

soziales_kapital

wissenschaftliches journal österreichischer fachhochschul-studiengänge soziale arbeit
Nr. 10 (2013) / Rubrik "Sozialarbeitswissenschaft" / Standort Wien

Printversion:

<http://www.soziales-kapital.at/index.php/sozialeskapital/article/viewFile/301/509.pdf>

Ursula Trummer:

Exklusion und Gesundheit von undokumentierten Migrant_innen

Exklusion und Gesundheit sind im Jahr 2013 in wohlfahrtsstaatlichen Debatten Begriffe von aktueller Brisanz: Die seit 2008 andauernde Finanz- und Ökonomiekrisis exkludiert in Europa eine immer breitere Menge an Menschen aus den Versorgungsstrukturen der Europäischen Sozialmodelle. Spanien, bisher stolz auf seinen Ansatz des Zugangs zu Gesundheitsleistungen für alle, zeigt vor, dass Exklusion aus der Gesundheitsversorgung gesellschaftspolitisch möglich ist: Hier sind seit der Gesundheitsreform 2012 Personen über 26 Jahre, die ohne Arbeit sind, ohne rechtlichen Anspruch auf Gesundheitsleistungen. Gleichzeitig ist die Forderung nach universeller Inklusion in die Gesundheitsversorgung ein von der Weltgesundheitsorganisation und der Europäischen Kommission stark propagiertes Ziel.

1. Exklusion und Gesundheit

„Die Begriffe ‚Inklusion‘ und ‚Exklusion‘ haben eine lange Geschichte in der Sozialen Arbeit“ (Seifert 2013) – so beginnt ein Artikel in der Zeitschrift für Inklusion aus 2013, und das verwundert selbst Laien nicht. Schließlich sollte sich „Soziale Arbeit“ mit der Integration von vulnerablen Gruppen beschäftigen, Gruppen, die weniger Chancen und Ressourcen haben als andere – also „exkludiert“ sind.

Im Duden wird Exklusion als „Ausschließung, Ausgrenzung“ bezeichnet und mit dem Beispiel „die Exklusion von Migranten aus der Gesellschaft“ illustriert (vgl. <http://www.duden.de/rechtschreibung/Exklusion>, 30.07.2013). Soziologisch betrachtet ist Exklusion ein notwendiges Phänomen ausdifferenzierter Gesellschaftsformen sowie der funktionalen Differenzierung von Gesellschaft und wird erst in einer (sozial-)politischen Verwendung mit einer negativen Konnotation belegt. Im Diskurs innerhalb der Sozialen Arbeit scheinen insbesondere systemtheoretische Ansätze mit Niklas Luhmann als ihrem prominentesten Vertreter in den Mittelpunkt gerückt zu sein (vgl. Mayerhofer 2009). Diesen Ansätzen folgend bezieht sich Exklusion (bzw. Inklusion) immer auf Personen:

„Inklusion (und entsprechend Exklusion) kann sich nur auf die Art und Weise beziehen, in der im Kommunikationszusammenhang Menschen bezeichnet, also für relevant gehalten werden. Man kann, an eine traditionale Bezeichnung des Terminus anschließend auch sagen: die Art und Weise, in der sie als ‚Personen‘ behandelt werden.“ (Luhmann 1995: 241)

Exklusion als Begriff behandelt damit immer auch persönliche Betroffenheit. Wie schon das Zitat zeigt, gehören Inklusion und Exklusion als Begriffspaar – oder zwei Seiten einer Medaille bzw. Innen- und Außenseite der Form – zusammen. Ob es auf der Ebene beobachtbarer Praxis eine/n Profiteur_in dieser Logik gibt und wer dies sein mag, lässt sich schwer bestimmen und mag von Fall zu Fall verschieden sein. Am ehesten ist es der/die Akteur_in mit der Münze in der Hand.

Daraus ergeben sich für Exklusion/Inklusion aus soziologischer Perspektive einleitend zwei Festlegungen:

1. Akteur_innen der Inklusion sind immer auch Akteur_innen der Exklusion.
2. Akteur_innen der Exklusion/Inklusion richten ihre Tätigkeit danach aus, wie Personen behandelt und in Kommunikationszusammenhängen bezeichnet werden.

Gesundheit ist eine Domäne, für die auf Ebene von gesellschaftspolitischen Grundsatzpapieren maximale Inklusion eingefordert ist. Gesundheit ist als fundamentales Menschenrecht angeführt, und insbesondere in Sozialsystemen europäischer Prägung ist der universelle Zugang zu Gesundheit als gesellschaftliches Ziel definiert. (vgl. ECHR 1950)

In der Erklärung von Alma-Ata der Weltgesundheitsorganisation (WHO) von 1978 wird festgehalten, dass

„(...) Gesundheit, die der Zustand völligen körperlichen, seelischen und sozialen Wohlbefindens und nicht nur das Freisein von Krankheit oder Gebrechen ist, ein grundlegendes Menschenrecht darstellt und dass das Erreichen eines möglichst guten Gesundheitszustands ein äußerst wichtiges weltweites soziales Ziel ist, dessen Verwirklichung Anstrengungen nicht nur der Gesundheitspolitik, sondern auch vieler anderer sozialer und ökonomischer Bereiche erfordert.“ (Alma-Ata 1978: 1)

Gleichzeitig wird festgestellt, dass Gesundheit ungleich verteilt und dies zu ändern ist:

„Die vorhandene erhebliche Ungleichheit des Gesundheitszustandes sowohl besonders zwischen den wohlhabenderen und den Entwicklungsländern als auch innerhalb der Länder ist politisch, sozial und wirtschaftlich unakzeptabel und ist deshalb gemeinsame Angelegenheit aller Länder.“ (ebd.)

Gruppen, deren Exklusion aus der Gesundheitsversorgung verstärkt im Fokus von gesundheitspolitischen Debatten auf Europäischer Ebene stehen, sind u. a. Roma und undokumentierte Migrant_innen. Zur Integration von Roma sind die Europäischen Mitgliedsstaaten aufgefordert nationale Aktionspläne zu entwickeln. Zur Integration von undokumentierten Migrant_innen gibt es solche Pläne nicht; auch wenn festgestellt wird, dass diese Form der Migration niemals ganz gestoppt werden kann. (vgl. CEU Stockholm Program 2009)

Der vorhin zitierte Absatz der Erklärung von Alma-Ata hat traurige Aktualität. Sichtbar wird dies kurioserweise gerade dadurch, dass die Diskussion zur Ungleichheit von Gesundheit bzw. Gesundheitschancen, bedingt durch den Ausschluss von Personen von sozialen Ressourcen, in den letzten 10 Jahren gesundheitspolitisch an Gewicht gewonnen hat. Im Jahr 2003 veröffentlichte die WHO ihren Bericht „Social Determinants of Health: The Solid Facts“ (Wilkinson/Marmot 2003), in dem auf die

beträchtliche Ungleichverteilung von Gesundheit anhand von Indikatoren wie Kindersterblichkeit und Lebenserwartung zwischen und innerhalb Europas hingewiesen wird.

Im Report der WHO zur Ungleichheit von Gesundheitschancen aus 2013, also 10 Jahre später, wird nochmals festgestellt:

“Health inequities are unfair, avoidable and remediable differences in health status between countries and between different groups of people within the same country. Health inequities are attracting increasing attention on national and global policy agendas. Despite this, few countries have been able systematically to reduce them.” (WHO 2013: 3)

Handlungsbedarf zur Verringerung von Exklusion aus Gesundheitsversorgung und gesundheitsförderlichen Lebensumständen wird also auf supranationaler Ebene deutlich formuliert, und ebenso auf die soziale Dimension von Gesundheit hingewiesen.

2. Das Arbeiten mit Paradoxien: Exklusion und Gesundheit als Domänen der Sozialen Arbeit

Gesundheit hat als Domäne der Sozialen Arbeit eine lange Tradition, auf die hier nicht eingegangen werden soll. Nur so viel: Ihre europäische Wurzeln finden sich im karitativen Gedanken christlicher Nächstenliebe – den Armen soll geholfen werden. In dieser Tradition arbeitet man nicht daran, Armut zu bekämpfen, sondern verwaltet ihre schlimmsten Härtefälle. Es erscheint nützlich dieses Erbe mitzudenken.

Exklusion und Inklusion gehören zusammen und sind untrennbar miteinander verbunden. Wer für Inklusion einsteht, wird auch zum Agenten bzw. zur Agentin für Exklusion. Um für Inklusion zu argumentieren, braucht man Exklusion. Das sind beste Voraussetzungen für eine paradoxe Situation, in der das Management zu einer Kernaufgabe wird – daran schließt sich somit die Systematisierung der Sozialen Arbeit als das Management von Paradoxien.

Paradoxienmanagement ist zunächst einmal nichts Ungewöhnliches, heißt es doch nichts anderes, als miteinander im Widerspruch stehende Ziele, Erwartungen, Regulative zu berücksichtigen. (vgl. Simon 2007) Schwierig wird es, wenn auf verschiedenen gesellschaftlichen Ebenen Definitionen getroffen werden, die Unvereinbarkeit erzeugen, so wie es in Bezug auf Gesundheitsversorgung der Fall ist. Hier steht die supranationale, von Österreich ratifizierte Inklusion jedes Menschen in die Gesundheitsversorgung gegen die nationale Bestimmung der Inklusion in die Gesundheitsversorgung über Teilhabe am Versicherungssystem und damit die Exklusion von Personen ohne Versicherungsschutz. Es gibt also zwei gesellschaftliche Ziele gleichzeitig, die einander widersprechen, und dieser Widerspruch wird an die Soziale Arbeit delegiert: Sie soll jene inkludieren, die eigentlich exkludiert sind – und das auch bleiben sollen.

Die Verankerung des Paradoxons ist also eine politische. Das muss nicht heißen, dass die Exklusion politisch gewollt ist. Exklusion mag eher ökonomisch gewollt sein – Arbeitskräfte, für deren Gesundheit keine (Mit-)Verantwortung übernommen werden muss, sind die billigsten, Gewinn muss nicht geteilt werden. Wenn Arbeitskraft kaputt geht, muss jemand anderer die Reparaturkosten übernehmen –

eventuell die Soziale Arbeit. Das will nicht heißen, dass einzelne Unternehmen bzw. Arbeitgeber_innen zwingend so denken, aber die Grundlogik des Kapitalismus fordert nun einmal: Inklusion in die Produktion und Exklusion aus dem Profit.

3. Das Praxisfeld: Gesundheitsversorgung für undokumentierte Migrant_innen.

Das „Glossary of Migration“ der International Organisation for Migration (IOM) definiert eine/n undokumentierte/n Migrant_in als

„Someone who, owing to illegal entry or the expiry of his or her visa, lacks legal status in a transit or host country. The term applies to migrants who infringe a country’s admission rules and any other person not authorized to remain in the host country (also called clandestine/ illegal/undocumented migrant or migrant in an irregular situation).“ (IOM 2004: 34)

Die Bezeichnung „Illegale Migrant_innen“ wird von PICUM, der „Platform for International Cooperation on Undocumented Migrants“, explizit als diskriminierend abgelehnt. In diesem Artikel wird dem folgend der Begriff „Undokumentierte Migrant_innen“(UDM) verwendet.

Gesundheitsversorgung für undokumentierte Migrant_innen ist aus mehreren Gründen ein für dieses Thema speziell interessantes Praxisfeld.

- Undokumentierte Migrant_innen sind mit multipler Exklusion konfrontiert: Sie haben zu relevanten gesellschaftlichen Funktionssystemen wie Schule, Arbeitsmarkt, Wohnungsmarkt, öffentliche Verwaltung oder Gesundheit keinen offiziellen Zugang.
- Undokumentierte Migrant_innen zeigen fast idealtypisch das Paradoxon Sozialer Arbeit auf: Akteur_innen der Sozialen Arbeit versorgen Menschen, die es offiziell gar nicht gibt und auch nicht geben soll – Personen, die im Handeln und in der Kommunikation als „nicht hier sein sollend“ bezeichnet werden.

Gesichertes Wissen zum Ausmaß undokumentierter Migration gibt es nicht. Neuere Studien beziffern die Anzahl der in den 27 EU-Mitgliedsstaaten irregulär aufhältigen Migrant_innen mit 7% bis 13% der migrantischen Bevölkerung, das entspricht 1,9 bis 3,8 Millionen Personen. (vgl. Vogel 2009)

Die Lebenssituation von UDM in Europa wird dabei zunehmend zum gesundheitspolitischen Thema. Mit irregulärer Migration verbundene erhöhte Gesundheitsrisiken ergeben sich durch ein Leben geprägt von Armut, Ausbeutung und Abhängigkeit; für die allgemeine Gesundheit bestehen Risiken durch übertragbare Krankheiten, am häufigsten genannt werden Tuberkulose und HIV/Aids.

Die rechtlichen Rahmenbedingungen zur Regelung des Zugangs zur Gesundheitsversorgung sind unklar, weil auf verschiedenen Ebenen verankert. Die von allen Mitgliedstaaten der EU ratifizierte Europäische Menschenrechtskonvention definiert das Recht auf Gesundheit als grundlegendes Menschenrecht und damit ein Recht unabhängig von legalem Status oder finanziellem Vermögen (vgl. ECHR 1950). Gleichzeitig verfolgen eine Mehrzahl der EU-Mitgliedsstaaten eine Politik der Exklusion, in der die Zugänge zum Gesundheitssystem oft durch ein Wirrwarr an verschiedenen Rechtsbestimmungen stark limitiert sind (vgl. Castaneda 2009). In

einer Resolution des Europäischen Parlaments vom 8. März 2011 werden die Mitgliedsstaaten der EU aufgefordert, einen angemessenen Zugang zur Gesundheitsversorgung für undokumentierte MigrantInnen zu überdenken. (vgl. EP 2010/2089(INI))

3.1 Rahmenbedingungen der Gesundheitsversorgung für UDM in Europa und Österreich

Die Europäischen Mitgliedsstaaten wählen unterschiedliche Ansätze zur Frage des Zugangs zur Gesundheitsversorgung für UDM. Im Jahr 2010 beschränkten 20 der 27 Mitgliedsstaaten (vgl. Karl-Trummer et al. 2010) den Zugang auf Notfallversorgung und die Kontrolle infektiöser Krankheiten. Mit der ökonomischen Krise wird die Exklusion vergrößert. So hat, wie oben erläutert, Spanien, bisher eines der wenigen Länder mit offenem Zugang zur Gesundheitsversorgung, mit 2012 im Zuge von Einsparungsnotwendigkeit ebenfalls auf diese Begrenzung umgestellt. (vgl. ISSA 2013)

Österreich hat wie erwähnt das Menschenrecht auf Gesundheit ratifiziert und bekennt sich damit zum Anspruch auf Gesundheitsversorgung unabhängig von rechtlichem, sozialem und ökonomischem Status, also zur Inklusion auch von vulnerablen Gruppen. Österreich gehört aber auch zu den Ländern der Europäischen Union, die keine expliziten Regelungen für UDM aufweisen. Rechtlich legitimierte bzw. abgesicherte Versorgungsmöglichkeiten bestehen damit kaum. Die einzigen legalen Zugänge zur Gesundheitsversorgung ergeben sich über die Behandlungspflicht der öffentlichen Krankenanstalten im Notfall, geregelt im KAKuG/Bundesgesetz über Krankenanstalten und Kuranstalten StF: BGBl. Nr. 1/1957, Fassung 2012 und die Behandlungspflicht für Personen mit Tuberkulose, festgeschrieben im Tuberkulosegesetz StF: BGBl. Nr. 127/1968. Hier geht die Wahrung der Volksgesundheit vor Exklusion und bis zur Zwangsbehandlung: Verweigert ein an Tuberkulose Erkrankter die Behandlung, kann er/sie im Krankenhaus in Verwahrung genommen werden.

Versorgungspflichten in der Primärversorgung für UDM sind nicht definiert, ebenso wenig wie Versorgungsverbote. Dort ist es individuellen Initiativen überlassen, sich für die medizinische Versorgung von UDM zu engagieren. Finanzielle Vergütungen können dafür – im Unterschied zu anderen europäischen Ländern wie den Niederlanden – nicht erwartet bzw. gefordert werden. Es besteht aber auch keine Verpflichtung, solche Patient_innen behördlich zu melden.

3.2 Akteur_innen im Paradoxon

Die festgestellten Rahmenbedingungen erzeugen eine paradoxe Handlungsaufforderung, in dem Behandlungsverbot und Behandlungsauftrag nebeneinander bestehen. (vgl. Karl-Trummer et al. 2009) Dies gilt gleichermaßen für Gesundheitsorganisationen und Personen, die in Gesundheitsberufen arbeiten und zur gleichen Zeit als Akteur_innen für Exklusion und Inklusion auftreten. Es gilt auch für UDM selbst, für die die Suche nach gesundheitlicher Hilfe, auf die sie nach supranationalem Recht einen Anspruch haben, zur Falle werden kann, denn ein Auftauchen aus der Anonymität kann Internierung und Abschiebung nach sich ziehen.

Innerhalb dieses paradoxen Handlungsrahmens lassen sich Strategien identifizieren, die das Ziel der Inklusion innerhalb der Rahmendefinition von Exklusion erreichen können. Diese sind (ebd.):

- Funktionale Ignoranz: Nicht nach dem fragen, was an Inklusion hindert;
- Strukturelle Kompensation: Eine Struktur bereitstellen, die Gesundheitsversorgung außerhalb der Regelversorgung möglich macht;
- Informelle Solidarität: Menschen finden, die aus sozialem Gewissen ihr Können und ihre Zeit der Inklusion widmen.

Ein wesentliches Praxisfeld in diesem Paradoxon ist die Soziale Arbeit, ein wesentlicher Akteur sind NGOs, die in einer Parallelstruktur zum öffentlichen Gesundheitswesen einen Paradoxie-freien Raum (vgl. Simon 2007) etablieren, in welchem Versorgung möglich wird – einen Raum, der frei vom Widerspruch der verschiedenen Handlungsaufforderungen ist. Aber wie wird dieser Raum erzeugt?

3.2.1 Funktionale Ignoranz

Nachdem es für UDM in Österreich wie gesagt keine rechtlichen Regelungen zur Inklusion in die Gesundheitsversorgung gibt, sind auch keine Organisationen, die explizit Gesundheitsversorgung für UDM anbieten, sichtbar. Zuständig werden vor allem Akteur_innen der Sozialen Arbeit, die Versorgungsleistungen für anhand anderer Unterscheidungen aus der Regelversorgung exkludierte Personen, z. B. „Nicht Versicherte“ oder „Obdachlose“, übernehmen. Solche Einrichtungen berichten, dass sie bewusst nicht nach dem Aufenthaltstitel ihrer Klienten fragen, „um nicht in Schwierigkeiten zu kommen“.

Die Ignoranz des rechtlichen Aufenthaltstitels eröffnet so einen Paradoxie-freien Raum (vgl. ebd.), der ein Handeln gemäß Menschenrechten und professioneller Ethik ermöglicht, ohne dabei die diesem Handeln widersprechende Logik nationalstaatlicher Regulative berücksichtigen zu müssen. In der Logik von Exklusion/Inklusion bedient es beide Seiten der Medaille, denn die Inklusion wird möglich, in dem ein erlaubtes Kriterium der Exklusion („Nicht Versicherte/r“) anstelle des nicht erlaubten („UDM“) herangezogen wird.

3.2.2 Strukturelle Kompensation

Die Hauptakteure der Gesundheitsversorgung von UDM in Österreich, wie auch in den meisten anderen Europäischen Ländern, sind NGOs. Sie kompensieren den Ausfall der regulären Leistungserbringer des Gesundheitssystems, indem sie Strukturen bereitstellen, in denen Gesundheitsversorgung abseits des Regelsystems stattfindet. Diese strukturelle Kompensation bedarf der aktiven Integration von Personen, die bereitgestellte „Parallelstrukturen“ bespielen.

3.2.3 Informelle Solidarität

Empirische Beispiele der Gesundheitsversorgung von UDM in von NGOs betriebenen Strukturen zeigen, dass die Versorgungsleistungen stark von

Freiwilligentätigkeit getragen werden. Ohne die ehrenamtliche Mitarbeit von Fachkräften aus dem Gesundheits- und Sozialwesen wären diese Einrichtungen nicht zu führen. Diese Solidarität ist informell und gleichermaßen abhängig von einzelnen handelnden Personen und einem strukturellen Umfeld, dass ein solches Handeln begünstigt.

3.2.4 Beispiele aus der Praxis

Eine Mehrzahl von NGOs in Österreich bieten direkte medizinische Versorgung für nicht-versicherte Personen an, wobei manche Wert darauf legen, nicht mit UDM in Verbindung gebracht zu werden, um die Basis der Funktionalen Ignoranz nicht zu zerstören.

Ein Beispiel soll hier stellvertretend kurz dargestellt werden: Amber-Med, ein Gemeinschaftsprojekt der Diakonie und des Österreichischen Roten Kreuzes. Amber-Med bietet in Wien seit 2004 ambulante medizinische Versorgung, Soziale Beratung und Medikamentenversorgung für Menschen ohne Versicherungsschutz an, kostenlos und unter Wahrung der Anonymität ihrer Klientel. Anfänglich noch rein durch Spenden finanziert, gibt es seit 2007 Unterstützung durch das Gesundheitsministerium und den Fonds Soziales Wien. In Jahresberichten dokumentiert Amber-Med seine Leistungen und Rahmenbedingungen der Leistungserbringung (vgl. <http://www.amber-med.at/>, 29.08.2013), hier stehen für Interessierte Informationen im Detail zur Verfügung.

Die medizinischen Dienste umfassen neben allgemeinmedizinischer Versorgung spezialisierte Leistungen u. a. im Bereich Gynäkologie, Pädiatrie, Neurologie, Psychiatrie, Psychotherapie und psychologische Unterstützung. Dolmetscher_innen sind teilweise zu fixen Zeiten vorhanden bzw. werden nach (Sprach-)Bedarf zugezogen. Als hauptsächliche Klientel werden Migrant_innen und Asylsuchende genannt.

Für das Jahr 2011 sind 2.987 Konsultationen dokumentiert, der Anteil von UDM ist dabei mit 9% ausgewiesen (vgl. Amber-Med 2011). Sechs hauptamtliche Mitarbeiter_innen arbeiten mit 29 ehrenamtlichen Ärzt_innen, acht Assistent_innen und einer nicht genannten Zahl von Dolmetscher_innen; die Zahl der ehrenamtlich eingebrachten Arbeitsstunden wird mit 2.500 h beziffert (vgl. ebd.: 18).

4. Diskussion

Im Bereich Gesundheit spielt die Soziale Arbeit eine zentrale Rolle für die Inklusion von auf rechtlicher und sozialer Ebene zunächst exkludierten Personen. Inklusion wird ermöglicht durch die Errichtung einer Parallelstruktur, die das Regelsystem entlastet und die u. a. durch die informelle Solidarität von Einzelpersonen getragen wird. Damit werden diese gleichermaßen zu Akteur_innen von Inklusion wie Exklusion: Solange sie eine Parallelstruktur aufrechterhalten, gibt es keinen Grund, das Regelsystem zu verändern. Ihre Funktionale Ignoranz, funktional im Sinne des Schutzes ihrer Klientel und ihres sozialen Auftrags der Inklusion, wendet sich gegen sie, weil sie damit der Möglichkeit beraubt sind, mit Zahlen und Fakten auf eine vulnerable Gruppe und deren Bedürfnisse aufmerksam zu machen. Sie unterstützen also Funktionale Ignoranz auf sozial- und gesundheitspolitischer Ebene:

Diskussionen zur Inklusion/Exklusion von UDM müssen dort nicht mehr geführt werden.

Ein Beispiel aus der Praxis, eine „Open Clinic“ zur Betreuung von UDM in Israel, zeigt, dass vor allem Überlastung eine große Rolle spielt, und sich eine zentrale Frage nicht vermeiden lässt: Wird man in der Funktion der strukturellen Kompensation zum/zur Miterhalter_in eines Regelsystems, das eigentlich verändert werden sollte? (vgl. Gottlieb et al. 2012) Auf diese Frage liefert der vorliegende Beitrag keine Antworten, aber mit dem Ansatz im Paradoxienmanagement ein Angebot eines konzeptuellen Rahmens zur Diskussion.

Paradoxienmanagement beginnt damit, sich nicht für eine Lösung des Paradoxon verantwortlich zu machen – daran müsste man unweigerlich scheitern. Es beginnt damit, die Widersprüchlichkeiten im täglichen Tun zu akzeptieren, zu beobachten, zu beschreiben und eine Basis zu gewinnen, konstruktiv mit ihnen umzugehen. Und das Schöne dran: Es macht Spaß, Paradoxienmanagement zu lernen. (vgl. <http://de.invivo.at/invivo/geschaeftsfelder/workshops>, 14.08.2013)

Literatur

Amber Med (2011): Jahresbericht. <http://www.amber-med.at/sites/default/files/files/Amber-Med%20Jahresbericht%202011.pdf> (30.08.2013).

Castañeda, Heide (2009): Illegality as Risk Factor: A Survey of Unauthorized Migrant Patients in a Berlin Clinic. In: Social Science and Medicine, 68 (8), S. 1552-1560.

Council of the European Union (2009): The Stockholm Programme: An open and secure Europe serving and protecting the Citizen, 16484/09. Brussels.

Declaration of Alma-Ata (1978): International Conference on Primary Health Care. Alma-Ata, USSR: World Health Organization.

ECHR – European Court of Human Rights (1950): Convention for the protection of human rights and fundamental freedoms. Rome: Council of Europe.

European Parliament resolution of 8 March 2011 on reducing health inequalities in the EU (2010/2089(INI)). <http://www.europarl.europa.eu/sides/getDoc.do?pubRef=-//EP//TEXT+TA+P7-TA-2011-0081+0+DOC+XML+V0//EN> (30.08.2013).

Gottlieb, Nora / Filc, Dani / Davidovitch, Nadav (2012): Medical humanitarianism, human rights and political advocacy: The case of the Israeli Open Clinic. In: Social Science & Medicine, Volume 74, Issue 6, S. 839-845.

International Organization for Migration (2004): International Migration Law. Glossary on Migration. Genf: IOM.

International Social Security Association (2013): Reform of the Spanish National Health System, <http://www.issa.int/News-Events/News2/Reform-of-the-Spanish-National-Health-System> (30.08.2013)

Karl-Trummer, Ursula / Novak-Zezula, Sonja / Metzler, Birgit (2009): Managing a Paradox: Health Care for Undocumented Migrants in the EU. In: Finnish Journal of Ethnicity and Migration, 4, 2, S. 53-60.

Karl-Trummer, Ursula / Björngren-Cuadra, Carin / Novak-Zezula, Sonja (2010): Two Landscapes of NowHereland. Fact Sheet Policies. C-HM online publication. Vienna, http://c-hm.com/NHL_policy_rz_EN.pdf (30.08.2013).

Luhmann, Niklas (1995): Soziologische Aufklärung. Die Soziologie und der Mensch. Band 6. Köln: Westdeutscher Verlag.

Mayerhofer, Hemma (2009): Soziale Inklusion und Exklusion: Eine (system-)theoretische Unterscheidung als Beobachtungsangebot für die Soziale Arbeit. In: soziales_kapital, 2(2009), <http://www.soziales-kapital.at/index.php/sozialeskapital/article/viewFile/108/145.pdf> (13.08.2013).

PICUM (2007): Undocumented migrants have rights! An overview of the International Human Rights Framework. Brüssel: PICUM.

Seifert, R. (2013): Eine Debatte Revisited: Exklusion und Inklusion als Themen der Sozialen Arbeit. In: Zeitschrift für Inklusion, [online] 0:1, Apr 27, <http://www.inklusion-online.net/index.php/inklusion/article/viewArticle/204/185> (24.09.2013)

Simon, Fritz (2007): Paradoxienmanagement oder Genie und Wahnsinn der Organisation. In: Revue für postheroisches Management, 01, S. 68-99.

Vogel, D. (2009): Size and Development of Irregular Migration to the EU. Comparative Policy brief. CLANDESTINO project, http://clandestino.eliamep.gr/wp-content/uploads/2009/12/clandestino_policy_brief_comparative_size-of-irregular-migration.pdf (24.09.2013)

WHO (2013): Closing the health equity gap: policy options and opportunities for action. Geneva: WHO.

Wilkinson, Robert / Marmot, Michael (2003): Social determinants of Health: the solid facts. Copenhagen: WHO.

Über die Autorin

Mag.^a Dr.ⁱⁿ MSc Ursula Trummer

ursula.trummer@c-hm.com / ursula.trummer@invivo.at

Studium der Soziologie und Politikwissenschaft, Organisationsentwicklung und Beratung (Coaching, Supervision). Leiterin des wissenschaftlichen Zentrums für Gesundheit und Migration und Geschäftsführerin von Invivo Unlimited als angeschlossenen Beratungsinstitut, beide mit Sitz in Wien/München und europäischem und internationalen Wirkungsraum.

Hauptsächliche Forschungsinteressen: Zusammenhänge von sozialen Strukturen/Prozessen und Gesundheit, Lernende Organisationen, Wissenstransfer zwischen Wissenschaft und Praxis.

Links: www.c-hm.com / www.invivo.at

Abstract

Im folgenden Beitrag werden gegenwärtige gesundheitspolitische Debatten zu Exklusion und Gesundheit nachgezeichnet und Soziale Arbeit als wesentliche Akteur_in eines Managements von Paradoxien an der Schnittstelle von Exklusion und Gesundheit verortet. Am Beispiel der Gesundheitsversorgung undokumentierter Migrant_innen in Europa werden jene Strategien diskutiert und anhand aktueller Praxisbeispiele illustriert, die das Ziel einer Inklusion innerhalb von exkludierenden Rahmenbedingungen bestmöglich gewährleisten.