen der „Nowhereland“-Studie weisen besonders auf ihre Erkenntnis hin, dass Länder wie Österreich, wo die meisten undokumentierten MigrantInnen ehemalige AsylwerberInnen (mit abgewiesenem Asylantrag) darstellen, auch die restriktivsten Versorgungssituationen haben (Björngren-Cuadra 2012, 124f.).

Insgesamt kann also gesagt werden, dass Nichtversicherte mit österreichischer Staatsbürgerschaft, MigrantInnen mit einer Aufenthaltsdauer von über fünf Jahren – als potentielle BeziehlerInnen der Mindestsicherung und anderer Ansprüche –, sowie Menschen mit egal welcher Staatsbürgerschaft mit großen Chancen auf ein erneutes Arbeitsverhältnis, die größten Aussichten haben, wieder einen Versicherungsstatus zu erlangen. Am anderen Ende des Spektrums befinden sich undokumentierte MigrantInnen, deren Lebensverhältnisse aufgrund ihres Mangels an Rechten insgesamt äußerst prekär sind und die mit Ausnahme von Notfallversorgung, die in jedem Fall selbst zu bezahlen ist, auch keinen Anspruch auf Gesundheitsversorgung haben.

### **3.3. Probleme von Nichtversicherten und Barrieren des österreichischen Gesundheitssystems**

Bedenkt man die soeben dargelegten unterschiedlichen rechtlichen Ansprüche, wird die Diversität der Nichtversicherten in Österreich klar. Von „den Nichtversicherten“ zu sprechen, ist nur bedingt sinnvoll – es handelt sich um eine heterogene Gruppe. Klammert man allerdings diejenigen Nichtversicherten aus, bei denen davon auszugehen ist, dass ihr Fehlen einer Krankenversicherung aufgrund verschiedener Aspekte nicht von Dauer sein wird, treten doch wieder gewisse Gemeinsamkeiten zu Tage. Diese bestehen darin, dass Nichtversicherte in vielen Fällen sozialen Randgruppen im weitesten Sinn angehören – sei es, weil sie obdach- oder wohnungslos, MigrantInnen, und/oder armutsgefährdet sind. Auch der Mangel an Versicherung an sich kann als Stigma gesehen werden. Denn in einem System der allgemeinen Krankenversicherung haben es Menschen, die nicht der Norm der Versicherung entsprechen, besonders schwer – sie sind die Ausnahme von der Regel und somit nicht vorgesehen (Castañeda 2010, 10).

| Gruppe von Nichtversicherten                                                        | rechtliche Regelung/ Hintergrund                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
|-------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>österreichische StaatsbürgerInnen</b><br><i>Anspruch durch Arbeitsverhältnis</i> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Wegfallen einer Mitversicherung: durch Scheidung, oder bei StudentInnen, die das gesetzliche Höchstalter überschreiten</li> <li>• Wartezeit bei Beantragung von BMS oder Selbstversicherung</li> <li>• Arbeitslose, die nicht beim AMS gemeldet sind</li> <li>• prekär Beschäftigte (unter der Mindestverdienstgrenze), sowie insgesamt Selbständige, welche sich nicht selbst versichern</li> <li>• junge Menschen ohne Anspruch auf Versicherungsmonate (z.B. kürzlich Graduierte)</li> <li>• RückkehrerInnen aus dem Ausland</li> </ul> |
| <b>EU-BürgerInnen</b><br><i>Anspruch durch Arbeitsverhältnis</i>                    | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Arbeitslose, die keine Ansprüche beim AMS geltend machen können</li> <li>• prekär Beschäftigte (unter der Mindestverdienstgrenze), sowie insgesamt Selbständige, welche sich nicht selbst versichern</li> <li>• kein Anspruch auf BMS (Mindestaufenthaltsdauer von 5 Jahren)</li> <li>• wenn Anspruch auf BMS: Wartezeit bei Beantragung von BMS oder Selbstversicherung</li> <li>• Anspruch auf EHIC, aber z.B. keine Versicherung im Herkunftsland</li> </ul>                                                                            |
| <b>Drittstaatsangehörige</b><br><i>Anspruch durch Arbeitsverhältnis</i>             | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Arbeitslose, die keine Ansprüche beim AMS geltend machen können</li> <li>• prekär Beschäftigte (unter der Mindestverdienstgrenze), sowie insgesamt Selbständige, welche sich nicht selbst versichern</li> <li>• grundsätzlich kein Anspruch auf BMS</li> <li>• Selbstversicherung möglich</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                       |
| <b>AsylwerberInnen</b><br><i>Anspruch durch Grundversorgung</i>                     | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Verlust von Grundversorgung durch Verletzen bestimmter Vorschriften (z.B. Aufenthaltsort in Ö.)</li> <li>• 2. Instanz des Asylverfahrens</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <b>undokumentierte MigrantInnen</b><br><i>kein Anspruch</i>                         | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Anspruch auf Notfallversorgung</li> <li>• keine Möglichkeit zur Selbstversicherung</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |

Tabelle 4: Gruppen von Nichtversicherten und Hintergründe

Es gibt keine Zahlen darüber, wie viel Prozent der Nichtversicherten jeweils Migrationshintergrund haben, obdach- oder wohnungslos und/oder armutsgefährdet sind. Es kann aber basierend auf der entsprechenden Literatur davon ausgegangen werden, dass diese Faktoren eine hohe Relevanz für das Leben von vielen dauerhaft Nichtversicherten, für ihren Gesundheitszustand, und ihren Zugriff auf das Gesundheitssystem haben.

In mehreren Publikationen wird darauf hingewiesen, dass Wohn- und Arbeitsverhältnisse einen sehr starken Einfluss auf Gesundheit haben (Biffl 2012; Altenburg/Biffl 2012b; Fassin 2004). Schlechte Wohnverhältnisse können dafür sorgen, dass Therapien nicht richtig durchgeführt werden können und notwendige Hygiene nicht eingehalten werden kann, wenn etwa zu viele Personen in einem Raum schlafen, es keine Privatsphäre gibt, keine angemessenen und hygienischen Sanitäreinrichtungen vorhanden sind, oder die Wohngebäude selbst Gesundheitsprobleme verursachen, wie bei Schimmelbefall (Altenburg/Biffl 2012b, 186f). Bei Obdachlosigkeit sind diese Probleme noch einmal größer. Risikoreichere und belastendere Arbeitsverhältnisse sorgen dafür, dass Personen häufiger Arbeitsunfälle und chronische Beschwerden haben. (Biffl 2012, 88). Schlechte Wohn- und Arbeitsverhältnisse wiederum betreffen insbesondere armutsgefährdete bzw. manifest arme Personen – daher wird auch der Ausdruck „Armut macht krank“ von Organisationen wie der österreichischen Armutskonferenz immer wieder eingesetzt. Armutsgefährdet sind statistisch gesehen wiederum wesentlich häufiger Menschen mit nicht-österreichischer Staatsbürgerschaft (Armutskonferenz 2013; URL 5).

All diese Faktoren – in manchen Fällen mehr, in anderen weniger – betreffen Nichtversicherte. Am Gravierendsten werden sie wieder bei undokumentierten MigrantInnen. Durch ihre „Illegalität“ sind sie erpressbar, daher kann davon ausgegangen werden, dass sie häufiger von Ausbeutung sowohl im Arbeits- als auch Wohnverhältnis (Mietwucher, Massenunterkünfte) betroffen sind, auch wenn hierzu – wie so oft bei undokumentierten MigrantInnen – kaum Daten existieren (PICUM 2010, 4; Altenburg/Biffl 2012b, 182f.).

Für Menschen, die unter solch schwierigen Bedingungen leben, hat Gesundheit oft eine niedrige Priorität (Zechmeister-Koss/Reichel 2012, 49). Sie müssen ihr Überleben auf einer täglichen Basis immer wieder aufs Neue sichern. Gesundheitsversorgung wird meist

auf später verschoben, bis die Probleme so gravierend werden, dass Hilfe gesucht werden muss. Zechmeister-Koss und Reichel schließen aus ihrer Recherche, dass „sozial Schwache beim Thema Gesundheit eher an einer Ad hoc-Situationsbewältigung orientiert sind als an einer präventiven, zukunftsorientierten Lebensplanung.“ Zudem wird „professionelle Hilfe [...] eher in Form von Reparaturmedizin akzeptiert.“ (Zechmeister-Koss/Reichel 2012, 48). Ein ähnliches Gesundheitsverhalten wird in der Nowhereland-Studie auch über undokumentierte MigrantInnen festgehalten (Altenburg/Biffl 2012b, 181). Wohnungs- und Obdachlose haben laut der Organisation Neunerhaus auch häufig multiple Diagnosen, die sich aus ihren Lebensumständen ergeben (Hammer/Löffler 2013, 62). PICUM weist zudem darauf hin, dass undokumentierte MigrantInnen oft dieselben Gesundheitsprobleme haben wie reguläre MigrantInnen, diese allerdings später diagnostiziert würden und die Behandlung daher auch aufwendiger sei (PICUM 2010, 4). Solches Verhalten in Bezug auf Gesundheit ist auch in den Ambulanzen der Barmherzigen Brüder auffällig und wird von MitarbeiterInnen oft als problematisch angesehen.

Führt man sich solche schwierigen Lebensbedingungen vor Auge, wird auch klar, dass diese Personen vielen Barrieren beim Zugang zum Gesundheitssystem begegnen. Ich möchte daher einige näher erläutern. Die erste Barriere ist die Lücke zwischen rechtlichen Ansprüchen und deren Implementierung. Es gibt meist ein geringes Wissen auf der Seite von Gesundheitsversorgern über rechtliche Angelegenheiten, genauso wie Nichtversicherte nicht immer wissen, welche Rechte und Ansprüche sie haben. So kann man davon ausgehen, dass von Versorgern etwa Nichtversicherte mit legalem Aufenthaltstitel und nichtversicherte undokumentierte MigrantInnen oft gleich wahrgenommen werden: sie können nicht im „normalen“ System verwaltet werden und müssen daraufhin überprüft werden, ob sie für ihre Versorgung bezahlen können, da ansonsten das Krankenhaus diese Kosten tragen muss (Zechmeister-Koss/Reichel 2012, 51). Vom Allgemeinen Krankenhaus der Stadt Wien (AKH) ist etwa bekannt, dass beim Fehlen einer Versicherung zuerst beim Portier eine Gebühr bezahlt werden muss, bevor PatientInnen überhaupt zum/zur Arzt/Ärztin gelassen werden. Auch auf die gesetzliche Regelung bezüglich Hilfe im Notfall ist nicht immer Verlass. 2013 gab es einen medial dokumentierten Fall einer nichtversicherten schwangeren Frau, die trotz akuter Symptome abgewiesen wurde und dann eine Fehlgeburt hatte. In einem anderen Fall im



AKH wurde während der stationären Behandlung einer Nichtversicherten die Polizei vom Pflegepersonal kontaktiert (URL 6; URL 7).

Eine weitere Hürde sind organisatorische Aspekte (Zechmeister-Koss/Reichel 2012, 50f.). Wohnungs- und Obdachlose, undokumentierte MigrantInnen, genauso wie viele Armutsgefährdete insgesamt, brauchen oft den gesamten Tag, um ihr Überleben zu sichern. Es ist für sie daher schwierig, die im regulären Gesundheitssystem notwendigen vielen Termine zu organisieren – von niedergelassenen ÄrztInnen zu FachärztInnen zu diagnostischen Ambulatorien – und sie einzuhalten. Hinzu kommen oft viele Stunden an Wartezeit an jeder einzelnen dieser Stellen (ebd., 46f.; PICUM 2010, 4; Altenburg/Biffi 2012b, 186).

Finanzielle Barrieren stellen bei vielen schon die geringen Selbstbehalte und Rezeptgebühren dar. Nichtversicherte müssen aber im Regelfall für ihre gesamten Behandlungskosten aufkommen – diese stellen eine sehr große Hürde dar und führen dazu, dass Gesundheitsprobleme aufgeschoben werden (Zechmeister-Koss/Reichel 2012, 47, 49f.).

Für MigrantInnen stellen sprachliche und kulturelle Unterschiede oft ein großes Problem dar (ebd., 49). Professionelle Dolmetschdienste sind im regulären österreichischen Gesundheitssystem meist nicht vorgesehen, ÜbersetzerInnen müssen daher in der Regel privat organisiert werden. Hinzu kommen potentiell die Unterschiede zum Gesundheitssystem im Herkunftsland sowie kulturell unterschiedliche Vorstellungen von Krankheit, die eine erfolgreiche Kommunikation mit ÄrztInnen zusätzlich erschweren. Der Faktor Information darf ebenfalls nicht vergessen werden, da Informationen für PatientInnen häufig nur auf Deutsch vorhanden sind – dies ist etwa gerade bei den Barmherzigen Brüdern der Fall. Gerade bei undokumentierten MigrantInnen ist mündliches Weiterempfehlen einer der wichtigsten Informationsquellen über Angebote von NGOs (Altenburg 2012a, 105), da sich viele Organisationen nicht offen dazu bekennen, auch für undokumentierte MigrantInnen Anlaufstelle zu sein (Karl-Trummer/Novak-Zezula 2011, 2).

Doch nicht nur MigrantInnen sind von Sprach- und Kommunikationsproblemen betroffen. In der Boltzmann-Studie wird festgehalten, dass deutschsprachige PatientInnen die Aussagen und Anweisungen von ÄrztInnen ebenso nicht immer verstehen (Zechmeister-

Koss/Reichel 2012, 49). Biffl (2012) weist darauf hin, dass viele MigrantInnen den Aussagen von ÄrztInnen misstrauen und daher Therapien nicht entsprechend durchführen (ebd.); das Gleiche halten Zechmeister-Koss und Reichel für Obdach- und Wohnungslose, unabhängig von Migrationshintergrund, fest (Zechmeister-Koss/Reichel 2012, 48).

Hier spielt eine weitere, oft unterschätzte Hürde eine Rolle, nämlich soziale Barrieren (Zechmeister-Koss/Reichel 2012, 50). Da wie oben beschrieben viele Nichtversicherte sozialen Randgruppen angehören, haben sie oft Angst vor Stigmatisierung beim Zugriff auf das Gesundheitssystem. Viele haben auch bereits negative Erfahrungen mit Diskriminierung und Vorurteilen vonseiten des Gesundheitspersonals gemacht (Zechmeister-Koss/Reichel 2012, 48). Laut der Organisation Neunerhaus suchen viele Obdach- und Wohnungslose daher das reguläre Gesundheitssystem außerhalb der Krankenhausambulanzen nicht mehr auf (Hammer/Löffler 2013, 62). Dieser Faktor der sozialen Barrieren betrifft aber genauso Armutsgefährdete oder PatientInnen mit Migrationshintergrund. Soziale Barrieren sind auch oft der Grund, warum staatliche Angebote wie die Bedarfsorientierte Mindestsicherung nicht in Anspruch genommen werden, die in Folge zu einer Krankenversicherung führen würde. Das mit dem Antragstellen verbundene Offenlegen von Einkünften und Bedürfnissen wird oft als stigmatisierend und beschämend empfunden (Zechmeister-Koss/Reichel 2012, 48). Für undokumentierte MigrantInnen ist es besonders wichtig, ein Vertrauensverhältnis zum Gesundheitspersonal aufzubauen – diskriminierende Einstellungen sind daher eine signifikante Barriere für sie (Altenburg/Biffl 2012b, 197).

Bei undokumentierten MigrantInnen kann zuletzt noch die ständige Angst vor Abschiebung und im Speziellen die Angst vor Denunziation durch das Gesundheitspersonal als zusätzliche Hürde gezählt werden (Altenburg/Biffl 2012b, 195; PICUM 2010, 6).

### **3.4. „Social Illegitimacy“ im österreichischen Gesundheitssystem**

Zum Teil ist in der Beschreibung der Barrieren im Zugang zum österreichischen Gesundheitssystem für Nichtversicherte bereits recht klar hervorgetreten, dass das Fehlen einer Versicherung nicht der einzige relevante Faktor ist. Finanzielle Hürden,

Kommunikationsprobleme und soziale Barrieren betreffen Personen mit Versicherung ebenso, unter ihnen besonders Personen mit Migrationshintergrund (Biffl 2012). Gleichzeitig werden, wie bereits oben erläutert niedrigschwellige Angebote von NGOs und Organisationen wie der Barmherzigen Brüder nicht nur von Nichtversicherten, sondern auch von versicherten PatientInnen aufgesucht, obwohl sie sich auch im regulären Gesundheitssystem bewegen könnten.

Warum ist das so? Ich habe bereits oben beschrieben, dass im österreichischen Gesundheitssystem Krankenhausambulanzen vielfach überlaufen sind, weil das System der niedergelassenen ÄrztInnen für viele schwierig zu navigieren ist und eine Vielzahl an Einzelterminen vorsieht (Zechmeister-Koss/Reichel 2012, 49). Wolfgang Gulis drückt diese Kritik in seinem Artikel über das österreichische Gesundheitssystem so aus, dass dieses für die (deutschsprachige, weiße) Mittelschicht konzipiert worden sei – diejenigen, die diesen Status nicht entsprechen, haben es um ein vielfaches schwieriger (Gulis 2009, 57). Die Kritik von Schoibl und Schoibl geht in eine ähnliche Richtung. Sie schreiben über das österreichische Gesundheitssystem:

Das österreichische Gesundheitssystem setzt gewissermaßen aktive und mündige KonsumentInnen von Leistungen der Gesundheitsvorsorge sowie der Krankheitsbekämpfung voraus – eine Grundhaltung, die aber leider am tatsächlichen Gesundheitsverhalten großer Teile der Bevölkerung deutlich vorbeigeht und insbesondere bei Armutshaushalten und/oder bei wohnungslosen Menschen tatsächlich nicht vorausgesetzt werden kann. (Gulis 2009, 7)

Die Probleme, die das österreichische Gesundheitssystem aufweist, reichen also viel weiter als „nur“ bis zu den Nichtversicherten – sie betreffen alle, die sich außerhalb der Norm der Mittelschicht befinden. Konzepte, um diese Probleme zu adressieren, gibt es bereits. Ein solches ist etwa der „one-stop shop“, also die Idee, dass an einem Ort, möglicherweise auch noch am gleichen Tag, verschiedenste soziale und gesundheitliche Probleme gleichermaßen adressiert und einer Verbesserung zugeführt werden können. Diese Idee würde den Bedürfnissen von allen nichtversicherten Gruppen, aber auch denen vieler anderer PatientInnen entsprechen (Dawid/Heitzmann 2006, 33). Die Probleme der kulturellen und sprachlichen Barrieren könnten durch Konzepte wie „community interpreters“ gelöst werden, also kulturelle und sprachliche MediatorInnen im Gesundheitswesen. Diese wurden bereits vielfach beschrieben und erfolgreich

erprobt, dann aber nie flächendeckend eingeführt (Gulis 2009, 58ff.; Altenburg/Biffi 2012a). Ein solches Konzept, eingeführt etwa, um StaatsbürgerInnen mit Migrationshintergrund zu unterstützen, würde in der Folge natürlich auch anderen MigrantInnen, AsylwerberInnen und undokumentierten MigrantInnen, nützen.

Solche Konzepte werden aber nicht umgesetzt. Dieses Zusammenspiel aus gesellschaftlicher Ungleichheit, welche durch Wohlfahrtssysteme, obwohl vorhanden, nicht ausreichend adressiert wird und welche gleichzeitig von Institutionen wie dem Gesundheitssystem reproduziert wird, diskutiert Didier Fassin unter dem Begriff „social illegitimacy“ (2004). Damit beschreibt er „political choices [...] of what is fair, or rather of what is morally or socially acceptable as a degree of injustice“ (Fassin 2004, 204). Es geht also darum, dass – wie im Fall von schlechten Wohn- und Arbeitsverhältnissen, von „community interpreters“ und „one-stop shops“ – Probleme nicht adressiert und Lösungen nicht implementiert werden, obwohl sie bekannt sind, da die davon betroffene Bevölkerungsschicht sozusagen „ignorierbar“, da sozial illegitim ist. Diese Bevölkerungsgruppen sind in Österreich etwa MigrantInnen mit Aufenthaltstitel, anerkannte Flüchtlinge, AsylwerberInnen und undokumentierte MigrantInnen, die im gängigen Diskurs häufig als „die AusländerInnen“ zusammengefasst und stigmatisiert werden.

Laut Fassin internalisieren diese Bevölkerungsgruppen mit der Zeit noch dazu ihre Illegitimität, das heißt, sie nehmen sich selbst als ohne Rechte und Ansprüche im regulären System wahr (ebd., 208). Dies führt auch in Frankreich dazu, dass Teile der Bevölkerung, die eigentlich Zutritt zum regulären Gesundheitssystem hat, sich zu einem großen Teil in NGO-Kliniken wiederfinden (Fassin 2004, 207) – und dies erklärt das gleiche Phänomen auch für Österreich.

„Social illegitimacy“ betrifft in Österreich somit viel breitere Schichten als die Nichtversicherten. Aber es ist sicher auch ein zentraler Grund, warum das Thema Nichtversicherung selbst nicht ein für alle Mal gelöst wird – Nichtversicherte sind illegitim, politisch ignorierbar und tendenziell nicht „deserving“.

## 4. „Humanitarianism“ oder „Caritas“? Geschichte und Ethik der Barmherzigen Brüder

Wann immer ich anderen WienerInnen von meinem Forschungsprojekt erzählte, waren sie überrascht, da sie zwar zum Teil das Krankenhaus kannten, aber nie zuvor von den Tätigkeiten der Barmherzigen Brüder für Nichtversicherte gehört hatten. Dies ist nicht weiter verwunderlich, zeichnen sich die Barmherzigen Brüder doch durch eine Abwesenheit von großen Medienauftritten und generell Repräsentationen ihrer karitativen Tätigkeit nach außen aus. Es sind nur wenige Interviews zu finden, keinerlei Werbekampagnen oder sonstige national angelegte Spendenkampagnen, in denen um finanzielle Hilfe gebeten wird. Auch in der Ambulanz selbst wird das Prinzip der Ambulanz, umsonst Versorgung anzubieten, nirgendwo angepriesen oder auch nur erklärt. Es gibt auch keine unmittelbaren Repräsentationen von Zielgruppen für die Ambulanz.

Der Eindruck des Ungewöhnlichen an dieser Bescheidenheit entsteht durch den impliziten Vergleich mit anderen Organisationen, die in ähnlicher Weise das Ziel haben, Menschen zu helfen. In der anthropologischen Literatur werden solche Unterfangen häufig unter dem Begriff „humanitarianism“ diskutiert (im Deutschen etwas holprig: „Humanitarismus“). Um die vorliegende Arbeit in den aktuellen Debatten über „humanitarianism“ zu kontextualisieren, sowie insgesamt eine weitere vergleichende Einordnung der Allgemeinen Ambulanz als Fallbeispiel für Gesundheitsversorgung von Nichtversicherten zu ermöglichen, werde ich zunächst einen Überblick über die Geschichte der Wiener Niederlassung geben. Danach werde ich zeigen, dass das Krankenhaus der Barmherzigen Brüder im weitesten Sinne als „humanitär“ definiert werden kann, wenn man die christlichen Ursprünge des Konzepts miteinbezieht. In einem engeren Sinne handelt es sich allerdings eher um „charity“ bzw. eine religiös-karitative Einrichtung, deren ethische Grundlage auf dem Prinzip der „Hospitalität“ aufbaut. Im dritten Kapitel werde ich zeigen, wie dieses Prinzip auf kontemporäre Themen wie MitarbeiterInnenführung und Adressieren von PatientInnenbedürfnissen angewandt wird, dass allerdings die konkreten Bedürfnisse von nichtversicherten PatientInnen sowie

strukturelle Spezifika der Allgemeinen Ambulanz nicht angesprochen werden. In Bezug auf „deservingness“-Annahmen scheinen sich „charity“ und „humanitarianism“ aber oft nicht stark zu unterscheiden, wie ich im empirischen Teil der Arbeit mithilfe von Huschkes (2014) Fallstudie zeigen werde.

#### **4.1. Geschichte des Ordens und des Wiener Konventkrankenhauses**

Will man die Geschichte des Wiener Krankenhauses verstehen, muss man vor dem Gründungsjahr 1614 ansetzen und die Geschichte des Ordens der Barmherzigen Brüder mit einbeziehen. Wie Carlos Watzka anmerkt, gibt es nur wenige historische Werke zu den Barmherzigen Brüdern, insbesondere für den nicht-romanischen Raum (Watzka 2008, 106f.). Watzka selbst hat hier einen substantiellen Beitrag geliefert, ansonsten stützt sich dieses Kapitel auch auf eher populärwissenschaftliche Publikationen und Festschriften des Eigenverlags der Barmherzigen Brüder (Läufer 1931, Brandl 1957, Provinzialat der Barmherzigen Brüder 2005, Lederer 2014a-f).

Der Orden bezieht sich in seinem Ursprung auf einen gewissen Juan Ciudad (1495-1550), der noch zu Lebzeiten den Rufnamen Johannes von Gott (Juan de Dios) erhielt (Watzka 2008, 108). Dessen Lebenswandel trug sich der Legende nach folgendermaßen zu: Vorher unter anderem Hirte und Soldat gewesen, hörte er als Buchhändler in Granada eine Predigt von Johannes von Avila. Diese hätte ihn so stark bewegt, dass er lautstark und öffentlich begann seine Sünden auszurufen und schließlich als „Irrer“ in eine entsprechende Anstalt eingeliefert wurde. Aufgrund der dortigen schlechte Behandlung der psychisch Erkrankten beschloss er nach seiner Entlassung, sein Leben der gesundheitlichen Versorgung von mittellosen Kranken zu widmen (Läufer 1931, 10ff.; Watzka 2008, 108).

Durch seine Selbstlosigkeit inspiriert, schlossen sich ihm immer mehr Männer an, die „nach den mönchischen Idealen“ lebten (Watzka 2008, 108). Bereits zu Lebzeiten von Johannes von Gott wurde auf Basis der von ihm lukrierten Spenden ein Krankenhaus gebaut (ebd.) Nach seinem Tod im Jahre 1550 gründeten die verbliebenen Brüder mit dem Rufnamen „Hermanos Hospitalarios“ einen Orden und begannen rasch weitere Niederlassungen zu gründen (nach Berechnungen Watzkas gab es 100 Jahre später bereits 170 Konvente, ebd., 109), sowie eine Anerkennung durch Rom anzustreben. Diese

erhielten sie im Jahre 1572 zunächst in Form der Anerkennung als kirchliche Kongregation, und 1586 als Orden „Ordo Hospitalarius Sancti Ioannis de Deo“ (Watzka 2008, 110f.). Der Orden unterstand der Augustinerregel mit den Gelübden der Ehelosigkeit, Armut und Keuschheit, sowie dem Prinzip Johannes von Gott folgend, der Hospitalität. Bei der Bezeichnung „Barmherzige Brüder“ handelt es sich also um einen Rufnamen, der nicht mit anderen, gleichlautenden Rufnamen verwechselt werden darf.

Es folgte eine rasche Ausbreitung insbesondere in Spanien und Italien, sowie in den spanischen Kolonien. Diese Expansion kann in den Kontext der katholischen Gegenreformation gestellt werden (Abschnitt 4.2.). Gleiches gilt für die nächsten Niederlassungen nördlich der Alpen, denn die Habsburger hatten ein Interesse, die Gegenreformation mit Orden wie der Barmherzigen Brüder voranzutreiben (Lederer 2014a, 37). Im Vergleich zu Ländern wie Frankreich, wo bald eine große Zahl solcher Orden (sowohl von Frauen als auch Männern) entstanden, blieben die Barmherzigen Brüder im Habsburgerreich eher die Ausnahme.

Noch vor Wien, im Jahre 1605, wurde als erste Niederlassung im Norden Europas der Konvent in Feldberg gegründet (damaliges Niederösterreich, heute Tschechische Republik). Dies geschah mithilfe des Fürsten Karl I. von Liechtenstein, ein Adelshaus, das über die Jahrhunderte hinweg großer Förderer des Ordens war (Provinzialat der Barmherzigen Brüder 2005, 6). Der Chirurg Gabriele de Ferraras, der von Liechtenstein nach Feldberg geholt wurde, erwies sich als umtriebiger Ordensmann. Auf sein Bestreben wurde auch als nächster Schritt der Konvent in Wien gegründet (Brandl 44ff.; Provinzialat der Barmherzigen Brüder 2005, 22). Graz (1615), Prag (1620) und Neuburg an der Donau (1622) folgten (ebd.; Watzka 2008, 116).

Das Wiener Krankenhaus wurde 1514, wie im Orden üblich, zunächst mit 12 Betten (analog zu den 12 Aposteln) gegründet. Die bärtigen Fratres, die zum Großteil nur italienisch sprachen, seien für die WienerInnen zunächst ein ungewohnter Anblick gewesen. Dennoch schlossen sich auch in Wien neue Brüder dem Orden an. Zudem hatten die Brüder mit dem Widerstand der Stadtregierung zu kämpfen, die eine Schmälerung der Gaben für ihr eigenes Bürgerspital in St. Marx befürchteten (Brandl 1957, 71).

Neben Katastrophen wie Überschwemmungen (das Krankenhaus lag an der noch unregulierten Donau), Bränden (1655 wurde das ganze Haus zerstört), Kriegen (während der Belagerung durch die Osmanen 1683 wurde das Haus erneut zerstört; die Brüder waren zudem immer wieder an Schlachten der Habsburger als medizinische Versorger beteiligt), und verschiedensten Seuchen (die schließlich auch immer wieder die versorgenden Brüder dahinrafften) hatte das Haus auch stets mit seiner Finanzierung zu kämpfen. Der Fokus des Ordens war es, arme Patienten aufzunehmen (und tatsächlich wurden damals nur Männer behandelt) und von ihnen wurde dafür kein Geld verlangt (Watzka 2008, 122). Die dafür nötigen Ressourcen wurden auf mehreren Wegen lukriert: durch das „Betteln“ bei der Wiener Bevölkerung (1624 erhielt der Orden von Kaiser Ferdinand II das Privileg, im ganzen Reich Almosen zu sammeln, Provinzialat der Barmherzigen Brüder 2005, 22), durch Spenden von Adeligen und des Staats durch das Haus Habsburg, sowie durch Verträge mit Zünften – eine Art frühe Form von „Krankenversicherung“ (Watzka 2008, 122).

Die Barmherzigen Brüder unterschieden sich von der bis dahin üblichen Behandlung von Kranken vor allem dadurch, dass sie tatsächlich nur Kranke aufnahmen, und nicht wie die anderen Spitäler auch (gesunde) arme Durchreisende, Waisen, etc. (ebd., 121). Watzka bezeichnet dies als „therapeutische Ausrichtung“ (ebd., 112). Dieser Fokus stellte laut Watzka gerade in der Habsburgermonarchie bis zur Regierungszeit Joseph II ein Alleinstellungsmerkmal dar, weil:

[...] die „Hospitäler“ dieses Ordens [der Barmherzigen Brüder, Anm.] zu den bis dahin – vor allem außerhalb Wiens gelegenen – seltenen Krankenanstalten im modernen Sinn zählen (also Einrichtungen, in welche man sich aufnehmen lassen konnte, um geheilt und nicht „nur“ um materiell versorgt und allenfalls „gepflegt“ zu werden, wie dies zahlreiche traditionelle „Hospitäler“ seit dem Mittelalter ihren Insassen anboten). (Watzka 2008, 107)

Patienten wurden vor allem aufgrund von akuter Beschwerden behandelt (ebd., 120). Eine weitere „Innovation“ der Brüder, die auf Johannes von Gott selbst zurückging, war die Dokumentation des Zustands des Patienten (ebd., 121). Für Wien ist zudem aus Quellen gesichert, dass die Patienten täglich von einem „Medicus“ begutachtet wurden (ebd., 122). Hier wird also auch klar, dass der Orden nie Berührungsängste in der



Zusammenarbeit mit (christlichen) Laien hatte – in der Zeit vor dem Allgemeinen Krankenhaus wurden im Haus sogar Mediziner ausgebildet (Watzka 2008, 122).

Unter den Patienten fanden sich aufgrund des oben erläuterten „Finanzierungsmodells“ neben den Mittellosen daher auch Gesellen und Lehrburschen, und Diener (Läufer 1931, 42). Gerade in den ersten beiden Jahrhunderten waren es zudem meist „Fremde“ (wie etwa die auf Wanderung befindlichen Gesellen), die eine Unterbringung in einem Krankenhaus benötigten (Watzka 2008, 130). „Bürger, Beamte, Geistliche und Angehörige des Adels“, die eine Behandlung wünschten, versuchten diese nach Möglichkeit innerhalb ihrer eigenen vier Wände zu erhalten (ebd.). Die Patienten waren abgesehen von diesen Konventionen seit Gründerzeit des Ordens ohne Einschränkung bezüglich Stand, Herkunft und Religion aufgenommen worden. Allerdings warnt Watzka davor, dies als besondere „Toleranz“ der damaligen Brüder aufzufassen:

Dieses Paradigma wird in der Ordenstradition auch sehr geschätzt und zeugt von einer universalen Auffassung christlicher Nächstenliebe. Hieraus schließen zu wollen, die Barmherzigen Brüder in der Frühen Neuzeit wären in Glaubensfragen „tolerant“ gewesen, wäre freilich verfehlt: Gemäß den damaligen Konzepten von Glaube und Kirche war sehr wohl große Hilfsbereitschaft auch für Andersgläubige möglich; als „krönender Abschluss“ solcher Akte der Nächstenliebe musste jedoch die Bekehrung zur katholischen Konfession jedenfalls angestrebt werden. (Watzka 2008, 128)

Dieses zugrunde liegende Konzept der Nächstenliebe werde ich im nächsten Unterkapitel noch näher erläutern. Die missionarische Tätigkeit des Ordens schätzt Watzka jedenfalls insgesamt als „untergeordnet“ ein (2008, 129).

Mit der Gründung des Allgemeinen Krankenhauses 1784 bekam das Krankenhaus der Barmherzigen Brüder signifikante „Konkurrenz“. Josef II trieb insgesamt die Säkularisierung voran, genehmigte aber weiterhin eine jährliche Zahlung an das Haus, und die „minderen Hofangestellten“ wurden weiterhin bei den Brüdern behandelt, da es günstiger war (Läufer 1931, 42). Watzka weist daraufhin, dass der Orden insgesamt stark von den Säkularisierungsbestrebungen dieses Jahrhunderts betroffen war, im Habsburgerreich aber im Gegensatz dazu keine Auflösungen von Niederlassungen betrieben wurden (Watzka 2008, 107f., 109). Diese Zeit stellt zudem einen Einschnitt dar, da die bis dahin gängige Humoralpathologie, der „Säftelehre“, von der heutigen

Biomedizin abgelöst wurde (Watzka 2008, 108). Von 1726 bis 1869 wurden von den Barmherzigen Brüdern gemäß der Tradition des Ordensgründers neben Patienten mit stigmatisierten Krankheiten wie „Lustseuchen“ auch psychisch Kranke im Haus versorgt (ebd., 131; Lederer 2014b, 43), die laut Watzka ungewöhnlich positiv verlief: „Gerade gegenüber letzteren wiesen [sie] [...] einen bemerkenswert empathischen und zugleich therapeutisch orientierten Zugang auf“ (Watzka 2008, 131). Danach schrieb aber eine Regierungsverordnung die Versorgung in separaten Anstalten vor (Läufer 1931, 58; Lederer 2014c, 48). Im Laufe des 18. Jahrhunderts wurden zudem auch zahlende Patienten in einem eigenen Stockwerk, dem „Zahlstock“, aufgenommen, um davon wiederum die Mittellosen zu finanzieren (Lederer 2014b, 42) – dieses Finanzierungsmodell ist im Grunde bis heute gültig.

Das Haus wurde mehrfach umgebaut, um es immer wieder zu modernisieren und auf den jeweils neuesten Stand der Medizin zu bringen. Mit dem Bau des heutigen Altbaus wurde 1883 begonnen (Läufer 1931, 59), ein weiterer Abriss alter und Bau neuer Gebäude erfolgte 1903 (Läufer 1931, 63f.). 1830 wurde das Haus an das städtische Kanalsystem (Lederer 2014c, 48), 1876 an das Gas- und Wassersystem angeschlossen (ebd., 49). Elektrisches Licht erhielt es 1901 (Lederer 2014d, 52). In den Jahrzehnten nach Baubeginn wurden die Strukturen der modernen Medizin im Haus etabliert, mit Operationssälen, Krankensälen und einer Aufteilung zwischen stationärem und ambulantem Bereich (Läufer 1931, 61). Auch die Stadt Wien begann mit dem großen Wachstum der Stadt zur Jahrhundertwende, weitere neue Krankenhäuser zu bauen (Lederer 2014d, 50). Abteilungen für interne und chirurgische Medizin, Orthopädie, Hautkrankheiten, und Augenkrankheiten sind im Krankenhaus der Barmherzigen Brüder für die Zeit nach dem Weltkrieg von Läufer dokumentiert (Läufer 1931, 81f.). 1937 wurde eine Frauenabteilung eröffnet (Lederer 2014e, 56), was bei den staatlichen Krankenhäusern bereits etabliert worden war (Watzka 2008, 122).

Während des ersten Weltkriegs wurde das Krankenhaus durch einen Vertrag mit dem Roten Kreuz zum Militärlazarett (Lederer 2014e, 54). Nach dem Krieg war durch den Zusammenbruch der Monarchie auch die Finanzierung gefährdet und der Orden fast mittellos, dennoch wurden einige Ambulanzen rasch wieder eröffnet, wie Lederer beschreibt:

Nach Kriegsende und dem Zusammenbruch der Habsburger-Monarchie steht das einst blühende Krankenhaus vor dem Nichts. Nur sieben Brüder, einige von ihnen krank, müssen sich ohne Geld an den Wiederaufbau machen. Sie können sofort Ambulatorien öffnen, mehr ist in dem völlig ausgeraubten Haus fürs Erste nicht möglich. Alle Stiftungs- und Unterstützungsfonds sind wertlos geworden, die Bevölkerung ist verarmt, sodass von dieser Seite kaum Unterstützung zu erwarten ist. Auch die hochgestellten Gönner sind zum Teil mittellos und können in den nächsten Jahren wenig zum Wiederaufbau beisteuern. (Lederer 2014e, 55)

Läufer vermerkt für die Ambulatorien, dass sie „von Jahr zu Jahr eine steigende Frequenz“ verzeichnen würden (Läufer 1931, 82), die „Armenambulatorien“ insgesamt hätten 27.453 PatientInnen behandelt (Läufer 1931, 82; vermutlich spricht Läufer hier vom Jahre 1930, ebd., 87).

1920 kann der Betrieb wieder fortgeführt werden, allerdings „nur durch die Unterstützung des amerikanischen Roten Kreuzes, durch internationale, kirchliche, staatliche und städtische Hilfe“ (Lederer 2014e, 55). In der Zwischenkriegszeit wurde der Bevölkerung zudem mit einer Ausspeisung geholfen (ebd., 54).

Während des zweiten Weltkriegs konnte der Orden eine Enteignung seines Hauses vermeiden. Teile des Hauses wurden abermals zum Lazarett, die Verwaltung blieb aber beim Orden, während „der Wehrmacht [...] lediglich die Bestellung des Chefarztes und dessen militärischen Verwaltungsstabs [oblag]“ (Lederer 2014e, 57). Die Gebäude wurden durch den Bombenbeschuss zum Teil getroffen, der Betrieb konnte aber selbst in den letzten Kriegstagen aufrechterhalten werden. Nach dem Krieg konnte ein Kontakt zur russischen Besatzung etabliert werden und die intendierte Enteignung vermieden werden (ebd.). In den Teilen der Ordensprovinz, die nunmehr der UdSSR angehörten, wurde diese jedoch zur Realität.

1947 fand die erste Haussammlung nach dem Krieg statt (Lederer 2014f, 58). Die 1970er Jahre brachten wieder Erweiterungen des Hauses. Neue Abteilungen, Stationen und Ambulanzen wurden gegründet und das Haus bekam langsam seine heutige Struktur (ebd., 60). Durch die Bautätigkeiten ab 1994 nahm das Haus seine heutige Form an, es wurde erneut umfassend renoviert, die Krankensäle in Zimmer umgewandelt und die heutigen Neubauten geschaffen.

2014 feierte das Haus sein 400jähriges Jubiläum. Heute gibt es 10 Brüder am Standort in Wien. Der Gebäudekomplex zwischen Taborstraße, Schmelzgasse und Großer Mohrengasse umfasst das Krankenhaus, die Pflegeakademie, die Räumlichkeiten des Ordens, die Apotheke der Barmherzigen Brüder, sowie die Klosterkirche Barmherzigenkirche Hl. Johannes der Täufer. Im Inneren dieses Gebäudeblocks befindet sich ein begrünter Innenhof. In einem Gebäude neben dem Krankenhaus in der Schmelzgasse gibt es außerdem einen Kindergarten.

Heute verfügt das Krankenhaus in der gesamten Leitungsebene über weltliche MitarbeiterInnen, während einzelne Brüder etwa in der Pflege arbeiten, und die Ordensleitung sich mit der Leitung des Krankenhauses berät und abstimmt. Die Führungsstruktur ist folgendermaßen aufgebaut: einem Gesamtleiter unterstehen mehrere Führungspersonen, nämlich die kaufmännische Direktion, die Pflegedirektion, und die ärztliche Direktion. Teil der „kollegialen Leitung“ sind zudem eine Leitung Informationstechnologie, Leitung Controlling, Technischer Leiter, Leiter Personalmanagement, Organisationsentwicklung, Ethikberatung, sowie Leiter Qualitätsmanagement. (URL 8) Das Krankenhaus hat neun medizinische Fachabteilungen: Anästhesiologie, Intensivmedizin und Schmerztherapie, Augenheilkunde, Chirurgie, Gynäkologie, HNO & Phoniatrie, Innere Medizin, Neurologie und neurologische Frührehabilitation (mit Stroke-Unit) und Akutgeriatrie, Radiologie und Nuklearmedizin, Urologie und Andrologie, sowie zwei Institute für Physikalische Medizin und Rehabilitation sowie für chemische und medizinische Labordiagnostik (URL 9).

Das Haus verfügt über zwei Sonderklasse-Stationen, sowie eine sogenannte „geschlossene Abteilung“ für erkrankte Häftlinge der Justizanstalt Josefstadt (URL 10). Das Haus ist ein Lehrkrankenhaus der Medizinischen Universität Wien und ein pflegewissenschaftliches Ausbildungskrankenhaus, in Kooperation mit der „Privaten Universität für Gesundheitswissenschaften, Medizinische Informatik und Technik“ (UMIT) (URL 9).

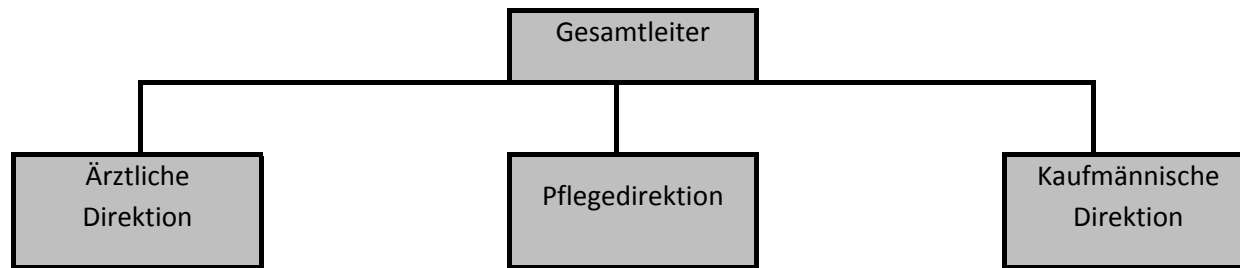


Abbildung 2: Organigramm der Führungsstruktur (vereinfacht)<sup>1</sup>

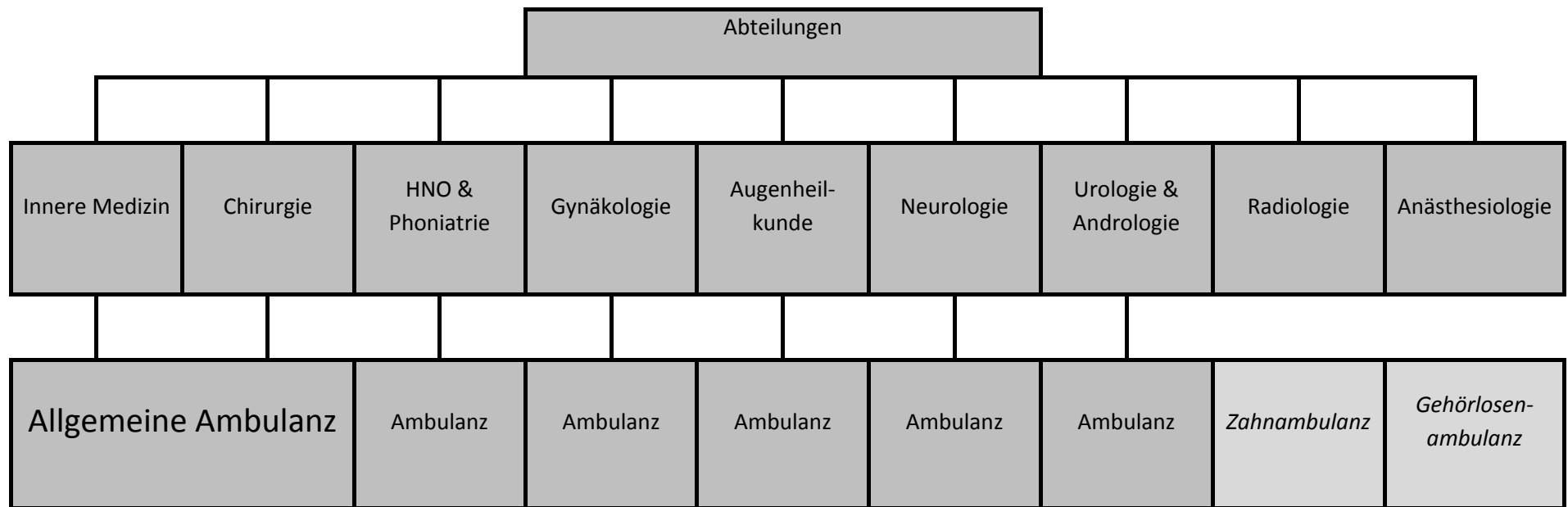


Abbildung 3: Organigramm der Abteilungen und Ambulanzen (vereinfacht)<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Diese vereinfachten Organigramme wurden von mir erstellt, da es keine offiziellen Organigramme gibt

Den Abteilungen zugehörig sind Ambulanzen mit zahlreichen „Spezialambulanzen“, die sich auf Behandlungen in bestimmten medizinischen Fachbereichen fokussieren. Außerdem gibt es noch die Zahnambulanz, die allerdings nur die Leistungen Abszesseröffnung und Zahnextraktion anbietet (URL 11), sowie die Gehörlosenambulanz, eine der wichtigsten Anlaufstellen für Gehörbeeinträchtigte Menschen in Wien bzw. ganz Österreich (URL 9). Nichtversicherten stehen, wie bereits beschrieben, grundsätzlich alle Angebote offen, allerdings versorgt die Allgemeine Ambulanz die größte Anzahl an nichtversicherten PatientInnen, weshalb sich die vorliegende Arbeit auch auf diese Ambulanz konzentriert. Das Krankenhaus hat über 800 MitarbeiterInnen, sowie 411 Betten (URL 1). Die MitarbeiterInnen kommen aus unterschiedlichsten Glaubensrichtungen und Konfessionen bzw. sind konfessionsfrei.

#### **4.2. „Humanitarianism“ und „Barmherzigkeit“: gemeinsame Ursprünge und Divergenzen**

Der Begriff „humanitarianism“ hat eine weitere und eine engere Bedeutung. Die Zuwendung an den Menschen, die er impliziert, inspiriert heute eine Vielzahl von Unterfangen mitunter globalen Ausmaßes, vom Wohlfahrtsstaat über Entwicklungszusammenarbeit und Katastropheneinsätzen. Didier Fassin spricht aufgrund dieses großen Ausmaßes auch von „humanitarian reason“, also „humanitärer Vernunft“, die als Logik hinter diesen verschiedenen Komplexen steht und immer mehr Bereiche des gesellschaftlichen Lebens umfasst (Fassin 2012). Betrachtet man dieses Phänomen in seiner Gesamtheit, kommt man auch zu seiner Wurzel, die – im Gegensatz zu den dominanten heutigen Auffassungen – in christlichen Konzepten liegen.

„Humanitarianism“ zeichnet sich dadurch aus, dass es um ein – wie das Wort schon impliziert – Handeln und Helfen für leidende Menschen geht. Dabei wird grundsätzlich kein Unterschied gemacht, welche Menschen das sind. Im Gegensatz zum viel jüngeren Konzept der Menschenrechte haben die Geholfenen dabei keinen Anspruch („entitlement“) auf diese Hilfe, sondern sie ist dem Ermessen des Helfenden überlassen. Dieses Konzept ist im Kern ein christliches: Im Gegensatz zu manchen anderen Religionen, in denen Hilfe bzw. das Geben für andere Menschen ebenfalls als wichtige Tugend angesehen ist, wird im Christentum zumindest dem Prinzip nach nicht unterschieden, ob

der leidende Mensch zu einer bestimmten Gemeinschaft gehört oder welche sonstigen Eigenschaften er hat. Das zentrale Prinzip in dieser Logik ist daher, historisch betrachtet, das der christlichen Nächstenliebe. Das Ideal des Barmherzigen Samariters, das im Neuen Testament parabelhaft vorgestellt wird (Bibel, Lukas 10, 25-37), impliziert, dass alle Menschen Brüder und Schwestern sind (Bornstein und Redfield 2011, 10). Dieses Prinzip wird außerdem in Jesu Erzählung von den Schafen und Böcken überliefert (Bibel, Matthäus 25, 31-46): „Was ihr für einen meiner geringsten Brüder getan habt, das habt ihr mir getan“ (ebd.). Das Leben egal welches Menschen, und in der Folge das Leben an sich wird als heilig angesehen. Dies ist auch die ideelle Begründung für kontemporäre Katastrophenorganisationen wie Médecins Sans Frontières (MSF) – Leben muss gerettet werden (Redfield 2012, 453ff.; Fassin 2012, 248). Davon auszugehen, dass ChristInnen sich immer nach diesem Prinzip verhalten, wäre zu weit gegriffen. Die Tätigkeiten von Johannes von Gott können in diesem Sinne allerdings – zur Zeit der Gegenreformation – als radikale Rückbesinnung auf ein Ideal verstanden werden, weswegen er von seinen Mitmenschen schließlich auch als Verkörperung eines Ideals verehrt wurde und wird. Die Barmherzigen Brüder können in diesem Sinne als humanitäre Organisation im weitesten Sinne gesehen werden.

Diese breite Definition ist allerdings nur so lange sinnvoll, als man sich auf der Ebene der Ideengeschichte befindet, wie Fassin es in oben zitierten Abschnitten tut. Empirisch gesehen ist klar, dass sich humanitäre Organisationen wie MSF erstens oft von religiösen Zusammenhängen abgrenzen wollen – sie sind säkular – und zweitens auch über „Barmherzigkeit“ hinausgehen wollen: sie wollen die Welt in irgendeiner Weise verändern (Redfield 2012, 453). Somit wird klar, dass „humanitarianism“ in vielen Fällen von „charity“ abgegrenzt werden muss, wie auch Redfield (2012) argumentiert. „Charity“, auch im Deutschen ein gängiger Begriff, ist historisch gesehen das ältere Konzept – es ist zunächst tatsächlich die englische Übersetzung des biblischen „Caritas“, dem in der griechischen Fassung „Agape“ entspricht (Benthall 2012, 360), und die Liebe Gottes zu den Menschen und in manchen Fällen auch die christliche Liebe insgesamt, also auch die Nächstenliebe, umfasst. Eine genauere begriffliche bzw. theologische Abhandlung würde den Rahmen dieser Arbeit übersteigen; es scheint aber aus einer ersten Recherche klar,

dass „Barmherzigkeit“, „Caritas“ und Nächstenliebe immer wieder als Begriffe ausgetauscht werden.

„Charity“, „Caritas“ bzw. „Barmherzigkeit“ fungierte als Grundprinzip für viele christliche Tätigkeiten und Institutionen im Laufe der Jahrhunderte und auch Johannes von Gott kann in dieser Linie gesehen werden. Allerdings stellen die Barmherzigen Brüder und ähnliche Orden zugleich einen großen Umbruch im Christentum dar. Der Orden kann historisch im Kontext der Gegenreformation festgemacht werden. Wie Patricia Wittberg (2006) in ihrer „Geschichte organisierter religiöser Virtuosität“ erklärt, waren Orden bis zu diesem Zeitpunkt auf eine Abwendung von der Welt fokussiert. Die mittelalterlichen Klosterorden erfüllten zwar soziale Funktionen wie Bildung und Krankenpflege, aber diese karitativen Tätigkeiten standen eher im Hintergrund bzw. waren „Nebenprodukt“, wie es Wittberg ausdrückt (Wittberg 2006, 4f.). Der aktive Fokus auf die Welt entstand erst im Kontext der Reformation, da diese (reformierten) ChristInnen davon ausgingen, dass ihre Auferstehung durch ihre Taten im Leben, und nicht durch Gebet, gesichert würde. Sie lehnten daher die Klosterorden ab. Im Protestantismus wurden auch zunächst keine Orden oder sonstigen karitativen Organisationen gegründet (ebd., 5). Diese neuen Ideen blieben auch für den Katholizismus nicht irrelevant, denn in der Gegenreformation mussten Antworten darauf gefunden werden. Daraus entstanden Orden, die die traditionelle Ordnung „prayer over work“ effektiv umdrehten, wie Christopher Kauffman formuliert (1995, 22).

Auch bei den Barmherzigen Brüdern wird „Caritas“ bzw. „Barmherzigkeit“ mit einer aktiven Position für Bedürftige in Verbindung gebracht:

Ermutigt von der empfangenen Gabe, weihen wir uns Gott und stellen uns durch die Betreuung der Kranken und Hilfsbedürftigen in den Dienst der Kirche. Unter ihnen bevorzugen wir die Ärmsten. (URL 12)

Das zentrale Prinzip bei den Barmherzigen Brüdern ist dabei die „Hospitalität“. Dieses Prinzip der „Gastfreundschaft“ begründet sich theologisch zunächst darin, dass Gott „Platz“ für den Menschen gemacht hat, und in der Folge für Jesus unter den Menschen (URL 12). Neutestamentarisch wird die Hospitalität durch das Vorbild Jesus begründet: „Christus ist im wesentlichen der >große Gastgeber der Geschichte<: Wer die Wege der Hospitalität beschreiten will, muss sich mit ihm konfrontieren.“ (ebd.) Umgekehrt sollen



die Brüder den Menschen, die sie in ihren Krankenhäusern und anderen Institutionen betreuen, Hospitalität vorleben, und ihnen dadurch Jesus näherbringen (URL 12). Hier kommt also der missionarische Aspekt zum Tragen, auch wenn er, wie von Carlos Watzka erläutert, im Vergleich zu anderen christlichen Organisationen eher implizit ist. Dieses Prinzip der Hospitalität wird von Johannes von Gott durch seine Gotteserfahrung neu erfahren und umgesetzt: „Die Hospitalität des heiligen Johannes von Gott hat ihren Ursprung in der christlichen Grunderfahrung der „Barmherzigkeit Gottes“ (URL 12). Nach seinem „Konversionserlebnis“ beginnt Johannes von Gott, Menschen in den Straßen Granadas „einzusammeln“ und für sie zu sorgen. Die Barmherzigen Brüder verpflichten sich beim Eintritt in den Orden diesem Prinzip und können es dadurch verkörpern und fortsetzen (ebd.).

Das Prinzip der Hospitalität kann historisch in die oben beschriebene neue Bewegung eingeordnet werden. Carlos Watzka weist darauf hin, dass die „nützliche“ Tätigkeit der Barmherzigen Brüder einen interessanten Faktor für die katholische Sache darstellte, und von den Habsburgern auch dementsprechend eingesetzt wurde:

Alle diese Gründungen [in Mitteleuropa, Anm.] standen [...] in einem deutlichen Kontext gegenreformatorischer Politik – diese bestand ja keineswegs nur aus Droh- und Gewaltmaßnahmen; vielmehr trachteten Klerus und katholische Regenten zugleich mit verschiedensten Maßnahmen, zu denen auch karitativ-sozialpolitische zählten, danach, den Katholizismus wieder „attraktiver“ werden zu lassen. So wurde die Etablierung des neuen, „tätigen“ Ordens wie auch die Ansiedlung zahlreicher weiterer geistlicher Gemeinschaften von den Habsburgern nicht unbeträchtlich gefördert. (Watzka 2008, 116)

Der große Unterschied dieser wohltätigen Organisationen zu neueren Ausformungen des „humanitarianism“ entstand mit der Säkularisierung (Redfield 2012, 453). Diese Verschiebung lässt sich damit auch mit der Moderne in Verbindung setzen. Redfield versucht hier die grundlegenden Unterschiede herauszuarbeiten. Bei „Barmherzigkeit“, „Caritas“ bzw. „charity“ kann als Grundprinzip gesehen werden, dass der hilfsbedürftige Mensch nicht weiter differenziert wird und dem Helfenden/Gebenden seine/ihre Tat als moralisch herausragend angerechnet wird. Beim „humanitarianism“ ist Helfen allein hingegen nicht (mehr) genug, denn die modernen Debatten drehen sich vielmehr um Reform, um Fortschritt, und definieren sich dabei auch über das „Andere“ der karitativ-religiösen Ansätze. Ein weiterer Unterschied besteht potentiell in der Einstellung zu

menschlichem Leiden, da in der christlichen Theologie, wie in anderen Religionen, menschliches Leiden bis zu einem gewissen Grad als Konstante des menschlichen Lebens gesehen wird. Die Barmherzigen Brüder warnen etwa einerseits in ihrer „Charta“ vor einer „Verherrlichung des Leidens“, zu dem christliche Theologie in der Vergangenheit immer wieder geneigt hat, verweisen aber andererseits darauf, dass Freiheit vom Leiden erst im Jenseits gegeben ist (URL 12). Im „humanitarianism“ hingegen ist Leiden grundsätzlich inakzeptabel. (Bornstein und Redfield 2011, 6ff.; Redfield 2012, 455; Benthall 2012, 363).

In dieser engeren Definition können die Barmherzigen Brüder daher klar zu den karitativ-religiösen Ansätzen („charity“), und nicht zum „humanitarianism“ gezählt werden. Die eingangs beschriebenen Merkmale, wie sich die Barmherzigen Brüder selbst repräsentieren und öffentlich agieren, können damit ebenfalls besser verstanden werden. Der medial inszenierte „call to action“ (Bornstein und Redfield 2011, 17), der eine gewisse Konstante humanitärer Organisationen darstellt, ist für die Barmherzigen Brüder eben auf eine ganz grundsätzliche Weise nicht relevant. Die moderne Logik des Fortschritts und der Transformation ist zumindest von der Entstehungsgeschichte der Brüder her nicht Teil ihrer Anliegen. Und während humanitäre Organisationen oft im Namen der gesamten Menschheit agieren, konzentrieren sich die Brüder, zugespitzt formuliert, eher auf das Agieren im Namen Jesu (Redfield 2012, 457). Der Unterschied zwischen humanitären und karitativ-religiösen Organisation ist darin zu sehen, dass sich die humanitären explizit nur in einer säkularen Welt bewegen, während die karitativ-religiösen Organisationen in Auseinandersetzung mit ihrem säkularen Umfeld eine explizite religiöse bzw. spirituelle Komponente ihres Handelns formulieren. Für kontemporäre Gewohnheiten kann eine solche Haltung tatsächlich ungewohnt erscheinen, wie Redfield treffend kommentiert:

„The political quiescence associated with traditional „charity“ – its implications that poverty and suffering may be an inevitable feature of human experience, its acceptance of inequality – disturbs modern, liberal sensibilities, including those of both aid workers and anthropologists“ (Redfield 2012, 464)

Dabei wäre es zu kurz gegriffen, die Brüder deswegen als nicht modern zu sehen oder die Trennung von säkular und religiös als eine absolute zu begreifen. Fenella Cannell erinnert daran, dass Säkularisierung ein historisch gewachsenes, soziokulturelles Konstrukt darstellt – ein nur scheinbar banaler Hinweis, da er für viele AnthropologInnen, deren

Disziplin (so wie alle Wissenschaften) historisch gesehen diese Dualismen (modern/traditionell, säkular/religiös) zur Prämisse hat, nur schwer akzeptierbar zu sein scheint – zumindest, wenn es um empirische Forschung aus Europa und Nordamerika geht (Cannell 2010).

Die Beziehung zwischen Christentum und Moderne ist ebenso als eine komplexe zu betrachten, und sollte anstatt universalistischer Annahmen anhand von empirischen Daten erläutert werden (Cannell 2010, 97; Cannell 2006, 32ff.). ChristInnen sind sich dieses Dualismus oft selbst bewusst und dies produziert eine eigene Dynamik, die nicht vergessen werden sollte (Cannell 2006, 32ff.). Redfield verweist darauf auch in seiner Diskussion von „humanitarianism“. Er charakterisiert diesen als modernes Phänomen, verweist aber gleichzeitig darauf, dass auch religiöse Organisationen die Sprache des „humanitarianism“ übernommen haben (Redfield 2012, 455). Auch bei den Barmherzigen Brüdern ist die Rede von den „Rechten des Patienten“ (Charta der Hospitalität, 5.1.2.) und „Gerechtigkeit“ (Barmherzige Brüder Österreich 2010, 119ff.).

In vielen Dingen scheint es den Barmherzigen Brüdern gar ein besonderes Anliegen zu sein, stets auf der Höhe der aktuellen Entwicklungen zu sein – das Wiener Krankenhaus betont etwa gerne, dass die elektronische Dokumentation von PatientInnendaten bei ihnen schon lange Standard ist (z.B. URL 13). Die Geschichte der Barmherzigen Brüder ist geprägt von der Zusammenarbeit mit (christlichen) Laien und der Auseinandersetzung mit Säkularisierung und Moderne – gerade durch ihre Tätigkeit in der Medizin war diese vollkommen unvermeidlich. Betrachtet man die „Charta der Hospitalität“, ein wichtiges Schriftstück der Barmherzigen Brüder, das an ihre Niederlassungen in der ganzen Welt gerichtet ist, erklären etwa die Hälfte der Kapitel den Ordensauftrag und wie er in der katholischen Lehre begründet ist; die andere Hälfte erläutert, wie er in der Gegenwart konkret anzuwenden ist. Ein in Wien herausgegebener „Ethik-Codex“ (Barmherzige Brüder Österreich 2010) erläutert für alle MitarbeiterInnen leicht(er) leserlich, inwiefern diese Prinzipien in der Arbeit anzuwenden sind.

Welchen Zusammenhang gibt es zwischen „humanitarianism“, „charity“ und „deservingness“? Huschke, ebenfalls auf Fassin Bezug nehmend, geht davon aus, dass bei humanitärer Gesundheitsversorgung das Ausmaß immer zur Diskussion steht, also konditional ist (Huschke 2014). Sarah Willen streicht ebenfalls die Konditionalität von

Gesundheitsversorgung hervor, im Gegensatz zu Ansätzen, die auf dem Menschenrecht Gesundheit („rights-based approach“) basieren (Willen 2011, 2012b). Beide verknüpfen dies mit „deservingness“: Sind Ansprüche nicht im Vorhinein klar definiert, hängt es von der Einschätzung von GesundheitsarbeiterInnen über die „deservingness“ von PatientInnen ab, welche Gesundheitsversorgung diese erhalten. Huschke betont hier die Ähnlichkeit zwischen „humanitarianism“ und „charity“, sie spricht von „humanitarianism“ „as a form of charity“ (Huschke 2014, 2), wo PatientInnen zu BittstellerInnen und ÄrztInnen zu GönnerInnen werden. In den empirischen Kapiteln wird sich zudem zeigen, dass Huschkes Ergebnisse in Bezug auf „deservingness“-Annahmen von MitarbeiterInnen meinen sehr ähnlich sind. Hier zeigt sich also wieder, wie sehr „humanitarianism“ und „charity“ miteinander verwandt sind. Inwiefern hier eher Ähnlichkeiten oder Unterschiede relevant sind, muss also im jeweiligen empirischen Fall festgestellt werden.

#### **4.3. „Neue Hospitalität“: Überlegungen zu MitarbeiterInnen und Nichtversicherten**

Der „Ethik-Codex“, die „Charta der Hospitalität“ – aus diesen Publikationen der Barmherzigen Brüder wird weiter klar, inwiefern die soeben dargelegten Definitionen und Debatten für die vorliegende ethnografische Arbeit von Bedeutung sind. Die Auseinandersetzung mit den Gegensatzpaaren säkular/religiös, modern/traditionell spielt sich bei Organisationen wie der Krankenhäuser der Barmherzigen Brüder nicht am Schreibtisch von TheologInnen oder PhilosophInnen ab, sondern am Arbeitsplatz. Unter dem Schlagwort „Neue Hospitalität“ werden in den verschiedenen Publikationen vor allem zwei Themen angesprochen: die Verortung der MitarbeiterInnen im Zusammenspiel mit dem Orden und die Verortung der „Armen und Bedürftigen“ im gegenwärtigen Österreich bzw. Europa.

Die Brüder selbst haben an ihrem Wiener Krankenhaus eine Entwicklung durchgemacht, die für religiöse Träger häufig zu sein scheint:

*[...] from providing the services themselves, to supervising others who provided them, and, finally, to controlling, through their presence on the boards of directors, those who administered the provision of the services. (Wittberg 2006, 11; Hervorhebungen i. O.)*

Die Leitung des Hauses („kollegiale Führung“) ist in den Händen weltlicher MitarbeiterInnen, die in Wien lebenden Brüder sind in der Ordensleitung, damit verbundenen seelsorgerischen Tätigkeiten, sowie zum Teil in der Pflege auf Stationen tätig. Eine wichtige Frage ist daher, wie den MitarbeiterInnen die Anliegen des Ordens näher gebracht werden können, ohne die Grenzen der Religionsfreiheit zu verletzen. In Wien wurde zu diesem Zweck vor einigen Jahren die sogenannte „Schule der Hospitalität“ gegründet. Sie besteht aus verpflichtenden Schulungen für neue LeitungsmitarbeiterInnen (Barmherzige Brüder Österreich 2010, 138f.), und auch andere MitarbeiterInnen erzählten, dass sie bei der Einstellung Informationen über den Orden erhielten. Die acht Dimensionen der Hospitalität, wie sie in Charta und Ethik-Codex vorgestellt sind (Barmherzige Brüder Österreich 2010, 14), drehen sich unter anderem um ganzheitliche Wahrnehmung und Behandlung von Menschen und Solidarität mit Hilfsbedürftigen und Leidenden (ebd., 13f.). Wichtig für MitarbeiterInnen sind außerdem die Leitsprüche, welche von Johannes von Gott tradiert sind: „Gutes tun und es gut tun“, was eine Betonung von Qualität bedeutet, und „Das Herz befehle“, was besagten ganzheitlichen Fokus auf den Menschen impliziert. Eine kleine Untersuchung, welche ich im April 2012 im Rahmen einer Seminararbeit auf einer Station des Krankenhauses durchgeführt hatte (vgl. Kapitel 2), hatte zum Ergebnis, dass MitarbeiterInnen diese Vorgaben als durchwegs positiv bewerteten. Es wurde deutlich, dass MitarbeiterInnen unterschiedliche Motivationen hatten, bei den Brüdern zu arbeiten – manche religiös, manche humanitär. Die befragten MitarbeiterInnen hatten unterschiedliche (nicht-)religiöse Bekenntnisse und Einstellungen. Die Wahrnehmung von Diskriminierung aufgrund von Religionszugehörigkeit im Krankenhaus wurde eher verneint, wenn auch die meisten MitarbeiterInnen (nicht zu Unrecht, URL 12) davon ausgingen, dass eine katholische Glaubenszugehörigkeit Voraussetzung sei, um in der Führungsebenen des Hauses angestellt zu werden. Diese Ergebnisse wurden mir gegenüber vonseiten der Leitung als Bestätigung der Bemühungen, eine „Kultur der Hospitalität“ zu fördern, gewertet.

Neben diesen groß angelegten Überlegungen, wie Hospitalität als „Betriebskultur“ erhalten und gefördert werden kann, spielt unter dem Schlagwort „Hospitalität“ auch die Identifikation und korrekte Adressierung von Bedürfnissen aufseiten der PatientInnen

eine große Rolle. Im „Ethik-Codex“ werden hier in mehreren Kapiteln konkrete Problemlagen vorgestellt und mögliche Lösungen diskutiert. Die Themen, die hier behandelt werden, betreffen allerdings – da sie sich an „übliche“ oder häufige Probleme anzunähern versuchen – die Norm der versicherten PatientInnen. Mittellose PatientInnen bzw. PatientInnen ohne Versicherung sollen Gesundheitsversorgung erhalten: Dies wird im „Ethik-Codex“ in Kapitel 1 in einem kurzen Absatz „Option für die Armen“ im Vorbild Jesu begründet, sowie in einem Abschnitt des Kapitels „Gerechtigkeit und Allokationsethik“ als grundlegende Vorgabe gegeben (Barmherzige Brüder 2010). Die Bedürfnisse von nichtversicherten PatientInnen, wie sie in der vorliegenden Arbeit etwa in Kapitel 3 vorgestellt wurden, werden in diesen Publikationen nicht explizit diskutiert.

Hier kann also, in einer Parallele zu den eingangs diskutierten Phänomenen, eine gewisse Unterrepräsentation festgestellt werden – in Kapitel 8 wird sich zeigen, dass sich dies auch in Wahrnehmungen der MitarbeiterInnen über den Stellenwert der Ambulanz spiegelt. Vielen MitarbeiterInnen in der Ambulanz schien etwa nicht klar zu sein, welche Rolle „Gastfreundschaft“ in einer Ambulanz mit flüchtigen Begegnungen haben könnte. Ein Bruder, mit dem ich ein Interview führte, meinte auf meine diesbezügliche Frage, dass es hier um eine Grundhaltung der Offenheit, Freundlichkeit etc. gehe, nicht immer um tiefgreifende Beziehungen, was von MitarbeiterInnen aber widersprüchlich wahrgenommen wurde (vgl. Abschnitt 9.1.). Relativierend muss festgehalten werden, dass aufseiten der Leitung sehr wohl eine Auseinandersetzung mit Themen wie Zugang und Barrieren im Gesundheitssystem stattfindet, und auch an entsprechenden Studien teilgenommen wird – die vorliegende ist ein Beispiel für diese Offenheit und das Interesse am Thema. Die „Charta der Hospitalität“ behandelt unter dem Schlagwort „Neue Hospitalität“ etwa globale Ungleichheit, sowie „neue Armut“ in Europa selbst. Ein weiteres Beispiel ist eine Arbeitsgruppe des Ordens, welche sich zu Beginn des Jahres 2014 zum Thema Obdachlosigkeit und Armut im Zuge der Wirtschaftskrise in Europa zusammengefunden hatte (URL 14). Es scheint aber eine Diskrepanz zwischen diesen Vernetzungen und Initiativen des Ordens und der Leitungsebene und Überlegungen zu den konkreten Rahmenbedingungen in der Ambulanz in Wien zu geben. Diese werde ich in den nächsten Kapiteln behandeln.

## II. EMPIRISCHE FORSCHUNG

### 5. Kategorienschaffung als Praxis im Ambulanzalltag

Im November 2012 begleite ich eine Turnusärztin, die seit einem halben Jahr bei den Barmherzigen Brüdern arbeitet und mit der ich mich gut verstehe, bei einem Nachtdienst. Ich bin nun seit einem guten Monat als Forscherin in den Ambulanzen dieses Krankenhauses unterwegs und kenne die Dienstzeiten der ÄrztInnen und PflegemitarbeiterInnen. Julias Dienst beginnt um 13:30, ich stoße um 14:00 Uhr zu ihr hinzu. Sie hat internen Dienst und sitzt in Untersuchungsraum 3. Im engen Warteraum der Allgemeinen Ambulanz, mit seinen niedrigen Decken und Klappsesseln und schlauchartiger Form, sitzen einige Gruppen von PatientInnen mit Angehörigen. Manche von ihnen sind noch vom Vormittagsdienst übrig geblieben und warten auf Ergebnisse von Untersuchungen, andere sind neu hinzugekommen. In der Ambulanz werden sowohl PatientInnen mit als auch ohne Krankenversicherung untersucht. Hinter dem Schalter, der neben Julias Untersuchungsraum liegt, sitzt eine Pflegemitarbeiterin. Sie muss nun zusätzlich die administrative Schalterarbeit machen, für welche eine Verwaltungsmitarbeiterin am Vormittag zuständig ist. Es ist etwas eng und dunkel im Warteraum. An der Decke links und rechts des Schalters hängen zwei Flatscreen-Bildschirme, die in Schleife verschiedene Bilder zeigen: Informationen über das Krankenhaus wechseln sich mit Werbung ab. Am linken Ende des Warteraums befindet sich ein Ständer mit vereinzelt Broschüren. Die Reihen mit Wartesesseln werden dort unterbrochen, wo auf der Raumseite des Schalters Türen in die Behandlungsräume führen, hinter denen sich Julia und die anderen MitarbeiterInnen mit den aktuellen PatientInnen befinden. Sind diese fertig, gehen sie wieder durch die jeweilige Tür in den Warteraum zurück, und der/die nächste PatientIn wird durch die offene Tür hereingebeten.

Ich setze mich also zu Julia, die hinter ihrem Schreibtisch sitzt. Die Untersuchungsräume sind alle recht ähnlich ausgestattet: Auf der Rückseite des Raumes befindet sich ein Schreibtisch mit Computer, Drucker, Telefon und Pinnwand, hinter dem der/die ÄrztIn

meist sitzt, um die Dokumentation zu machen. Vor dem Schreibtisch und an den Wänden gibt es mehrere Sessel für die PatientInnen und ihre BegleiterInnen, und ein Untersuchungsbett. An den Wänden befinden sich Schränke mit Heilbehelfen, Nierentassen, Medikamenten und Ähnlichem. Julia wird von 14:00 Uhr bis circa 22:30 fast ohne Pause durcharbeiten: PatientInnen werden von ihr hereingebeten, befragt, sie entscheidet, welche Behandlung sie brauchen, ordnet eventuell noch Tests wie Blutuntersuchungen an und schickt sie dann wieder nach draußen. Julia tippt alles in die elektronische Datei des/der PatientIn und ruft den/die nächsten herein. Die diensthabenden PflegemitarbeiterInnen pendeln zwischen ihrem Untersuchungsraum, den anderen ÄrztInnen und dem Schalter hin und her, je nachdem, wo sie gerade gebraucht werden. Ich versuche, Julia zu unterstützen, indem ich ihr zwischendurch Kaffee und eine Wasserflasche bringe, und ihr und mir am Abend ein belegtes Brot im Krankenhausbuffet kaufe. Sie hingegen bleibt die ganze Zeit hinter ihrem Tisch und arbeitet PatientIn nach PatientIn ab, denn die Liste auf ihrem Computer will nicht abreißen: Kaum schließt Julia einen Fall ab, kommen andere neu hinzu, die sich nebenan am Schalter angemeldet haben und von der Pflegemitarbeiterin ins System eingegeben wurden.

Nachdem ich an diesem Tag bei Julia sitze, merke ich nicht, was am Schalter oder im Warteraum passiert; ich höre nur nebenan immer wieder das Surren des automatischen Fensterhebers, mit dem das Schalterfenster geöffnet werden kann, und zwei Mal holen mich die Pflegemitarbeiterinnen, um ihnen beim Übersetzen ins Englische am Schalter zu helfen. Nachdem um 17:00 Uhr die MitarbeiterInnen des Labors nach Hause gehen, muss Julia allerdings danach immer wieder selbst ins Labor in den 2. Stock gehen, um die Bluttests zu machen, und wir gehen daher wiederholt auch durch den Warteraum mit den dort sitzenden PatientInnen. Um 19:00 Uhr gehen die letzten Pflegemitarbeiterinnen nach Hause und Magdalena, die heute von der Pflege Nachtdienst hat, übernimmt den Dienst. Sie muss nun alleine alle ÄrztInnen und den Schalter gleichzeitig betreuen. Um diese Zeit merke ich, dass die PatientInnen im Warteraum unruhiger werden, ich höre laute Gespräche, und am Schalter wird immer wieder nach der Wartezeit gefragt. Als wir wieder nach oben ins Labor gehen, stellt sich uns eine Frau, die Begleiterin eines Patienten, in den Weg, und sagt in anschuldigendem Ton: „Wir warten schon seit einer



Stunde!“ Julia beschwichtigt sie und wir gehen, doch als wir zurückkommen, ruft die Frau erneut in empörtem Ton, sodass es der ganze Warteraum hört: „Da ist sie wieder!“, und eine Stunde später ist es wieder dasselbe, da ruft sie: „Frau Doktor, das ist nicht normal, ich war früher schon einmal da, und so lange habe ich nicht gewartet!“ Julia entschuldigt sich bei der Frau, die aber noch immer verärgert ist, und wir gehen wieder in den Untersuchungsraum. Im Fall dieses Patienten sind die Untersuchungsergebnisse zwar schon fertig, Julia musste dennoch zunächst die anderen PatientInnen, die zwischenzeitlich gekommen waren, behandeln – und einige waren recht zeitaufwendig. Das könne schon vorkommen, meinte Julia zu mir.

Kurz darauf kommt der Assistenzarzt, Matthias in die Ambulanz. Julia kommt mir schon etwas angestrengt vor. Sie meint zu mir in einem leicht verzweifelten Tonfall, sie habe heute anscheinend lauter Fälle, die man nicht abschließen könne. Matthias zeigt sich über sie verwundert und meint: „Was ist denn heute los mit dir?“ Sie sind sich einig, dass heute wieder einmal ein recht arbeitsintensiver Abend in der Ambulanz ist. Er hilft ihr nun und geht mit ihr Patient für Patientin durch.

Gegen 21:30 werden die PatientInnen endlich weniger; es kommen keine neuen hinzu und bei den verbleibenden muss noch auf Ergebnisse gewartet werden, oder Julia will noch die Meinung des diensthabenden Assistenzarztes einholen, der gerade aber keine Zeit hat, in die Ambulanz zu kommen. Eine andere Turnusärztin, die chirurgischen Dienst hat und bei der schon nichts mehr los ist, setzt sich zu Julia und mir in den Untersuchungsraum und wir essen unsere Brote. Nach circa zehn Minuten setzt sich auch die Pflegemitarbeiterin, Magdalena, zu uns. Julia spricht mit ihnen über bestimmte PatientInnen dieses Abends, unter anderem von einer jungen Patientin, die stationär aufgenommen wurde, weil sie so einen niedrigen Hämoglobin-Wert habe. Sie bekomme jetzt Blutkonserven. Wir sprechen auch über die Situation im Warteraum vorher. Julia ist frustriert über das Verhalten dieser Frau, da sie ja ohnehin am Stück gearbeitet hätte. Magdalena steuert Geschichten des Verhaltens von PatientInnen vom Schalter bei. Auch sie hätte alle Hände voll zu tun gehabt, die ankommenden PatientInnen ins System einzugeben, alle anwesenden ÄrztInnen pflegerisch zu unterstützen, und Fragen der PatientInnen aus dem Warteraum zu beantworten. Wir alle stehen noch unter dem Eindruck dieses „Ansturms“, wie die MitarbeiterInnen solche Häufungen nennen.

Gegen Mitternacht hat Julia endlich die Ambulanz abgeschlossen, und sie und ich gehen auf die Station. Die bestellten Blutkonserven sind da und Julia hängt sie der besagten Patientin an. Die nächsten Stunden vergehen mit Gängen zu PatientInnen auf die Station, zum Labor, zu den Blutkonserven, die ausgetauscht werden müssen, mit Gesprächen mit anderen TurnusärztInnen und Magdalena. Zwischen 3:00 und 7:00 Uhr hat Julia Ruhezeit. Der interne Dienst ist der einzige, bei dem es für ein paar Stunden keine Bereitschaft gibt, da die restliche Zeit so anstrengend ist. Um 7:00 Uhr stehe ich mit Julia auf. Glücklicherweise hat sie nur mehr bis 9:30 Uhr Dienst, weil dieser Tag ein Feiertag ist. Sie arbeitet nun auf der Station, schreibt Entlassungsbriefe, nimmt Blut ab, und hängt Infusionen an. Dann gehen Julia und ich beide nach Hause.

### **5.1. Gemeinsames Sinnmachen von MitarbeiterInnen**

Die Beschreibung dieser Episode hat einen ersten Eindruck vom Arbeitsalltag in der Allgemeinen Ambulanz der Barmherzigen Brüder gegeben. Einige Themen der vorigen Episode werden in dieser Arbeit immer wieder auftauchen: die schwierigen Interaktionen mit PatientInnen beim Schalter und im Warteraum; der ständige Zeitdruck, unter dem MitarbeiterInnen – sowohl ÄrztInnen als auch PflegemitarbeiterInnen stehen; der „Fließbandbetrieb“, der dadurch entsteht. In dieser Arbeit werde ich immer wieder solche Gesprächssituationen zwischen MitarbeiterInnen analysieren, die aus diesem Arbeitsalltag heraus entstehen und die auch in der obigen Episode bereits aufgetaucht sind, etwa in der Interaktion zwischen Julia und Matthias, oder dem Gespräch von Julia mit den beiden anderen Mitarbeiterinnen.

In diesen Gesprächssituationen versuchen MitarbeiterInnen, ihre Interaktionen mit PatientInnen zu interpretieren, und sie in der Folge in Kategorien einzuordnen. Diese Kategorien stellen den Fokus dieser Arbeit dar. Diese Einleitung mit Julias Arbeitstag soll zeigen, dass dieses Formen von Kategorien als Praxis eine Antwort auf den Arbeitsalltag des „Fließbandbetriebs“ sind. Dieses Charakteristikum hat sich bereits in der Erzählung von Julias Arbeitstag gezeigt: Sie musste Patientin nach Patient „abarbeiten“. In diesem Arbeitsrhythmus bleibt selten bis nie Zeit, sich auf intensive Interaktionen einzulassen. In den Gesprächssituationen wird Interaktionen mit PatientInnen ein Sinn gegeben, eine soziale Beziehung hergestellt, die sich aus dem Arbeitsalltag von selbst nicht ergibt.

Diese Art von Organisation als „Fließbandbetrieb“ wird von Michael Lipsky in seinem Werk „Street-level bureaucracy: Dilemmas of the Individual in Public Service“ (1980) als Bürokratien, als „street-level bureaucracies“, analysiert. Eine Krankenhausambulanz als Bürokratie zu bezeichnen, scheint vielleicht auf den ersten Blick überraschend; schließlich denkt man bei diesem Stichwort eher an Ärmelschoner, Stempel und Akten auf Schreibtischen. Auch in der Kultur- und Sozialanthropologie wurden laut Josiah Heyman unter dem Stichwort Bürokratie bislang vor allem Bereiche von Regierungen untersucht (Heyman 2012, 1274). Lipsky inkludiert in seinem weitaus breiteren Ansatz, der auch von Heyman in einem Überblicksartikel lobend hervorgehoben wird (Heyman 2004) alle Organisationen, die mit einer großen Menge an KlientInnen – hier: PatientInnen – zu tun haben, und diese „abarbeiten“ müssen. Der Begriff „street-level“ ist etwas schwierig zu übersetzen; er impliziert jedenfalls „Parteienverkehr“ und unmittelbare Nähe zu KlientInnen (Lipsky 1980).

Lipsky weist darauf hin, dass in solchen Bürokratien immer Informationsmangel über die PatientInnen gegeben ist; schließlich ist es das Ziel, eine möglichst hohe Anzahl an PatientInnen so schnell wie möglich zu „bearbeiten“ (Lipsky 1980, 29ff.). MitarbeiterInnen wissen – auch aufgrund von Sprachbarrieren – oft wenig bis nichts über ihre PatientInnen. Einmal reflektierte ich im Gespräch mit einem Oberarzt über die vergangenen Stunden in der Ambulanz, in denen viele der anwesenden PatientInnen sich nur schlecht auf Deutsch ausdrücken konnten. Er meinte, gerade nichtversicherte PatientInnen weckten bei ihm das Gefühl einer anderen Welt, in die er sich nicht hineinversetzen könne. Dennoch versuche er es immer wieder. Die Gespräche zwischen MitarbeiterInnen sind eine Praxis, um mit diesem Phänomen umzugehen. Es werden Interaktionen mit PatientInnen noch einmal nacherzählt und gemeinsam interpretiert.

Ein Beispiel dafür wäre die Interaktion von Julia und mir mit der ungeduldigen Frau im Warteraum: Warum war diese so ungehalten? Die Mitarbeiterinnen besprechen die Situation noch einmal und versuchen, ihrem Verhalten Bedeutung zu geben. Es sind Ad-hoc-Antworten auf Ad-hoc-Fragen. Ein weiteres Phänomen solcher „street-level bureaucracies“ ist zudem eine gewisse Regellosigkeit. Es gibt zwar Öffnungszeiten, zu denen mit Sicherheit immer viele PatientInnen kommen. Aber wie viele dann inner- und außerhalb der Öffnungszeiten erscheinen, bzw. ob es zwischendurch dennoch zu einem

sogenannten „Ansturm“ kommt, wie zu Julias Dienstzeit ab 13:30 Uhr, lässt sich oft schwer vorhersagen. Hier ist also eine weitere Ad-hoc-Frage, die oft unmittelbar angesprochen wird: Warum sind diese PatientInnen gerade heute alle da? Diesen Zusammenhang zwischen einem Mangel an Regelmäßigkeit und einem Mangel an bedeutungsvoller sozialer Interaktion mit PatientInnen, und dem gemeinsamen Herstellen von Bedeutung von MitarbeiterInnen, möchte ich in einer weiteren Episode aus meiner Feldforschung erläutern.

Diese Episode ereignet sich wieder in einem internen Dienst eines Turnusarztes namens Michael. Michael hat ebenfalls einen Arbeitstag von 13:30 Uhr bis zum nächsten Morgen, an dem er bis in die Nacht fast ununterbrochen Patient nach PatientIn „abarbeitet“. Ein Patient, Herr Z., ist ein Mann in weißem Hemd mit dunkler Hautfarbe, faltigem Gesicht und einem Alter von circa 40 Jahren oder älter. Als Herr Z. kommt, sitze ich am Schalter, er fällt mir aber nicht weiter auf. Später bin ich gerade im internen Untersuchungsraum, und erlebe die Interaktion zwischen Michael und dem Patienten daher mit. Als Herr Z. hereinkommt und sich setzt, fragt ihn Michael, was ihm weh tut, und er deutet ohne zu Sprechen zuerst auf sein Herz, dann nach hinten in den Bereich seiner rechten Niere, ohne viel zu sagen. Michael fängt an, Fragen zu stellen. Herr Z. sitzt vor ihm im Sessel, den Rücken nach vorn gebeugt, den Kopf zur Brust gesenkt, und fingert an seiner Haut oberhalb der Nadel in der Beuge herum, wo ihm vorher von einer Pflegemitarbeiterin Blut abgenommen worden war. Michael stellt ihm weitere Fragen: „Trinken Sie Alkohol?“ – Dann: „Wie viel?“ – Dann: „Haben Sie heute schon ein Bier getrunken?“ Herr Z. gibt murmelnde Antworten, die nicht verständlich sind. Er blickt nicht zu Michael auf, auch nicht zu mir. Ab und zu blickt er auf, aber dann ist sein Gesicht ausdruckslos, und er fängt immer wieder zu murmeln an. Mir kommt er aufgrund seines fahrigten Verhaltens alkoholisiert vor, und, seinen Fragen nach zu urteilen, Michael wohl auch. Michael: „Welche Medikamente haben Sie genommen?“ Herr Z. sagt in gebrochenem Deutsch: „War hier, hat Arzt alles aufgeschrieben.“ Michael sagt mehrmals, wenn Herr Z. gerade einige Fragen nicht beantwortet hat: „Ich kann Ihnen nicht helfen, wenn Sie nicht mit mir sprechen.“ Herr Z. sagt noch zwei Mal, dass alles aufgeschrieben wurde und deutet noch zwei Mal auf sein Herz und seine Niere. Michael meint: „Ja, ich weiß schon, welche Medikamente Ihnen aufgeschrieben wurden, aber ich will von Ihnen wissen, welche Sie

genommen haben.“ Herr Z. antwortet darauf auch nicht. Schließlich steht er auf und fängt an, wild vor Michael zu gestikulieren, um zu zeigen, dass er sich über die Fragen ärgert. Michael bringt ihn mit zweimaligem Bitten wieder dazu, sich hinzusetzen und fragt ihn erneut, aber Herr Z. antwortet weiterhin nicht. Schließlich schickt Michael den Patienten wieder hinaus. Eine Pflegemitarbeiterin, Eva, kommt vom Schalteraum herein, lässt sich von Michael erzählen, was gerade passiert ist, und meint lakonisch: „Am Wochenende ist einer verrückter als der andere.“ Michael meint mit harter Stimme: „Ich lass mich nicht anstecken von dem. *Sein* Leben ist versaut!“ Wenige Minuten, nachdem Herr Z. draußen ist, kommt dieser wieder zum Schalter und sagt laut einige Sachen in gebrochenem Deutsch. Ich verstehe: „Seit zwei Monaten hab ich Schmerzen. Der Doktor diese Arschloch.“ Er klopft mit der flachen Hand auf die Theke des Schalters, und geht.

Diese Episode zeigt wieder, wie schwierig es in vielen Fällen für ÄrztInnen ist, eine Beziehung zu PatientInnen herzustellen, die zumindest minimales Verständnis und Hineinversetzen erlauben. Es ist unklar, warum Herr Z. dieses Mal gekommen ist; es ist unklar, ob und inwiefern er den ärztlichen Empfehlungen nach seinem letzten Besuch gefolgt ist. Vermutlich ist er alkoholisiert. In jedem Fall spricht er nicht sehr gut Deutsch, was die Interaktion auch nicht einfacher macht. Michael weiß nichts über Herrn Z., außer die Diagnose, die ihm bei seinem letzten Besuch gestellt wurde und die auf Michaels Computerbildschirm aufscheint. Die Praxis des Gesprächs unter MitarbeiterInnen im Nachhinein einer solchen Interaktion ist auch hier wieder gegeben. Michael kann im Gespräch mit Eva „Dampf ablassen“, und distanziert sich emotional von diesem Patienten, dessen Behandlung nicht gerade ein Erfolgserlebnis war. Eva gibt der Interaktion außerdem noch eine andere Bedeutung und relativiert sie, indem sie verallgemeinert und meint, am Wochenende gäbe es schließlich oft solche Situationen. Diese Art von „Regel“ ist eine Form der Verallgemeinerung, die MitarbeiterInnen kreieren, um Ad-hoc-Bedeutung für ein an sich regelloses Phänomen – wann kommen welche PatientInnen – herzustellen.

## 5.2. Kategorisieren von PatientInnen als Form des Sinnmachens

In den bisher beschriebenen Interaktionen mit PatientInnen und Gesprächssituationen zwischen MitarbeiterInnen ging es bislang allerdings nicht um den weiteren Fokus der

Arbeit auf Kategorien und „deservingness“; dazu möchte ich mit der folgenden Episode nun kommen. Ich komme hier zuerst mit einer Turnusärztin und dann mit einer Pflegemitarbeiterin ins Gespräch.

Die Turnusärztin Corinna hat internen Dienst, es ist Montagabend. Sie hat seit Beginn ihres Dienstes um 13:30 Uhr durchgearbeitet. Es ist jetzt 20:00 Uhr, und ich komme gerade von einem Interview mit einem anderen Mitarbeiter in die Ambulanz herein. Corinna begrüßt mich und meint nach ein paar Worten mit leicht verzweifelter Stimme: „Was ist hier los? Es ist acht Uhr am Abend, warum kommen die jetzt alle?“ Ich glaube zuerst, sie will scherzen – ich kann die Frage schließlich nicht beantworten – aber dann merke ich, dass das Runzeln auf ihrer Stirn sich nicht löst, und sie wohl wirklich genervt ist. Corinna redet weiter: „Ich mein, ich versteh’s eh, bis zu einem Grad, die kommen halt jetzt von der Arbeit und denken sich, jetzt lass ich mich durchchecken. Aber hey, irgendwie...“ – Sie spricht nicht weiter. Ich, nickend, sage zu Corinna: „Du bist diejenige, die sie anschauen muss.“ Sie sagt darauf nichts mehr und klickt mit gerunzelter Stirn auf ihrem Bildschirm herum, um sich der nächsten Patientin zu widmen. Ich setze mich zu Monika, der Pflegemitarbeiterin, die heute Nachtdienst hat, an den Schalter und helfe ihr, die ankommenden PatientInnen zu administrieren. Wir hören, wie Corinna nebenan mit einem Patienten spricht, von dem ich vorher schon gehört hatte, dass er offenbar bereits mehrmals hier in der Ambulanz war. Monika meint zu mir über den Patienten: „Als er zum Schalter gekommen ist, habe ich ihn gefragt, warum er um diese Uhrzeit kommt. Er hat gesagt, er kommt nicht in der Früh, er ist ja nicht blöd und wartet.“ Ich blicke sie an: „Was! Das hat er wirklich gesagt?“ Ich lache. Sie lacht auch ein bisschen – ich habe das Gefühl, sie findet es nicht wirklich lustig – und meint: „Ja, es gibt solche, die kommen immer wieder um acht. Obwohl man’s ihnen sagt.“

Corinna, die Turnusärztin, reagiert in ihrem Gespräch mit mir wieder auf das Phänomen des Ansturms, das sich Regeln gewissermaßen entzieht, und stellt explizit die Frage nach dem „Warum“. Corinna spricht hier nicht von einem/einer konkreten Patienten/in, sondern trifft eine Verallgemeinerung als Antwort – „die kommen jetzt von der Arbeit“. Im Gegensatz zum Gespräch zwischen Michael und Eva oben ist das aber keine allgemeine, entpersonifizierte „Regel“, sondern beschreibt die PatientInnen. Monika, die Pflegemitarbeiterin, spricht mit mir über einen konkreten Patienten, und erzählt nach,

was er am Schalter gesagt hat. Sie ist wohl verärgert darüber, dass er sich erneut nicht an die Öffnungszeiten gehalten hat. Deswegen hatte sie ihn zur Rede gestellt. Im Gespräch mit mir ordnet sie den Patienten in eine Kategorie, „die immer wieder um 8 kommen, obwohl man's ihnen sagt“, ein. Wiederholt hatte ich auch erlebt, dass MitarbeiterInnen von PatientInnen sagten: „Das ist auch wieder so ein Fall“, ohne dann aber zu erklären, was für ein Fall es denn sei. Diese Phrase verdeutlicht einerseits, dass ihnen der Grund so klar ist, dass sie ihn nicht nennen müssen; das Auslassen des Grunds und damit das Verschieben der Betonung in der Bedeutung weist andererseits daraufhin, dass oft nicht einmal der konkrete Grund Anlass für Frustration ist, sondern die Wiederholung, die Anhäufung, das Problem ist.

Die Kategorien, die in Gesprächen zwischen MitarbeiterInnen geschaffen werden, ermöglichen also einerseits, den allgemeinen Eindruck des „Ansturms“, dem Phänomen der Bürokratie und des Fließbands, in dem PatientInnen zu einer kollektiven Masse werden, in Worte zu fassen. Sie ermöglichen andererseits, Sinn über konkrete einzelne PatientInnen und ihr Verhalten herzustellen. In beiden Fällen erfolgt dies, indem aus dem Erlebten verallgemeinert wird, eine Kategorie von PatientInnen kreiert bzw. angesprochen wird.

Zu Kategorisieren ist ein zutiefst menschliches Phänomen. Wir ordnen alles, was wir sehen und erleben, in irgendeiner Form ein (Bowker/Star 2000, 1ff.). Kategorien sind zudem auch immer Teil von bürokratischen Apparaten. Menschen werden nach bestimmten Merkmalen in Kategorien gefasst, um sie „administrierbar“ zu machen: So legen etwa Kategorien von Einkommensstufen in vielen Fällen fest, welche Ansprüche man im Sozialstaat hat (Lipsky 1980). Auch in einer Krankenhausambulanz ist dieses Kategorisieren Teil des Prozedere. Manche soziale Kategorien sind Teil der Administration, wie etwa das Geschlecht des/der PatientIn. Andere medizinische Kategorien ergeben sich aus dem Gespräch zwischen ÄrztIn und PatientIn, wie etwa, ob er/sie Diabetes hat. Andere Kategorisierungen machen GesundheitsmitarbeiterInnen wie fast alle Menschen implizit oder unbewusst, etwa: Spricht diese Person Deutsch? Welche Hautfarbe hat er/sie? Lebt er/sie in Österreich?

Auch Lipsky diskutiert Kategorisierungen als Phänomen von „street-level bureaucracies“. Für ihn sind von MitarbeiterInnen geschaffene Kategorien vor allem eine „coping

strategy“, also eine Reaktion auf die Schwierigkeiten des Arbeitsalltags. Während ich diese Analyse nicht unpassend finde, möchte ich diese Perspektive doch etwas erweitern. PatientInnen werden nicht (bloß) in Kategorien eingeordnet, um auf Arbeitsprobleme zu reagieren. Wie die bisherigen Episoden gezeigt haben, gibt es auch ein ganz grundlegendes Bedürfnis, Sinn herzustellen, der minimalen sozialen Beziehung zwischen MitarbeiterInnen und PatientInnen Bedeutung zu verleihen, und sie gemeinsam zu interpretieren.

Es geht zudem nicht nur um eine einfache Kausalität zwischen einem Problem und der daraus folgenden „coping strategy“ „Kategorisieren“. Ich möchte in meiner Arbeit auch die „agency“ von MitarbeiterInnen aufzeigen, die trotz allem auch eine Handlungsmacht haben, um ihren Arbeitsalltag zu gestalten. Dies zeigt sich etwa oben, wenn Matthias Julia hilft, ihre PatientInnen zu „ordnen“. Aber auch die gemeinsamen Gespräche sind Rede- und Handlungsformen, die von MitarbeiterInnen selbst kreiert sind. Auch auf das Thema Kategorien trifft dies zu. Wie ich zeigen werde, werden Kategorien von MitarbeiterInnen nicht auf die gleiche Weise und im gleichen Ausmaß verwendet. Sie stellen vielmehr ein gemeinsames Repertoire dar, das unterschiedlich eingesetzt und interpretiert wird. Vergleicht man die Gesprächssituationen unter MitarbeiterInnen, die ich bisher vorgestellt habe, wird etwa klar, dass dieses „Sinnmachen“ auf unterschiedliche Weise abläuft: Bei den TurnusärztInnen Michael und Corinna sind es nur kurze Gespräche, bevor sie sich wieder den PatientInnen widmen. In Julias Dienst war hingegen gerade eine Pause entstanden und mehrere MitarbeiterInnen hatten Zeit, sich gemeinsam etwas länger zu unterhalten.

Im nächsten Abschnitt möchte ich erläutern, was all dies mit „deservingness“ zu tun hat.

### **5.3. Kategorien von PatientInnen: Medizinische und soziale Dimensionen und die Verknüpfung mit „Deservingness“**

Ich lerne die Ärztin Gerlinde an einem Donnerstagabend Anfang November kennen. Ich komme um circa 18:30 Uhr in die Ambulanz und stelle mich vor. Gerlinde hat heute internen Dienst. Ich erkläre ihr, dass mich die Versorgung der nichtversicherten PatientInnen im Krankenhaus interessiert, und dass ich die Ambulanz vor allem aus Sichtweise der MitarbeiterInnen beforsche und daher dort beobachte. Sie findet das



spannend und wir unterhalten uns ein wenig. Das Gespräch kommt auf das Thema der nichtversicherten PatientInnen. Gerlinde erklärt mir, dass es sie „einfach manchmal stört“, wenn PatientInnen kommen und „fordern“. Auf meine Nachfrage, was das heiße, erklärt sie mir: „Also, wenn sie nicht versichert sind und alles hier bekommen, aber dann auch noch so auftreten, dass sie fordern, was sie haben wollen. Und manchmal haben sie eigentlich gar nichts! Und dann nicht einmal Bitte und Danke sagen, oder gleich so ungehalten sind. Also, Bitte und Danke...“ – Sie schüttelt den Kopf, als wären das nicht die richtigen Worte – „Aber zumindest Respekt zeigen, mir gegenüber. Ich glaube darum geht es, um den Respekt.“ Ich drücke Verständnis aus, und sie wendet sich wieder ihrem Bildschirm zu.

Mein Gespräch mit Gerlinde zeigt hier mehrere Kategorien auf, welchen ich mich in dieser Arbeit widme. Ich konzentriere mich auf Kategorien, die MitarbeiterInnen in der Ambulanz über PatientInnen machen. Allerdings werde ich nicht Mutmaßungen darüber anstellen, welche Kategorisierungen in ihren jeweiligen Interaktionen mit PatientInnen möglicherweise unterbewusst mitspielen, denn dies wäre wohl eher eine Aufgabe der Psychologie. Ich fokussiere vielmehr auf Kategorien, die von MitarbeiterInnen selbst für bedeutsam gehalten und daher in irgendeiner Form benannt werden, die sie daher in ihren Gesprächen mit KollegInnen, wie oben beschrieben, diskutieren.

Diese Kategorien teile ich in drei Dimensionen ein, auch wenn sich diese immer wieder überlappen und überschneiden. Die Kategorien in der ersten, der sozialen Dimension (s. Kapitel 1), handeln von sozialen Merkmale von PatientInnen, wie im obigen Gespräch mit Gerlinde der Versicherungsstatus von PatientInnen, ihre (wahrnehmbare) Armut oder ihre Herkunft, oder ihr Verhalten – etwa, ob sie sich an Öffnungszeiten halten, ob sie „fordern“, ob sie Respekt zeigen. Nicht alle MitarbeiterInnen verwenden diese Kategorien auf die gleiche Weise – sie stellen vielmehr ein gewisses Repertoire dar. Beim Aspekt der Krankenversicherung geht es vielen MitarbeiterInnen etwa darum, sich besonders um diese PatientInnen zu kümmern. Andere finden das Fehlen einer Versicherung eher problematisch. Die Gespräche zwischen MitarbeiterInnen bringen diese unterschiedlichen Einstellungen und Erfahrungen zusammen.

In der medizinischen Dimension (s. Kapitel 7) spricht Gerlinde davon, dass PatientInnen oft „nichts haben“, also keine Diagnose möglich ist. Dieser Ausdruck wird weiter unten

wieder auftauchen. Was medizinische Kategorisierung betrifft, ist es schon fast ein Klischee, dass PatientInnen in der Biomedizin häufig mit ihren Symptomen und/oder Diagnosen gleichgestellt und somit kategorisiert werden: Diabetes-PatientIn, Krebs-PatientIn, intern oder chirurgisch, Notfall, etc. Auch in der Ambulanz ist diese Dimension immer relevant: Es ist wichtig, ob jemand als Notfall kategorisiert wird, da hier eine andere Behandlung notwendig ist; umgekehrt diskutieren MitarbeiterInnen besonders häufig über PatientInnen, die „nichts“ oder nur „Lappalien“ haben, wie ich unten zeigen werde.

Beide Arten von Kategorien, sozial und medizinisch, haben außerdem in vielen Fällen auch eine dritte Dimension, die der moralischen Wertung, die jeweils mitschwingt. Diese Dimension werde ich nicht in einem gesonderten Kapitel diskutieren, sondern sie jeweils mit den medizinischen und sozialen Dimensionen diskutieren, um in Kapitel 9 zusammenzufassen, wie alle drei Dimensionen in der Behandlung von PatientInnen zusammenwirken. Wenn Gerlinde stört, dass PatientInnen „alles“ bekommen, aber nicht dankbar sind, dann ist es eine moralische Dimension ihres Verhaltens, das hier zum Stein des Anstoßes wird. Dies werde ich unter dem Betrachtungswinkel der „deservingness“, der „Verdientheit“ von PatientInnen, diskutieren. Was heißt das?

Gerlinde spricht davon, dass die PatientInnen in der Ambulanz „alles“ bekommen würden, gleichzeitig weckt sie aber Zweifel daran, ob dies auch wirklich angemessen sei, sowohl medizinisch als auch moralisch gesehen. Sie versucht also festzustellen, ob PatientInnen die Behandlung in der Ambulanz wirklich immer „verdienen“. In der Kultur- und Sozialanthropologie wurde dieses Thema in den vergangenen Jahren in mehreren Publikationen diskutiert (Willen 2012b; Marrow 2012; Huschke 2014). Ich möchte es an dieser Stelle ebenfalls noch weiter erläutern. Wie Willen argumentiert, bleiben Vorstellungen von „deservingness“ meist implizit (Willen 2012b, 819), was mitunter auch ein Grund ist, warum sie kaum erforscht sind. Auch in meiner Analyse ist dies der Fall: Ich werde in der Folge die sozialen und medizinischen Dimensionen der Kategorien darlegen, und dabei jeweils zeigen, welche mal impliziten, mal expliziten moralischen Dimensionen dabei von MitarbeiterInnen mitdiskutiert werden.

Wenn es um „deservingness“ geht, stellt sich außerdem die Frage, wie man dieses Thema überhaupt erforschen kann. Wim Van Oorschoot (2006) versuchte etwa auf Basis der

„European Values Study“ festzustellen, welche Personengruppen in Europa als besonders wenig „deserving“ angesehen werden. Implizit wird in seiner Studie dabei auch klar, wie schwierig es ist, Ergebnisse ohne Kontext zu erklären. Ein Ergebnis war etwa, dass ein höheres Einkommen keinen positiven oder negativen Effekt auf „deservingness“-Einstellungen hat. Dies erklärt er damit, dass sich bei der Gruppe der Vermögenden möglicherweise zwei Faktoren ausgleichen:

On the one hand, assuming that it is easier to be unconditional when having larger resources, people with higher incomes could be expected to be less conditional. On the other hand, however, if richer people regard social protection as being less in their strictly personal interest, they would like to contribute less, and as a result be in favour of a more restrictive, conditional approach towards other people's neediness. (Van Oorschoot 2006, 34)

Reichtum kann also zu einer oder zur anderen Einstellung führen, für beides lassen sich plausible Argumente finden. Damit wird klar, dass es für viele Erklärungen von „deservingness“-Annahmen immer auch ein Gegenstück gibt. In der Ambulanz zeigt sich dies, wie bereits erwähnt, etwa für den fehlenden Versicherungsstatus. Für manche MitarbeiterInnen ist er ein Anzeichen besonderer „deservingness“. Andere wiederum sind der Meinung, dass diese PatientInnen unbedingt einen Weg finden müssten, sich zu versichern, und sehen sie daher durchaus potentiell als illegitime NutznießerInnen der Ambulanz. Daraus schließe ich, dass es weniger sinnvoll ist, breite, allgemeine Erklärungen zu versuchen, wie es Van Oorschot tut, sondern mit ethnographischen Untersuchungen wie dem Vorliegenden einen Beitrag zu leisten.

Einen solchen ethnografischen Beitrag liefert auch Huschke (2014). In ihrem Artikel über die Arbeit der Berliner NGO „Medibüro“ analysiert sie, wie PatientInnen „deservingness“ darstellen, also „performen“, wenn sie mit ÄrztInnen interagieren, und welche Konsequenzen es hat, wenn diese „Performance“ nicht den Erwartungen der ÄrztInnen entspricht. Huschkes Ergebnisse werde ich im Detail noch im Laufe der Arbeit diskutieren. An diesem Punkt sei erwähnt, dass auch sie die Frage stellt, auf welche Weise Annahmen über „deservingness“ im Gesundheitsbereich erforscht werden können. Sie beklagt, dass bisherige Forschungen vor allem mit der Konstruktion von „deservingness“ *außerhalb* der „klinischen Praxis“ beschäftigt seien; mit ihrer eigenen Arbeit möchte sie diese Lücke schließen:

Their focus lies on the discursive construction of deservingness prior to or outside of the actual interaction between a state official or a physician and the patient. In this paper, I aim to expand these investigations of humanitarian encounters and analyses of migrant deservingness by focusing on the concrete face-to-face interactions between physicians/volunteers and patients. (Huschke 2014, 2)

Mit der vorliegenden Arbeit möchte ich ebenso einen solchen Beitrag liefern, wobei ich zeige, dass neben der unmittelbaren „face-to-face“-Interaktion zwischen ÄrztIn und PatientIn das gemeinsame „Sinnmachen“ und Diskutieren unter MitarbeiterInnen ebenfalls eine große Rolle spielt, da hier unterschiedliche Annahmen von „deservingness“ verhandelt werden. Dieser Unterschied zu Huschke ergibt sich auch aus dem Setting einer Ambulanz mit mehreren gleichzeitig anwesenden MitarbeiterInnen, im Gegensatz zum System des „Medibüros“, wo PatientInnen an einzelne niedergelassene ÄrztInnen weiterverwiesen werden. Ein weiterer Unterschied ist, dass es eine Durchmischung versicherter und nichtversicherter PatientInnen gibt. Die Zusammenhänge zwischen Versicherungsstatus und „deservingness“ werde ich in den folgenden Kapiteln und insbesondere in Kapitel 9 daher ebenfalls diskutieren.

Als Fortführung dieser fachlichen Debatten zeige ich, wie Kategorien von „deservingness“, immer mit sozialen und medizinischen Dimensionen verknüpft, aus der Praxis der Ambulanzarbeit heraus entstehen. Sie sind verbunden mit dem bürokratischen Phänomen des Einteilens von PatientInnen in Kategorien, und den Versuchen von MitarbeiterInnen, Sinn auf der gleichen kollektiven Ebene herzustellen, auf der sie die PatientInnen in ihrem „Ansturm“ erleben. Gleichzeitig werden diese Kategorien immer auch mit bestimmten gesellschaftlichen Debatten verknüpft. In der sozialen Dimension geht es etwa um neoliberale Konzepte der Eigenverantwortung, in der medizinischen Dimension um eine Umlegung von medialen Debatten über die Struktur des Gesundheitssystems. Zuletzt spielt die Wahrnehmung von limitierten Ressourcen in der Ambulanz eine große Rolle in Diskussionen über „deservingness“. In den folgenden Kapiteln werde ich all diese Aspekte näher erläutern.

## **6. Die soziale Dimension: Auftreten, Verhalten, Herkunft und Armut als Indikator für „Deservingness“**

Es ist Freitagnachmittag und ich sitze mit der Pflegemitarbeiterin Magdalena am Schalter. Birgit, eine Turnusärztin, die heute chirurgischen Dienst hat, kommt aus ihrem Untersuchungsraum zu uns, setzt sich auf einen Rollcontainer neben dem Schreibtisch und gibt uns seufzend einen Überblick über die ersten drei Stunden ihres Dienstes: „42 Patienten bis jetzt. Es werden einfach immer mehr.“

Ich bin mir nicht sicher, was sie meint, und frage: „Nichtversichert, oder überhaupt?“

Sie: „Nein, ich glaube schon Nichtversicherte. Weil sie halt alle ankarren, weil sie glauben, dass sie hier eine bessere medizinische Versorgung kriegen.“

Magdalena reißt zustimmend groß die Augen auf: „Ja, ich merk’s auch schon, also ich arbeite erst seit ein paar Jahren hier, aber allein in der Zeit, dass es mehr werden.“

Birgit: „Ja, also ich weiß nicht, wie’s vor 10 Jahren war, aber seit ich da bin, wird’s immer mehr. Und die anderen Krankenhäuser putzen sich auch g’scheit ab. Die sagen dann, gehen’s zu den Barmherzigen Brüdern. Oder schicken sie weg. Ich war ja bis vor 2 Wochen im AKH in der Ambulanz, die Fächer für den Turnus machen, die sie hier nicht haben, und da verlangen’s bar am Schalter. Also bevor sie die Leute überhaupt anschauen.“

Magdalena staunt betroffen: „Echt, schon vorher?“ – Birgit nickt – „Und bar auf die Kralle?“

Birgit: „Ja, genau.“

Ich: „Und wie viel kostet das so?“

Birgit: „Naja, ganz unterschiedlich, je nachdem.“

Magdalena: „Die Patientin vorher hat gesagt, im AKH hätten’s 250 Euro gewollt, wegen dem Hamsterbiss.“ (Ich weiß nicht genau, was sie meint, denn ich habe von dieser Patientin nichts mitbekommt.)

Birgit: „Ja, aber ich muss auch sagen: Die Chinesin vorher zum Beispiel, da war großes Geheule, aber dann zückt sie ein iPhone. Also es ist schon auch die Frage, was ist es mir wert. Also ich weiß nicht was so ein iPhone kostet, aber man kann sich um nicht so viel Geld versichern lassen. Die denken sich halt, brauch ich eh nicht oder so, und lassen’s drauf ankommen.“

Dieses Kapitel dreht sich um die soziale Dimension der Kategorien, die MitarbeiterInnen über PatientInnen schaffen. Hier geht es immer wieder um soziale Merkmale von PatientInnen, wie wir es schon im vorhergehenden Kapitel im Gespräch mit der Ärztin Gerlinde und hier wieder zwischen Magdalena und Birgit sehen: ihr Versicherungsstatus, ihre (wahrnehmbare) Armut, ihre Herkunft oder ihr Verhalten – etwa, ob sie sich an Öffnungszeiten halten, ob sie „fordern“, ob sie Respekt zeigen. Diese Kategorien haben auch fast immer eine moralische Dimension, die im Gespräch unter den MitarbeiterInnen diskutiert wird. In der Episode oben wird etwa einer Patientin vorgeworfen, dass medizinische Versorgung für sie nicht den „richtigen“ Stellenwert hat. Ihr Mangel an Krankenversicherung wird gewissermaßen als nicht legitim gewertet, denn sie könne sich ja offensichtlich auch ein teures Mobiltelefon leisten. Nicht alle MitarbeiterInnen treffen dieselben Wertungen und verwenden die Kategorien auf die gleiche Weise. Gerlinde hatte etwa vor allem das Auftreten der PatientInnen ihr gegenüber betont, den „Respekt“, während Birgit sich hier eher auf das Thema Kosten und ihre Wahrnehmung von Armut konzentriert. Dennoch möchte ich hier einige Kategorien dieser sozialen Dimension darstellen, die immer wieder auf die eine oder andere Weise von MitarbeiterInnen herangezogen werden.

Diese Kategorien haben in den meisten Fällen keine Auswirkung auf die Behandlung der PatientInnen. Birgit, Magdalena und ich tauschen uns in dem Dialog eingangs gemeinsam über Fälle aus und interpretieren sie; Birgit kann sich Luft machen über die große Anzahl, den „Ansturm“ an PatientInnen, den sie gerade hinter sich hat. Ich stelle im Folgenden weiters auch Fälle vor, in welchen PatientInnen aufgrund einer Kategorisierung auf verschiedene Weise sanktioniert werden, und zeigen, dass solche Sanktionen immer

wieder im Zusammenhang mit dem Thema Ressourcen und der Wahrnehmung der MitarbeiterInnen von Missbrauch zusammenhängen. Bei dieser sozialen Dimension fällt zudem auf, dass Argumente herangezogen werden, die als Anklänge neoliberaler Diskussionen im Gesundheitsbereich eingestuft werden können. Birgit lässt etwa anklingen, dass PatientInnen für ihre Armut und ihre Gesundheit selbst verantwortlich sind. Medizinische Versorgung müsse etwas „wert sein“ und einen finanziellen Wert haben, PatientInnen sollten daher finanziell etwas dazu beitragen.

### **6.1. Vier Gruppen von Kategorien in der sozialen Dimension**

Aus den Feldforschungsdaten lassen sich vier Gruppen von Kategorien in der sozialen Dimension zusammenfassen, die für MitarbeiterInnen auf verschiedene Weise immer wieder angewandt und diskutiert werden:

- Herkunft bzw. Wohnort: Lebt diese Person hier (in Wien oder Österreich) oder nützt er/sie die Ambulanz als „Medizintourist/in“ aus?
- Auftreten: Wie gibt sich diese Person im unmittelbaren ersten Eindruck? Ist er/sie respektlos oder respektvoll, undankbar oder dankbar, unfreundlich oder freundlich? – Diese Kategorie geht über in die folgende Kategorie:
- Verhalten: Wird er/sie ausfällig oder aggressiv? „Fordert“ er /sie eine bestimmte Untersuchung, obwohl er/sie diese vielleicht gar nicht braucht? Verhält er/sie sich den Anweisungen gemäß, spricht, ist er/sie „compliant“? Hält er/sie sich (nicht) an die Öffnungszeiten? Wiederholt sich dieses Verhalten über mehrere Ambulanzbesuche? Wenn er/sie versichert ist, kommt er/sie „immer wieder“ in die Ambulanz, obwohl er/sie auch etwa eine/n niedergelassenen Arzt/Ärztin konsultieren könnte?
- Wahrnehmbare Armut bzw. materieller Besitz: Wirkt diese Person arm? Besitzt er/sie Statussymbole wie ein teures Handy? Wenn er/sie nicht versichert ist, könnte sich diese Person nicht doch eine Versicherung leisten, nützt er/sie die Ambulanz also aus?
- Versicherungsstatus: ist diese Person nichtversichert? Könnte sich diese Person nicht doch eine Versicherung leisten, nützt er/sie die Ambulanz also aus?

In dieser Aufzählung zeigt sich die Überschneidung mit der medizinischen Dimension, etwa bei der Kategorie „fordern“ – hier ist die Diagnose der/des Patient/in impliziert – oder „compliant“ – hier geht es auch darum, ob medizinische Therapien wirksam werden können; außerdem zeigt sich, dass die Unterteilung der Kategorien zum Teil eine Interpretationsfrage ist, da „Auftreten“ und „Verhalten“ ineinander übergehen, genauso wie „Versicherungsstatus“ sich mit Fragen in den anderen Kategorien überschneidet. Ganz unmittelbar zeigt sich bei vielen Kategorien auch die moralische Dimension, und wie sie immer wieder mit dem Thema Ressourcen und „deservingness“ in Verbindung gebracht wird: Verdient diese Person durch sein Auftreten, Verhalten, seine Herkunft oder seine Armut die Behandlung in der Ambulanz, oder missbraucht er/sie die Ressourcen der Ambulanz?

Auffällig ist auch, dass die meisten Kategorien tendenziell in Richtung einer negativen Einschätzung von „deservingness“ gehen. Beim Verhalten wird etwa vor allem danach gefragt, inwiefern das Verhalten des/der PatientIn „falsch“ ist. Am ambivalentesten für MitarbeiterInnen habe ich die Kategorie Versicherungsstatus erlebt. Für manche MitarbeiterInnen stellt es ein Ideal und eine Motivation für die Arbeit in diesem speziellen Krankenhaus dar, in der Ambulanz auch nichtversicherte PatientInnen versorgen zu können. Trotzdem bewerteten auch solche MitarbeiterInnen Nichtversicherte nicht immer positiv. Ein Pflegeschüler meinte etwa in einem Gespräch mit mir: „Ich finde es ja gut, dass hier die Leute ohne Versicherung behandelt werden und so, aber das wird ja richtig ausgenützt.“ Diese Wahrnehmungen von Missbrauch werde ich im Laufe der Arbeit noch an mehreren Beispielen erläutern.

Die Kategorie Herkunft bzw. Medizintourismus braucht ebenfalls noch einige Erläuterungen. Bei diesem Schlagwort handelt es sich wie bereits in anderen Fällen um eine politische Debatte, die gerade von rechten politischen Parteien immer wieder vereinnahmt wurde. In meinen Gesprächen mit LeitungsmitarbeiterInnen wurde jedenfalls die Annahme geäußert, dass es „selbstverständlich“ Medizintourismus gebe. So meinte etwa ein Mitarbeiter der Leitung über die Aufgaben der Ambulanz: „Das sind auch Gesundheitstouristen, also (das) heißt, die wissen, das ist in ihrem eigenen Heimatland zu teuer, und deshalb fahren sie lieber mit dem Bus oder Bahn oder was auch immer her, weil sie wissen, da ist es zumindest etwas billiger, ja.“ Während dieser Mitarbeiter dem



neutral gegenüberstand, hat sich das Thema im Laufe dieses Kapitels schon in ganz anderen Tönen dargestellt. In Birgits Aussage „weil sie alle ankarren“, und anderen ähnlichen Aussagen, schwingt auch immer wieder das Thema des Medizintourismus mit, wenn auch explizit nur selten über „Medizintourismus“ – mit diesem Begriff – gesprochen wird. MitarbeiterInnen erleben dieses Phänomen etwa dann, wenn Menschen aus dem Ausland anrufen und sich danach erkundigen, was es mit dieser Gratis-Ambulanz auf sich hätte, oder wenn PatientInnen von sich aus erzählen, dass sie mehr oder weniger für die Behandlung in dieser Ambulanz nach Wien gekommen seien. Auch wird hier deutlich, warum der Versicherungsstatus von PatientInnen oft ambivalent beurteilt wird, schließlich sind solche PatientInnen oft in ihrem Herkunftsland versichert, die Ambulanz kann die Behandlung aber nicht mit den Krankenkassen in den Herkunftsländern abrechnen. Als ich die Ärztin Gerlinde interviewte, sprach ich mit ihr über das Thema stationäre Aufnahmen, und wir kamen dabei auch auf solche PatientInnen zu sprechen:

Also ich finde, es kommt d’rauf an. [...] <sup>2</sup> Manche kommen halt, die sind im eigenen Land mit der Gesundheitsversorgung unzufrieden, und die kommen halt mit den ganzen Befunden und lassen sich das anschauen und wollen eine Meinung dazu haben. Also irgendwie kann ich das auch verstehen, wenn ich meine Mutter da irgendwo im Heimatland hätt’ und nicht weiß wie gut die versorgt wird.

Gerlinde hat also durchaus Verständnis für PatientInnen, die für eine Untersuchung nach Wien in die Ambulanz kamen, allerdings hier unter der Annahme, dass sich diese Person bereits dauerhaft in Österreich befindet. Hier spielen also Wahrnehmungen von Zugehörigkeit hinein (Marrow 2010, 850). Allerdings hatte ich während meiner Feldforschung nie erlebt, dass die Kategorisierung als „MedizintouristIn“ einen Unterschied in der Behandlung gemacht hätte. Die folgende Episode zeigt hingegen einen Fall, wo Kategorisierungen wirksam werden. Die ÄrztInnen sanktionieren einen Patienten zunächst mit einer längeren Wartezeit, und nehmen ihn dann nicht wie sonst stationär auf.

---

<sup>2</sup> Auslassungen und Hinzufügungen durch die Autorin sind bei Interviewzitatzen mit eckigen Klammern gekennzeichnet.

## 6.2. Fallbeispiel Herr P.: Sanktionen für „falsches“ Verhalten

Es ist Montagabend und in der Ambulanz ist viel los. Die Turnusärztin Corinna will einen Patienten, den Herrn P. hereinbitten, fragt aber vorher noch die Pflegemitarbeiterin Monika, warum er als „Nachbehandlung“ eingetragen sei. Monika erklärt Corinna: „Der war erst am Donnerstag da, deswegen hab ich ihn als Nachbehandlung zugewiesen.“ Ich hatte auch nebenbei mitbekommen, als er am Donnerstagabend in der Ambulanz war, ich hatte ihn mir aber nur vage in Erinnerung behalten: ein älterer Mann, der nicht viel sprach. So, wie Corinna und Monika über ihn sprechen, bekomme ich den Eindruck, dass sie Herrn P. schon öfters hier gesehen haben. Corinna nimmt ihn nun doch nicht sofort dran, sie arbeitet erst am Computer weiter. Bei einer anderen Patientin hatte ich gehört, wie eine Pflegemitarbeiterin diese Praxis einer Famulantin erklärte: „Die lassen wir nicht warten, weil wir böse sind, sondern sie kommt immer erst um 12:00 Uhr, außerhalb der Öffnungszeiten. Also so als erzieherische Maßnahme.“ Ich gehe zu Monika am Schalter. Als Corinna ihn schließlich drannimmt, höre ich von nebenan, wie sie zu ihm sagt: „Ja, weil Sie immer am Abend kommen, Sie wissen ja, dass Sie am Vormittag kommen sollen. Jetzt ist kein Bett mehr frei. Wenn Sie am Vormittag gekommen wären, hätten wir sie aufnehmen können“. Sie veranlasst die üblichen Tests. Ich mache in der Zwischenzeit im Infusionsraum ein Interview mit einem anderen Mitarbeiter, bis Herr P. eine halbe Stunde später hereinkommt. Er bekommt offenbar eine Infusion. Eine weitere halbe Stunde später habe ich mein Interview erledigt und gehe wieder zu Corinna in den internen Untersuchungsraum, diese wird nun vom diensthabenden Oberarzt unterstützt. Später erzählt mir der Oberarzt, dass Herr P. schon oft da war, dass man ihm sagen könne, was man wolle, er habe immer 5 Kilogramm zu viel und dann wisse man nicht, wie man ihm das „runterdialysieren“ solle. „Er achtet einfach nicht auf die Ernährung, nimmt seine Medikamente nicht, komplett non-compliant.“ Ich: „Und er war schon mal stationär aufgenommen?“ – „Ja, immer wieder, aber jetzt nehmen wir ihn nicht auf, weil ich finde, da muss man ihm mal ein Zeichen setzen, dass er nicht einfach machen kann, was er will und es wird ihm dann alles wieder gerichtet. So hört er ja auf nichts, aber so können wir ihm das zumindest verdeutlichen.“ Ich setze mich wieder zu Monika an den Schalter. Sie hat unser Gespräch gehört und erzählt über Herrn P.: „Als er zum Schalter gekommen ist, habe ich ihn gefragt, warum er um diese Uhrzeit kommt. Er hat gesagt, er kommt nicht in

der Früh, er ist ja nicht blöd und wartet.“ Ich blicke sie an: „Was, das hat er wirklich gesagt?“ Ich lache. Sie lacht auch ein bisschen – ich habe das Gefühl, sie findet es nicht wirklich lustig – und meint: „Ja, es gibt solche, die kommen immer wieder um acht am Abend. Obwohl man’s ihnen sagt.“ Die letzte Aussage des Oberarztes, sein Beschluss, Herrn P. nicht aufzunehmen, muss dadurch relativiert werden, dass offenbar ohnehin keine Betten mehr frei waren, wie Corinna vorher erklärt hatte. Die Aussage verdeutlicht aber die Intention des Oberarztes, diesen Patienten zu sanktionieren, wie es Corinna bereits mit der längeren Wartezeit getan hatte.

Die MitarbeiterInnen stehen hier also vor einem Problem: Sie haben Herrn P. auf sein problematisches Verhalten, sowohl in Bezug auf seine Gesundheit, als auch der Strukturen der Ambulanz, wiederholt aufmerksam gemacht, dies hat aber scheinbar keinerlei Wirkung gezeigt. Welche Kategorien werden hier wirksam? Die MitarbeiterInnen hatten schon mehrmals mit Herrn P. Kontakt, und vor allem sein Verhalten wird bemängelt: Er halte sich nicht an die Öffnungszeiten; er sei „komplett non-compliant“, auch was medizinische Dinge angeht. Monika weist mit ihrer Aussage „er ist ja nicht blöd und wartet“ darauf hin, dass Herrn P. in den Augen der MitarbeiterInnen bewusst sei, dass er etwas „falsch“ mache, aber er nicht daran denke, dies zu ändern. Über den medizinischen Aspekt lässt sich Ähnliches sagen, nachdem Herr P. „einfach nicht auf seine Ernährung achtet“ und seine Medikamente nicht nimmt. In diesen Kategorien scheinen auch moralische Wertungen durch; Herr P. entspricht nicht den Erwartungen der MitarbeiterInnen, und der Oberarzt scheint der Meinung zu sein, dass Herr P. einen wiederholten stationären Aufenthalt nicht „verdient“. Hier überschneiden sich also mehrere Kategorien und Dimensionen und ein Patient wird in gewisser, wenn auch vielleicht wenig dramatischer, Hinsicht anders behandelt.

### **6.3. Fallbeispiel Frau S.: Überschneidung von sozialer Dimension und „Deservingness“ und Verknüpfung mit Ressourcen**

In der nächsten Episode werden sich noch mehr Kategorien und Themen überschneiden. Frau S. ist eine Patientin, die mir bereits am ersten Tag meiner Feldforschung begegnet. Sie wird in der Folge von MitarbeiterInnen immer wieder als problematischer Fall diskutiert, und sie sollte mir noch zwei Mal begegnen. Eine Pflegemitarbeiterinnen, der

ich an meinem ersten Tag kurz zuvor vorgestellt worden war, verabschiedet sich bei der Ankunft von Frau S. gleich mit den Worten: „Ich muss jetzt gehen, denn Frau S. kommt“. Später erklärt sie mir: „Es gibt wenige Patienten, die ich nicht aushalte, und Frau S. ist eine davon“. Frau S. ist also eine Patientin, die zum Teil sehr starke Reaktionen bei den MitarbeiterInnen hervorruft; vielleicht, weil sie Aspekte eines Klischees hervorruft. Auch diese Aspekte kann man als soziale Dimension analysieren: Sie ist übergewichtig und riecht unangenehm. Bei jeder meiner Begegnungen mit mir trägt sie dasselbe braune, lange Kleid. Sie versteht und spricht bis auf ein paar Brocken kein Deutsch. Ihr Sohn, ebenfalls übergewichtig, der mit starkem Akzent Deutsch spricht, ist stets ihr Begleiter, und übersetzt für sie. Frau S. ist eine nichtversicherte Patientin, die zwei bis vier Mal pro Woche in die Ambulanz kommt. Sie hat Ulcera<sup>3</sup> an den Beinen und lässt sich diese in der Ambulanz kontrollieren und neu verbinden.

Als an meinem ersten Tag die Pflegemitarbeiterin Eva und die Turnusärztin Julia lesen, dass Frau S. als nächstes auf der Warteliste steht, sagen sie beide ein paar Mal „oje“. Eva hat sich auf den Schreibtisch gestützt und erklärt mir, was das Problem ist: „Die ist so anstrengend. Sie kommt schon so lange her. Julia, wie lange?“ Julia überlegt: „Seit 2008.“ Eva: „Sie zeigt überhaupt keine Compliance, ich habe ihr schon so viele Nummern gesagt, aber sie hat nichts getan. Es ist immer dasselbe.“ Schon wie bei Herrn P. ist also hier wieder „compliance“, das Verhalten von PatientInnen bezüglich ihrer Therapie, Thema. Die Frustration der MitarbeiterInnen mit Frau S. baute sich scheinbar über die Jahre auf, weil sie sich nicht an Abmachungen hielt, wie mir eine andere Pflegemitarbeiterin einige Wochen nach meiner ersten Begegnung mit Frau S. erklärt:

Weil sich Frau S. auch lange nicht an die Zeiten gehalten hat, was ihr immer vorgeworfen wurde. Halt irgendwann am Wochenende gekommen ist, was halt schwierig ist, mit ihrem Verbandswechsel, der eine halbe Stunde dauert. Wenn man alleine ist zum Beispiel. [...] Und der Arzt sagt dann auch nicht, wenn sie schon da ist, kommen's morgen, sondern wir müssen das machen und dann stehen zehn Leute am Schalter und wir sind da eine halbe Stunde damit beschäftigt.

Frau S. hatte also gerade bei den PflegemitarbeiterInnen in der Vergangenheit immer wieder die Routinen der Ambulanz unterlaufen und sich nicht „richtig“ verhalten, obwohl

---

<sup>33</sup> offene Beine

es aus Sicht der MitarbeiterInnen gerade in ihrem Fall wichtig gewesen wäre – am Vormittag sind mehrere ÄrztInnen und PflegemitarbeiterInnen zugegegen, und die Behandlung löst dann keinen solchen „Rückstau“ aus. Hier werden also unmittelbar die Ressourcen der Ambulanzen herausgefordert.

Die übliche Behandlung, die für die Verbandswechsel von Frau S. nötig ist, ist tatsächlich langwierig. Bei meiner nächsten Begegnung mit ihr hat Alexandra, eine Turnusärztin, chirurgischen Dienst. Sie bittet Frau S., sich auf die Liege zu legen, Vanessa, eine Pflegemitarbeiterin, fährt die Liege herunter für sie. Alexandra fängt an zu telefonieren. Ich habe das Gefühl, die Situation ist ihr unangenehm. Vanessa öffnet die Verbände, während Frau S. versucht, sich in ruckartigen Bewegungen auf den Rücken zu schieben. Vanessa bittet sie, sich auf den Bauch zu drehen. Ruck für Ruck bewegt sie sich nun in die andere Richtung. Vanessa gibt zuerst auf beiden Beinen die gewickelten Verbände herunter. Frau S. deutet auf die Verbände und sagt etwas wie: „Bitte, Schwester“. Ihr Sohn nuschelt auch etwas wie: „für zu Hause“. Vanessa reagiert nicht, sie hat sie nicht verstanden. Als Vanessa beim linken Bein ungefähr auf der Hälfte den Verband heruntergegeben hat, saugt Frau S. die Luft ein und sagt laut: „Uuu, Schwester!“ Vanessa macht mit dem linken Bein weiter, wo die größere offene Stelle ist. Ich sitze am Fenster. Frau S. ‘ Sohn sitzt auf einem Sessel nahe der Tür, er hat einen Arm abgewinkelt auf seinen aufgestellten Oberschenkel gestützt, und blickt schief zu ihr hin. Unter dem Verband ist eine Art Netzstrumpf, und darunter ist ein Pflaster. Vanessa schneidet beides herunter. Darunter ist eine Art Schaumstoff-Platte, die über die offenen Stellen gelegt ist. Als Vanessa beginnt, den Schaumstoff herunterzugeben, saugt Frau S. wieder die Luft an, zieht das Bein weg und sagt laut: „Uu, Schwester, uu, Schmerzen.“ Vanessa: „Das muss leider sein!“ – Frau S.: „Wasser...“ – Ich verstehe nicht, was sie meint, aber Vanessa holt eine nadellose Spritze mit einer Flüssigkeit und gibt sie auf die offene Stelle, sodass das „Wasser“ unter die halb geöffnete Schaumstoffplatte läuft. Frau S. saugt die Luft ein. Vanessa zieht den restlichen Schaumstoff herunter. Frau S. murmelt wieder gepresst: „Uuu, Schwester, uuu,“ zuckt mit dem Fuß, wackelt am ganzen Körper. Alexandra ruft vom Telefon aus: „Es muss sein!“ Vanessa wischt die Wunde ab. In meinen Augen sieht ihr Bein furchtbar aus, als hätte jemand am Bein abgebissen. Alexandra hat fertig telefoniert und kommt sich auch das Bein ansehen. Vanessa und Alexandra diskutieren,

ob sich der Heilungsprozess verbessert hat. Sie sind sich nicht sicher, glauben aber schon. Vanessa macht mit der zweiten Stelle weiter, am rechten Bein, der Sohn von Frau S. steht jetzt neben ihrem Kopf. Sie wiegt sich nun zusätzlich mit dem ganzen Körper hin und her, wenn sie Schmerzen hat.

Hier wird klar, dass die Behandlung eines chronischen Leidens wie bei Frau S. nicht ganz einfach ist. Alexandra und Vanessa sind nicht ganz sicher, ob die Beschwerden von Frau S. sich überhaupt verbessert hatten. Das liegt daran, dass die diensthabenden ÄrztInnen und PflegemitarbeiterInnen wechseln, und daher muss eine Veränderung allein auf Basis der schriftlichen Dokumentation festgestellt werden. An den insgesamt drei Besuchen, die ich selbst miterlebt hatte, bekam Frau S. von den jeweiligen ÄrztInnen verschiedene Anweisungen, wie sie den Ulcus zu versorgen habe. In der Episode oben sind etwa Diskussionen um die Verbände von Frau S. angedeutet („Frau S. deutet auf die Verbände und sagt etwas, >bitte Schwester<. Der Mann sagt auch etwas wie, >für zu Hause<“). Ich erlebte verschiedene Anweisungen, wie oft sie diese zu wechseln hatte und Missverständnisse, ob sie die Verbände wieder mit nach Hause nehmen konnte. Alexandra zeigte mir dies auch in ihrer Computerakte über Frau S.: „Das wurde nicht richtig dokumentiert, da haben sie die Salbe gewechselt, die hat viel besser geholfen, und dann wieder eine andere, nur weil das nicht richtig aufgeschrieben wurde.“ Hier zeigen sich also gewisse Probleme im Dokumentationssystem.

Zurück zur Schilderung der Episode. Während Vanessa mit Frau S. zweitem Bein weiter macht, setzt sich Alexandra wieder und fängt an, am Computer an der Datei von Frau S. weiterzutippen, so wie es bei jedem Besuch gemacht wird. Als Frau S. fertig ist mit ihrer Behandlung und darauf wartet, dass Vanessa ihre Verbände neu macht, sagt Alexandra zu ihr vom Schreibtisch aus: „Sie müssen sich versichern lassen. Das ist eine chronische Krankheit, das muss derselbe Arzt sehen, das ist ganz wichtig.“ Sie spricht in diesem Sinne weiter, Frau S. und ihr Sohn hören schweigend zu, dann sagt der Sohn so etwas wie: „Aber wie soll man versichern, arbeitet nicht, hat nicht.“ Alexandra: „Ja, aber man muss versichern weil vielleicht muss man das einmal operieren.“ Sie spricht weiter darüber wie wichtig eine Versicherung ist. Vanessa fragt mich, ob ich kurz mit dem Verband helfen kann, und ich drücke meine Hand auf den Verband, während sie weiter wickelt. Vanessa erklärt den beiden, dass sie die Verbände nicht wechseln dürfen, bis sie das nächste Mal

hier sind, in ein paar Tagen. Zu Frau S. sagt sie: „So, jetzt sind wir fertig, Frau S.“ Sie stellt ihr das Bett niedriger und wirft etwas weg, blickt sie wieder an und lächelt: „Das ist immer Schwerstarbeit für Sie, oder!?“ Frau S. lächelt zurück. Sie verabschieden sich.

Alexandra, der bewusst ist, dass das Dokumentationssystem nicht perfekt ist, argumentiert, dass ein niedergelassener Arzt/Ärztin für eine solche chronische Krankheit besser wäre als die Ambulanz. Diese Einschätzung klingt einleuchtend, wenn man sich die eben beschriebenen Schwierigkeiten vor Augen führt. Allerdings argumentiert sie hier weniger mit medizinischen Aspekten, sondern vor allem mit dem Thema Versicherung und spricht lange darüber, ohne wirklich darauf einzugehen, aus welchen Umständen heraus Frau S. nicht versichert ist – auch ich hatte nie eine Gelegenheit, dies zu erfahren. Alexandra scheint trotz der gegenteiligen Beteuerungen des Sohnes der Ansicht zu sein, dass eine Versicherung für sie möglich sein müsse. Später spricht sie mit einer anderen Pflegemitarbeiterin über Frau S., als sie sich beide über die Anzahl der PatientInnen beklagen. Alexandra: „Schaust du eine an, kommen drei neue dazu. Und vor allem so komische. So wie die S., die waren jetzt da, die kommt jeden zweiten Tag. Die müssen sich doch irgendwas einfallen lassen, dass sie sich versichern.“

Implizit ist hier also das Thema Ressourcen angesprochen, das ich weiter unten noch genauer diskutieren werde: „die kommt jeden zweiten Tag“. Zugleich wird diese Behandlung nicht (mehr) als legitim empfunden: „Die müssen sich doch irgendwas einfallen lassen, dass sie sich versichern.“ Bei chronischen Beschwerden wie jenen von Frau S. hörte ich immer wieder die Einschätzung, dass hier die Kosten für die Ambulanz zu hoch seien, diese PatientInnen dauerhaft zu behandeln. Ich sprach mit der Turnusärztin Julia in einem Interview über das Thema, die meinte:

„Wir haben halt wirklich auch viele Patienten, die chronische Sachen haben, die halt auch schon ewig da sind, und Behandlungen wollen. Das ist halt dann schwierig.“

Ich: „Was ist daran schwierig? [...]"

Julia: „Naja, dass das Haus es sich eigentlich nicht leisten kann. Also das ist eigentlich mehr. Und du kannst, auch wenn du da sitzt und dir denkst, ja, du möchtest ihm aber eh helfen, du kannst nicht einfach alles anordnen.“

Hier wird also deutlich, dass Julia zwar chronische Beschwerden nicht per se ausschließen möchte („du möchtest ihm aber eh helfen“) und sie daher vielleicht nicht unbedingt als Missbrauch der Ambulanz sieht. Sie werden aber eindeutig als eine zu große Belastung der Ressourcen wahrgenommen.

Im Fall von Frau S. schienen sich viele MitarbeiterInnen einig, dass sie die Ambulanz „ausnützen“ würde und man dagegen etwas tun müsse. Zwei Wochen nach meiner ersten Begegnung mit ihr sitze ich mit einigen MitarbeiterInnen in der Ambulanz zusammen und Frau S. wird zum Gespräch. Eine Pflegemitarbeiterin, Marion, erzählt: „Manche Patienten sind ur dankbar. Aber zum Beispiel eine Patientin, ich weiß nicht, kennst du die? Die Frau S.“ – Ich nicke. Eine Turnusärztin nickt ebenfalls und meint lakonisch mit einem Seufzer: „Jaaa, die war gestern wieder da.“ – Marion: „Ja, da haben wir gestern geredet, [eine Kollegin] hat gesagt, sie hat jetzt mit der geredet und hat ihr gesagt, dass sie sich versichern muss, oder wir werden sie nicht mehr weiter behandeln. Die ist jetzt seit acht Jahren in Österreich, und kommt ständig zu uns. Ich mein, die Hausleitung will das zwar nicht, aber sie hat ihr das gesagt, weil das geht so nicht, die nehmen uns ja aus.“ Die anderen stimmen ihr zu. Ich kann leider nicht sagen, ob diese Intention dann auch eingetreten ist oder nicht, da ich diesen Fall aufgrund der Unterbrechung meiner Feldforschung (vgl. Kapitel 2) nicht mehr weiterverfolgen konnte. Jedenfalls waren die MitarbeiterInnen hier so überzeugt, wie ich es bei kaum einem anderen Fall erlebt hatte, dass diese Patientin die Ambulanz ausnützen würde. Im Fall von Frau S. kommen mehrere Dimensionen und Kategorien zusammen. Die medizinische Dimension in Form der chronischen Krankheit wird hier auch stark mit dem Thema Ressourcen verknüpft. Auch die soziale Dimension ist negativ besetzt: Frau S. ist nicht „compliant“, sie hielt sich nie an die Öffnungszeiten. Sie lebt zwar schon seit Jahren in Österreich – die MitarbeiterInnen wissen aus ihrer elektronischen Datei, wie lange sie schon herkommt – ist aber nicht versichert. Insgesamt wird sie daher als nicht „deserving“ angesehen.

Wie lassen sich die in diesem Kapitel, an den Fällen von Herrn P. und Frau S. erläuterten Faktoren, mit der Literatur über „deservingness“ vergleichen? Helen B. Marrow liefert eine Fallstudie, in der GesundheitsarbeiterInnen die „deservingness“ von (nichtversicherten, migrantischen) PatientInnen sehr positiv einschätzten (Marrow 2012). Ein wesentlicher Faktor in Marrows Fallstudie, der sie vom vorliegenden Fall



unterscheidet, ist das Thema der Herkunft der PatientInnen. PatientInnen konnten bei Marrow nur auf die Leistungen der betroffenen Klinik zurückgreifen, wenn sie ein Dokument besaßen, das sie als BewohnerInnen von San Francisco auswies. Dieses Dokument war auch für Obdachlose und Illegale erhältlich, und, wie Marrow argumentiert, zeigte trotz ihrer sonstigen Marginalität, dass sie zur „Gemeinschaft“ von San Francisco gehören würden (ebd., 847). Die MitarbeiterInnen konnten sich somit sicher sein, nur PatientInnen zu behandeln, die auch in San Francisco lebten – keine „MedizintouristInnen“. Dies zeigt, dass Vorstellungen von Zugehörigkeit eine relevante Größe sein können, wenn es um „deservingness“ geht. In den soeben diskutierten Fällen war dieser Aspekt weniger relevant. Auf der kollektiven Ebene, auf der viele Diskussionen unter MitarbeiterInnen stattfanden, gab es sehr wohl aber immer wieder den Vorwurf, es würde zu viele „TouristInnen“ geben, die die Ambulanz „ausnützen“ würden.

In einer Fallstudie aus einer Klinik in Südafrika zeigen Liz Walker und Lucy Gilson ähnliche Diskussionen über „deservingness“ unter PflegemitarbeiterInnen, nachdem landesweit gratis Gesundheitsversorgung für Nichtversicherte eingeführt worden war. Diese waren der Meinung, PatientInnen würden die Klinik „ausnützen“:

About 74% of survey respondents agreed and strongly agreed with the statement ‘if patients don’t pay for services they don’t value them’ and 93% agreed and strongly agreed with the statement ‘patients abuse the system of free primary care’. (Walker/ Gilson 2004, 1255)

Auch in den Diskussionen der MitarbeiterInnen in diesem Kapitel wurde deutlich, wie neoliberale Einstellungen zu Gesundheitsversorgung eine Rolle spielen. Zu Beginn des Kapitels ließ die Ärztin Birgit anklingen, dass PatientInnen für ihre Armut und ihre Gesundheit selbst verantwortlich sind. Medizinische Versorgung muss etwas „wert sein“ und einen finanziellen Wert haben, PatientInnen sollten daher finanziell etwas dazu beitragen. Auch im Fall von Frau S. betonten MitarbeiterInnen, dass Frau S. sich eine Versicherung eben „leisten“ müsse, anstatt die Ambulanz „auszunützen“.

Huschke gewann aus ihrer eigenen ethnografischen Forschung recht ähnliche Kategorien, wie die hier diskutierten. ÄrztInnen beschwerten sich etwa über „undankbare“, „fordernde“ PatientInnen, die nicht arm wirkten (Huschke 2014, 4f.). Huschke weist dabei auch darauf hin, dass die Realität von Armut oft komplexer ist als es sich ÄrztInnen

vorstellten: Die „illegalen“ MigrantInnen, mit denen Huschke forschte, konnten es sich nicht leisten, auf offener Straße aufzufallen – sich in Lumpen zu kleiden (um ein Klischee zu bedienen), ist also keine Option (Huschke 2014, 5). Auch in Huschkes Fallstudie beschwerten sich ÄrztInnen darüber, solche PatientInnen zu behandeln, welche sie als nicht „deserving“ ansahen (ebd.). Huschke zeigt zudem, dass solche Kategorien von „deservingness“ auch eine medizinische Dimension haben. Dieser Dimension werde ich mich im nächsten Kapitel zuwenden.

## 7. Die medizinische Dimension: Symptome als Indikator für „Deservingness“

Es ist ein Freitagnachmittag und die chirurgische Turnusärztin Birgit hat gerade ihren Dienst begonnen. Ich bin kurz weg aus dem chirurgischen Untersuchungsraum und komme wieder, weil ich die Aufregung bemerke. Ein Mann, Herr T., war gekommen, mit einer „inkarzerierten Hernie“<sup>4</sup> und männlicher Begleitung. Birgit sagt ihm, dass er jetzt da bleiben müsse, weil das sofort operiert werden müsse. Herr T. spricht offenbar nicht Deutsch und liegt schweigend auf der Liege, sein Gesicht ist etwas verzogen, seine Arme halb verschränkt. Hat er Schmerzen, hat er Angst? Daniel, der Assistenzarzt, der gerade den internen Dienst übernommen hatte, kommt herein. Birgit sagt: „Schau dir das an, weil sowas hast du noch nicht gesehen.“ Jetzt schaue ich auch. Herr T. hat am Unterbauch einen gigantischen Hügel aus dem Bauch herausstehen, mit Haut darüber. Sein Begleiter spricht sehr gut Deutsch. Er fragt mehrmals nach der Finanzierung, und Birgit sagt, dass ihr das leid tue, aber er würde das dann zahlen müssen – es sei ein akuter Fall, sie könne ihn jetzt nicht mehr gehen lassen. Birgit fragt nach Vorerkrankungen: „Nein, aber er hatte erhöhten Eisenwert, hat er mir gesagt. Er ist jetzt auf Besuch in Wien.“ Magdalena, Pflegemitarbeiterin, bringt Herrn T. mit der Liege zur Aufnahme, sie läuft fast. Ich warte einstweilen mit seinem Begleiter in der Eingangshalle. Er erzählt mir, dass Herr T. vor zwei oder drei Jahren schon einmal beim Arzt war, in Mazedonien, weil er sich beim Arbeiten dort verletzt hätte. Und der Arzt habe gesagt, es müsse operiert werden, „aber Sie wissen, wie das ist, in Mazedonien ist 40 % Arbeitslosigkeit, und er hat gesagt, nein, ich muss arbeiten.“ Herr T. hatte sich nicht operieren lassen. Ich fahre mit Magdalena rauf zur Station. Der Begleiter erzählt uns, dass sein Freund ihn in Wien besucht habe, und bei dieser Gelegenheit sein „altes“ gesundheitliches Problem in der Nichtversichertenambulanz untersuchen lassen wollte – ob er sich aufgrund der überdimensionalen Beule an seinem Becken nicht vielleicht bereits selbst gedacht hatte, dass sich das Problem wohl verschlechtert hatte, diskutieren wir nicht. Später spreche ich

---

<sup>4</sup> eingeklemmter Leistenbruch

mit Magdalena über Herrn T., und sie meint: „Ja, das war wirklich ein Notfall, da fragt niemand lange, ob er versichert ist oder nicht.“

In diesem Kapitel geht es um die medizinische Dimension der Kategorien von PatientInnen. Ich werde zeigen, wie das Identifizieren von medizinischen Kategorien in die Ambulanzarbeit eingeschrieben ist – wie die Identifikation von Herrn T. oben als „Notfall“ bzw. „akut“. Es wird sich zeigen, dass diese Kategorie sozusagen einen Trumpf darstellt, der alle Zweifel an der „deservingness“ eines/r PatientIn sticht. Herr T. illustriert in der sozialen Dimension eigentlich recht treffsicher die Kategorie „Medizintourismus“, da er sich laut seinem Begleiter sein Problem in Wien auf einem Besuch habe ansehen lassen und ansonsten in Mazedonien lebe. Allerdings fiel mir auf, dass ich in der Folge keine MitarbeiterInnen über den Mann als Medizintouristen sprechen hörte. Magdalena nannte mir den Grund: Er war ein Notfall.

Solche Notfälle stellen aber trotz allem nicht die Mehrheit der Fälle in der Ambulanz dar. Im Jahr 2011 wurden beispielsweise insgesamt circa 700 nichtversicherte PatientInnen stationär aufgenommen. Auch bei den Versicherten gibt es sicherlich zwar mehrere Aufnahmen aufgrund einer akuten Beschwerde pro Woche. Die Allgemeine Ambulanz ist aber keine Unfallambulanz. Die meisten PatientInnen kommen stationär zu den Barmherzigen Brüdern wegen eines bereits bekannten, nicht unbedingt akuten Problems, das operiert werden muss, bzw. während einer ambulanten Untersuchung wird ein Problem bekannt, es ist dann aber nicht so akut, dass diese Person sofort aufgenommen werden muss.

### **7.1. Vier Gruppen von Kategorien in der medizinischen Dimension**

Die breite Masse der PatientInnen sind also nicht als Notfälle kategorisierbar. MitarbeiterInnen diskutieren oft über Kategorien, die PatientInnen mit Beschwerden am anderen Ende des Spektrums der Dringlichkeit eines Notfalls beschreiben, wie ich in der Folge erläutern werde. Folgende Kategorien werden daher in der medizinischen Dimension von MitarbeiterInnen angewandt:

- Notfälle: stationäre Aufnahme notwendig, wie soeben beschrieben.

- Akute Fälle: meist synonym mit Notfall, wird aber auch verwendet um ein dramatisches Gesundheitsproblem zu charakterisieren, das aber keine stationäre Aufnahme erfordert, z.B. sehr hohes Fieber.
- „Lappalien“: muss diese Person für diese wenig dramatische Problematik (z.B. Schnupfen) wirklich in die Ambulanz kommen? Könnte er/sie stattdessen einen niedergelassenen Arzt/Ärztin aufsuchen?
- „Nichts haben“: warum ist diese Person in die Ambulanz gekommen? (keine medizinische Diagnose feststellbar); „durchuntersuchen“: der/die PatientIn möchte eine nicht näher beschriebene Untersuchung, obwohl keine entsprechenden Symptome feststellbar sind. Könnte er/sie stattdessen einen niedergelassenen Arzt/Ärztin aufsuchen?

Hier zeigt sich wieder die Überschneidung mit der sozialen Dimension: beim „Durchuntersuchen“ geht es auch um das Verhalten von PatientInnen, da eine als nicht legitim eingestufte „Forderung“ gegeben ist. In der moralischen Dimension reicht das Spektrum von dem erwähnten „Trumpf“ des Notfalls, der „deservingness“ ohne Zweifel etabliert, auf der anderen Seite geht es aber um PatientInnen, die eigentlich nicht in der Ambulanz sein müssten, daher als wenig bis gar nicht „deserving“ wahrgenommen werden.

Dies ist wieder unmittelbar mit dem Thema Ressourcen verbunden. Welche PatientInnen sollen die Ressourcen der Ambulanz nützen können, was stellt hingegen einen Missbrauch dar? Das „Ausnützen“ der Ressourcen wird hier vor allem daran festgemacht, dass PatientInnen genauso gut niedergelassene ÄrztInnen (sog. „HausärztInnen“), für ihre Symptomatik aufsuchen könnten. Hier kommt eine Debatte um die Grenzen zwischen verschiedenen Bereichen des Gesundheitssystems zum Tragen, die seit Jahren medial immer wieder aufgewärmt wird, nämlich die Frage, in welchen Fällen PatientInnen Krankenhausambulanzen oder niedergelassene AllgemeinmedizinerInnen bzw. niedergelassene FachärztInnen aufsuchen sollten (Abschnitt 3.1.). In diesem Zusammenhang wird medial häufig von einer „Überlastung“ der Spitalsambulanzen gesprochen. Diese Vorstellung der „Überlastung“ findet offensichtlich Anklang bei den MitarbeiterInnen der Ambulanzen der Barmherzigen Brüder, wie man sich nach den bisherigen Ausführungen über den Arbeitsalltag vorstellen kann. Schließlich ist dieses

Prinzip auch in die bürokratische Struktur der Ambulanz eingeschrieben: Außerhalb der Öffnungszeiten ist „Notfallambulanz“. Dahinter steht implizit die Annahme, dass Nicht-Notfälle schließlich auch zu HausärztInnen gehen können. Dieses Prinzip der „Notfallambulanz“ war aber offenbar eines, das vielen PatientInnen nicht geläufig war, und es steht auch in einem gewissen Widerspruch zur Versorgung Nichtversicherter, da diese schließlich nicht zu HausärztInnen gehen können.

## **7.2. Identifikation der Kategorie „Notfall“**

Was macht die Kategorie „Notfall“ bzw. „akuter Fall“ so besonders? Hier ist wieder ein Rückverweis auf meine ursprünglichen Ausführungen über die Ambulanzarbeit hilfreich; nämlich, dass es oft schwierig ist zu sagen, warum PatientInnen gekommen sind, man wenig über sie weiß und nicht viele Erfolgserlebnisse hat. Die Pflegemitarbeiterin Monika verglich im Interview mit mir etwa ihre vorhergehende berufliche Tätigkeit mit ihrer jetzigen in Ambulanz und meinte:

Wir hatten genauso viele Patienten, wo du dir gedacht hast, schade um die Zeit, weil du für den Patienten, der wirklich was hat, weniger Zeit hast. Die sind überall, glaube ich... Also mir persönlich geht's besser dabei – auch wenn das jetzt vielleicht komisch klingt – aber ich fühle mich wohler bei einem Patienten, der wirklich etwas braucht. Da kann ich mehr raus aus mir.

Monika erklärt also, dass es ihr gewissermaßen mehr Befriedigung gibt, wenn sie mit einem Patienten arbeitet, der „wirklich etwas hat“. Bei einem Notfall stellt sich die Frage nicht, ob es „schade um die Zeit“ ist. Der/die PatientIn hat ein akutes Bedürfnis, ihm/ihr wird geholfen, es geht ihm/ihr nachher besser – Ende der Geschichte, wie bei dem Patienten aus Mazedonien oben, der erfolgreich operiert wurde. Für viele MitarbeiterInnen stellt es ein Ideal dar, Menschen helfen zu wollen, aus dem sie teilweise auch ursprünglich ihren Beruf ergriffen haben. Viele MitarbeiterInnen, Pflege und ÄrztInnen gleichermaßen, bestätigten daher mir gegenüber Monikas Auffassung in ähnlichen Worten.

Tatsächlich ist es eine der primären Aufgaben der Ambulanz, die Unterscheidung zu treffen, wer eine Behandlung gerade mehr braucht und wer weniger. Das entsprechende Identifizieren und Kategorisieren der PatientInnen ist daher eine Notwendigkeit und entsprechend in die bürokratischen Routinen der Ambulanz eingeschrieben. Ich möchte

daher kurz erklären, wie dies erfolgt. Die Erzählung von Julias internem Dienst, der am Anfang des letzten Kapitels stand, hat bereits einen Eindruck von den bürokratischen Routinen im Alltag der Ambulanz gegeben. PatientInnen werden am Schalter in medizinische Kategorien sortiert; da es sich um die Allgemeine Ambulanz handelt, geht es um die Unterscheidung, ob ein/e PatientIn intern oder chirurgisch behandelt werden muss. Dieses System ist einerseits darauf ausgelegt, möglichst viele PatientInnen in möglichst kurzer Zeit zu behandeln. Wichtig ist dabei aber trotz aller Routine, dass Notfälle möglichst rasch erkannt werden. PatientInnen, denen es besonders schlecht geht, müssen rascher behandelt werden als andere. Noch dazu ist in manchen Fällen – gerade bei Verständigungsproblemen – gar nicht klar, was einem/einer PatientIn fehlt. Für diese Kategorie des Notfalls bzw. des akuten Falls wird der Triagearzt/die Triageärztin eingesetzt. Eine solche Ärztin erklärte mir diese Aufgabe folgendermaßen:

Es ist wichtig, dass die Zeit vom Eintreffen des Patienten, bis ihn der Arzt das erste Mal sieht, möglichst kurz ist, sodass man sieht, ist da irgendetwas Gefährliches dabei, oder hat das Zeit zu warten. Das war der Hintergedanke, dass diese Stelle kreierte worden ist. Damit eben nicht der Patient zwei Stunden draußen wartet mit einer akuten Erkrankung.

Das rasche Arbeiten des Triagearztes ist also wichtig, um akute Probleme von PatientInnen rasch zu erkennen. Das Prinzip stammt ursprünglich aus der Militärmedizin – die im Feldlazarett vorhandenen medizinischen Ressourcen sollen nur für diejenigen eingesetzt werden, denen eine größere Chance des Überlebens zugestanden wird, als anderen (Lipsky 1980., 106f.). Zu solchen Extremen kommt es in Krankenhausambulanzen glücklicherweise nicht – jede/r PatientIn bekommt Versorgung. Nur bekommen sie manche früher als später. In der Allgemeinen Ambulanz müssen PatientInnen daher nicht nur in medizinische Kategorien eingeteilt werden, sie müssen auch als entweder Routinefall oder Ausnahmefall identifiziert werden.

Allerdings ist es oft gar nicht so leicht einen Notfall oder eine wirklich akute Beschwerde zu erkennen. Medizinische Probleme, die unmittelbar lebensbedrohlich sind oder einen unmittelbaren stationären Aufenthalt erfordern, sind in vermutlich jeder Definition „akut“, sprich dringend. Wenn man aber das subjektive Empfinden von PatientInnen mit einbezieht, verschiebt sich diese Grenze, wie die Pflegemitarbeiterin Monika mir gegenüber meinte:

Ich glaube, dass [diese Definition] [hier in der Ambulanz] noch schwieriger ist, als auf einer Unfallchirurgie. Denn [dort] kannst du wenigstens sagen, okay, ein Schädelplatzer ist ein Notfall; sterben tut er auch nicht dran. Ein angeschnittener Finger ist kein Notfall. Aber wenn [hier] jetzt einer sagt, er hält's nicht aus vor lauter Magenweh und er hat Durchfall – er, für sich selbst, ist ein Notfall! Oder jemand [ist] ohne Tabletten daheim und hat Migräne. Migräne ist ein Notfall für den, auf alle Fälle! Obwohl er nur eine Infusion kriegt und „geheilt“ nach Hause geht.

Hier gibt es also ein breiteres Spektrum, wie ein individueller Fall von MitarbeiterInnen eingeschätzt und bewertet werden kann. Dies mag überraschend sein, nachdem die Kategorie „Notfall“ so einen hohen Stellenwert für MitarbeiterInnen hat. Trotz vermeintlich objektiv abgrenzbarer medizinischer Kategorie sind MitarbeiterInnen daher auch bei der Kategorie Notfall auf ihre gemeinsamen Gespräche, ihr gemeinsames Sinnmachen angewiesen.

### **7.3. Fallbeispiel Frau N.: „Lappalien“ als Grund, versicherte PatientInnen wegzuschicken**

Weiter zur Kategorie „Lappalien“, die ich anhand der folgenden kurzen Episode erläutern möchte. Sie ereignete sich am ersten Tag meiner Feldforschung.

Ich bin mit der Turnusärztin Julia und der Pflegemitarbeiterin Eva im chirurgischen Untersuchungsraum. Es ist circa 11:00 Uhr vormittags, und Eva ruft die nächste Patientin, Frau N., aus dem Warteraum. Frau N. kommt mit raschen Schritten herein. Sie ist eine junge Frau um die 18 Jahre alt, die modisch gekleidet ist. Sie grinst ein bisschen und erklärt, dass sie eine Zecke hat, und sich diese nicht alleine herausnehmen wollte. Ich wundere mich etwas, was sie um diese Uhrzeit hier wegen einer Zecke macht, sie wirkt auch nicht sehr beunruhigt. Eva erklärt ihr, dass dafür der interne Hausarzt zuständig sei. Ich erwarte mir, dass Eva die Patientin aus Kulanz dennoch behandelt, doch Frau N. muss wieder gehen. Eva meint zu Turnusärztin Julia: „Also so etwas verstehe ich nicht. Wie lang hat sie jetzt gewartet?“ Julia antwortet: „Zwanzig Minuten.“ Eva setzt fort: „Naja, wenigstens musste sie nicht lange warten. Ich hatte einmal einen Patienten mit zwanzig Zecken am Rücken, der war auf der Wiese nach einem Fest eingeschlafen, und so



aufgewacht, und kam dann mitten in der Nacht. Das kann ich verstehen, da wäre ich auch nervös geworden. Aber so.“

Wie hier sehr leicht nachvollzogen werden kann, halten die beiden Mitarbeiterinnen eine einzelne Zecke für ein Anliegen, das auch von/vom Hausarzt/Hausärztin versorgt werden kann. Im Nachhinein ordnet die Pflegemitarbeiterin das Anliegen ein, und vergleicht Frau N. mit einem anderen Patienten, dessen Anliegen sie als tatsächlich akut einstufte. Damit begründet sie wiederum, warum es legitim ist, Frau N. nicht die Ressourcen der Ambulanz zukommen zu lassen, und stuft so ihre „deservingness“ ein.

Die Meinung, dass bestimmte Krankheiten, die als „Lappalien“ angesehen wurden – wie Schnupfen, (leichte) Grippe, Rückenschmerzen – auf jeden Fall vom Hausarzt/Hausärztin versorgt werden sollen, war unter den MitarbeiterInnen weit verbreitet. Insbesondere versicherte PatientInnen wurden mit solchen Beschwerden immer wieder aus der Ambulanz weggeschickt. Wie mir ein Mitarbeiter der Verwaltung erklärte, besteht in solchen Fällen auch tatsächlich keine Behandlungspflicht vonseiten einer (nicht öffentlichen) Ambulanz.

#### **7.4. Fallbeispiel Herr C.: PatientInnen, die „nichts haben“**

Für Diskussion sorgten neben „Lappalien“ auch PatientInnen, die – insbesondere im Nachhinein – als „der/die hatte doch gar nichts“ medizinisch kategorisiert wurden. Diese Kategorie möchte ich mit der folgenden, längeren Episode einführen.

Die Turnusärztin Julia hat wieder Dienst, die ich bei einer anderen Gelegenheit durch den Nachtdienst begleitet hatte. Ich sitze gerade mit der Pflegemitarbeiterin Ilse am Schalter, Julia ist auf der Station. Ein junger Mann kommt zum Schalter, circa 30 Jahre alt, dunklere Hautfarbe, einen schmalen schwarzen Bart, eine große runde Nase, rundes Gesicht, kurze schwarze Haare. Er trägt eine schwarze Lederjacke, bei der im Kragen die Kapuze eines schwarz-pink gestreiften Pullovers hervor lugt, und hat eine kleine schwarze, lederne Tasche umgehängt. Er legt beide Arme leicht verschränkt auf den Tresen des Schalters. Er seufzt und atmet schwer, seine Blicke gehen oft nach unten. Er gibt Ilse einen rumänischen Ausweis. Er hält die flache rechte Hand auf sein Herz und sagt: „Mein Herz, äää“ – er atmet einmal und sagt etwas leise, ich glaube zu verstehen: „Respiration“. Ilse wiederholt: „Das Herz. Seit wann?“ Sie blickt ihn an. Er sagt nichts. Sie wiederholt laut

und betont: „Seit wann? Wie lange?“ Er schüttelt den Kopf: „Nur rumänisch“, verstehe ich. Ilse sagt laut: „Also rumänisch kann ich nicht, tut mir leid. Warum haben Sie keinen Dolmetscher?“ Er blickt sie an, sagt nichts. Sie wiederholt: „Dolmetscher?“ Er sagt nichts. Sie gibt ihm die Karte zurück: „Okay, setzen Sie sich.“ Sie deutet ihm mit den Händen. Er setzt sich, sie macht das Fenster zu, greift zum Telefon, ruft Julia in genervtem Ton an und gibt ihr Bescheid, dass ein Patient da ist. Sie legt auf und klickt im Computer herum. Es handelt sich um Herrn C., er war schon einmal da, in der ersten Oktoberwoche, da hatte er ebenfalls Herzschmerzen. „Ich schreibe ihm ein EKG.“ Julia kommt kurz darauf, und ich blicke ihr am PC über die Schulter. In seiner Akte steht: Patient kann kein Deutsch, Verständigungsschwierigkeiten. Julia sagt zu mir: „Ist auch nichts herausgekommen letztes Mal.“ Ilse holt ihn herein.

Herr C. setzt sich auf den Sessel, er hat jetzt nur sein gelbes T-Shirt an. Julia fragt ihn zuerst laut: „Verstehen Sie mich?“ Er schüttelt den Kopf und sagt: „Nichts verstehen.“ Julia tippt: „Patient spricht kein Deutsch, Verständigung kaum möglich.“ Sie stellt ihm Fragen, was das Problem ist, er deutet wieder auf sein Herz und sagt: „Mein Herz.“ Dann macht er mit der offenen rechten Hand eine Bewegung von seiner Schulter bis zu seinem Handgelenk und sagt leise etwas, ich glaube zu verstehen: „Arm tot.“ Julia sagt nichts dazu und tippt. Er schweigt. Als Julia weitere Fragen stellt und er nicht antworten kann, fragt er: „Rumänisch?“, und blickt uns an. Wir schütteln den Kopf und Julia sagt: „Nein, leider.“ Er: „Español?“ Wir lachen, er lacht auch. Ilse telefoniert und kommt wieder herein: „Ich habe telefoniert, aber es ist niemand zum Übersetzen da.“ In der Folge tastet Julia Herrn C.s Schulter ab und stellt ihm noch einige Fragen, auf die er meist nicht oder zögernd antwortet. Ilse nimmt ihm Blut ab, damit Julia es später ins Labor bringen kann, das schon geschlossen hat. Julia erklärt ihm: „Wir untersuchen jetzt das Blut und dann schauen wir wieder.“ Er blickt sie an und sagt nichts. Dann deutet er auf seinen Arm: „Infusion?“ Sie schüttelt den Kopf: „Nein, keine Infusion.“ Er schiebt sich am Sessel nach vorne um zu gehen, dann sagt er: „Time?“ Sie nimmt die Blutröhrchen in die Hand und deutet auf sie: „Ich muss das Blut anschauen. Eine Stunde.“ Mit der anderen Hand zeigt sie mit dem Daumen hoch. Er imitiert ihre Handbewegung: „Una ora“. Sie nickt, eine Stunde. Er wiederholt noch einmal grinsend: „Una ora.“ Julia lächelt, ich auch. Er grinst

und geht zur Tür hinaus. Julia dreht sich zu Ilse, die hinterm Schalter sitzt, und sagt: „Na, wenn er lachen kann...“. Ilse ruft: „Ja, genau!“ Julia steht auf: „Das ist nichts.“

Während der Wartezeit legt sich Herr C. im ansonsten leeren Warteraum über mehrere Klappsessel und scheint zu schlafen. Die Blutuntersuchungen zeigen offenbar keine relevanten Ergebnisse, denn als Julia zurückkommt, sagt sie: „Der hat nichts.“ Ilse sieht sich bestätigt: „Das habe ich mir gedacht. Wollte eine Infusion.“ Julia: „Ich glaube, der hat nur Verspannungen, die konnte ich richtig spüren, aber er kann da alles bewegen.“ Sie holt ihn herein, er setzt sich wieder auf den Sessel, nach vorn gebeugt, mit den Ellbogen auf den Knien, und den Fingerspitzen zusammen. Julia deutet auf den Zettel vor ihr: „Ich habe jetzt die Blutwerte, und da ist nichts.“ Er blickt sie an und murmelt etwas. Sie versucht es noch einmal: „Blut gut, Herz gut.“ Er wiederholt: „Herz gut.“ Julia tippt. Er gähnt laut. Sie blickt ihn kurz an, er sagt lächelnd: „‘Tschuldigung‘“, sie lächelt: „Macht nix.“ Mir fällt auf, dass von dem schweren Atmen, das der Patient am Schalter hatte, nun nichts mehr übrig ist – er wirkt fast vergnügt. Julia schreibt ein Rezept, erklärt ihm, wie er die Medikamente einnehmen soll, und erklärt: „Der Portier vorne hat eine Liste, welche Apotheken heute noch offen haben. Portier.“ Sie deutet in die Richtung. Er nimmt das Rezept, lächelt und sagt: „Morgen.“ Sie sagt: „Ja oder morgen, ist auch egal.“ Herr C. steht auf, Julia und ich sagen auf Wiedersehen, er nimmt seine Sachen, geht zur Tür, murmelt etwas und bevor er die Tür zuzieht, sagt er: „Alles gut.“ Julia dreht sich wieder zu Ilse, die am Schalter sitzt, und meint mit einem abschließenden Ton: „Der hat gar nichts.“

Diese Episode zeigt viele Probleme, die in der Ambulanz häufig sind: Sprachprobleme führen dazu, dass der Patient nicht einmal seine Symptome schildern kann. Die Ärztin muss gewissermaßen Rätselraten und führt naheliegende Untersuchungen durch. Diese Untersuchungen bringen keine besorgniserregenden Ergebnisse, und auch am Ende ist nicht klar, warum Herr C. eigentlich gekommen war. Dies erinnert an meine ursprünglichen Ausführungen über den Ambulanzalltag. Es ist oft sehr schwer nachzuvollziehen, warum PatientInnen kommen. Gemeinsam interpretieren Ilse und Julia das Verhalten des Patienten und kategorisieren es schließlich als „Nichts Haben“.

Huschke kommt hier wieder zu ähnlichen Erkenntnissen: Manche ÄrztInnen beschwerten sich über „Lappalien“ („trivial concerns“) und bevorzugten akute Fälle („acute pain“). Auch die medizinischen Dimensionen mussten in der Interaktion zwischen ÄrztInnen und

PatientInnen also den Erwartungen von ÄrztInnen über „deservingness“ entsprechen. (Huschke 2014, 4). Auch in Walker und Gilsons Studie aus Südafrika waren die PflegemitarbeiterInnen der Meinung, es in vielen Fällen nicht mit „echten“ („genuine“) PatientInnen zu tun zu haben (Walker/ Gilson 2004, 1255).

Hier zeigt sich auch wieder, dass die MitarbeiterInnen zwar aus einem gemeinsamen Repertoire Kategorien von „deservingness“ schöpfen, diese aber unterschiedlich verwenden. Wie wichtig ihnen eine verwendete Kategorie ist, und ob diese auch in ihrem Handeln wirksam wird, ist nicht gesagt. Julia nimmt sich hier recht viel Zeit für einen Patienten, bei dem sie schon fast von vornherein annimmt, dass er „Nichts Haben“ wird, denn wie sie mich aufmerksam macht, ist auch „beim Letzten Mal nichts herausgekommen“. Allerdings war in der Ambulanz gerade auch nicht viel anderes los, das hat vielleicht zu Julias Geduld beigetragen. Bei anderen MitarbeiterInnen hatte ich beobachtet, dass sie PatientInnen, die „Nichts Haben“, länger warten lassen, insbesondere, wenn diese außerhalb der Öffnungszeiten kamen.

Diese Kategorie des „Nichts Haben“ wurde manchmal auch unter der Bezeichnung „Durchuntersuchen“ von MitarbeiterInnen angesprochen. Hier verknüpft sich die Wahrnehmung des „Ansturms“ mit dem Thema Ressourcen. Ich hörte immer wieder die Wahrnehmung einiger MitarbeiterInnen, dass Menschen scheinbar „grundlos“ aufgrund von „Tipps“, oder sogar mit Teilen ihrer Familie oder mehreren Bekannten die Ambulanz aufsuchen würden. Manche MitarbeiterInnen sprachen zugespitzt auch davon, dass „Busladungen“ von PatientInnen kommen würden. Dies ging dann in dieser Erzählung oft damit einher, dass sie sich „durchchecken“ oder „durchuntersuchen“ lassen wollten, also eine Art Gesundenuntersuchung. Die Ärztin Gerlinde teilte etwa diese Wahrnehmung aus ihrer Erfahrung heraus:

Also manche kommen ja auch und wollen sich durchuntersuchen lassen. Also die haben dann ihre Verwandten da und kommen alle, Untersuchung, Untersuchung. Und haben seit Monaten das und seit drei Wochen jenes, aber dann frag ich, was sie jetzt konkret haben, und dann können sie mir nichts sagen. Also eigentlich ohne Beschwerden. Also das lehne ich ab. Das ist halt, wenn sie Angehörige haben, die zwei Wochen zu Besuch sind und dann sagen sie gleich einmal, und jetzt gehen wir uns durchchecken lassen.

Gerlinde möchte also diese PatientInnen nicht behandeln, die sie in der sozialen Dimension als „MedizintouristInnen“ („zwei Wochen zu Besuch“) und in der medizinischen Dimension als „haben nichts“ einstuft. Sie wertet dieses Verhalten des „Forderns“ als Missbrauch von Ressourcen („wir gehen uns durchchecken lassen“). Wie ich es schon mehrmals gezeigt habe, wird diese Wahrnehmung des Missbrauchs durch den Plural, das Kollektiv von Verwandten, Familie oder Freunden, die gemeinsam in die Ambulanz kommen, noch einmal verstärkt.

Matthias, ein Arzt, der bereits ganz am Anfang dieser Arbeit im Nachtdienst mit Julia Dienst hatte, begründete in ähnlichen Worten, warum er nicht gerne in der Ambulanz arbeiten würde. „Das ist eine persönliche Sache von mir, dass ich dieses Herumgesudere nicht aushalte.“ Ich frage nach, was er damit meint. „Na, weil Leute kommen, die gar nicht krank sind, und herumsudern. [...] Wenn mir jemand garantieren würde, in der Ambulanz kommen lauter wirklich Kranke, die wirklich hilfsbedürftig sind, dann wär’s was anderes. Dann würd’s mir vielleicht mehr Spaß machen.“ Matthias spricht hier mit einer gehörigen Portion Selbstironie, bringt dabei aber meiner Auffassung nach auf den Punkt, was sich viele MitarbeiterInnen denken: Die medizinische „deservingness“ der PatientInnen ist außerhalb von Notfällen und akuten Fällen anzuzweifeln. Das berufliche Ideal des „Helfens“ verkehrt sich hier somit in sein Gegenteil.

Eine weitere Komplikation solcher Ideale zeigt sich im Fall von nichtversicherten PatientInnen. Wie bereits in Abschnitt 3.2. erwähnt, gibt es keine eindeutigen Zahlen, wie viele nichtversicherte PatientInnen tatsächlich behandelt werden, da der Versicherungsstatus nicht von allen MitarbeiterInnen im Computersystem festgehalten wird. Viele MitarbeiterInnen schienen hier ein Ideal zu verfolgen, dass PatientInnen medizinisch stets gleich behandelt werden sollten, der Versicherungsstatus daher irrelevant sei. Marrow bezeichnet dieses Ideal, das sich in ihrem Fallbeispiel von San Francisco ebenfalls zeigt, als „don’t ask, don’t know, don’t care“ (Marrow 2012, 850). Der Arzt Matthias drückte das in einem Interview mit mir folgendermaßen aus:

Für mich, [...] also von der Art der Behandlung her, hat der Versicherungsstatus null Relevanz. Da geht’s mehr um, sagen wir, den Krankheitsstatus. [...] Wenn einer jetzt wegen irgendwelchem Fieber mitten in der Nacht kommt, dann finde ich ist das nicht gerechtfertigt, wie jemand der halb erstickt und um die gleiche

Zeit herkommt. Dann kann man dem einfach nicht die gleiche Aufmerksamkeit, auch nicht die gleiche Energie schenken.

Dieses Bevorzugen der medizinischen Dimension zeigt sich in der Kategorie Notfall, wo etwa Herr C., der Patient aus Mazedonien, aufgenommen wurde, ohne dass weitere Fragen gestellt wurden. Umgekehrt erlaubt es dieses bewusste „Nichtwissen“ der ÄrztInnen über den Versicherungsstatus allerdings auch nicht, positive „deservingness“-Annahmen für Nichtversicherte zu entwickeln, wo diese vielleicht möglich wären. Die Ärztin Gerlinde war etwa der Ansicht, dass viele nichtversicherte PatientInnen unbehandelte psychische Probleme hätten, welche dann oft dazu führen, dass sie als „PatientInnen, die nichts haben“ kategorisiert werden.

Viele [Nichtversicherte] haben Depressionen. Also das wird auch immer mehr, und das ist echt schwierig, weil was machst [du] mit denen. [...]. Also ich frag da halt immer genau nach, so fühlen sie sich oft müde, haben sie schon überlegt sich umzubringen und dann kommt so ein, leise: „ja“, und dann will ich sie halt nicht gehen lassen. Aber hier kann ich nichts für sie tun, und den Krankentransport können sie dann nicht zahlen. [...] Also hab ich, in dem Fall, ihm halt die Adresse vom SMZ Ost<sup>5</sup> gegeben und gesagt, dass er dorthin soll.

Gerlindes Ansatz ist hier also, genau aufzupassen, obwohl oder gerade weil PatientInnen als „nichtversichert“ und „haben nichts“ kategorisiert werden. Dazu muss angemerkt werden, dass es – wie bereits beschrieben – im Krankenhaus der Barmherzigen Brüder keine psychiatrische Abteilung gibt. Bei psychischen Notfällen besteht allerdings rechtlich keine Behandlungspflicht, Nichtversicherte sind hier also auf sehr unsicherem Terrain.

Nach diesen Ausführungen über die medizinische Dimension werde ich mich nun noch einem Zusammenhang widmen, der in Kapitel 6 und 7 immer wieder aufgetaucht ist – dem zwischen „deservingness“-Diskussionen und den Ressourcen der Ambulanz, bzw. Wahrnehmungen von „Missbrauch“.

---

<sup>5</sup> Das sozialmedizinische Zentrum Ost („Donauspital“) ist ein öffentliches Krankenhaus mit psychiatrischer Abteilung.

## 8. Der Zusammenhang von Ressourcen und Diskussionen über „Deservingness“

Ich bin an einem Freitagnachmittag im November in der Ambulanz, und es ist gerade nicht viel los. Im Warteraum sitzen drei, vier Gruppen aus PatientInnen und ihren BegleiterInnen. Zwei Ärzte arbeiten auf der internen Seite, chirurgisch arbeitet eine Turnusärztin. Plötzlich läutet bei einer Mitarbeiterin das Telefon, es ist ein Notfall – jemand ist auf der Straße vor dem Krankenhaus zusammengebrochen. Alle laufen zur Tür hinaus, die drei ÄrztInnen, drei PflegemitarbeiterInnen, und ich schließlich kurzerhand hinter ihnen her. So eine Situation hatte ich bis dahin noch nie erlebt. Wir laufen durch die Eingangshalle, aus dem Eingang auf die Straße, die andere Straßenseite, noch ein Stück weiter den Gehsteig entlang. Magdalena, eine Pflegemitarbeiterin, ruft Karin, einer anderen Pflegemitarbeiterin, von weiter vorne etwas zu – „einen Wagen“, verstehe ich –, und diese dreht um. Die ÄrztInnen knien sich zu der Frau hin, die ich am Boden liegen sehe, zwei andere Frauen stehen, etwas verloren dreinblickend, neben ihr. Karin kommt mit einem Rollstuhl zurück und hinter ihr kommen MitarbeiterInnen, die ich nicht kenne – später verstehe ich, dass eigentlich diese MitarbeiterInnen für einen solchen Fall zuständig gewesen wären, denn Karin ist verärgert darüber, wie lange sie gebraucht hatten. Die ÄrztInnen heben die Frau in den Sessel. Sie gleitet ihnen fast aus den Händen. Sie hat keine Kraft in den Füßen und muss komplett gestützt werden. Ich gehe mit einer der beiden wartenden Frauen hinter dieser „Prozession“ zurück ins Krankenhaus. Sie sei gerade zufällig dazugekommen, als die Frau am Gehsteig zusammengeklappt sei, erzählt sie mir. Die zwei internen Ärzte, die ohnehin da waren, und die PflegemitarbeiterInnen kümmern sich in der Ambulanz um die Patientin, und der Turnusarzt Michael, der wohl auch irgendwo Dienst hatte, ist ebenfalls hinzugekommen. Sie beschäftigen sich lange mit der Notfallpatientin, ich kann nachher nicht mehr sagen, wieviel Zeit vergangen ist. Als ich aber das nächste Mal beim Schalter hinausblicke, ist die Ambulanz auf einmal gerammelt voll, und vor dem Schalter warten PatientInnen darauf, administriert zu werden. Ich setze mich zu Magdalena, die nun dabei ist, die Wartenden abzuarbeiten, aber immer wieder

zurück in den Untersuchungsraum muss, um die ÄrztInnen zu unterstützen. Diese sind noch immer mit dem Notfall beschäftigt.

Ich ersuche die Wartenden um Geduld und bleibe sitzen, während Magdalena weg ist. Im vollen Warteraum beginnt eine ältere Frau mit sich selbst zu murmeln, dann steht sie auf und geht herum; sie beginnt, andere PatientInnen anzumurmeln, aber diese entgegnen nichts darauf, soweit ich das feststellen kann. Ich überlege, wie die Situation auf die Wartenden wirkt, die nicht wissen, dass es einen Notfall gegeben hat. Seit mindestens einer halben Stunde sind keine neuen PatientInnen in die Untersuchungsräume gerufen worden. Es scheint fast Stillstand zu herrschen. Ich merke wieder einmal, wie viele Aufgaben die PflegemitarbeiterInnen an Nachmittag und Abend gleichzeitig zu lösen haben: den Warteraum beobachten, für den Fall, dass es jemandem schlecht geht, und unzufriedene oder aggressive PatientInnen im Zaum zu halten; die neu Hinzukommenden administrieren; und die vielen eigentlichen pflegerischen Aufgaben der Ambulanz noch dazu.

Die Notfall-Patientin von vorher wird nun stationär aufgenommen. Ich gehe mit dem Assistenzarzt auf die Station. Er bleibt oben, und als ich zurückkomme, sprechen mich im Warteraum sofort zwei Patienten an. Jemand ruft: „Das ist eine Ärztin, die können Sie fragen!“ Ein Mann deutete auf eine alte Frau neben sich. Diese wollte irgendwas wegen Medikamenten wissen, und ich sage, dass sie das nachher mit dem Arzt besprechen könne – „ein bisserl warten noch, gö.“ Ein anderer Mann spricht mich an, mit verschränkten Armen und ausgestreckten Beinen, leicht aggressiv, mit einem abschätzenden Kopfnicken: „Wir warten schon so lange.“ – Ich entgegne: „Ja, leider“, oder so etwas, und fühle mich sehr unwohl, weil ich die Situation fast als bedrohlich empfinde.

Der interne Turnusarzt muss nun dringend ein paar Sachen auf der Station erledigen, und es ist kein Arzt mehr da. Währenddessen hört die Schlange vorm Schalter nicht auf. Ein Patient, schwarze Hautfarbe, aus den USA, kommt immer wieder zum Schalter. Er war am Vormittag aus der HNO-Ambulanz heimgegangen und ist jetzt, fünf Stunden später, wieder da. Er und seine Begleitung hatten wohl die Anweisung der MitarbeiterInnen, ein bisschen zu warten, falsch verstanden – oder der/die hatte sich schlecht auf Englisch ausgedrückt, auch möglich. Magdalena sieht im Computer nach. In seiner Datei steht:



„Bei Aufruf nicht anwesend“. Er kommt nun immer wieder zum Schalter, um nach der Wartezeit zu fragen, und ob jetzt wirklich alles so passe. Schließlich kommt auch eine Frau, die ihn begleitet, und Magdalena spricht sehr lange mit ihr, weil sie sehr verärgert ist und nicht glauben kann oder will, dass zurzeit wirklich nur noch ein Turnusarzt Station und Ambulanz gleichzeitig betreut, und daher nicht hier in der Ambulanz ist. Marion, eine weitere Pflegemitarbeiterin, sitzt währenddessen neben ihr, und scheint zunehmend ungeduldiger zu werden, bis sie schließlich sagt: „Jetzt hör auf, mit der zu diskutieren, dahinter stehen noch andere.“ Nun versucht Marion, die Lage in die Hand zu nehmen und versucht, Ordnung in dieses „Chaos“ zu bringen. Nach der Begleiterin des US-amerikanischen Patienten wollte sich sofort die nächste in der Schlange Wartende, mit einer Frau, die sie begleitet, zum Schalter schieben, aber Marion meint zu Magdalena: „Jetzt warte mal, der Reihe nach.“ Marion ruft eine schon anwesende Patientin auf, um ihr etwas zu sagen, und zu den beiden wartenden Frauen, die kaum Platz machen wollten: „Ein bisschen Abstand halten.“ Sie blicken verwirrt, Marion wiederholt nachdrücklich: „Hinter die gelbe Linie, bitte.“ Eine der Frauen ruft mit leicht empörter Stimme: „Aber wir waren als Nächstes dran, wir haben gewartet!“ Marion, etwas lauter: „Nein, Sie sind nicht als Nächstes dran, die Dame ist vor Ihnen dran, denn sie war schon vor Ihnen da!“ Magdalena und sie arbeiten weiter, und ich mache mich schlechten Gewissens auf den Heimweg.

Diesen Tag in der Ambulanz habe ich mit Sicherheit als einen der psychisch anstrengendsten und zehrendsten in Erinnerung behalten. Was zeigt er? In Kapitel 5 habe ich in den Episoden mit den TurnusärztInnen Julia und Michael gezeigt, dass die Ambulanz ein Ort ist, an dem nur selten intensivere Beziehungen zu PatientInnen geformt werden, an dem es oft schwierig ist, Sinn herzustellen und die Bedeutung von Begegnungen zu interpretieren. Es gibt noch eine zweite Eigenschaft, die den Arbeitsalltag in der Ambulanz prägt, und die aus der soeben geschilderten Episode deutlich wird, genauso wie aus Julias internem Dienst (s. Kapitel 5), oder den Problemen, die die Versorgung von Frau S.' Beinen mit sich bringt (Abschnitt 6.3.): MitarbeiterInnen arbeiten unter dem ständigen Eindruck des Mangels von Ressourcen.

| <b>Zeitraum/ Orte<br/>und Aufgaben</b> | <b>Schalter<sup>6</sup></b>        | <b>Pflege<sup>7</sup></b>                     | <b>ÄrztInnen in<br/>Untersuchungsräumen</b>                                               |
|----------------------------------------|------------------------------------|-----------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------|
| Vormittag<br>(bis ~13:30)              | 2 Verwaltungs-<br>mitarbeiterinnen | 4-8 Mitarbei-<br>terInnen und<br>SchülerInnen | 1 Triagearzt (intern &<br>chirurgisch),<br>1 Oberarzt (intern),<br>1 Ärztin (chirurgisch) |
| Nachmittag<br>(bis ~19:00)             | 4 PflegemitarbeiterInnen           |                                               | 1 Turnusärztin intern,<br>1 chirurgisch<br>(inkl. Stationsdienst)                         |
| Abend/Nacht                            | 1 PflegemitarbeiterIn              |                                               | 1 Turnusärztin intern,<br>1 chirurgisch<br>(inkl. Stationsdienst)                         |

Tabelle 5: Dienste in der Allgemeinen Ambulanz

Nicht in völlig vorhersagbaren Intervallen, aber mit Sicherheit immer wieder und wieder, kommt es zu Situationen wie der obigen, wo es nicht einmal genug MitarbeiterInnen gibt, um einen funktionalen Betrieb aufrecht erhalten zu können, in welchem PatientInnen administriert und „abgearbeitet“ werden können, und alles steht. Schon an einem normalen Arbeitstag müssten MitarbeiterInnen oft an mehreren Orten gleichzeitig sein. An Tagen wie diesen bricht das Ambulanzsystem endgültig zusammen. Michael Lipsky argumentiert, dass ein solcher Mangel an Ressourcen mit seinen „Systemzusammenbrüchen“ allen „street-level bureaucracies“ innewohnt (Lipsky 1980, 37ff., 125ff.). Allerdings wird er nicht sehr konkret darin zu erklären, worin diese Ressourcen bestehen. Er behandelt in diesem Zusammenhang etwa das Verhältnis KlientInnen zu MitarbeiterInnen, oder den Mangel an Information (Lipsky 1980, 29ff.). Doch was ist etwa mit so etwas scheinbar Banalem wie der Anzahl der Räume oder der Öffnungszeiten der Labore? Seine essayistische Abhandlung kann daher nicht als vollständige Aufzählung aller in einem Ambulanzbetrieb möglichen mangelhaften Ressourcen in einer Ambulanz gesehen werden. Ich konzentriere mich wieder auf die Themen, die von MitarbeiterInnen selbst bezüglich Ressourcen angesprochen werden.

<sup>6</sup> Administration, Kontrolle Warteraum, Fragen beantworten

<sup>7</sup> etwa Blut abnehmen, Verbandswechsel, Medikamente auffüllen, Infusionen vorbereiten und anhängen, etc.

Dazu zählt zunächst die Erkenntnis, dass MitarbeiterInnen aus den soeben beschriebenen Erlebnissen des Arbeitsalltags eine Art „tacit knowledge“, ein starkes Bewusstsein dafür haben, dass in der Ambulanz nicht endlos Ressourcen zur Verfügung stehen. Hier wird auch der erste Grund dafür klar, warum MitarbeiterInnen in Zusammenhang mit der „deservingness“ von PatientInnen immer wieder die Ressourcen der Ambulanz verknüpfen, wie bereits bei Frau S. (Abschnitt 6.3.) und den Wahrnehmungen von Missbrauch durch PatientInnen, die „nichts haben“ (Abschnitt 7.4.) gezeigt.

Auf zwei weitere Gründe, warum MitarbeiterInnen Ressourcen als begrenzt wahrnehmen, möchte ich im Folgenden eingehen. Zunächst teilen viele MitarbeiterInnen die Wahrnehmung, dass die Hausleitung in der Vergangenheit nicht in die Ambulanz investiert hat, und dass hier bestimmte Hierarchien innerhalb des Krankenhauses eine Rolle spielen. Außerdem wurden im Herbst 2012 Kürzungen innerhalb der Ambulanz durchgeführt.

### **8.1. Leitungsentscheidungen als Ursache für Ressourcenmangel**

Ein kurzes Gespräch, das ich an einem ruhigen Nachmittag in der Ambulanz mit der Pflegemitarbeiterin Ulrike hatte, illustriert die Ansichten vieler MitarbeiterInnen. Ich treffe Ulrike bei der Kaffeemaschine, die in einer Ecke im Infusionsraum steht, kurz nachdem ich angekommen bin und frage sie, wie es ihr geht. Ulrike meint: „Naja. Wir haben eh vorhin schon drüber geredet, gestern war einfach ein Wahnsinn. Wir hatten fünf Herzalarme, zwei waren bereits hier, dann ist kein Platz mehr für den Nächsten. Das kann's doch einfach nicht sein! Ich hab gesagt, da braucht's andere Räumlichkeiten, das ist eine Ambulanz, das muss man eben schaffen. Und mehr Ärzte, weil wir sind hier einfach unterbesetzt. Das kann doch wirklich nicht sein.“ Ich stimme ihr zu. Sie geht mit ihrem Kaffee in Richtung Untersuchungsräume, und ich folge ihr. Ich denke daran, dass sich die Ärztin Gerlinde in meinem Interview mir ihr ähnlich äußerte: „Es sind ja auch die Räumlichkeiten nicht vorhanden. Also das Haus wird ja ständig umgebaut, aber hier ist ja nicht mal eine Teeküche. Also das ist ja wirklich arg, wenn man draußen die aggressiven Patienten hat und man kann sich nicht einmal wo hinsetzen, um Dampf abzulassen, ohne dass das gleich jeder mitkriegt!“

Von beiden MitarbeiterInnen wird eine ganz bestimmte Ressource als limitiert und unangemessen identifiziert, nämlich die Räumlichkeiten der Ambulanz, und auf die Verantwortung der Leitung in diesem Bereich hingewiesen („das muss man eben schaffen“, „das Haus wird ja ständig umgebaut, aber hier ist ja nicht mal eine Teeküche“). In weiteren Gesprächen und Interviews verknüpften MitarbeiterInnen diesen Mangel an Ressourcen, der von der Leitung verantwortet sei, mit der Stellung der Ambulanz im Haus. Eine Pflegemitarbeiterin äußerte sich etwa folgendermaßen:

Nach außen hin ist die Allgemeine Ambulanz einfach total wichtig, für die Bevölkerung, für die Nichtversicherten, weil wir die einzige Stelle sind, wo sie hingehen können. [...] Im Haus ist es, glaub ich, vielen nicht bewusst, wie viel da unten wirklich geleistet wird, weil man von den Stationen her eigentlich zur Allgemeinen Ambulanz relativ wenig Kontakt hat. Da ist eher Kontakt zu den Fachambulanzen, vom stationären Bereich. Also bei diesen weiß man sehr wohl, was dort geschieht, aber viele im Haus realisieren, glaube ich, nicht, was da in der Allgemeinen Ambulanz wirklich alles geleistet wird. [Ich glaube], dass teilweise dann auch wahrscheinlich die Akzeptanz, beziehungsweise die Wertschätzung, nicht so hoch ist.

Die Mitarbeiterin machte hier einen Vergleich zwischen zum einen dem Außenbild und der materiellen Relevanz der Allgemeinen Ambulanz, und zum anderen dem im Vergleich dazu weniger positiven inneren Wahrnehmung. Hier geht es also um einige Unterschiede zwischen der Allgemeinen Ambulanz und den anderen Ambulanzen im Haus, insbesondere in Hinblick auf ihre Einbindung in den stationären Bereich. Während in die Allgemeine Ambulanz PatientInnen mit ihren gegebenen Beschwerden kommen, haben PatientInnen in den anderen Ambulanzen oftmals bereits eine Überweisung ihrer Haus- oder FachärztInnen bekommen, um ein spezielles Anliegen mit den Mitteln und der Expertise eines Krankenhauses zu untersuchen. Obwohl in der Allgemeinen Ambulanz sehr wohl auch spezielle Anliegen der PatientInnen behandelt werden, verschiebt sich in der Wahrnehmung offenbar der Fokus.

In meiner Beobachtung ging mit diesen Unterschied zwischen Fachambulanz und Allgemeiner Ambulanz auch ein gewisser Unterschied im Prestige einher. Im Vergleich ist etwa die Augenambulanz, welche wesentlich weniger ambulante PatientInnen und mehr tagesklinische Operationen aufweist, wesentlich besser eingerichtet: ein heller, großzügiger Warteraum, eine abgetrennte, von PatientInnen nicht einsehbarer

Sozialraum mit Küche und Sitzgelegenheiten, ein Meetingraum. In diesen Ambulanzräumlichkeiten werden auch Meetings der Abteilung insgesamt durchgeführt, die entsprechenden MitarbeiterInnen kennen sich also unmittelbar. Dies ist in der Allgemeinen Ambulanz nicht der Fall. Solche Unterschiede dürfen einerseits nicht überinterpretiert werden, sollten aber auch nicht unerwähnt bleiben, schließlich fragen sich auch MitarbeiterInnen, warum dies so ist. Wie die oben zitierte Mitarbeiterin ausführt, ist die Allgemeine Ambulanz dadurch im Vergleich zu den anderen Ambulanzen vom restlichen Krankenhaus eher isoliert.

Auch der Status der PatientInnen trägt möglicherweise zu Wahrnehmungen von Prestige bei. Ein Arzt, der regelmäßig in der Allgemeinen Ambulanz arbeitete, meinte etwa in Antwort auf meine Frage nach der Stellung der Ambulanz:

Die Stellung im Haus ist natürlich auch eher kritisch, weil wir in der Ambulanz auf die Stationen Patienten schicken, welche zum Teil in einem schlechten Zustand sind, und die natürlich auch viel Arbeit machen.

Mit dieser Aussage verweist er auf die Tatsache, dass PatientInnen ohne Versicherung, bzw. PatientInnen unter der Armutsgrenze insgesamt, das Aufsuchen eines/einer ÄrztIn statistisch gesehen eher nach hinten schieben und daher bei einem Besuch auch intensivere Behandlungen und höhere Kosten anfallen (s. Kapitel 3). Natürlich wäre es falsch, anzunehmen, dass sich außerhalb der Allgemeinen Ambulanz im Haus niemand gerne um bedürftige PatientInnen kümmert – in vielen Fällen wird das Gegenteil der Fall sein. Die Aussage weist aber auch auf eine Wahrnehmung hin, dass PatientInnen aus der Allgemeinen Ambulanz vermutlich im Durchschnitt aus niedrigeren sozialen Schichten kommen.

Schließlich schienen auch die Wahrnehmung des Arbeitsalltags der Allgemeinen Ambulanz negative Wahrnehmungen zu verstärken. Ein Arzt, der regelmäßig in der Allgemeinen Ambulanz arbeitete, erklärte, warum die Arbeit in der Ambulanz verglichen mit der auf einer Station oft anstrengender sei:

Ich glaube, die Ambulanz ist schon so bisschen ein Aushängeschild nach draußen. Im Haus selber ist sie ein bisschen verschrien, weil's sehr viel Arbeit ist. [...] Sie wird eher, unter Anführungszeichen, als stressig, schwierig, man muss flexibel sein, [wahrgenommen]. [...] Egal, ob das jetzt von den Schwestern, oder von den Ärzten her ist. [...] Da ist es sicher angenehmer, auf einer Station zu arbeiten, wo

ich meinen gewohnten Rhythmus habe, von Frühstück, von der Körperpflege, von der Therapie, vom Mittagessen, von wieder Therapie, wieder Körperpflege und so weiter. Da hab ich einfach meinen Rhythmus, den ich arbeite. Hier in der Ambulanz muss ich reagieren, entsprechend der Patienten, die kommen.

Im Grunde sind es somit die Aspekte der „street-level bureaucracy“, des „Fließbandbetriebs“, des unberechenbaren Ansturms, die die Allgemeine Ambulanz am stärksten von den anderen Bereichen des Krankenhauses unterscheidet. Ein Oberarzt, der immer wieder Ambulanzdienste machte, meinte etwa in einem Interview mir gegenüber: „Also ich sag immer, wenn ich unten Dienst habe, ich gehe an die Front. Das ist die medizinische Front.“ Mit diesem militärischen Bild, das Konflikt impliziert, betont er den Charakter der „street-level bureaucracy“ als im Vergleich zum restlichen Betrieb gänzlich anderen. Wie bereits oben beschrieben, kommt es in der Allgemeinen Ambulanz häufiger zu Systemüberlastungen, und dies bleibt auch dem restlichen Krankenhaus nicht verborgen. Eine Pflegemitarbeiterin, die meist außerhalb der Allgemeinen Ambulanz arbeitete, beschrieb mir gegenüber den Eindruck, der hier von außen entstehen könne:

[Ich glaube], dass teilweise [...] die Wertschätzung gegenüber den Mitarbeitern, die da unten vor Ort sind, [nicht so groß ist]. Denn es macht, wenn man so vorbeigeht, ja immer irgendwie nach außen so einen Eindruck, wenn da Halligalli los ist, Kuddelmuddel. Aber man sieht ja eigentlich gar nicht was drinnen alles geleistet wird. Denn man sieht ja in die Untersuchungsräume nicht hinein. Oft sind dann einfach nur Wartezeiten, es sitzen so viele Patienten draußen, [da ist der Eindruck], da drinnen passiert nichts.

„Halligalli“, „Kuddelmuddel“, „es passiert nichts“ – im Vergleich zur Station mit ihren geregelten Abläufen und den PatientInnen, die in ihren Räumen sind, geben die „street-level bureaucracy“-Phänomene ein Bild von Chaos ab. Für LeitungsmitarbeiterInnen, aber auch andere MitarbeiterInnen, ist auf einer Station jederzeit klar, ob alle MitarbeiterInnen effizient arbeiten. Um auf Foucaults bekannte Erläuterungen zum „Panoptikum“ zu verweisen (1977), können diese jederzeit „überwacht“ werden, da Stationen architektonisch so angelegt sind, dass sie einsehbar sind. Im Gegensatz dazu ist vom Gang aus in der Allgemeinen Ambulanz lediglich der Schalterbereich einsehbar, der zwischen den Untersuchungsräumen liegt. Dieser ist gleichzeitig der einzige „neutrale“ Ort ohne PatientInnen, also der einzige „Pausenraum“ für MitarbeiterInnen. In anderen Ambulanzen wie der Augen- und urologischen Ambulanz gibt es sehr wohl solche nicht

einsehbarer Bereiche, obwohl gerade in der Allgemeinen Ambulanz, die eine ständige Anwesenheit erfordert, ein geschützter Raum für MitarbeiterInnen wichtig wäre.

Ich habe bereits oben erläutert, wie Arbeitsroutinen wie das Warten auf Tests zu unvermeidbaren Wartezeiten führen. Für die MitarbeiterInnen ist dann teilweise tatsächlich nichts zu tun, bis entweder Ergebnisse oder neue PatientInnen kommen, beides ist nicht planbar. Von außen bietet sich dann das Bild: PatientInnen warten, während MitarbeiterInnen plaudern. Dieses Paradoxon, das „street-level bureaucracies“ innewohnt – am einen Tag sitzen MitarbeiterInnen „herum“ und „tun nichts“, am nächsten Tag kommt es zu einer Systemüberlastung (Lipsky 1980, 126f.) – wird aber von vielen MitarbeiterInnen, auch der Leitung, scheinbar nicht als zwei Seiten einer Medaille gesehen, sondern es wird von einzelnen Eindrücken auf das Ganze geschlossen. Denn ich selbst wurde mehrfach von AmbulanzmitarbeiterInnen darauf hingewiesen, dass es problematisch für die Ambulanz sei, wenn ich „nur herumsitzen“ würde. Dahinter steckte die Vorstellung, dass nicht nur PatientInnen den Eindruck von Ineffizienz bekommen könnten, sondern auch eventuell zufällig vorbeigehende MitarbeiterInnen der Leitung dies zum Anlass nehmen könnten, personelle Kürzungen anzudenken. Mir wurde versichert, dass dies in der Vergangenheit bereits der Fall gewesen sei.

Hier wird also einerseits klar, dass MitarbeiterInnen ein Bewusstsein dafür haben, dass die limitierten Ressourcen auf Entscheidungen der Leitung beruhen. Gleichzeitig wird auch deutlich, dass MitarbeiterInnen aufgrund jahrelanger Erfahrung und der daraus schließbaren niedrigen Stellung der Ambulanz im Haus davon ausgehen müssen, dass sich an diesen limitierten Ressourcen so schnell nichts ändern wird. Dies könnte auch als Hinweis darauf interpretiert werden, warum mangelnde Ressourcen, die ja immer auch auf Management-Entscheidungen zurückgehen, in der Folge aber vor allem an *PatientInnen*, in Form von „deservingness“-Kategorien und deren Verknüpfung mit der Vorstellung, PatientInnen würden Ressourcen missbrauchen, festgemacht werden. Von Seite der Leitung kann anscheinend auf keine Verbesserung der Lage gehofft werden, vielmehr scheinen die Probleme des Arbeitsalltags gar nicht verstanden zu werden.

## 8.2. Rezente Budgetkürzungen als Hintergrund für Ressourcendiskussionen

Im Oktober 2012 kam zu diesen Themen, die bereits eine jahrelange Vorgeschichte zu haben schienen, noch ein aktuelles Diskussionsthema hinzu, dass ich nun als dritten Aspekt diskutieren möchte. Es waren gerade die Budgets des Krankenhauses neu ausverhandelt worden und aufgrund eines allgemeinen Budgetlochs Kürzungen im ambulanten Bereich beschlossen worden. Es würde ab nun einige Turnusdienste weniger geben, und bestimmte Behandlungen würden nur mehr stationären und nicht mehr auch ambulanten PatientInnen zur Verfügung stehen (u. A. Koloskopie). In folgender Episode wird sich zeigen, wie das Thema Mangel an Ressourcen mit PatientInnen verknüpft wird.

Jutta, Julia und Ingrid, drei Turnusärztinnen, sehen sich am Computer im internen Untersuchungsraum die Dienstpläne an und suchen die Turnusdienste, welche gestrichen worden sind. Wir stehen im Kreis beieinander und plaudern. Marion und Ilse, Pflegemitarbeiterinnen, sind auch dabei. Es kommt zu einem Gespräch über die Ambulanz.

Jutta sagt: „Wir waren auch schon bei [einer/m LeitungsmitarbeiterIn]<sup>8</sup> und haben’s gesagt...“

Julia meint: „Ja, man könnte zum Beispiel eine Ambulanzgebühr machen!“

Marion fügt nachdenklich hinzu: „Ja, ich glaube, da würden sich’s viele schon überlegen, ob sie herkommen.“

Ilse spitzt zu: „5 Euro und wir wären reich!“

Jutta meint, mit leicht verzweifelterm Ton: „Dann bekommen wir unsere Turnusstellen!“

Es ist nicht das erste Mal, dass sie darüber diskutieren, aber dieses Mal gibt es Neues zu besprechen, denn einige TurnusärztInnen waren zu einem/r LeitungsmitarbeiterIn gegangen, um diese Idee zu diskutieren.

Julia, ernst: „Ja, aber [der/die LeitungsmitarbeiterIn] hat gesagt, da ist nichts zu holen, weil... Das ist nicht die Ambulanz, und was machst du, wenn die kein Geld haben, schickst du sie dann zum Bankomaten, schickst du sie weg, oder was.“

---

<sup>8</sup> Anonymisiert, Anm.



Ilse meint: „Dabei gibt es so viele, die die Ambulanz ausnützen!“ Marion und Ilse gehen zum Schalter, denn eine Patientin kommt.

Jutta: „Ja, ich glaube, die meisten wissen das gar nicht, dass es gratis ist. Mit der E-Card, die geben sie her.“

Ich meine: „Ich habe das auch nicht gewusst, wenn du die E-Card hergibst, denkst du dir, die lesen das, und passt!“

Jutta: „Ja, aber wir haben keine Verträge mit den Kassen.“

Julia: „Auf die Idee kommt man ja nicht. Ich finde, man müsste das klarmachen, irgendwo hinschreiben oder so.“ Die drei gehen gemeinsam aus dem Raum und aus der Ambulanz.

Hier werden mehrere Themen miteinander verknüpft. Zunächst einmal nehmen die MitarbeiterInnen offenbar an, die Ambulanz sei der Ort, an dem der Budgetmangel aufgeholt werden müsse – schließlich waren hier auch die Kürzungen vorgenommen worden. Eine Ambulanzgebühr würde zwei Probleme adressieren: Sie würde Geld bringen, so wie es die Pflegemitarbeiterin Ilse ausdrückt: „5 Euro und wir wären reich.“ Marion sieht zudem den aus ihrer Sicht positiven Nebeneffekt, dass „viele nicht kommen“ würden, sich also die Anzahl der PatientInnen verringern und die Ressourcen der Ambulanz folglich nicht so strapaziert würden.

Die LeitungsmitarbeiterInnen, mit denen die ÄrztInnen sprachen, wiesen die TurnusärztInnen – zumindest in dieser Erzählung von Jutta – darauf hin, dass der administrative Aufwand zu hoch sei, und die Situation am Schalter noch verkomplizieren würde. Die Ärztinnen schwenkten nun auf ein anderes Thema um, nämlich jenes der Administration durch die E-Card, der österreichischen Versicherungskarte. Tatsächlich gibt es hier ein Paradoxon: am Schalter wird routinemäßig nach „E-Card oder einem Ausweis“ gefragt, um Eingabefehler zu vermeiden. Die E-Card bringt den Vorteil, dass sie bereits einen vollständigen Datensatz über den/die PatientIn beinhaltet, wenn sie in ein Lesegerät gesteckt wird. Die Frage nach einer E-Card ist ein administrativer Vorgang, wie er bei allen österreichischen ÄrztInnen üblich ist und er wird daher oft von PatientInnen als Hinweis gelesen, dass die Ambulanzen mit den Krankenkassen verbunden sind, und hier eine vertragliche Abrechnung erfolgt. Das Gegenteil ist der Fall. Die Behandlung aller PatientInnen, egal ob InhaberInnen von E-Cards, sprich versichert oder nicht, wird vom

Krankenhaus selbst finanziert. Die MitarbeiterInnen sind aber über diese Annahmen der PatientInnen frustriert, wie sich hier zeigt.

In dieser Episode sehen die MitarbeiterInnen den Betrieb der Ambulanz als die direkte Ursache für das Budgetloch. Dies trägt bei den MitarbeiterInnen gewissermaßen zur Wahrnehmung eines allgemeinen Mangels bei, wie ich oben argumentiert habe, denn auch hier geht es selten um konkrete Budgetposten, als vielmehr um das Bewusstsein, dass es ein Budgetloch gibt. In der Folge wird von MitarbeiterInnen aufseiten der PatientInnen ein mangelndes Bewusstsein dafür identifiziert, dass die Ambulanz für alle – auch die Versicherten – gratis, und somit auf Spenden angewiesen sei. Zusätzlich nehmen MitarbeiterInnen einen Missbrauch durch PatientInnen wahr: „Es gibt so viele, die die Ambulanz ausnützen.“ In den vorhergehenden Kapiteln, wie etwa im Falle von Frau S. (Abschnitt 6.3.), der Patientin mit den chronisch offenen Beinen, wurde bereits deutlich, dass nichtversicherte PatientInnen von solchen Diskussionen nicht ausgenommen sind. In der sozialen Dimension werden sie etwa auf ihre „tatsächliche“ Armut hin eingeschätzt, und in Hinsicht der medizinischen Dimension sind nichtversicherte PatientInnen, die „nichts“ hätten, oft genauso wenig willkommen. In all diesen Fällen ist also das Bewusstsein von mangelnden Ressourcen der Hintergrund für die Diskussionen, wer diese Ressourcen „verdienen“ würde.

Wie lässt sich dieser Zusammenhang zwischen Ressourcen und „deservingness“ mit ähnlichen Fallstudien vergleichen? In Huschkes Fall spielt das Thema Ressourcen eine geringere Rolle, auch wenn sie erwähnt, dass MitarbeiterInnen für medizinische „Lappalien“ aufgrund mangelnder Ressourcen teilweise keine Termine vereinbarten (Huschke 2014, 6). Walker und Gilson betonen hingegen in ihrer in Südafrika situierten Fallstudie, dass das Gleichbleiben der vorhandenen Ressourcen bei einem gleichzeitigen Vervielfältigen der PatientInnenzahlen durch die neuen Regelungen einen sehr starken Faktor in den negativen Einstellungen der MitarbeiterInnen darstellte (Walker/Gilson 2004, 1255ff.). Schließlich reichten nun teilweise nicht einmal die vorhandenen Medikamente aus. Marrow argumentiert in ihrer Studie über eine Klinik San Francisco umgekehrt, dass das Modell unter anderem deswegen funktionieren würde, weil die notwendigen zusätzlichen Ressourcen bereitgestellt wurden (Marrow 2012, 876f.). Außerdem waren die Budgets für PatientInnen und MitarbeiterInnen strukturell getrennt,

da die MitarbeiterInnen aus öffentlicher Hand finanziert würden: „San Francisco’s public-salaried payment structure insulates them, as public providers, from having to >eat< the direct costs of treating uninsured patients“ (Marrow 2012, 850). Bei den Barmherzigen Brüdern ist das genaue Gegenteil der Fall: MitarbeiterInnen hatten aufgrund rezenter Kürzungen den Eindruck gewonnen, dass sie diese Kosten unmittelbar selbst zu tragen haben. Es kommt zur Wahrnehmung eines gewissen Missverhältnisses: Einerseits spricht die Krankenhausleitung, aus der Ethik des Ordens heraus, von einer universalen „deservingness“ aller PatientInnen. Wenn sich dieses Ansinnen finanziell nicht ausgeht, müssten allerdings – in ihrer Wahrnehmung – die MitarbeiterInnen der Ambulanz die Konsequenzen selbst tragen. Somit können Diskussionen über „deservingness“ und die daraus resultierende Behandlung von PatientInnen, wie sie die letzten Kapitel gezeigt haben, als Selbstschutz, aber auch als passive Kritik von MitarbeiterInnen interpretiert werden.



## 9. Analyse: Das Zusammenwirken der Dimensionen und die Ausschlussdiagnose

Wie lässt sich das Zusammenwirken dieser verschiedenen Dimensionen von Kategorien und Themen, an welchen die „deservingness“ von PatientInnen festgemacht wird, zusammenfassen? Abbildung 4 fügt die Ausführungen der vorhergehenden Kapitel ineinander. Sie zeigt die soziale und medizinische Dimensionen der PatientInnen-Kategorien, und die „deservingness“, die ihnen jeweils zugeschrieben wird. Auffällig ist dabei, dass recht klar beschrieben werden kann, welchen Kategorien PatientInnen zugeordnet sind, wenn sie als *nicht* „deserving“ eingestuft werden. In der sozialen Dimension sind es ihre Herkunft, Auftreten, Verhalten und materieller Besitz bzw. Armut; in der medizinischen Dimension sind es Symptome, die als „Lappalien“ oder „nichts“ eingestuft werden. Auf der anderen Seite des Spektrums habe ich nur selten Gespräche über PatientInnen gehört, weil sie in der sozialen Dimension positiv aufgefallen sind. Wenn ich solche Gespräche hörte, ging es um besonders dankbare PatientInnen. In der medizinischen Dimension gibt es hingegen, wie oben erläutert, eine Art „Trumpf“: Notfälle bzw. akute Fälle signalisieren für MitarbeiterInnen aufgrund ihrer beruflichen Ideale über jeden Zweifel erhaben, dass diese/r PatientIn die Behandlung der Ambulanz und ihre Ressourcen „verdient“ hat.

Wie lässt sich dies interpretieren? In den vorhergehenden Kapiteln habe ich beschrieben, wie das Kategorisieren von PatientInnen grundlegend in die Ambulanzarbeit eingeschrieben ist. Die episodischen Interaktionen mit PatientInnen, häufig gekennzeichnet von Sprachproblemen, hinterlassen bei MitarbeiterInnen oft mehr Fragen als Antworten. MitarbeiterInnen besprechen sie miteinander und versuchen ihnen Bedeutung zu geben, sowohl in Bezug auf einzelne Fälle als auch in Bezug auf kollektive Phänomene der medizinischen Bürokratie, den „Ansturm“ von PatientInnen.

Dies erklärt noch nicht, warum es mehr negative als positive Kategorisierungen von „deservingness“ gibt. Einen weiteren Hinweis in Beantwortung dieser Frage habe ich in den Diskussionen von MitarbeiterInnen über mangelnde Ressourcen in der Ambulanz gegeben, die in vielen Fällen mit Annahmen über „deservingness“ in Bezug stehen. So

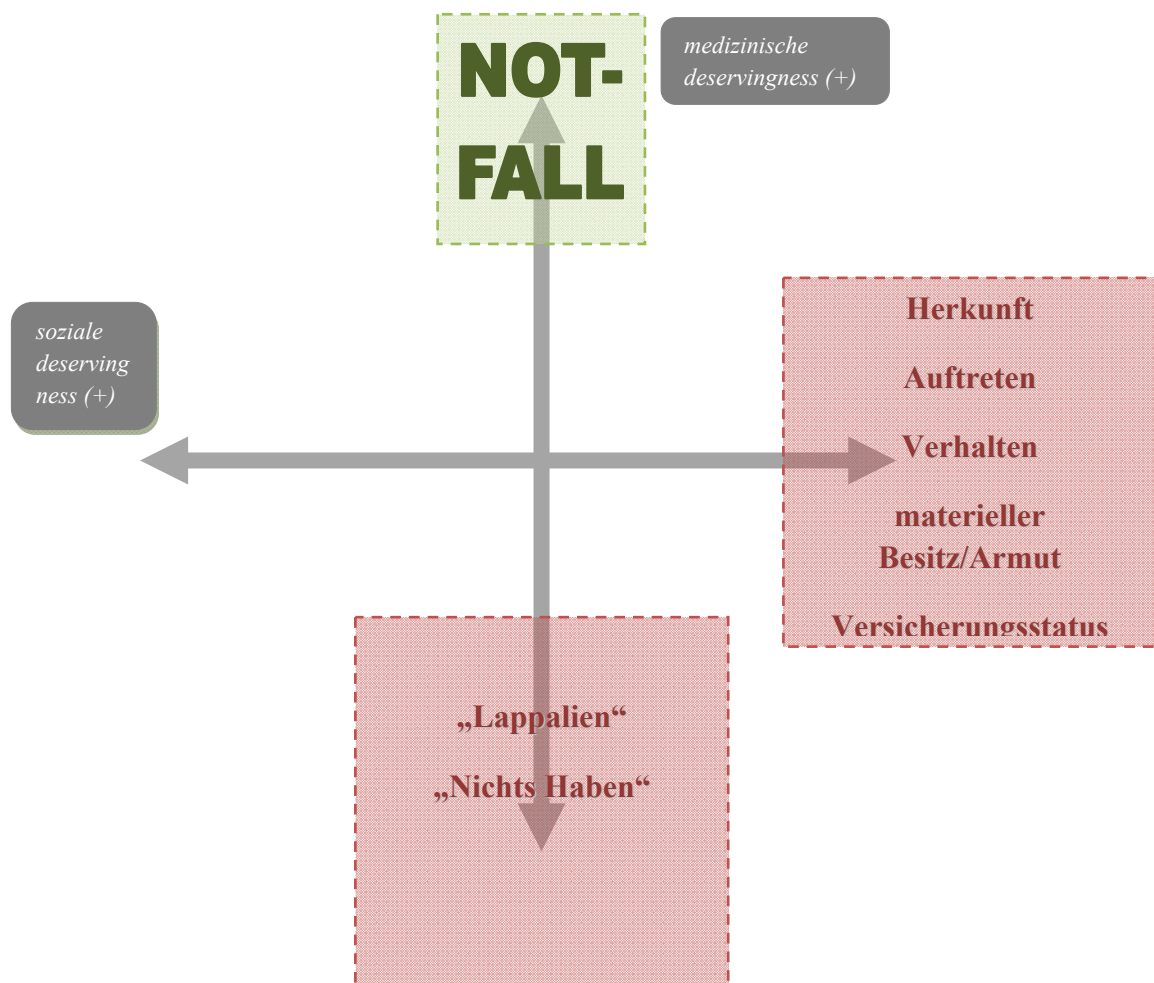


Abbildung 4: Kategorien und Dimensionen von „deservingness“

gesehen kommt möglicherweise zuerst das Wissen der MitarbeiterInnen aus ihrem Arbeitsalltag (das „tacit knowledge“), dass die Ressourcen zu knapp und die PatientInnen zu viele sind – und daraus folgend die Überlegung, welche PatientInnen zu Hause bleiben oder alternative Angebote wie niedergelassene ÄrztInnen aufsuchen könnten. Zusätzliche Legitimität bekommen solche Überlegungen, wie ich gezeigt habe, mit neoliberalen Argumenten (Arme sind nicht wirklich arm, Nichtversicherte sind für sich selbst verantwortlich), als auch in der medial immer wieder aufkochenden HausärztInnen-vs.-Ambulanzen-Debatte.

MitarbeiterInnen betreiben in diesem Sinne eine „Ausschlussdiagnose“ unter den PatientInnen: welche PatientInnen könnten der Ambulanz fernbleiben? In der medizinischen Dimension habe ich gezeigt, dass das Feststellen von „deservingness“

außerhalb von eindeutigen Notfällen gar nicht so einfach ist. Die Kategorisierung der PatientInnen erfolgt daher von der anderen Seite des Spektrums: Wer müsste ganz bestimmt nicht in die Ambulanz kommen? „Lappalien“ können auch von HausärztInnen untersucht werden, und PatientInnen, die „nichts“ haben, müssten ebenfalls nicht kommen, versichert oder nicht. In der sozialen Dimension ist es noch schwieriger zu sagen, wer „deserving“ ist, als wer es nicht ist. Hinweise darauf liefern Zeichen von materiellem Wohlstand wie ein Mobiltelefon, Verhalten wie „non-compliance“ oder „Respektlosigkeit“, etc. Einen „Trumpf“ wie in der medizinischen Dimension, sprich eindeutig als sozial „deserving“ kategorisierbare PatientInnen, scheint es hier nicht zu geben; auch der Versicherungsstatus bildet für die meisten MitarbeiterInnen keinen „Trumpf“ der sozialen Dimension. Wenn PatientInnen nicht einem schablonenhaften Idealbild von Bedürftigkeit entsprechen, wird unter MitarbeiterInnen der Verdacht laut, dass diese die limitierten Ressourcen der Ambulanz „ausnutzen“ bzw. missbrauchen.

### **9.1. Hospitalität als universale „Deservingness“ und die Skepsis der MitarbeiterInnen**

Ein weiterer Aspekt, den ich bisher wenig diskutiert habe – da er auch von MitarbeiterInnen selbst nicht thematisiert wird –, ist jener zwischen den „deservingness“-Kategorien der MitarbeiterInnen und der Ethik der Barmherzigen Brüder als Orden (vgl. Kapitel 0). „Hospitalität“ und die dargelegte dahinterstehende christliche Philosophie kann schließlich ebenfalls als „deservingness“-Annahme interpretiert werden. In dieser Sicht gibt es eine universale „deservingness“ aller PatientInnen. Allen soll eine gewisse „Gastfreundschaft“ entgegengebracht werden, denn die christliche Nächstenliebe („Caritas“) ist ein universales Konzept. Von MitarbeiterInnen wurde dieses Konzept nicht zu Unrecht vor allem als Konzept der Leitung gesehen, schließlich gehen die entsprechenden schriftlichen Dokumente und Schulungen von der Leitung aus, und LeitungsmitarbeiterInnen bekräftigten mir gegenüber ihr Ansinnen, dass ihre MitarbeiterInnen „besser“ als in anderen Krankenhäusern sein sollten. Ein Mitglied des Ordens drückte es so aus: „Es geht darum, dass ich den Patienten annehme, aufnehme, und das mit einem Lächeln und einem guten Wort.“ Eine Diskrepanz zwischen dieser offiziellen Linie und denen der MitarbeiterInnen in der Ambulanz kann sich alleine aus

dem allgemeinen Phänomen ergeben, dass MitarbeiterInnen eines Unternehmens oft andere Interessen als die Leitung haben (Lipsky 1980, 16ff.) und daher entsprechende Aussagen mit einer Prise Salz nehmen, wie es etwa ein Oberarzt in einem Interview mit mir tat:

Die Leitung, sie schreiben ja so furchtbar viele Papiere, die sind also oft, glaube ich, den Druck nicht wert, was also diese Spiritualität der Brüder betrifft und Hospitalität und so weiter. Viele Menschen machen sich auch um den Orden und Umfeld wichtig und schreiben Tonnen von Papier, die kein Mensch liest. [...] Also, die Führung, ich weiß nicht, die schweben sehr weit oben.

Eine weitere Sichtweise von MitarbeiterInnen war, den Bereich der Hospitalität als eine zusätzliche Anforderung der Leitung zu werten, die zur ohnehin schon hohen Belastung addiert wird. Die Turnusärztin Corinna meinte etwa im Gespräch mit mir: „Es ist einfach unfair, von uns auch noch zu verlangen, dass wir immer freundlich sein sollen, wenn wir umgekehrt nicht einmal die Ressourcen zur Verfügung gestellt bekommen, um unsere Arbeit gut machen zu können.“ Hier treten also wieder die Zusammenhänge mit dem Thema Ressourcen und „deservingness“ zutage. Ein weiterer Hinweis darauf ist meine vorhergegangene kurze Forschung im April 2012, in welcher MitarbeiterInnen sich sehr positiv zum Leitbild der Hospitalität äußerten und davon überzeugt waren, diese Idee an ihrem Arbeitsplatz auch umsetzen zu können. Allerdings handelte es sich dabei um eine Sonderklasse-Station, die völlig andere Ressourcen, wie etwa eine höhere Personal-PatientInnen-Ratio, aufweist. Dies bestätigt wieder die Fallstudie von Marrow, die eine hohe Identifikation mit von der Klinik vorgegebenen Idealen und entsprechend positiven „deservingness“-Annahmen bei gleichzeitiger Steigerung von Ressourcen vorweist.

## **9.2. Die Auswirkungen von „Deservingness“-Kategorien auf die Behandlung von nichtversicherten PatientInnen**

Wie wirken sich Kategorisierungen von „deservingness“ auf die Behandlung von PatientInnen aus? Grundsätzlich habe ich, wie bereits eingangs betont, nur in sehr wenigen Fällen erlebt, dass PatientInnen aufgrund einer bestimmten Kategorisierung nicht mehr behandelt wurden. In den meisten Fällen waren dies versicherte PatientInnen wie Frau N., die Patientin mit einem Zeckenbiss (Abschnitt 7.3.) welche tatsächlich niedergelassene ÄrztInnen aufsuchen konnten. In vielen Fällen geht es beim



Kategorisieren von PatientInnen um ein gemeinsames Sinn machen und Interpretieren unter MitarbeiterInnen, oder um das „Dampf ablassen“ über PatientInnen, die nicht als „deserving“ gesehen werden. In anderen Fällen, wie dem von Herrn P. (Abschnitt 6.2.), wurden PatientInnen, die als weniger „deserving“ eingestuft wurden, mit „erzieherischer“ Absicht sanktioniert, etwa durch längere Wartezeiten. In extremen Fällen wie dem von Frau S. (Abschnitt 6.3.) wurde auf jeden Fall deutlich, dass MitarbeiterInnen Anstrengungen unternahmen, diese Patientin nicht mehr weiter behandeln zu müssen.

Eine separate Analyse verdient hier wieder der Versicherungsstatus von PatientInnen. Wie bereits mehrfach erwähnt, stellen nichtversicherte PatientInnen insgesamt eine sehr ambivalente Kategorie für MitarbeiterInnen dar: für viele war es ein Ideal, auch Nichtversicherte zu behandeln und in einigen Fällen sogar die Motivation, aus der sie diesen Arbeitsplatz gewählt hatten. Aus einem Ideal der Gleichbehandlung heraus hielten viele MitarbeiterInnen nicht einmal den Versicherungsstatus der PatientInnen fest. (Dass dies zu Komplikationen führen kann, habe ich bereits oben diskutiert.) Gleichzeitig gab es unter einigen MitarbeiterInnen die Annahme, Nichtversicherte würden die Ambulanz und ihre Ressourcen ebenfalls „missbrauchen“. Hier zeigen sich einige Widersprüche. Ganz grundsätzlich wiesen einige MitarbeiterInnen daraufhin, dass die Ausrichtung der Ambulanz in Bezug auf nichtversicherte PatientInnen gar nicht so klar sei. Eine Pflegemitarbeiterin meinte über die Einhaltung der Öffnungszeiten bei nichtversicherten PatientInnen:

In der Schwarzarbeit, wenn er einen Tag lang nicht auftaucht, ist er weg vom Fenster. Dann hat er diesen Job gehabt. Und davon ist er abhängig, ob er sein Arbeiterquartier zahlen kann oder nicht. Das verstehe ich durchaus. Dann muss man sich halt entscheiden als Haus, was will man. Und das ist keine Entscheidung, die die Ambulanz trifft, das ist eine Leitungsentscheidung. Was will man? Entweder man sagt den Leuten, kommen Sie am Vormittag, dann sind wir gerne für Sie da. Oder man verlegt die Ambulanzzeiten, sodass es für das Klientel auch gangbar ist. Wo will man hin?

Aus dieser Sicht ist die Ambulanz strukturell auf versicherte PatientInnen ausgerichtet; nichtversicherte PatientInnen dürfen „auch“ kommen. Dies entspricht dem Konzept der Ambulanz insgesamt: Schließlich geht es nicht darum, zu überlegen, welche Versorgung Nichtversicherte dringend brauchen (etwa psychische Versorgung, s. Gerlindes Aussage in Abschnitt 7.4.) oder welche Bedürfnisse sie haben (vgl. die Diskussion von Barrieren in

Abschnitt 0.). Das Konzept bestehe vielmehr darin (wie mir von einem Leitungsmitarbeiter erklärt wurde), die Ressourcen des Krankenhauses, wie sie gegeben sind, *auch* Nichtversicherten zur Verfügung zu stellen. Diese Ambivalenz wurde mir gegenüber von einigen MitarbeiterInnen nicht unbedingt goutiert. Die Pflegemitarbeiterin Vanessa meinte etwa im Interview mit mir:

Man sollte klarer definieren, wofür die Ambulanz eigentlich ist. Ich find's gut, wenn es eine Ambulanz für Nichtversicherte ist, dann soll's das sein. Dann muss man aber auch die Leute, die versichert sind, irgendwie reduzieren. [...] Weil sonst kommen die Nichtversicherten wiederum zu kurz. Wenn's eigentlich eine Ambulanz für Nichtversicherte ist, dann sollte man sich auf das konzentrieren, finde ich. [...] Das ist so ein Mischmasch irgendwie. Man weiß nicht genau, für was ist man jetzt wirklich zuständig.

Dieses „nicht wissen, wofür man zuständig ist“ weist auf eine gewisse Unsicherheit hin, was die Behandlung von Nichtversicherten betrifft. Diese Unklarheit zeigt sich eben auch in der unterschiedlichen Handhabung, auf den Versicherungsstatus von PatientInnen zu achten.

Dies produziert auch strukturelles Unwissen in den Diskussionen über „deservingness“ unter MitarbeiterInnen. Wenn MitarbeiterInnen den Versicherungsstatus nicht immer festhalten, können sie schließlich gar nicht wissen, wie viele nichtversicherte PatientInnen es gibt, und daher auch nicht sagen, ob und wie viele Nichtversicherte die Ambulanz „missbrauchen“. Tatsächlich stellte ich im Laufe der Zeit fest, dass MitarbeiterInnen überaus unterschiedliche Annahmen darüber hatten, wie groß der Anteil der nichtversicherten PatientInnen sei. Manche gingen davon aus, dass fast alle nichtversichert seien. Ein Oberarzt meinte hingegen einmal, die Symptome der PatientInnen seien zu „80% Hausarzt“, was eine Versicherung impliziert, da Nichtversicherte schließlich nicht zum „Hausarzt“ gehen können. Gleichfalls gab es auch unterschiedliche Annahmen über die Lebensrealität von Nichtversicherten, was sich wieder auf die bereits dargestellten Diskussionen auswirkte, etwa ob sich diese PatientInnen selbst versichern könnten oder ob sie dafür wohlhabend genug seien. Diese unterschiedlichen Annahmen machten die Diskussionen der MitarbeiterInnen über die „deservingness“ von Nichtversicherten zum Teil einigermaßen verwirrend. Diese unterschiedlichen Annahmen erklären auch, warum der Versicherungsstatus dermaßen

ambivalent bewertet wird. Möglicherweise führen solche Vermischungen bei manchen MitarbeiterInnen zur Auffassung, es schlichtweg mit den „socially illegitimate“ der Bevölkerung zu tun zu haben (vgl. Kapitel 3). Diese MitarbeiterInnen sehen deren „deservingness“ folglich insgesamt als kritisch an. An einem meiner ersten Forschungstage stellte ich mich etwa bei einem Oberarzt vor, und erklärte ihm, mein Forschungsthema sei über soziale Randgruppen in der Ambulanz (zu diesem Zeitpunkt hatte ich meinen Fokus noch nicht festgelegt, vgl. Kapitel 2). Der Oberarzt bemerkte: „Ja, da gibt’s hier viele.“ Er lachte trocken, und seufzte: „Zum Beispiel gewaschen, Mittelklasse, die sind eine Randgruppe hier.“ Anschließend unterhielt er sich mit einer Turnusärztin darüber, dass er diese Patientinnen „alle gerne verjagen“ würde, aber „die Brüder lassen uns ja niemanden rausschmeißen“. Dies war das einzige Mal während meiner Feldforschung, dass jemand in solchen Tönen sprach. Andere MitarbeiterInnen (Pflege wie ÄrztInnenschaft), welche sich aus persönlichem Interesse mit Themen wie Armut, Migration und Krankenversicherung beschäftigt hatten, urteilten hier wesentlich differenzierter, und waren auch der Meinung, dass es hier noch Nachholbedarf in der Schulung von MitarbeiterInnen gäbe. Der kritische Punkt bei der „Gleichbehandlung“ von versicherten und nichtversicherten PatientInnen, im Positiven wie im Negativen, liegt jedenfalls darin, dass versicherte PatientInnen immer noch andere Anlaufstellen haben. Für Nichtversicherte sind die Konsequenzen dieser „deservingness“-Kategorisierungen ernster, denn sie haben in vielen Fällen keine Ausweichmöglichkeit.



## 10. Konklusion

In dieser Arbeit habe ich mich mit der Frage beschäftigt, wie MitarbeiterInnen in der Ambulanz des Krankenhauses der Barmherzigen Brüder in Wien „deservingness“ von PatientInnen anhand von Kategorien festmachen und wie sich diese auf die Behandlung von PatientInnen, insbesondere Nichtversicherte, auswirken. In Beantwortung dieser Frage habe ich im ersten Teil der Arbeit zunächst Kontext und Methoden, sowie relevante Literatur zum Thema der Arbeit vorgestellt.

Die Arbeit basiert methodisch auf teilnehmender Beobachtung und qualitativen, semi-strukturierten Interviews (vgl. Kapitel 2). Ich verbrachte insgesamt circa 46 Tage im Krankenhaus, vor allem in der Allgemeinen Ambulanz, aber auch in anderen Ambulanzen, um den Arbeitsalltag von MitarbeiterInnen – sowohl Pflege, als auch ÄrztInnenschaft und Verwaltung – zu erforschen. Die insgesamt 16 qualitativen Interviews mit MitarbeiterInnen aus Pflege, ÄrztInnenschaft und Führungsebene wurden dazu genutzt, um Aussagen zu bestimmten Themenblöcken vergleichen zu können, aber auch, um Beobachtungen und vorläufige Ergebnisse mit MitarbeiterInnen rückzuspiegeln und zu besprechen. Eine besondere methodologische Herausforderung war es, in der Ambulanz eine passende Rolle als Forscherin zu finden, da in Krankenhäusern soziale Rollen sehr stark vordefiniert und zweckorientiert sind, wie dies auch in der Literatur über „hospital ethnography“ diskutiert wird (van der Geest/Finkler 2004; Long et al. 2008). Die von mir eingenommenen Rollen waren in der Folge jene der Studentin – da es sich um ein Lehrkrankenhaus handelt – und in seltenen Fällen jene der Mitarbeiterin am Schalter. Als am Fruchtbaren hat sich die Feldforschung herausgestellt, wenn einzelne MitarbeiterInnen sich bereit erklärten, mit mir einen ganzen Dienst zu verbringen.

In der „hospital ethnography“ wird das Krankenhaus als Spiegelbild gesellschaftlicher Machtverhältnisse gesehen (van der Geest/Finkler 2004, 1996; Long et al. 2008, 72f.). Dieser Perspektive folgend, habe ich daher in Kapitel 3 zunächst versucht, einen Überblick darüber zu geben, wer in Österreich versichert und nichtversichert ist und welche rechtlichen und strukturellen Faktoren hier eine Rolle spielen (vgl. Tabelle 3). Ich habe die rechtlichen Ansprüche bzw. Hintergründe von Nichtversicherten nach

StaatsbürgerInnenschaft unterschieden. Die Ansprüche von österreichischen StaatsbürgerInnen unterscheiden sich stark von denen aus EU-Staaten, Drittstaaten, von AsylwerberInnen und undokumentierten MigrantInnen. Bei österreichischen StaatsbürgerInnen kann in vielen Fällen von einer nur temporären Nichtversicherung aufgrund von Unwissenheit ausgegangen werden, während sich Personen aus EU-Ländern wie aus Drittstaaten – neuere wie „ältere“ MigrantInnen, welche nicht die österreichische Staatsbürgerschaft haben – oft schon in einer schwierigeren Position befinden. Am anderen Ende dieses Spektrums befinden sich undokumentierte MigrantInnen, welche lediglich einen Anspruch auf Notfallversorgung haben, doch auch dieser Anspruch ist ungewiss, wie medial dokumentierte Fälle zeigen (URL 6, URL 7). Neben diesen rechtlichen Aspekten habe ich versucht darzustellen, welche Barrieren nichtversicherte PatientInnen potentiell im Zugang zum Gesundheitssystem entgegenstehen. Diese Barrieren, welche zu einem großen Teil auf einem „middle-class bias“ des Gesundheitssystems beruhen (Gulis 2009, 57; Schoibl/Schoibl 2006, 7), sind in vielen Fällen dieselben, die MigrantInnen und andere „socially illegitimate“-Teile der Gesellschaft (Fassin 2004) insgesamt betreffen. Für Nichtversicherte bleibt allerdings nur der Zugang außerhalb des regulären Gesundheitssystems. NGOs und kirchliche Organisationen wie die Barmherzigen Brüder springen dort ein, wo der Staat sich nicht verantwortlich fühlt.

Einen weiteren Einblick in den Kontext meiner Forschung habe ich in Kapitel 4 mit der Geschichte der Barmherzigen Brüder und des Konvents in Wien gegeben. Das Krankenhaus in Wien feierte 2014 sein 400-jähriges Bestehen. Ich habe außerdem versucht, die ethischen und religiösen Grundlagen der Barmherzigen Brüder zu erörtern, die in der „Hospitalität“, der „Gastfreundschaft“, liegen. „Hospitalität“ ist zum einen seit jeher Teil der Gelübde der Barmherzigen Brüder, zum anderen wird versucht, „Hospitalität“ durch MitarbeiterInnenschulungen zum Prinzip einer Art „Betriebskultur“ zu machen.

Betrachtet man das Angebot der Barmherzigen Brüder an Nichtversicherte, so fällt auf, dass dafür kaum bis keine Werbung gemacht wird – potentielle SpenderInnen werden genauso wenig adressiert wie potentielle PatientInnen. Ich interpretiere diesen markanten Unterschied zu ähnlichen Organisationen als Unterschied zwischen säkularen

und religiösen Varianten von Gesundheitsversorgung, zwischen „humanitarianism“ und „charity“. Humanitäre Projekte rufen zum Handeln auf und betonen die Dringlichkeit ihres Anliegens. „Charity“, im ursprünglich christlichen Sinne, tut dies nicht. Damit widerstehen die Barmherzigen Brüder auch neoliberalen Logiken wie der Angst vor Stagnation, dem ständigen Drang zum Wachstum („upscaling“) (Adams et al. 2014, 187) bzw. der Tendenz, vorhandene Strukturen und Projekte immer wieder neu verpacken und „verkaufen“ zu müssen. Die Barmherzigen Brüder hingegen sehen ihr Tun in der über 400-jährigen Tradition ihres Ordens. In diesem Aspekt ist die Unterscheidung zwischen „humanitarianism“ und „charity“, wie sie auch in rezenten anthropologischen Publikationen gemacht wird (Benthall 2012; Redfield 2012), also durchaus sinnvoll.

Weniger sinnvoll ist diese Unterscheidung, wenn es um das Kreieren von „deservingness“-Kategorien durch MitarbeiterInnen geht. Ich kam im Laufe der Arbeit immer wieder zu ähnlichen Ergebnissen wie Huschke (2014), obwohl deren Forschung in Berlin in einer humanitären, auf dem Menschenrecht auf Gesundheit basierenden NGO stattfand. Doch bevor ich diese Parallelen in der relevanten Literatur diskutiere, möchte ich noch einmal die Ergebnisse der Arbeit bezüglich „deservingness“-Kategorien darlegen.

### **10.1. „Deservingness“: Zusammenfassung der Ergebnisse**

Sarah Willen definiert „deservingness“ als den moralischen Aspekt, der zu untersuchen ist, wenn es um Fragen des Zugangs zu Gesundheitsversorgung geht (Willen 2012a, 809). Wer inwiefern Gesundheitsversorgung bekommt, hänge oft weniger von gesetzlichen Regelungen ab, sondern vielmehr davon, wie MitarbeiterInnen die „deservingness“ von PatientInnen einschätzen würden, so Willen (2012b, 813f.). Huschke beklagt, dass sich bisherige Arbeiten zum Thema vor allem damit beschäftigt hätten, wie Vorstellungen von „deservingness“ von „außerhalb“ in klinische Interaktionen hineinspielen würden und fordert mehr Forschung, wie dies direkt in der Interaktion zwischen PatientInnen und GesundheitsarbeiterInnen erfolgt (2014, 2). In dieser Arbeit habe ich einen solchen Beitrag geleistet. Ich zeige, wie MitarbeiterInnen die moralische Dimension der „deservingness“ in der Interaktion mit PatientInnen, sowie im gemeinsamen „Nachbesprechen“ von PatientInnen unter MitarbeiterInnen an sozialen und medizinischen Aspekten festmachen. Wer die Versorgung in der Ambulanz tatsächlich

„verdient“, ist – im Positiven – oft schwer zu sagen. MitarbeiterInnen kategorisieren PatientInnen daher im Sinne einer Ausschlussdiagnose: Wer „verdient“ die Behandlung mit Sicherheit *nicht*?

In der sozialen Dimension habe ich vier Gruppen von solchen Kategorien festgemacht. Diese betreffen Herkunft, Auftreten, Verhalten, materieller Besitz/Armut und Versicherungsstatus von PatientInnen. In der medizinischen Dimension wird von MitarbeiterInnen unterschieden, ob es sich bei Symptomen von PatientInnen um „Lappalien“ handelt oder ob PatientInnen überhaupt „nichts haben“. Beides sind Kategorien, welche zu einer negativen Bewertung von „deservingness“ führen. In der medizinischen Dimension gibt es zudem eine Kategorie, die ich als „Trumpf“ bezeichnet habe, nämlich den „Notfall“ oder „akuten Fall“, der die „deservingness“ einer/eines PatientIn über jeden Zweifel erhaben etabliert, da dies dem humanitären Ideal des „Helfens“, dem sich viele MitarbeiterInnen verschreiben, entspricht. In der sozialen Dimension gibt es hierfür keine Entsprechung. PatientInnen werden oft an klischeehaften Bildern von Bedürftigkeit gemessen, die nicht erreicht werden können. Die medizinische Dimension übertrumpft zudem nicht nur im positiven Fall („Notfall“) soziale Aspekte, sondern auch im negativen („Lappalien“). Denn wenn Nichtversicherte PatientInnen mit „Lappalien“ oder „nichts“ in die Ambulanz kamen, verärgerte dies manche MitarbeiterInnen, obwohl Nichtversicherte bekanntermaßen kaum andere Anlaufstellen haben.

## **10.2. Auswirkungen von „Deservingness“-Kategorien auf PatientInnen**

Wie wirken sich diese Kategorien von „deservingness“ auf PatientInnen aus? PatientInnen wurden in nur sehr wenigen Fällen aufgrund einer bestimmten Kategorisierung nicht (mehr) behandelt. In vielen Fällen geht es beim Kategorisieren von PatientInnen um ein gemeinsames Sinnmachen und Interpretieren unter MitarbeiterInnen oder um ein „Dampf ablassen“ über PatientInnen. In Kapitel 5 habe ich auf die Rolle der Organisationsstruktur der Ambulanz als „street-level bureaucracy“ hingewiesen (Lipsky 1980). Die Arbeit in bürokratischen „Fließbandbetrieben“ wie der Ambulanz ist von einem Mangel an bedeutungsvollen Beziehungen zu und Wissen über PatientInnen geprägt. Das Kategorisieren von PatientInnen ist daher oft ein gemeinsamer Versuch von



MitarbeiterInnen, Sinn herzustellen. Lipsky spricht von Kategorisierungen als „coping strategy“ von MitarbeiterInnen, ein etwas einseitiger Ansatz, da er die Handlungsmacht von MitarbeiterInnen zu wenig berücksichtigt (Abschnitt 5.2.).

Wenn PatientInnen tatsächlich aus der Ambulanz verwiesen werden (und wo dies nicht mit einem unmittelbaren Sachgrund, wie dem Fehlen eines entsprechenden medizinischen Faches im Haus zu tun hat), sind dies versicherte PatientInnen wie Frau N., die Patientin mit einem Zeckenbiss, aus Abschnitt 7.3., welche niedergelassene ÄrztInnen aufsuchen können. In einigen Fällen, wie jenem von Herrn P. aus Abschnitt 6.2., werden PatientInnen, die als weniger „deserving“ eingestuft wurden, sanktioniert, etwa mit längeren Wartezeiten. Zum Teil wurden sie auch deutlich unhöflicher behandelt. In extremen Fällen, wie dem von Frau S. in Abschnitt 6.3., wurde klar, dass MitarbeiterInnen deutliche Anstrengungen unternahmen, diese Patientin nicht mehr weiter behandeln zu müssen. In all diesen Fällen kam es zu einer Überschneidung verschiedener Kategorien aus der medizinischen und sozialen Dimension. Auffällig ist auch, dass häufig PatientInnen als weniger „deserving“ eingestuft worden waren, die bereits seit längerer Zeit, mehreren Monaten oder sogar Jahren, in die Ambulanz kamen. Dies kann so interpretiert werden, dass sie auf der Skala der medizinischen „Dringlichkeit“, nachdem sie immer wieder kamen, am genau entgegengesetzten Ende vom Ideal des „Notfall“ stehen.

Nichtversicherte PatientInnen, die einen besonderen Fokus dieser Arbeit ausmachen, stellen insgesamt eine ambivalente Kategorie für MitarbeiterInnen dar. Für viele war es ein Ideal, auch Nichtversicherte zu behandeln, in einigen Fällen sogar die Motivation, aus der sie diesen Arbeitsplatz gewählt hatten. Aus einem Ideal der Gleichbehandlung heraus hielten viele MitarbeiterInnen nicht einmal den Versicherungsstatus der PatientInnen fest. Diese professionelle Norm wird von Marrow als „don’t ask, don’t know, don’t care“ (2012, 850) bezeichnet.

Andererseits gab es auch einige MitarbeiterInnen, die der Meinung waren, Nichtversicherte würden die Ambulanz und ihre Ressourcen „missbrauchen“ und seien daher in vielen, wenn nicht gar allen Fällen nicht „deserving“. Da der Versicherungsstatus aufgrund der erwähnten Norm von MitarbeiterInnen nicht durchgängig festgehalten wurde, gab es völlig unterschiedliche Annahmen über die Anzahl der Nichtversicherten in der Ambulanz, was letztlich aufgrund der fehlenden Daten immer nur Mutmaßungen sein

können. Ähnliches lässt sich über das Wissen von MitarbeiterInnen über die Lebensrealität von Nichtversicherten sagen. Einige MitarbeiterInnen äußerten die Meinung, sie könnten sich nicht in nichtversicherte PatientInnen hineinversetzen, denn eine „Krankenversicherung müsse man sich doch einfach leisten“. Dass wiederum die Versorgung von nichtversicherten PatientInnen wie von Frau S. von MitarbeiterInnen als problematisch angesehen wurde, begründete eine Mitarbeiterin damit, dass „es sich die Ambulanz eigentlich nicht leisten könne“.

### 10.3. Der Zusammenhang mit Ressourcen

Hier schwingt eine bestimmte Annahme von MitarbeiterInnen mit: Wenn sich PatientInnen nicht versichern lassen, obwohl sie dies könnten, tragen diese vermeidbaren Kosten für ihre Versorgung am Ende die Ambulanz bzw. ihre MitarbeiterInnen. Diese Verknüpfung zwischen dem Kategorisieren von PatientInnen in Hinblick auf ihre „deservingness“ und einer Wahrnehmung von mangelnden Ressourcen in der Ambulanz wurde von MitarbeiterInnen wiederholt gemacht, wie ich in Kapitel 0 diskutiere. Dieser Zusammenhang kann als die emische Begründung für „deservingness“-Kategorien gesehen werden. Wenn Ressourcen zu gering sind, kann eine Reduktion der PatientInnen dem Abhilfe schaffen. Mithilfe der „deservingness“-Kategorien wird festgemacht, welche PatientInnen in sozialer wie medizinischer Hinsicht *nicht* in die Ambulanz kommen müssten. Somit werden auch Szenarien geschildert, wie die Anzahl der PatientInnen zu reduzieren sei.

Den Grund, warum MitarbeiterInnen Ressourcen als zu gering einschätzen, habe ich an drei Aspekten festgemacht: Erstens, ihrer „tacit knowledge“ aus ihrer unmittelbaren Arbeitserfahrung, dass dem so sei; schließlich kam es in der Ambulanz immer wieder zu „Systemzusammenbrüchen“ aufgrund von zu wenigen MitarbeiterInnen (Lipsky 1980, 37ff., 125ff.), wie ich in Kapitel 8 zeige. Zweitens haben MitarbeiterInnen in der Vergangenheit oft die Erfahrung gemacht, dass für genau diese Erfahrungen und Anliegen kein Verständnis in der Leitungsebene zu finden sei. Drittens hat sich diese Erfahrung im Herbst 2012 unmittelbar bestätigt, da aufgrund eines Budgetmangels in der Ambulanz Dienste und Behandlungen gestrichen worden waren.

Der Fokus auf Wahrnehmungen von MitarbeiterInnen stellt zudem eine Erweiterung der Argumente über Ressourcen in „street-level bureaucracies“ von Lipsky (1980) dar. Lipsky meint, dass eine Erhöhung von Ressourcen in „street-level bureaucracies“ in keinem Fall Verbesserungen bringen würde. Er begründet dies mit einer Analogie aus dem Autobahnbau: Wenn weitere Fahrbahnen hinzugefügt würden, würde sich die Verkehrssituation nicht verbessern, da dies lediglich mehr AutofahrerInnen anziehe. Dieser empirisch belegte Effekt treffe auch auf „street-level bureaucracies“ zu, denn eine Erhöhung von Ressourcen würde nicht dazu führen, dass mehr Zeit pro PatientIn verbracht würde, sondern lediglich die Anzahl der behandelten PatientInnen insgesamt steige (Lipsky 1980, 33ff.). Dieses spannende Argument erweist sich in der empirischen Realität einer Ambulanz allerdings als zu kurz gegriffen. Es wäre etwa absurd, zu behaupten, der Arbeitsalltag würde sich nicht verbessern, wenn Tag und Nacht nie weniger als zwei PflegemitarbeiterInnen in der Ambulanz wären. Würde dies etwas an den Wahrnehmungen von MitarbeiterInnen über den Zusammenhang von Ressourcen und „deservingness“ von PatientInnen ändern?

Ein Vergleich solcher Wahrnehmungen zwischen ähnlichen Studien ermöglicht erste Antworten auf diese Frage. In Huschkes Fall spielt das Thema Ressourcen etwa eine geringere Rolle (Huschke 2014, 6), obwohl die Ergebnisse bezüglich der Feststellungen von „deservingness“ ähnlich sind. In Walker und Gilsons Fallstudie aus Südafrika war gerade die Behandlung von vorher nichtversicherten PatientInnen eingeführt worden, ohne dass gleichzeitig Ressourcen entsprechend erhöht worden wären. Die Autorinnen betonen, dass dies einen sehr starken Faktor in den negativen Einstellungen der MitarbeiterInnen bezüglich „deservingness“ von PatientInnen darstellte (Walker/Gilson 2004, 1255ff.). Marrow präsentiert eine Studie über eine Klinik in San Francisco, die sehr gut „funktioniere“ und wo viele MitarbeiterInnen die „deservingness“ von PatientInnen positiv beurteilen würden. Sie argumentiert, dass das Modell unter anderem deswegen funktionieren würde, weil die notwendigen zusätzlichen Ressourcen bereitgestellt wurden (Marrow 2012, 876f.). Außerdem waren die Budgets für PatientInnen und MitarbeiterInnen strukturell getrennt, da die MitarbeiterInnen aus öffentlicher Hand finanziert würden: „San Francisco’s public-salaried payment structure insulates them, as public providers, from having to >eat< the direct costs of treating uninsured patients“

(Marrow 2012, 850). Diese MitarbeiterInnen kamen also genau zur gegenteiligen Wahrnehmung als die MitarbeiterInnen bei den Barmherzigen Brüdern, denn hier waren Budgetkürzungen unmittelbar an der Ambulanz vorgenommen worden. Dies bestätigte offenbar die Annahme der MitarbeiterInnen, dass sie zusätzliche Kosten durch den Betrieb der Ambulanz selbst zu tragen hätten.

Dies lässt den vorsichtigen Schluss zu, dass entsprechende Wahrnehmungen über Ressourcenverteilung von MitarbeiterInnen signifikante Auswirkungen auf Kategorisierungen von PatientInnen bezüglich ihrer „deservingness“ haben. Die Ähnlichkeit mit Fallstudien aus den USA (Marrow 2012) und Südafrika (Walker/Gilson 2004) weist auf die globale Dimension dieses Phänomens hin.

#### **10.4. Globale Dimensionen: „Humanitarianism“ und „Charity“**

Globale Dimensionen hat auch die Organisation von Gesundheitsversorgung von Teilen der Bevölkerung, die als „socially illegitimate“ gesehen werden (Fassin 2004), durch NGOs des globalen „humanitarianism“ oder durch „charity“, wie im vorliegenden Fall. In gewisser Hinsicht ist es sinnvoll, „humanitarianism“ von „charity“ zu unterscheiden, wie bereits argumentiert. Was aber die Annahmen von MitarbeiterInnen über „deservingness“ von PatientInnen betrifft, verschwimmen diese Unterschiede. In Huschkes Fallbeispiel handelt es sich etwa um eine NGO, die sich auf Gesundheit als Menschenrecht beruft. Dieser Annahme zufolge haben alle PatientInnen gleiche Ansprüche auf Gesundheitsversorgung. In der Praxis haben aber dennoch die Feststellungen über die „deservingness“ von PatientInnen aufseiten der freiwilligen ÄrztInnen ein großes Gewicht. Huschke spricht in diesem Kontext daher von „humanitarianism [...] as a form of charity“ (Huschke 2014, 2), wo Ansprüche auf Behandlung immer konditional, also verhandelbar und im Einzelfall abwägbare sind (ebd.). Dieses Element zeigt sich auch wiederholt in den Fallbeispielen dieser Arbeit. Willen spricht von „deservingness“ als „flip side of rights“ und Gegenstück zu „entitlement“, dem rechtlichen Anspruch (Willen 2012b, 813f.). Dies zeigt sich bei meiner Forschung daran, dass auch versicherte PatientInnen in „deservingness“-Kategorien eingeordnet wurden, und ihnen ihr Anspruch auf Versorgung bei „Lappalien“ abgesprochen wurde. Diese Diskussionen unter MitarbeiterInnen gewannen zusätzliche Legitimation durch die immer

wieder in den Medien geführte „HausärztInnen-vs.-Ambulanzen“-Debatte, da sie ihre Wünsche nach einer Reduktion von PatientInnen untermauert.

Die Zweifel von MitarbeiterInnen an der „deservingness“ vieler PatientInnen spiegeln sich zudem in widersprüchlichen Haltungen der Krankenhausleitung und in der Struktur der Ambulanz wider. „Hospitalität“ drückt einerseits gewissermaßen eine universale „deservingness“ von PatientInnen aus. Menschen sollen versorgt werden, ohne dass „nach Religion, Alter, Herkunft oder Weltanschauung“ gefragt wird (URL 1). Andererseits folgt die Ambulanz einem Prinzip, das man als „good enough care“ bezeichnen könnte. Es geht nicht um die Überlegung, welche Versorgung Nichtversicherte dringend brauchen, sondern die Ressourcen des Krankenhauses, wie sie eben gegeben sind, werden *auch* Nichtversicherten zur Verfügung gestellt. Wie einmal eine Mitarbeiterin zu einer wartenden Patientin meinte: „Wer nicht versichert ist, muss zufrieden sein.“ Eine andere Mitarbeiterin äußerte sich über diese Ambivalenz wesentlich unzufriedener: „Man weiß nicht genau, für was man jetzt wirklich zuständig ist.“ Mithilfe von Kategorisierungen von PatientInnen in „deserving“ und „undeserving“ entscheiden MitarbeiterInnen, auf jeweils unterschiedliche Weise, über diese Zuständigkeiten mit dem Hintergedanken, Ressourcen damit treffsicherer nutzen zu können. Somit können diese Kategorisierungen auch als leise Kritik an solchen Widersprüchen interpretiert werden.

Wie diese Arbeit zeigt, gibt es keine einfachen Antworten, wenn es um die „deservingness“ von PatientInnen geht. Wie Susann Huschke zeige ich, dass es nicht darum geht, Gesundheitsversorgung auf Basis von „charity“ oder „humanitarianism“ abzuschaffen. Schließlich ist die Arbeit von Organisationen wie der Barmherzigen Brüder äußerst wichtig, denn es besteht ohne sie für Bevölkerungsgruppen, die als „socially illegitimate“ gesehen werden, schlicht keine Versorgung. Gute Intentionen können allerdings auch unbeabsichtigte Nebeneffekte mit sich bringen. Ich habe etwa gezeigt, dass die guten Intentionen hinter der Norm „don’t ask, don’t know, don’t care“ auch nicht immer zu wünschenswerten Ergebnissen führen, da durch das bewusste „Nichtwissen“ über den Versicherungsstatus von PatientInnen faktenbasierte Diskussionen unter MitarbeiterInnen verunmöglicht werden. Es ist vermutlich keinem Menschen möglich, Annahmen über „deservingness“ völlig auszublenden. Meiner Ansicht nach wäre es daher besser, aktive, aber faktenbasierte Diskussionen zu diesem Thema zuzulassen, als sie

unter den Teppich zu kehren und daher dem Bereich der Gerüchte zu überlassen. Diese Arbeit hat gezeigt, dass der Vergleich mit ähnlichen Fallbeispielen (Marrow 2012, Huschke 2014, Walker/Gilson 2004) neue Erkenntnisse bringen kann, wie Annahmen über „deservingness“ in der Praxis entstehen und eingesetzt werden, und welche Rolle und Bedeutung ihnen zugeschrieben werden. Eine solche Erkenntnis ist die Relevanz von Wahrnehmungen über Ressourcenmangel, der in weiteren Arbeiten weiter belegt werden sollte. Kultur- und SozialanthropologInnen verfügen über die Werkzeuge, weitere solche Zusammenhänge über „deservingness“ zu erkennen und ihre globale Relevanz zu belegen.

# Bibliografie

## 10.5. Literaturverzeichnis

Adams, Vincanne / Burke, Nancy J. / Whitmarsh, Ian. 2014. Slow Research: Thoughts for a Movement. In *Global Health. Medical Anthropology: Cross-Cultural Studies in Health and Illness* 33 (3), 179-197, DOI: 10.1080/01459740.2013.858335.

Altenburg, Friedrich / Biffl, Gudrun. 2012a. Good Practice Examples of Health Care Provision for UDMs. In Biffl, Gudrun / Altenburg, Friedrich (Hg.): *Migration and Health in Nowhereland: Access of Undocumented Migrants to Work and Health Care in Europe. Health – Work – Family – Housing – Policy – Transnationalism*. Bad Vöslau: Omnium, 149-173.

Altenburg, Friedrich / Biffl, Gudrun. 2012b. The Voices of Undocumented Migrants. In Biffl, Gudrun / Altenburg Friedrich (Hg.): *Migration and Health in Nowhereland: Access of Undocumented Migrants to Work and Health Care in Europe. Health – Work – Family – Housing – Policy – Transnationalism*. Bad Vöslau: Omnium, 177-201.

Altenburg, Friedrich. 2012a. Health Services for Undocumented Migrants in Europe: An Overview. In Biffl, Gudrun / Altenburg, Friedrich (Hg.): *Migration and Health in Nowhereland: Access of Undocumented Migrants to Work and Health Care in Europe. Health – Work – Family – Housing – Policy – Transnationalism*. Bad Vöslau: Omnium, 99-107.

Altenburg, Friedrich. 2012b. Situation of Undocumented Migrants in Selected EU Member States. In Biffl, Gudrun / Altenburg, Friedrich (Hg.): *Migration and Health in Nowhereland: Access of Undocumented Migrants to Work and Health Care in Europe. Health – Work – Family – Housing – Policy – Transnationalism*. Bad Vöslau: Omnium, 133-145.

Amber-Med. o.J. Jahresbericht 2013. o.O.: o.V.

Armutskonferenz. 2013. EU-SILC 2012: Zentrale Ergebnisse im Überblick. o.O.

Barmherzige Brüder Österreich (Hg.). 2010. *Ethik-Codex. Orientierung an Hospitalität und Professionalität*. Wien: Facultas.

Benthall, Jonathan. 2012. Charity. In Fassin, Didier (Hg.): *A Companion to Moral Anthropology*. Chichester: Wiley & Sons, 1-17.

Bibel. Einheitsübersetzung.

Biffl, Gudrun. 2012. Access to Health Care in the European Union. In Biffl, Gudrun / Altenburg, Friedrich (Hg.): *Migration and Health in Nowhereland: Access of*

- Undocumented Migrants to Work and Health Care in Europe. Health – Work – Family – Housing – Policy – Transnationalism. Bad Vöslau: Omnium, 77-97.
- Björngren-Cuadra, Carin. 2012. Policy towards Undocumented Migrants of the EU27. In Biffl, Gudrun / Altenburg, Friedrich (Hg.): Migration and Health in Nowhereland: Access of Undocumented Migrants to Work and Health Care in Europe. Health – Work – Family – Housing – Policy – Transnationalism. Bad Vöslau: Omnium, 109-128.
- Bowker, Geoffrey C. / Star, Susan Leigh. 2000. Sorting Things Out. Classification and Its Consequences. O.A.: MIT Press.
- Brandl, Ludwig. 1957. Der Chirurg Gabriel Graf von Ferrara: Erster Generalkommisar des Ordens der Barmherzigen Brüder für Germanien. Wien: Provinzialat der Barmherzigen Brüder.
- Bundesministerium für Gesundheit. 2013. Das österreichische Gesundheitssystem: Zahlen – Daten – Fakten. Wien: Bundesministerium für Gesundheit.
- Cannell, Fenella. 2006. Introduction. In Cannell, Fenella (Hg.): The Anthropology of Christianity. Durham: Duke University Press, 1–50.
- Cannell, Fenella. 2010. The Anthropology of Secularism. In Annual Review of Anthropology 39, 85–100.
- Castañeda, Heide. 2010. Im/migration and Health: Conceptual, Methodological, and Theoretical Propositions for Applied Anthropology. In NAPA Bulletin 34 (1), 6-27.
- Dawid, Evelyn / Heitzmann, Karin. 2006. Leistungen der NROs in der Armutsbekämpfung. Studie zur Bestandsaufnahme der Leistungen sozialer Dienste in der Vermeidung und Bekämpfung von Armut in Österreich. Wien: Institut für Sozialpolitik, Wirtschaftsuniversität Wien.
- Emerson, Robert M. / Fretz, Rachel I. / Shaw, Linda L. 2011. Writing Ethnographic Fieldnotes. Chicago / London: The University of Chicago Press.
- Fassin, Didier. 2004. Social Illegitimacy as a Foundation of Health Inequality: How the Political Treatment of Immigrants Illuminates a French Paradox. In Castro, Arachu / Singer, Merrill (Hg.): Unhealthy Health Policy: A Critical Anthropological Examination. Walnut Creek: Altamira Press, 203-14.
- Fassin, Didier. 2012. Humanitarian Reason: A Moral History of the Present. Berkeley / Los Angeles / London: University of California Press.
- Fuchs, Michael / Schmied, Gabriele / Oberzaucher, Nicola / Wohlfahrt, Gerhard / Marin, Bernd. 2003. Quantitative und Qualitative Erfassung und Analyse der nicht-krankenversicherten Personen in Österreich. Wien: Bundesministerium für Gesundheit und Frauen.



Foucault, Michel. 1977 Überwachen und Strafen – Die Geburt des Gefängnisses. Frankfurt am Main: Suhrkamp.

Gesundheits- und Krankenpflegegesetz. 2008. Bundesgesetz, mit dem das Gesundheits- und Krankenpflegegesetz, das Hebammengesetz, das Kardiotechnikergesetz, das Medizinischer Masseur- und Heilmasseurgesetz, das MTD-Gesetz, das Bundesgesetz über die Regelung des medizinisch-technischen Fachdienstes und der Sanitätshilfsdienste, das Sanitätsergesetz, das Zahnärztegesetz, das Zahnärztekammergesetz, das Ärztegesetz 1998, das Hausbetreuungsgesetz, die Gewerbeordnung 1994 und das Bundespflegegeldgesetz geändert werden (Gesundheitsberufe-Rechtsänderungsgesetz 2007 – GesBRÄG 2007).

Gulis, Wolfgang. 2009. Titanic-Syndrom. In Rásky, Éva (Hg.): Gesundheit hat Bleiberecht. Migration und Gesundheit. Festschrift zum Anlass des 10-jährigen Bestehens des Ambulatoriums „Caritas“ Marienambulanz in Graz. Wien: Facultas, 55-64.

Hadolt, Bernhard. 1998.: Locating Difference: A Medical Anthropology >At Home<? In Anthropology & Medicine 5 (3), 311-323.

Hammer, Elisabeth / Löffler, Walter. 2013. Obdachlosenhilfe: Hürden überwinden und Brücken bauen. In Grünewald, Kurt / Maißer, Georg (Hg.): Kritische Diagnosen. Krankenberichte zum Gesundheitssystem. Wien: planetVERLAG, 62-64.

Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger. 2014. Handbuch der österreichischen Sozialversicherung 2014. Wien: o.V.

Heyman, Josiah McC. 2004. The Anthropology of Power-Wielding Bureaucracies. In Human Organization 63 (4), 487-500.

Heyman, Josiah McC. 2012. Deepening the Anthropology of Bureaucracy. In Anthropological Quarterly 85 (4), 1269–1278.

Hofmarcher-Holzhacker, Maria M. 2013. Das österreichische Gesundheitssystem : Akteure, Daten, Analysen. Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.

Huschke, Susann. 2014. Performing Deservingness: Humanitarian Health Care Provision for Migrants in Germany. In Social Science & Medicine, DOI: 10.1016 / j.socscimed.2014.04.046.

Jordan, Ann T. 2003. Business Anthropology. Long Grove: Waveland Press.

Karl-Trummer, Ursula / Novak-Zezula, Sonja / Metzler, Birgit. 2009. Gesundheitsservices im Niemandsland: Funktionale Ignoranz und informelle Solidarität. Wien: o.V.

Karl-Trummer, Ursula / Novak-Zezula, Sonja. 2011. Healthcare in Nowhereland: Improving Services for Undocumented Migrants in the EU. Projektergebnisse und Empfehlungen. o.O.: o.V.

- Kauffmann, Christopher. 1995. *Ministry and Meaning: A Religious History of Catholic Health Care in the United States*. New York: Crossroad.
- Krankenanstaltengesetz. 1957/2014. Bundesgesetz über Krankenanstalten und Kuranstalten. Wien.
- Läufer, Friedrich. 1931. *Die Barmherzigen Brüder. Ein Buch über Entstehen, Werden und Wirken des Ordens der Barmherzigen Brüder*. Wien: Provinzialat der Barmherzigen Brüder.
- Lederer, Gerda. 2014a. 1614: Um Gott dienen zu können. In *Konvent der Barmherzigen Brüder (Hg.): 400 Jahre Nächstenliebe. Krankenhaus der Barmherzigen Brüder Wien 1614-2014*. Wien: Konvent der Barmherzigen Brüder, 34-37.
- Lederer, Gerda. 2014b. Aufbruch in eine neue Zeit. In *Konvent der Barmherzigen Brüder (Hg.): 400 Jahre Nächstenliebe. Krankenhaus der Barmherzigen Brüder Wien 1614-2014*. Wien: Konvent der Barmherzigen Brüder, 42-45.
- Lederer, Gerda. 2014c. Trotz Geldnot. In *Konvent der Barmherzigen Brüder (Hg.): 400 Jahre Nächstenliebe. Krankenhaus der Barmherzigen Brüder Wien 1614-2014*. Wien: Konvent der Barmherzigen Brüder, 46-49.
- Lederer, Gerda. 2014d. Das größte und modernste Privatkrankenhaus Wiens. In *Konvent der Barmherzigen Brüder (Hg.): 400 Jahre Nächstenliebe. Krankenhaus der Barmherzigen Brüder Wien 1614-2014*. Wien: Konvent der Barmherzigen Brüder, 50-53.
- Lederer, Gerda. 2014e. Zwei Weltkriege überlebt. In *Konvent der Barmherzigen Brüder (Hg.): 400 Jahre Nächstenliebe. Krankenhaus der Barmherzigen Brüder Wien 1614-2014*. Wien: Konvent der Barmherzigen Brüder, 54-57.
- Lederer, Gerda. 2014f. Eine Blütezeit beginnt. In *Konvent der Barmherzigen Brüder (Hg.): 400 Jahre Nächstenliebe. Krankenhaus der Barmherzigen Brüder Wien 1614-2014*. Wien: Konvent der Barmherzigen Brüder, 58-61.
- Lipsky, Michael. 1980. *Street-Level Bureaucracy: Dilemmas of the Individual in Public Service*. New York: Russell Sage Foundation.
- Long, Debbi / Hunter, Cynthia / van der Geest, Sjaak. 2008. When the Field Is a Ward or a Clinic: Hospital Ethnography. In *Anthropology & Medicine* 15 (2), 71-78.
- Magistratsabteilung 24 (Hg.). 2012. *Wiener Sozialbericht 2012. Wiener Sozialpolitische Schriften Band 6*. Wien: o.V.
- Marrow, Helen B. 2012. Deserving to a Point: Unauthorized Immigrants in San Francisco's Universal Access Healthcare Model. In *Social Science & Medicine* 74 (12), 846-854.

- PICUM – Platform for International Cooperation on Undocumented Migrants. 2010. Undocumented Migrants' Health Needs and Strategies to Access Health Care in 17 EU Countries. Country Report Austria. o.O.: o.V.
- Provinzialat der Barmherzigen Brüder (Hg.). 2005. 400 Jahre Barmherzige Brüder in Mitteleuropa. Wien: Provinzialat der Barmherzigen Brüder.
- Redfield, Peter / Bornstein, Eric. 2011. An Introduction to the Anthropology of Humanitarianism. In Redfield, Peter / Bornstein, Erica (Hg.): Forces of Compassion. Humanitarianism Between Ethics and Politics. Santa Fe: SAR Press, 2-33.
- Redfield, Peter. 2012. Humanitarianism. In Fassin, Didier (Hg.): A Companion to Moral Anthropology. Chichester: Wiley & Sons, 1-17.
- Schoibl, Angela / Schoibl, Heinz. 2006. Gesundheit: Ein Thema für die Wohnungslosenhilfe. Österreichbericht 2006. Salzburg: Helix Austria.
- Tinney, Jean. 2008. Negotiating Boundaries and Roles: Challenges Faced by the Nursing Home Ethnographer. In Journal of Contemporary Ethnography 37 (2), 202-225.
- van der Geest, Sjaak / Finkler, Katja. 2004. Hospital Ethnography: Introduction. In Social Science & Medicine 59 (10), 1995-2001.
- van Oorschot, Wim. 2006. Making the Difference in Social Europe: Deservingness Perceptions among Citizens of European Welfare States. In Journal of European Social Policy 16 (1), 23-42.
- Walker, Liz / Gilson, Lucy. 2004. >We are Bitter but We are Satisfied<: Nurses as Street-level Bureaucrats in South Africa. In Social Science & Medicine 59: 1251-1261.
- Watzka, Karl. 2008. Der Hospitalorden des Heiligen Johannes von Gott in der Habsburgermonarchie 1605-1781. In Specht, Heidmarie / Andraschek-Holzer, Ralph (Hg.): Bettelorden in Mitteleuropa – Geschichte, Kunst, Spiritualität. St. Pölten: Diözesanarchiv, 106-132.
- Wiener Mindestsicherungsgesetz. 2010. Landesgesetz: Gesetz zur bedarfsorientierten Mindestsicherung in Wien. Wien.
- Willen, Sarah S. 2011. Do >Illegal< Migrants have a >Right to Health<? Engaging Ethical Theory as Social Practice at a Tel Aviv Open Clinic. In Medical Anthropology Quarterly 25 (3), 303-330.
- Willen, Sarah S. 2012a. Migration, "Illegality," and Health: Mapping Embodied Vulnerability and Debating Health-Related Deservingness. In Social Science & Medicine 74, 805-811.

- Willen, Sarah S. 2012b. How Is Health-Related >Deservingness< Reckoned? Perspectives from Unauthorized Im/migrants in Tel Aviv. In *Social Science & Medicine* 74 (6), 812–821.
- Wind, Gitte. 2008. Negotiated Interactive Observation: Doing Fieldwork in Hospital Settings. In *Anthropology & Medicine* 15 (2), 79-89.
- Wittberg, Patricia. 2006. *From Piety to Professionalism – and Back? Transformations of Organized Religious Virtuosity*. Oxford: Lexington Books.
- Zaman, Shahaduz. 2008. Native among the Natives: Physician Anthropologist Doing Hospital Ethnography at Home. In *Journal of Contemporary Ethnography* 37 (2), 135-154
- Zechmeister-Koss, Ingrid / Reichel, Markus. 2012. Gesundheitszustand von wohnungslosen Menschen und deren Zugang(sbarrieren) zum Gesundheitssystem. HTA Projektbericht Nr. 63. Wien: Ludwig Boltzmann Institut für Health Technology Assessment.

## **10.6. Internetbeiträge**

- URL 1: <http://www.barmherzige-brueder.at/site/wien/medizinpflege/abteilungeninstitute> (letzter Zugriff 26.6.2014)
- URL 2: [http://www.statistik.at/web\\_de/statistiken/gesundheit/gesundheitsausgaben](http://www.statistik.at/web_de/statistiken/gesundheit/gesundheitsausgaben) (letzter Zugriff 2.8.2014)
- URL 3: <http://www.kaz.bmg.gv.at/ressourcen-inanspruchnahme/krankenanstalten.html> (letzter Zugriff 2.8.2014)
- URL 4: <http://www.wien.gv.at/gesundheit/einrichtungen/gesundheitsfonds/krankenanstalten.html> (letzter Zugriff 2.8.2014)
- URL 5: [http://www.statistik.at/web\\_de/presse/077472](http://www.statistik.at/web_de/presse/077472) (letzter Zugriff 2.8.2014)
- URL 6: <http://kurier.at/chronik/wien/schwangere-in-wiener-spitaeler-nicht-aufgenommen-totgeburt-oe1/25.950.479> (letzter Zugriff 2.8.2014)
- URL 7: <http://wien.orf.at/news/stories/2602642/> (letzter Zugriff 2.8.2014)
- URL 8: <http://www.barmherzige-brueder.at/site/wien/ueberuns/organisation> (letzter Zugriff 4.8.2014)
- URL 9: <http://www.barmherzige-brueder.at/site/wien/ueberuns> (letzter Zugriff 8.4.2014)
- URL 10: <http://strafvollzug.justiz.gv.at/einrichtungen/justizanstalten/justizanstalt.php?id=2> (letzter Zugriff 4.8.2014)
- URL 11: <http://www.barmherzige-brueder.at/site/wien/medizinpflege/abteilungeninstitute/zahnambulanz> (letzter Zugriff 4.8.2014)

URL 12: <http://www.ohsjd.org/Objects/Pagina.asp?ID=1618> (letzter Zugriff 4.8.2014)

URL 13: <http://www.caresolutions.at/site/de/presse/p2/presseinfos/article/82.html> (letzter Zugriff 15.6.2014)

URL 14: <http://www.ohsjd.org/Objects/Pagina.asp?ID=5984> (letzter Zugriff 2.8.2014)



# Abbildungs- und Tabellenverzeichnis

|                                                                                     |     |
|-------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| Tabelle 1: Teilnehmende Beobachtung.....                                            | 19  |
| Tabelle 2: Qualitative Interviews.....                                              | 20  |
| Abbildung 1: Codieren mit ATLAS.ti .....                                            | 27  |
| Tabelle 3: Europäische Wohlfahrts- und Gesundheitssysteme (Biffi 2012, 79ff.) ..... | 31  |
| Tabelle 4: Gruppen von Nichtversicherten und Hintergründe.....                      | 38  |
| Abbildung 2: Organigramm der Führungsstruktur (vereinfacht) .....                   | 53  |
| Abbildung 3: Organigramm der Abteilungen und Ambulanzen (vereinfacht) .....         | 53  |
| Tabelle 5: Dienste in der Allgemeinen Ambulanz .....                                | 106 |
| Abbildung 4: Kategorien und Dimensionen von „deservingness“ .....                   | 118 |





## Abstract (Deutsch)

Im Krankenhaus der Barmherzigen Brüder in Wien erhalten PatientInnen ohne Krankenversicherung von innerhalb und außerhalb Österreichs Gesundheitsversorgung. Basierend auf ethnografischer Feldforschung im Krankenhaus von Oktober bis Dezember 2012, sowie 16 semi-strukturierten Interviews mit MitarbeiterInnen, gehe ich der Frage nach, wie MitarbeiterInnen die „deservingness“ von PatientInnen anhand von Kategorien festmachen, und wie sich diese Kategorisierungen auf die Behandlung von PatientInnen, insbesondere Nichtversicherte, auswirken. In den vergangenen Jahren haben mehrere Kultur- und SozialanthropologInnen darauf aufmerksam gemacht, dass der Zugang zu Gesundheitsversorgung oft weniger von formellen Ansprüchen („entitlement“) abhängt, als von den moralischen Ansichten von GesundheitsarbeiterInnen, wer diese Versorgung tatsächlich „verdient“ („deservingness“) (Willen 2012b; Marrow 2012; Huschke 2014).

Ich verbinde dieses Thema mit fachlichen Diskussionen über Bürokratie und „humanitarianism“ und zeige, wie MitarbeiterInnen „deservingness“ in der Interaktion mit PatientInnen sowie untereinander in gemeinsamen Gesprächen über PatientInnen festmachen. Wer die Versorgung in der Ambulanz tatsächlich „verdient“, ist – im Positiven – oft schwer festzustellen. MitarbeiterInnen kategorisieren PatientInnen daher im Sinne einer Ausschlussdiagnose: wer „verdient“ die Behandlung mit Sicherheit *nicht*? Diese Frage wird von MitarbeiterInnen auch oft mit einem Mangel an Ressourcen in der Ambulanz in Verbindung gebracht. Ich identifiziere soziale und medizinische Kategorien von PatientInnen, an denen jeweils die moralische Dimension von „deservingness“ festgemacht wird.

## Abstract (English)

The Brothers Hospitallers' out-patient clinics in Vienna, Austria provide health care to patients without health insurance from Austria and beyond. Based on ethnographic fieldwork at the hospital from October to December 2012, as well as 16 semi-structured interviews with employees, I ask how health workers determine "deservingness" by categorizing patients. I further ask how these assessments impact the treatment of patients, especially uninsured ones. In recent years, anthropologists have paid increasing attention to how provision of health care is often less dependent on entitlement than on health workers' moral assessments of who "deserves" that provision (Willen 2012b, Marrow 2012, Huschke 2014).

Connecting this issue with literatures on bureaucracy and "humanitarianism", I demonstrate how health workers assess "deservingness" in their interactions with patients, and in their discussions amongst each other. More often than not, it is difficult for health workers to positively determine who does "deserve" health care. Instead, they resort to a sort of diagnosis by exclusion: who certainly does *not* "deserve" it? Health workers furthermore associate this question with a lack of resources at the clinic. I identify social and medical categories of patients that health workers use to determine the moral dimension of patients' "deservingness".

# Lebenslauf

## Ausbildung

|           |                                                                   |
|-----------|-------------------------------------------------------------------|
| 2007      | Matura am BG/BRG Ried/I.                                          |
| 2007-2011 | Bachelorstudium Kultur- und Sozialanthropologie, Universität Wien |
| seit 2011 | Masterstudium Kultur- und Sozialanthropologie, Universität Wien   |
| 2013      | Auslandssemester an der University of Chicago, USA                |

## Akademische Berufserfahrung

|                  |                                                                  |
|------------------|------------------------------------------------------------------|
| März – Juli 2011 | Studienassistentin, Institut für Kultur- und Sozialanthropologie |
| März – Juli 2012 | Studienassistentin, Institut für Kultur- und Sozialanthropologie |
| seit Juli 2013   | Studienassistentin, Institut für Kultur- und Sozialanthropologie |