

Teilhabe an Gesundheitsversorgung von aufenthaltsrechtlich illegalisierten Menschen in Deutschland

Theresa Zanders

Gefördert von:



Universität Stuttgart

Bauhaus-Universität
Weimar

Gliederung

1. Einleitung	3
2. Funktionslogik des Gesundheitssystems	5
3. Teilhabe an Gesundheitsversorgung	7
3.1. Materielle Teilhabe	8
3.1.1. Bürgerstatus	11
3.1.2. Arbeit	15
3.2. Politische Teilhabe	16
3.2.1. Bürgerstatus	18
3.2.2. Arbeit	22
3.2.3. Selbstorganisation Betroffener	24
3.3. Kulturelle Teilhabe	25
3.4. Soziale Teilhabe	27
4. Fazit	29
Literaturverzeichnis	31

1. Einleitung

Die Gesundheitsversorgung in Deutschland ist seit den Bismarckschen Sozialreformen ein zunehmend institutionalisierter Teil der staatlichen Daseinsvorsorge im wohlfahrtsstaatlichen Gefüge. Institutionalisiert ist die Gesundheitsversorgung in korporatistischer Logik, das heißt in kooperativen Beziehungen zum privatwirtschaftlichen und zivilgesellschaftlichen Sektor und mit Befugnissen der Selbstverwaltung. Zudem fußt das Gesundheitssystem auf einem Versicherungssystem mit lohnabhängigen Abgaben (Esping-Andersen 1990: 24). Institutionalisiert ist die staatliche Daseinsvorsorge jedoch auch in seinen Ausschlüssen (Lessenich 2019). So werden Menschen ohne Bürgerrechte von vielen sozialen Rechten, wie von der Gesundheitsversorgung, ausgeschlossen, obwohl dieser Ausschluss im Widerspruch zu anderen konstitutiven Elementen des Nationalstaats steht (Morris 2003). So kollidiert beispielsweise die Selbstverpflichtung zur Wahrung der Menschenrechte, die Gesundheitsversorgung als Menschenrecht vorsieht, mit Wertvorstellungen hegemonialer Gesellschaftsschichten, die soziale Rechte an einen Aufenthaltstitel knüpfen. Forderungen und Aushandlungen, die dies thematisieren tragen wiederum zu neuen, Teilhabe produzierende Kooperationen und Aktivitäten bei.

Während der Staat demnach durch die Daseinsvorsorgeeinrichtungen vor allem seiner Verpflichtung nachkommt, vorrangig hinsichtlich privilegierter Bevölkerungsgruppen „für soziale Gerechtigkeit zu sorgen und die Voraussetzungen für ein menschenwürdiges Dasein und gleichberechtigte Teilhabe an der Gesellschaft sicherzustellen“ (Rechtsprechung des Bundesgerichtshof zur Konkretisierung des Sozialstaatsprinzips, zitiert nach Simon 2016: 103), gibt es im Wohlfahrtsregime neben dieser Teilhabeproduktion durch staatliche Gesundheitsversorgung weitere Akteur*innen aus dem öffentlichen Sektor, der Zivilgesellschaft und der Privatwirtschaft, die Teilhabe für weitere Bevölkerungsgruppen einfordern und produzieren. Dies geschieht über Institutionen wie Lohnarbeit, Bürger*innenstatus und Reziprozitätsverhältnisse, die Teilhabe auf individueller Ebene und sozialen Zusammenhalt auf gesellschaftlicher Ebene ermöglichen. In diesem Working Paper soll der Frage nachgegangen werden, wie sich verschiedene Dimensionen von Teilhabe, d. h. materieller, politischer, kultureller (Kronauer 2010b) und sozialer Teilhabe (Vollmer et al. 2021) ausgestalten, und wie sich Ausschlüsse von diesen konstruieren.

Die Produktion von Teilhabe sowie Ausschlüsse von dieser erfolgen nie absolut, sondern materialisieren sich in den einzelnen Dimensionen unterschiedlich (Kronauer 2010a). Im Weiteren wird die Analyse der Produktion von Teilhabe im Bereich der Gesundheitsversorgung mit besonderem Fokus auf die Gruppe der Menschen ohne legalen Aufenthaltsstatus¹ im deutschen Wohlfahrtsregime analysiert. Ich verfolge die Hypothese, dass bei Abwesenheit der Garantie von Sozialen Rechten, genannt Teilhabe, (A) Soziale Bewegungsakteur*innen Teilhabe einfordern (Blatter 2007: 274) und (B) das Wohlfahrtsregime in dezentralen Strukturen Teilhabe ermöglichen können, wenn auf der eigentlich zuständigen, zentralen Ebene Ausschlüsse produziert wurden. Während das korporatistische Gesundheitssystem der BRD in seiner Governance viele Veränderungen durchlaufen hat (Gerlinger 2009; 2002), steht es in seiner Herstellung von Teilhabe an Gesundheitsversorgung in korporatistischer Tradition (Reichenbachs 2018, Gerlinger 2002). Im Fokus der Analyse werden ausgehend vom

¹ Ich werde im Weiteren die Bezeichnungen ‚Menschen ohne legalen Aufenthaltsstatus‘, ‚aufenthaltsrechtlich Illegalisierte‘, wie auch ‚Illegalisierte‘ als Kurzform nutzen. Wichtig ist mir dabei das Bewusstsein zu schärfen, dass es sich bei dem Status der beschriebenen Illegalität um rein aufenthaltsrechtliche Sachverhalte handelt. Oftmals wird Illegalität in der Öffentlichkeit mit Kriminalität assoziiert, was weit über aufenthaltsrechtliche Sachverhalte hinausgeht

Wohlfahrtsregimebegriff (Vollmer et al. 2021: 4) Produzent*innen von Wohlfahrt und Teilhabe aus dem öffentlichen Sektor und der Zivilgesellschaft stehen. ² Ich werde vorerst grundlegende Strukturen des deutschen Gesundheitssystems und darin innewohnende Funktionslogiken der Produktion von Teilhabe darstellen (Kap. 1). Anschließend stelle ich in Anlehnung an Kronauer (2010a) die verschiedenen Dimensionen von Teilhabe an Gesundheitsversorgung in ihrer Produktions- und Ausschlusslogik im Wohlfahrtsregime dar und lege dabei stets den Fokus auf die Gruppe der aufenthaltsrechtlich Illegalisierten, denen gesellschaftliche Teilhabe in vielen Lebensbereichen, wie auch stark im Gesundheitsbereich, untersagt wird. Gleichzeitig soll dargestellt werden, wie zivilgesellschaftliche Akteur*innen auch gegen staatliche Vorgaben oder Anreize, Teilhabe (wieder-)herstellen.

2. Funktionslogik des Gesundheitssystems

Die Gesundheitsversorgung ist dem Bereich der Daseinsvorsorge zuzuordnen, welche gemeinsam mit anderen Leistungen, Institutionen und Einrichtungen dem Zweck dient, „zur Existenzsicherung, Befriedung menschlicher Grundbedürfnisse“ (Knecht 2013: 61) sowie der „Schaffung von Möglichkeiten zur selbstbestimmten Lebensführung“ (ARL 2016: 2f, zitiert nach Baier 2019: 84) beizutragen. Das Gesundheitswesen ist stark institutionalisiert und „hinsichtlich seiner Struktur, Organisation, Finanzierung und räumlichen Verteilung seiner Angebote ein klassisches Beispiel für eine „[...] sich am Gleichwertigkeitsprinzip orientierende bedarfsgerecht gestaltete Daseinsvorsorge“ (Held 2019: 747).

Die staatliche Daseinsvorsorge der Gesundheitsversorgung manifestiert sich in der gesetzlichen Krankenversicherung, die ihren gesetzlichen Rahmen im Sozialgesetzbuch (SGB V) erhält.³ Als Besonderheit des deutschen Gesundheitswesens gilt hierbei ein duales Versicherungsprinzip, welches die gesetzliche und die private Krankenversicherung umfasst, wobei die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) durch einkommensabhängige Abgaben finanziert wird und die private Krankenversicherung (PKV) ⁴ wirtschaftlichen Prinzipien folgt und dabei weniger staatlichen Reglementierungen unterliegt, als die GKV. Beispielsweise ist es der PKV erlaubt, Menschen mit Vorerkrankungen mit Risikopauschalen zu belasten oder stark erkrankte Menschen als Kund*innen abzulehnen. Auch die PKV wurzelt im Bismarckschen Sozialversicherungsmodell ⁵ und der ihm innewohnenden Auffassung, dass „Selbstständige, Freiberufler und abhängig Beschäftigte mit hohem Einkommen nicht ‚schutzbedürftig‘ seien und für sich selbst sorgen können und sollen.“ (Simon 2016: 265). In korporatistischer Tradition gibt es viele Kooperationen mit Wohlfahrtsverbänden, der Zivilgesellschaft und dem Privaten Sektor, welche gemeinsam Angebote des Wohlfahrtsregimes im Bereich der Gesundheitsversorgung ausgestalten (Demirović 2011: 93).

² Der private Sektor wird im Working Paper nicht weiter im Fokus stehen, was allerdings nicht bedeutet, dass dieser für das System nicht relevant ist.

³ Die Gesundheitsversorgung ist eine der Institutionen der Daseinsvorsorge, die für die (Wieder-)Herstellung und Förderung von Gesundheit zuständig ist. Gesundheit als sozialpolitisches Thema, welches wie auch andere Themen in Abhängigkeit zu weiteren Lebensbedingungen wie Wohnraum, Bildung, Ernährung, Hygiene und des Infektionsschutzes steht und somit politisch ebenso im Bereich des Arbeitsschutzes, der Umwelt-, Wohnungs-, Bildungspolitik etc. zu verorten ist, wird somit nicht in ihren Zusammenhängen im Fokus der Betrachtung liegen (Hirsch et al. 2010: 182; Matthias 2010; Kersting 2000: 467, 477ff.; Bäcker et al. 2020: 635; 649).

⁴ Gemeint sind hiermit Krankheitskostenvollversicherungen, die nicht als Zusatzversicherungen zu bestehendem Versicherungsschutz bspw. für Zahnersatz oder anderen Zusatzleistungen abgeschlossen werden können.

⁵ Die privaten Krankenversicherungen entstanden aus den freien Hilfskassen der Handlungsgehilfen (Angestellten) im späten 18. und frühen 19. Jahrhundert und wurden nicht in das System der GKV eingegliedert (Simon 2016: 265).

Die Krankenversicherung in Deutschland ist eine Pflichtversicherung, wobei sich die Versicherungsnehmer*innen über einer gewissen Einkommensgrenze dazu entscheiden können, in welcher der beiden Versicherungsarten sie ihrem Versicherungsschutz nachkommen wollen. Aus der (Pflicht-)Versicherung ausgeschlossen sind hingegen Menschen ohne einen formellen Aufenthaltsstatus in der BRD, da der Krankenversicherungsschutz an einen Aufenthaltstitel gebunden ist. Gleichzeitig ist der Aufenthaltstitel auch nicht immer Garant für die Möglichkeit des Beitritts in die (Pflicht-) Versicherung. In manchen Fällen muss zudem ein Arbeitsverhältnis bestehen, damit die Person in das deutsche Krankenversicherungssystem aufgenommen wird. Das ist z. B. der Fall bei EU-Bürger*innen.

Als existentielle Folge von Illegalisierung, erfährt der Ausschluss von aufenthaltsrechtlich illegalisierten Personen aus dem System der Gesundheitsversorgung in der Literatur große Aufmerksamkeit (Wilcke/Manoim 2019, Waller 2008, Mylius 2016, Castañeda 2009, Beder/Käsemann-Popping/Tacke 2011) und wird auch in Fragen des Menschenrechts auf Gesundheitsversorgung diskutiert (Klotz et al. 2018, Krennerich 2016, Müller 2016). Die Rechtswissenschaften streiten in Debatten um Kernbereiche des Menschenrechts auf Gesundheit über den daraus ableitbaren Anspruch bzw. Umfang von Gesundheitsversorgung (Müller 2016). Die Sozialwissenschaften hingegen problematisieren die unterschiedliche Gewichtung von Rechtsgütern, wenn der Nationalstaat die Wahrung seiner Grenzen auch landesintern vor das Menschenrecht auf gesundheitliche Versorgung stellt (Mylius 2016: 65ff, Morris 2003).

3. Teilhabe an Gesundheitsversorgung

Teilhabe gilt als Grundvoraussetzung, um Individuen die Zugehörigkeit zur Gesellschaft und ihre Entfaltung darin zu ermöglichen (Vollmer et al. 2021: 8). Der Soziologe Martin Kronauer unterscheidet zwischen materiellen, politischen und kulturellen Dimensionen von Teilhabe: „Dabei bemisst sich materielle Teilhabe an einem gesellschaftlich allgemein als angemessenen geltenden Lebensstandard, politisch-institutionelle Teilhabe an Statusgleichheit zu Rechten und Institutionen sowie deren Nutzung, und kulturelle Teilhabe an den Möglichkeiten zur Realisierung individuell und gesellschaftlich anerkannter Ziele der Lebensführung“ (Kronauer 2010b: 146). Kronauers Definition ergänzend bemessen Vollmer et al. (2021) soziale Teilhabe an den Möglichkeiten, das eigene Leben in und durch soziale(n) Beziehungen und Netzwerke(n) gestalten zu können (Vollmer et al. 2021: 8). In diesem Kapitel werden die Produktionen verschiedener Dimensionen von Teilhabe an der Gesundheitsversorgung differenziert und Ausschlüsse davon beschrieben.

Der Teilhabebegriff impliziert einen Fokus auch und gerade auf Ausschlüsse von dieser (Kronauer 2010b). So wird materielle Teilhabe für Hochverdiener über den Zutritt in eine PKV ermöglicht, gleichzeitig aber durch finanzielle Interessen von Ärzt*innen an diesen Versicherten oftmals nur ein eingeschränkter Zugang zu einer aufgeklärten Entscheidung über (sinnvolle) Untersuchungen beim Patienten geschaffen. An diesem Beispiel wird deutlich, dass der Diskurs um Teilhabe an Gesundheitsversorgung nicht nur deprivilegierte Personengruppen betrifft, auf die im Folgenden stärker Bezug genommen wird, sondern auch privilegierte Personengruppen durch neoliberale Funktionslogiken des Gesundheitswesens politische und kulturelle Teilhabe einbüßen. Teilhabe verstehen wir somit nicht als „absolute Kategorie“ (Vollmer et al. 2021), sondern als eine, die in verschiedenen Dimensionen existieren kann. Gleichzeitig führt auch die Abwesenheit nur einzelner

Teilhabedimensionen häufig zur Artikulation von Forderungen, die kooperativ bis konfliktuell ausgetragen werden können.

Neben den verschiedenen Dimensionen von Teilhabe sind ebenso die Produzent*innen und die Bezugsgruppen von Wohlfahrt und sozialen Rechten entscheidend für das Teilhabeoutput. So ermöglicht der lokale Staat aufenthaltsrechtlich Illegalisierten in Thüringen zwar materielle Teilhabe an medizinischen Diensten, bei gleichzeitigem Ausschluss von politischer Teilhabe an der Ausgestaltung der Gesundheitsversorgung.

Institutionen, die Teilhabe ermöglichen sind nach Kronauer (2010b) erstens die Lohnarbeit, die über den Markt vermittelt wird, zweitens der Bürger*innenstatus, der staatlich vermittelte Rechte garantiert und drittens Reziprozitätsverhältnisse, vermittelt durch Nahbeziehungen insbesondere in der Familie und in Freundschaften, aber beispielsweise auch durch nachbarschaftliche Beziehungen und soziale Netzwerke. Gleichzeitig ist die Bereitstellung der jeweiligen Institutionen nicht exklusiv dem Markt, dem Staat oder dem Privaten zuzuschreiben, wie die folgende Analyse zeigen wird.

3.1. Materielle Teilhabe

Herstellung und Erhalt von Gesundheit steht, wie alle sozialpolitischen Themen, in Abhängigkeit zu weiteren Lebensbedingungen wie Wohnraum, Bildung, Ernährung, Hygiene und des Infektionsschutzes (Hirsch et al. 2010: 182, Matthias 2010, Kersting 2000: 467, 477ff., Bäcker et al. 2020: 635; 649). So wird Gesundheit häufig als Indikator für einen Mangel an materieller Teilhabe in anderen Lebensbereichen herangezogen: „Die Verfügung über ökonomisches Kapital hat einen direkten Einfluss auf die Chancen eines Menschen, gesund zu leben, da die Struktureinflüsse des Wohn- und Arbeitsumfeldes, aber auch die Inanspruchnahme von medizinischen Versorgungsleistungen (Praxisgebühr, Medikamentenzuzahlung) in großem Maße von der Verfügung über ökonomisches Kapital abhängig sind.“ (Schütte 2018: 110).

Wenn ökonomisches Kapital einen Einfluss auf Gesundheit hat, erklärt sich daraus ebenso die Verpflichtung des Staates, für sozialen Ausgleich zu sorgen. Dieser Aufgabe kommt der Staat durch den Bereich der Daseinsvorsorge nach, in welchem staatlich regulierte medizinische Versorgungsleistungen Zugangsbarrieren, wie materielle Teilhabehindernisse an Gesundheitsversorgung überwinden sollen. Das Gesundheitssystem und dessen Institutionalisierung kann in seinen Ursprüngen als Ergebnis eines Arbeiter*innenkampfes um materielle Teilhabe gelesen werden. Zum Ende des 19. Jahrhunderts führte jener u. a. zur Einführung der gesetzlichen Krankenversicherung und erreichte dadurch eine Absicherung von gesundheitlichen Risiken von Arbeiter*innen (Simon 2016: 30).

In der gesetzlichen Krankenversicherung setzt der Staat das Sozialstaatsprinzip im Sinne der materiellen Teilhabeermöglichung um. Oberste Prämisse für diese Institution ist es laut Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts, „insbesondere denjenigen, die dies nicht aus eigener Kraft sicherstellen können – die zur Erhaltung und Wiederherstellung ihrer Gesundheit notwendigen, aber dafür gewiss nicht immer hinreichenden materiellen Voraussetzungen [zu] gewährleisten“ (BVerfGE 125, 175 RN. 134, zitiert nach Huster 2014: 254). Die GKV wird durch einkommensabhängige Abgaben finanziert, die anteilig von Arbeitgebern- und Arbeitnehmern und somit Versicherten gezahlt werden. Selbstständige

zahlen den Arbeitgeber- und den Arbeitnehmeranteil und Menschen, die ohne Erwerbstätigkeit sind, werden über die zuständigen (Ersatz-)Kassen in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert. Voraussetzung dafür ist jedoch der Besitz der Arbeitserlaubnis, welche in Nationalstaaten selektiv erteilt wird (Morris 2003).

Mit dem Besitz der ‚Gesundheitskarte‘ kann sich jede Person nach eigenem Ermessen in Behandlung begeben, ohne dabei auf ein begrenztes Budget zu achten. Hinreichend ist der Zugang zu Gesundheitsversorgung im Sinne der materiellen Teilhabe trotzdem nicht, da steigende Zuzahlungen und Privatleistungen exkludierend wirken, wodurch auch hier eine Ursache für die Interdependenz von Gesundheitszustand und sozioökonomischen Ressourcen der Patient*innen zu suchen ist (Starrin/Svensson 1992, Matthias 2010, Leibfried/Voges 1992, Bäcker et al. 2020). Diesbezüglich werden auch Forderungen nach gleichberechtigter materieller Teilhabe aus dem Inklusionsbereich⁶ laut, da gesundheitsbezogene Leistungen beispielsweise für Menschen mit Behinderung in einem anderen Maße zur Verfügung stehen müssen, um gesellschaftliche Teilhabe zu ermöglichen (Havemann/Stöppler 2014, Groth/Niehaus 2018). Weitere exkludierende Faktoren betreffen das duale Versicherungsprinzip, welches eine Versicherungspflicht vorsieht, in der ausschließlich Selbstständige, Beamt*innen und einkommensstarke Arbeitnehmer*innen die Wahlfreiheit haben, sich privat oder gesetzlich zu versichern. Etwa 90% aller Versicherten in Deutschland sind in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert, 10% nehmen die Dienste der privaten Krankenversicherung in Anspruch. Davon sind ca. 48% Beamt*innen und der Rest Gutverdiener*innen (Simon 2016: 223). Die rein wirtschaftliche Funktionsweise der Privatversicherungen bringt Selbstständige im Falle der Insolvenz in eine sehr prekäre Versicherungssituation mit eingeschränkten Leistungen und verwehrt den Versicherten gleichzeitig eine (wieder)Aufnahme durch die GKV (Rauscher 2014: 295), wodurch Ausschlüsse von materieller Teilhabe an der Gesundheitsversorgung ebenso durch fehlende Dekommodifizierung entstehen. Gleichzeitig finanziert sich die PKV vor allem durch Besserverdiener, die dann wiederum dem Solidarsystem der GKV fehlen.

3.1.1. Bürgerstatus

Materielle Teilhabe an Gesundheitsversorgung wird Bürger*innen staatlicherseits somit als Recht eingestanden, bei gleichzeitiger Pflicht, Zugang über die Mitgliedschaft in einer privaten- oder gesetzlichen Krankenversicherung zu erhalten. Gleichzeitig ist die Möglichkeit, in diese einzutreten sowohl vom Bürgerstatus, als auch von der Erwerbstätigkeit abhängig. Menschen ohne legalen Aufenthaltsstatus haben durch fehlenden Bürgerstatus und fehlende Möglichkeit Arbeit aufzunehmen keine Möglichkeit, Teil der ‚Kund*innenschaft‘ des Krankenversicherungssystems und der materiellen Teilhabe an Gesundheitsversorgung zu werden.

Eine Reduktion des Leistungsspektrums von Krankenversicherungsleistung erfahren auch Menschen im Asylverfahren, die beispielweise keine materielle Absicherung für Zahnerhalt bekommen, wohl aber für schmerzbesitzende nicht-konservative Therapien. Die Abstufung wird aufenthaltsrechtlich auch ad Extremum geführt, wenn Menschen, die ausreisepflichtig sind, durch den Entzug von materieller

⁶ Der Inklusionsbegriff ist schon lange nicht mehr nur auf die Gruppe der Menschen mit Behinderung bezogen, sondern beschreibt die Ermöglichung von Teilhabe aller Menschen am gesellschaftlichen Geschehen, und diskutiert dadurch in verschiedenen Lebensbereichen den Umgang mit Heterogenität (Saldern 2012) und in ihrem Ergebnis das Gegenteil sozialer Ungleichheit (Kronauer 2010b: 26).

Teilhabe an Gesundheitsversorgung sanktioniert werden und somit nur noch eine Notfallversorgung in Anspruch nehmen können. Hier wird für die Wahrung nationalstaatlicher Interessen der Grenzkontrolle die Einschränkung sozialer Rechte in Kauf genommen (Romero-Ortuno 2004: 250, Morris 2003). Während universelle, transnationale soziale Rechte, auf der einen Seite eine Gesundheitsversorgung für Alle vorsehen (Charta der Menschenrechte 1948, UN Sozialpakt), stehen sie in einem Gegensatz zu nationalen, exkludierenden sozialen Rechten, wodurch sich Abstufungen von sozialen Rechten, abhängig vom Aufenthaltstitel ergeben (Morris 2003). Menschen ohne legalen Aufenthaltsstatus stehen in der Abstufung sozialer Rechte noch unter der Gruppe der Ausreisepflichtigen, denn sie unterliegen dem §87 Aufenthaltsgesetz (AufenthG), der Sozialämter dazu verpflichtet, die Ausländerbehörde über den illegalen Aufenthalt der Personen zu informieren. Materielle Teilhabe an Gesundheit wird somit auch jener Personengruppe in ebenso abgestufter Form zugestanden, vorausgesetzt der Akzeptanz, die grenzwahrenden Interessen des Nationalstaats zu berücksichtigen und aufenthaltsbeendende Maßnahmen in Kauf zu nehmen (Castañeda 2009: 1553).

Lokale Regierungen können in diese Tatsache eingreifen, und eine de facto Gesundheitsversorgung für Illegalisierte herstellen. In ihrer Kompetenz liegt es, als Korrektiv der nationalstaatlichen Gesetzgebung zu handeln, oder aber ihre Kompetenz zu nutzen, um nationalstaatliche Gesetzgebung an lokale Bedarfe anzupassen und Teilhabe herzustellen (Garcia 2006: 754). Dabei liegt es in der Kompetenz der Länder, „erhebliches Landesinteresse“ durchzusetzen, worunter zum Beispiel der Infektionsschutz fällt. Auch hierdurch kann ein Eingreifen des Landes in die gesundheitliche Versorgung aufenthaltsrechtlich Illegalisierter Menschen zum Schutze der Gesamtbevölkerung gerechtfertigt werden. Auch die Entlastung der Verwaltung resp. die Verbesserung des lokalen Gesundheitssystems obliegt den Ländern und kann zur Folge haben, die Gesundheitsversorgung von Illegalisierten zu diesem Zwecke zu regeln. Die Länder schreiten somit in Fragen der Gesundheitsversorgung dann ein, wenn es überregionale Lösungen braucht. Durch diese Zuständigkeiten ergeben sich manchmal Landesinitiativen, die für die Gesundheitsversorgung von Illegalisierten eintreten.

Als ausführendes Organ des AsylbLG halten Kommunen hingegen nach dem Prinzip der kommunalen Selbstverwaltung die Kernkompetenzen der Umsetzung der Bundesgesetzgebung auf lokaler Ebene inne und gestalten diesen auch zum Vorteil der Betroffenen, um die sozialen Probleme von Illegalität abzumildern (Cyrus 2004: 46).⁷ Denn auch ohne legalen Aufenthaltsstatus sind Illegalisierte de facto Bewohner*innen der Städte und Teil der Gemeinschaft, die ihre Kinder zu Schulen schicken, über Einkäufe Steuern zahlen und in Nachbarschaften und soziale Netze eingebunden sind (Graauw 2014: 312).

Unsicherheiten bezüglich der Reichweite einer Übermittlungspflicht kreieren in der Gesundheitsversorgung von Illegalisierten Probleme der Umsetzung des §87 AufenthG in den Kommunen, da von behördlichen wie auch versorgenden Stellen des Gesundheitssystems die Umsetzung unterschiedlich interpretiert wird und dadurch Handlungsspielräume teils nicht genutzt werden (Breyer 2011b, 49f).⁸ Weitere Ausschlussmechanismen betreffen auch die Unwilligkeit der

⁷ Kompetenzen in der Auslegung des AsylbLG zeigen sich beispielsweise in der Festlegung vom Leistungsspektrum der Gesundheitsversorgung für Menschen im Asylverfahren, dem Umgang mit der Ausgabe von Gesundheitskarten für diese Zielgruppe alternativ zur Ausgabe von Behandlungsscheinen nach Bewertung des Einzelfalls oder, wie für die Gruppe der aufenthaltsrechtlich Illegalisierten, die Installation von Kooperationen mit zivilgesellschaftlichen Akteur*innen zur Sicherstellung der Gesundheitsversorgung von Illegalisierten vorbei an §87 AufenthG.

⁸ Im Bildungsbereich wurde der Übermittlungsparagraph (§87 AufenthG) bereits abgeschafft, sodass Kinder ihre Schulpflicht nachkommen können, ohne die Eltern oder sich selbst in die Gefahr der aufenthaltsbeendenden Maßnahmen zu bringen.

Kostenübernahmen von Notfallbehandlungen von Illegalisierten, die Sozialämter unter Wahrung der Schweigepflicht zahlen müssen. Jedoch muss meist sehr viel Druck von den Krankenhäusern erzeugt werden, um die Rückerstattung tatsächlich zu erhalten (Mylius 2016: 55–58). Dieses Wissen erzeugt einen unberechenbaren Umgang von Versorgungseinrichtungen gegenüber Illegalisierten und gleichzeitig große Hemmnisse von Seiten der Patient*innen, sich im Notfall an Versorgungseinrichtungen zu wenden (Castañeda 2009: 1553). Kommunale Lösungen sehen zudem auch humanitäre Sprechstunden im städtischen Gesundheitsamt vor, die auf Wunsch eine anonyme Behandlung von Menschen ohne Krankenversicherung zur Verfügung stellen. Auch dies ist eine freiwillige Leistung, die in nur wenigen Städten aufzufinden ist.⁹

Um die Versorgung von aufenthaltsrechtlich Illegalisierten zu erleichtern, gibt es bereits in zwölf¹⁰ Bundesländern sogenannte Anonyme Krankenscheine (AKS),¹¹ die meist durch Allianzen mit Unterstützer*innenbündnissen aus der Zivilgesellschaft materielle Teilhabe an Gesundheitsversorgung, vorbei an der Übermittlungspflicht von §87 AufenthG, nicht nur *de jure*, sondern auch *de facto* ermöglichen. Im Sinne der Ko-Produktion agieren Akteur*innen der Zivilgesellschaft dabei oftmals im staatlich vorgegebenen Rahmen, durch institutionalisierte Formen der Kooperation mit dem (lokalen) Staat und im System der Daseinsvorsorge. Diese Kooperationen entstanden meist aus konflikthafter Situation, in denen soziale Bewegungsakteur*innen Druck auf den (lokalen) Staat erhöhten und anschließend als umsetzende Akteur*innen in den Prozess der Bereitstellung mit eingingen (Vollmer et al. 2021).¹² Gleichzeitig vermeiden diese Ko-Produktionen und Kooperationen in der Umsetzung Missverständnisse in der Auslegung des §87 AufenthG, da dieser nur das Handeln von Staatsdiener*innen betrifft, nicht aber Mitarbeitende von NGOs.

Konzepte des sogenannten Anonymen Krankenscheins (AKS) sehen eine Krankenkassen-ähnliche Struktur vor, bei der ein begrenztes jährliches Behandlungsbudget aus kommunaler- oder Landeshand zur Verfügung gestellt wird, und ein*e zivilgesellschaftliche Akteur*in oder ein gemeinnütziger Träger der Wohlfahrtspflege die Koordination der AKS übernimmt.

Oft wurde das Konzept des *Thüringer MediNetz Jena e.V.*¹³, das im Jahr 2014 entwickelt wurde, in anderen Bundesländern und Kommunen übernommen. Das Konzept sieht vor, Kooperationen mit staatlicher und privatwirtschaftlicher Seite einzugehen und so, staatlich finanziert, Kooperationen mit niedergelassenen (Vertrauens-)Ärzt*innen in den Landkreisen zu schließen. Diese nehmen eine erste Anamnese vor und stellen einen anonymen Krankenschein aus, um anschließend die Patient*innen dazu zu befähigen damit die Ärzt*in ihrer Wahl aufzusuchen. Die Krankenscheine werden nach der Behandlung zur Stelle des Anonymen Krankenscheins Thüringen zurückgesandt und die Rechnungen durch das staatlich bereitgestellte Budget beglichen. Der AKS als Parallelstruktur der staatlichen Daseinsvorsorge setzt jedoch zivilgesellschaftliches Engagement auch auf Seiten der behandelnden Ärzt*innen voraus: Durch den bürokratischen Mehraufwand für behandelnde Ärzt*innen ist diese

⁹ Beispielsweise derzeit in Wiesbaden, Frankfurt (Main), Bremen, Bremerhaven (Gesundheit ein Menschenrecht 2021).

¹⁰ Alle Bundesländer außer Mecklenburg-Vorpommern, Hessen, Niedersachsen und Sachsen (Stand Januar 2022).

¹¹ Teilweise werden diese auch Anonyme Behandlungsscheine (ABS) genannt.

¹² Zurückzuführen ist die Einrichtung von AKS in Deutschland oftmals auf MediBüros und MediNetze, sowie andere Vereine, die seit den 1990er Jahren eine anonyme und kostenfreie Behandlung anbieten und staatliche Verantwortung für diese Zielgruppe einklagen. Als politische Akteur*innen begleitet die Tätigkeit der MediBüros und MediNetze durchweg ein Zwiespalt zwischen politischen Forderungen nach einem Menschenrecht auf Gesundheit und der gleichzeitigen Lösung des Problems durch die eigene, ehrenamtliche Arbeitskraft (Bartholome/Groß/Misbach 2016).

¹³ Das Konzept entstand wiederum in Anlehnung an den AKS in Niedersachsen, der durch einen Regierungswechsel wieder abgeschafft wurde (Anonymer Krankenschein Thüringen e.V. o.D.). Konzept einsehbar unter website.aks-thueringen.de.

kaum wirtschaftlich, wodurch auch von einer engagierten Dienstleistung gesprochen werden kann.

In Bundesländern und Kommunen, in denen es keine staatlich finanzierten AKS gibt, übernehmen oftmals Vereine oder Wohlfahrtsverbände eine ehrenamtliche Beratung und eine spendenfinanzierte Behandlung von Menschen ohne Krankenversicherung, wodurch materielle Teilhabe strukturiert, aber ohne staatliche Subventionierung hergestellt wird.¹⁴

3.1.2. Arbeit

Anfänglich wurden AKS eingeführt, um die Gruppe der Illegalisierten gesundheitlich zu versorgen, da ihr Ausschluss aus der Krankenversicherung bei gleichzeitigem Ausschluss aus dem Arbeitsmarkt zwangsweise zu einem Mangel an materieller Teilhabe an Gesundheitsversorgung führt. Über die verschiedenen lokalen, modellhaften Projekte wurde jedoch bekannt, dass die Gruppe der Ausgeschlossenen von materieller Teilhabe an Gesundheitsversorgung viel größer ist als zuvor angenommen. Der AKS versorgt Menschen, die sonst durch das Aufenthaltsgesetz oder auch durch persönliche wirtschaftliche Schief lagen unversorgt blieben. EU Bürger*innen ohne reguläres Beschäftigungsverhältnis in Deutschland haben oftmals keine Berechtigung in die Krankenversicherung einzutreten, wodurch auch EU Bürger*innen von materieller Teilhabe an Gesundheitsversorgung ausgeschlossen sind (Huschke/Twarowska 2011).

Auch diese Personen werden durch landes- oder kommunale Projekte des AKS versorgt, wodurch eine Ausweitung der materiellen Teilhabe über die ursprünglich anvisierte Zielgruppe hinaus entstanden ist. Allerdings unterliegen die AKS einem stets begrenzten Budget, wodurch materielle Teilhabe an Gesundheitsversorgung zwar erhöht, jedoch nie für alle garantiert wird. Gleichzeitig sind die AKS Projektförderungen als freiwillige Leistungen prekär und von den jeweiligen Landesparlamenten abhängig.

3.2. Politische Teilhabe

Politische Teilhabe, als Recht auf Einbeziehung in politische Entscheidungsprozesse in- und außerhalb klassischer politischer Institutionen (Kronauer 2010a), ist im Bereich der staatlichen Gesundheitsversorgung in korporatistischer Tradition fast parallel zur Installation der gesetzlichen Krankenversicherung gewachsen. Während im ursprünglichen Arbeiter*innenkampf zum Ende des 19. Jahrhundert soziale Rechte erkämpft wurden und die Krankenversicherung als Sicherung materieller Teilhabe an Gesundheitsversorgung von Arbeiter*innen etabliert wurde, verlagerte sich alsbald der Kampf um Teilhabe auf die Ebene der politischen Teilhabe an Gesundheitsversorgung, im Sinne einer Mitbestimmung über das Leistungs- und Vergütungsspektrum. Dabei führten Auseinandersetzungen vor 1913 und nach 1923 zwischen Ärzt*innen und Kassen zu einer Versorgungslücke der Bevölkerung durch Ärzt*innenstreiks. In diesen wurden Mitspracherechte für die Ausgestaltung von Rahmenbedingungen und Vergütungen ihrer Tätigkeit gefordert und damit die staatlicherseits vorerst ausschließlich an die Krankenkassen ausgelagerte Gestaltungsmacht in Frage gestellt. Um dieser Misslage zu begegnen wurde der Reichsausschuss für Ärzte und Krankenkassen gegründet, der 1950 zum *Gemeinsamen Bundesausschuss für Ärzte und Krankenkassen* wurde und seit 2004 als

Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA) das oberste Gremium des Gesundheitswesens darstellt. In ihm wird seitdem die Gesundheitsversorgung im staatlichen Auftrag und unter staatlicher Aufsicht gestaltet (Simon 2016: 103). Das Selbstverwaltungsmodell hatte dabei die Funktion, verschiedene Interessen zusammenzuführen und durch den so installierten Dialog, „zur Schlichtung gesellschaftlicher Konflikte beizutragen“ (Klenk et al. 2009: 85f.)

Neben dem sozialen Interessensausgleich ist die Politik jedoch auch auf die Expertise und die Kapazitäten der Selbstverwaltung zur Ausgestaltung des Gesundheitswesens angewiesen. Thomas Gerlinger (2014) betont zudem die Relevanz des selbstverwalteten Expert*innengremiums für die Legitimation der politischen Entscheidungsträger*innen: Denn wenn Entscheidungen im Gremium getroffen werden, wird nicht der Politik Änderungen im Gesundheitswesen vorgeworfen, sondern dem Expert*innengremium, welches sich auf wissenschaftliche Erkenntnisse bezieht (Gerlinger 2014: 59).

Das Prinzip der gemeinsamen Selbstverwaltung als Interessensvertretungsmodus und als Entscheidungsfindungsmodus im staatlichen Gesundheitswesen, kann als Institutionalisierung der politischen Teilhabe im staatlichen System der gesundheitlichen Daseinsvorsorge betrachtet werden.¹⁵ Auch aktuell im *G-BA* kommen Expert*innen zusammen, um die Gesetzgebung im Rahmen gesetzlicher Normen zu konkretisieren. Teilnehmende an diesem Gremium sind die Dachverbände der gesetzlichen Krankenkassen (*GKV-Spitzenverband*), der Leistungserbringer (*Kassenärztliche Bundesvereinigung, Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung und Deutsche Krankenhausgesellschaft*) unter einem unparteiischen Vorsitzenden und zwei zusätzlichen unparteiischen Mitgliedern (Simon 2016: 119f). Patient*innenverbände und Selbsthilfeverbände sind ebenso vertreten, haben jedoch kein Stimmrecht. Der Staat gibt dabei nur den gesetzlichen Rahmen vor, der jedoch immer engmaschiger wird (Gerlinger 2014). Während der Staat in der Rahmengesetzgebung der letzten 30 Jahre vor allem den Wettbewerb unter den Krankenkassen förderte, waren eine Vielzahl von reglementierenden Eingriffen notwendig, um das Gesundheitssystem gleichzeitig noch sozial zu gestalten und nicht stärker bedürftige, also teure Patient*innen, schlechter zu versorgen (Gerlinger 2014: 41–46). Oftmals werden diese kommodifizierenden Eingriffe hinsichtlich der Einschränkung der politischen Teilhabe des *G-BA*s kritisiert, der als selbstverwaltetes Gremium eine zunehmend eingeschränkte Ausgestaltungsmacht innehat (Klenk et al. 2009, Gerlinger 2002; 2009, Urban 2001).

Gleichzeitig ist das so institutionalisierte System der politischen Teilhabe eines, in welchem die Beitragzahler*innen kein Stimmrecht haben, weder bei der Ausgestaltung von Gesundheitsleistungen noch bezüglich Fragen der Organisation. Politische Teilhabe im System der staatlichen Daseinsvorsorge ist somit ein Privileg der ‚Produzent*innen‘ von Gesundheitsversorgung und trägt somit kaum dazu bei, gesellschaftliche Teilhabe zu erhöhen.

3.2.1. Bürgerstatus

Der *G-BA* als Expert*innengremium steigert somit nur für gewisse Akteur*innen – mit meist wirtschaftlichen Interessen – politische Teilhabe an der staatlichen Gesundheitsversorgung, während

¹⁵ Das Selbstverwaltungsprinzip ist im Gesundheitswesen weit verbreitet und findet sich auch in anderen Bereichen des Gesundheitswesens, wie bei den Kassenärztlichen Vereinigungen (Simon 2016: 119) und in den gesetzlichen Krankenversicherungen, in denen die Verwaltungsräte der Krankenkassen mit gewählten Vertreter*innen der Versicherten und Arbeitgeber*innen das Angebotsspektrum der jeweiligen gesetzlichen Krankenversicherung aushandeln (Simon 2016: 117f).

die politische Teilhabe von Patient*innen selbst in diesem Gremium keinen Raum findet. Sie werden als ‚Konsument*innen‘ mitbedacht, ohne in diesen institutionalisierten Gremien Mitspracherechte zu besitzen.

Das gleiche Prinzip bildet sich im Parallelsystem der AKS ab. Das Leistungsspektrum wird – je nach Modell – in den Ko-Produktionen, in Verhandlungen zwischen Geldgebenden (Land/Kommune) und Leistungserbringenden (AKS Stellen) bestimmt. Da die Leistungserbringenden eine krankenkassenähnliche Struktur aufweisen, ist hier die Ähnlichkeit zu Strukturen des G-BAs nicht verwunderlich. Ab einem gewissen Kostenrahmen entscheiden teilweise zudem sogenannte ‚Ethische Prüfkommisionen‘ über die Möglichkeit der Behandlung (Ochs 2022: 9). Patient*innen selbst haben in dieser Prüfkommision und ebenso in ko-produktiven Verhandlungen keine Mitsprache. Zudem unterscheiden sich die verschiedenen Konzepte ebenso hinsichtlich der Möglichkeit der freien Ärzt*innenwahl. Während beispielsweise der *AKS Thüringen e.V.* eine freie Ärzt*innenwahl vorsieht, haben andere Leistungsanbieter Verträge mit bestimmten Fachärzt*innen oder Krankenhäusern, die für bestimmte Behandlungen alternativlos vorgesehen sind. Auch dieses Prinzip gibt es im Krankenversicherungswesen in Form von Versorgungsverträgen (Simon 2016: 378).

Die Institutionalisierung von politischer Teilhabe im System der staatlichen Daseinsvorsorge ist ein Privileg ebenderjenigen, die in ihren Entscheidungen auch von eigenen finanziellen Interessen an der Gesundheitsversorgung gelenkt werden. Die Wahrnehmung der Abwesenheit von politischer Teilhabe für die Patient*innen und Nutzer*innen des Systems, bringt zunehmend soziale Bewegungen dazu, Teilhabe öffentlichkeitswirksam einzufordern und Ausschlüsse zu benennen (Vollmer et al. 2021: 11).

Forderungen nach politischer Teilhabe an Gesundheitsversorgung werden sowohl hinsichtlich der Mikro- als auch der Makroebene artikuliert. Im linken Debattenforum *links-netz* wird eine Neuordnung des Gesundheitssystems gefordert. Die Intellektuellen stellen die Ermöglichung von Teilhabe im bestehenden System grundlegend in Frage und fordern Teilhabe für Alle, unabhängig von (sozialversicherungspflichtiger) Lohnarbeit – nicht nur im Bereich Gesundheit, sondern auch in anderen Bereichen der sozialen Infrastruktur (Hirsch et al. 2010). In sozialen Bewegungen und der Wissenschaft wird der Verweigerung von Teilhabe, gebunden an Staatsbürger*innenschaft zudem das Konzept der Urban Citizenship entgegengestellt (Isin/Nielsen 2008, Hess/Lebuhn 2014). In diesem Konzept werden neue Kriterien, unabhängig von Bürger*innenrechten, für die Zugehörigkeit zu einer Gemeinschaft entwickelt, wie Wohnorte, Lebensmittelpunkte und soziale Eingebundenheit in Nachbarschaften, aus denen sich Teilhaberechte ableiten lassen (Schilliger 2018: 17).

Abgesehen von Forderungen, die eine Abkehr vom bestehenden System der Gesundheitsversorgung oder nationalstaatlichen Grundannahmen betreffen, werden ebenso Forderungen nach Teilhabe im bestehenden System laut. Denn politische Teilhabe an Gesundheitsversorgung manifestiert sich ebenso über Mitbestimmungsrechte in der Wahl von Behandlungsmethoden und Transparenz über Behandlungsmöglichkeiten. Gerade aus der feministischen Bewegung und Forschung gibt es Forderungen nach selbstbestimmter gynäkologischer Behandlung (Gynformation o.D.) sowie reproduktiver Gerechtigkeit (Schutzbach 2020, kitchen politics 2021). An dieser Stelle werden Überschneidungen der Dimensionen von politischer und kultureller Teilhabe an Gesundheitsversorgung deutlich. Während die politische Teilhabe an Gesundheitsversorgung Mitbestimmung in der Ausgestaltung des Gesundheitssystems bedeutet, bezeichnet kulturelle

¹⁶ Beispielsweise die Clearingstelle der Berliner Stadtmission (Berliner Stadtmission o.D.).

Teilhabe die Möglichkeit Zugang zu individuellen und anerkannten Zielen der Lebensführung zu erhalten. In Kap. 3.3. soll weiter darauf eingegangen werden, dass, wie im Falle der Reproduktiven Gerechtigkeit über politische Teilhabe auch kulturelle Teilhabe, in Form der Nutzbarmachung verschiedener gesundheitsbezogener Leistungen, erreicht werden kann und auch hier gemeinsam erstritten werden muss.

Im Kampf um soziale Rechte von Illegalisierten, vor allem hinsichtlich der Gesundheitsversorgung, gibt es eine große Bandbreite von Akteur*innen. So finden sich neben wenig formalisierten, sozialen Bewegungsakteur*innen wie u. a. *MediNetze* und *Medibüros*, auch stark formalisierte Akteur*innen aus Kirchen, Gewerkschaften und Wohlfahrtsverbänden in Solidaritätsbündnissen wie beispielsweise der *Bundesarbeitsgemeinschaft Illegalität und Gesundheit (BAG Illegalität / Gesundheit)* zusammen, die für mehr politische und materielle Teilhabe im bestehenden System öffentlich eintreten. In der *BAG Illegalität / Gesundheit* findet beispielsweise einerseits ein fachlicher Austausch von Unterstützer*innen von Menschen ohne Gesundheitsversorgung statt, andererseits formuliert die *BAG Illegalität / Gesundheit* gemeinsame politische Forderungen. Hauptforderung stellt dabei die Abschaffung vom §87 AufenthG dar, wodurch vorrangig materielle Teilhabe an medizinischer Versorgung von Menschen ohne legalen Aufenthaltsstatus möglich würde. Auch aus Kirchen gehen Initiativen und Forderungen für den Zugang zu gesundheitlicher Versorgung von aufenthaltsrechtlich Illegalisierten hervor. Das Katholische Forum *Leben in der Illegalität*, entspringt der deutschen Bischofskonferenz als Vertretung der Kirche gegenüber Staat und Gesellschaft und bildet einen Zusammenschluss von katholischen Wohlfahrtsverbänden ¹⁷ bzw. den kirchlichen Verbänden und Organisationen, die sich dem Thema Migration und Illegalität widmen. Das Forum veröffentlicht Positionspapiere, in denen die Abschaffung der Übermittlungspflicht (§87 AufenthG), die verlässliche Kostenübernahme von Sozialämtern von Notfallbehandlungskosten und eine generelle Sicherstellung der Gesundheitsversorgung Illegalisierter gefordert wird (Katholisches Forum Leben in der Illegalität 2020).

Die Einforderung staatlicher Verantwortungsübernahme geht ebenso einher mit der Warnung vor der Ausbeutung des Ehrenamtes. So kritisieren *MediNetze* und *MediBüros* in der Kampagne „Es ist uns keine Ehre“ auf Bundesebene die „Übernahme existenzsichernder Aufgaben durch Ehrenamtliche“ und beschreiben diese in der Zeit der großen Flüchtlingszuwanderung 2015/16 als alternativlos, da Behörden überfordert waren und Menschen unversorgt blieben (Bartholome/Groß/Misbach 2016). Die größte Gefahr sieht das MediBüro in der Annahme der Regierung, es seien keine politischen Lösungen notwendig, da die Ehrenamtlichen die entstandene Lücke unentgeltlich füllen und stellen damit die Frage nach der Verantwortung ins Zentrum ihrer Forderungen (Siede/Münch 2022: 11). Lokale Regierungen, die durch ko-produktive Maßnahmen seit den 2010er Jahren auf diese Forderungen eingingen, wandten sich oftmals an die *MediNetze* und *MediBüros*. Meist sind es aber Schwesternvereine oder andere Träger*innen, welche die landes- bzw. kommunal finanzierten Koordinierungsstellen der sogenannten Anonymen Krankenscheine übernehmen und damit in Ko-Produktion mit den Ländern und Kommunen eintreten, während die MediBüros und MediNetze eher in konsultatorischer Funktion an den Projekten beteiligt sind und sich somit ihre politische Sprachfähigkeit erhalten.

¹⁷ Mitglieder sind der *Deutsche Caritasverband*, *Das Kommissariat der deutschen Bischöfe*, die *katholische Arbeitsgemeinschaft Migration*, die deutschen *Malteser* und der *Jesuiten-Flüchtlingsdienst*.

3.2.2. Arbeit

Illegalisierte haben keine Arbeitsgenehmigungen, jedoch ist ein illegaler Aufenthalt in der Regel mit einem irregulären Arbeitsverhältnis verknüpft. Anders als in regulären Arbeitsverhältnissen führen weder Arbeitgeber*innen noch Arbeitnehmer*innen Sozialabgaben ab, wodurch irreguläre Arbeitnehmer*innen den Risiken der Arbeit noch schutzloser ausgesetzt sind. Die Positionierung von Gewerkschaften gegenüber dem Zugeständnis von Teilhabe für Illegalisierte folgt der Logik des schützenswerten Gutes der Arbeit (Morris 2003) und drückte sich verschiedentlich aus. Mit dem Ziel des Schutzes von Illegalisierten vor ausbeuterischen, rechtlosen Arbeitsverhältnissen, so wie beispielsweise im 2008 gegründeten *Arbeitskreis Undokumentierte Arbeit*, in dem Rechtsbeistand für aufenthaltsrechtlich Illegalisierte bezüglich ihrer undokumentierten Arbeit geleistet wird, setzen sich auch Gewerkschaften offiziell für soziale Rechte dieser Personengruppe ein. Die Gründung des *AK Undokumentierte Arbeit* geht mit einem allgemeinen Wandel der Perspektive auf aufenthaltsrechtlich Illegalisierte als Bedrohung des Arbeitsmarktes, hin zur Wahrnehmung jener als rechtlose Arbeitnehmer*innen einher und ist der Beginn der gewerkschaftlichen Forderung für Teilhabe von Illegalisierten als Arbeitnehmer*innen (Wilcke 2018: 71). Teilhabeforderungen von gewerkschaftlicher Seite stehen in starkem Kontrast zur zuvor in den Gewerkschaften mehrheitlich getragenen Forderung (an die Politik) nach einem entschiedenem Vorgehen gegen ‚illegale Einwanderung‘ (Trede 2016, Wilcke 2018: 78), welche vor allem die Jahre nach dem Anwerbestopp hindurch den gewerkschaftspolitischen Diskurs prägte, jedoch bis heute nicht als abgeschlossen gilt (Wilcke 2018: 71).¹⁸

In den expliziten Teilhabeforderungen für die Gesundheitsversorgung von Illegalisierten, wie im Beschlusspapier des dritten Bundeskongresses der Gewerkschaft ver.di wird deutlich, dass auch hier eine Abschaffung des §87 AufenthG gefordert wird: „Zuerst ist das Recht auf eine effektive medizinische Behandlung zu gewährleisten. Dazu ist eine gesetzliche Erweiterung der Schweigepflicht auf alle im Gesundheitsbereich Tätigen erforderlich. [...] Konzepte für eine bessere Versorgung der papierlosen Migrantinnen, wie zum Beispiel einem anonymen Krankenschein, sind zu unterstützen und umzusetzen“ (Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft ver.di 2011). Gewerkschaften als politisches Vertretungsorgan von Arbeitnehmer*innen fordern so ihre politische Teilhabe an Gesundheitsversorgung ein. Sie tun dies stellvertretend für die irregulären Arbeitnehmer*innen. Denn letztlich profitieren die Arbeitgeber*innen, durch die Ersparnis von Sozialabgaben und Steuern von irregulärer Arbeit, während den Arbeitnehmer Nachteile entstehen (Sonntag-Wolgast 2006: 128f).

Die Verschiebung der Positionierung von Gewerkschaften gegenüber dem Eintreten für soziale Rechte von irregulären Arbeiter*innen kann auch auf das Einwirken von antirassistischen und migrantischen sozialen Bewegungen zurückgeführt werden, die sich für die Rechte von Illegalisierten bei den Gewerkschaften Gehör verschafft haben (Wilcke 2018: 71). Beispielhaft dafür ist die *Gesellschaft für Legalisierung (GfL)*, ein Bündnis aus verschiedenen politischen Gruppen und Organisationen, welches gemeinsam für die Rechte von illegalisierten Migrant*innen kämpft und dafür auch auf ein

¹⁸ Vorerst materialisierten sich die Forderungen wenige Jahre vor dem Anwerbestopp durch die Forderung des *Deutschen Gewerkschaftsbundes (DGB)* an das Bundesarbeitsministerium, eine einmalige Legalisierung von aufenthaltsrechtlich illegalisierten Personen zu gewähren und dadurch ebenso Arbeitserlaubnisse zu erteilen. Der *DGB* begründete diese Forderung damit, dass die Praxis der illegalen Beschäftigungen von „Ausländern“ „die Regeln des Arbeitsmarktes“ störe und „kriminelle Elemente [...], welche die Unerfahrenheit der Zuwanderer missbrauchten“, begünstige. (Arbeitspapier *Illegale Arbeitnehmer*, zitiert nach Trede 2016).

konflikthafes Handlungsrepertoire zurückgreift (Wilcke 2018: 72). In Interventionen¹⁹, u. a. auf dem *ver.di* Bundeskongress im Herbst 2003, artikulierten sie Forderungen nach gewerkschaftlicher Mitgliedschaft von irregulären Migrant*innen (Wilcke 2018: 70) und bewirkten langfristig eine gewerkschaftliche Positionierung für soziale Rechte von Illegalisierten (Wilcke 2018: 77) und die Gründung des *Arbeitskreis Undokumentierte Arbeit* bestehend aus Mitgliedern der Gewerkschaft und der *GfL*. Die Kooperation scheiterte im Jahr 2012, als das *Respect-Berlin-Netzwerk* ausstieg. Es begründete dies in einem öffentlichen Brief als Protest gegen die Unwirksamkeit ihrer Versuche, Illegalisierten eine *ver.di* Mitgliedschaft zu ermöglichen (Fischer 2020: 41).

3.2.3. Selbstorganisation Betroffener

Neben der Strategie, starke, institutionalisierte Fürsprecher*innen für soziale Rechte von Illegalisierten zu gewinnen, gibt es zahlreiche weitere (selbstorganisierte) Bündnisse und Interventionsformen, die auf die Gewinnung der Unterstützung einer breiten Öffentlichkeit abzielen. Die potentielle Gefahr der Ausweisung erschwert die politische Selbstorganisation von Illegalisierten. Auch „strukturelle Ausschlüsse, Diskriminierungs- und Gewalterfahrung, begrenzter Zugang zu Ressourcen [...] und aufgrund prekärer Erwerbsarbeitsbedingungen wenig freier Zeit [können] einer Organisation entgegenstehen.“ (Schwenken 2006: 145, Bojadžijev 1999: 137). Die Artikulation der Forderung nach Teilhabe von Illegalisierten erfolgt somit nicht nur aus Kreisen von Illegalisierten selbst, sondern durch Migrant*innenorganisationen und Unterstützer*innenbündnisse²⁰. Über starke Netzwerke finden so die Kämpfe von aufenthaltsrechtlich Illegalisierten Einzug in die Öffentlichkeit.

Der Kampf um politische Teilhabe an Gesundheitsversorgung aus diesen Reihen konkretisiert sich ebenso in konflikthafem Handlungslogiken, wie auf der „Legalisierungstour“ der *GfL* im Herbst 2003. Dabei wurden vor der *Charité* in Berlin übertragbare Krankenkassenkarten verteilt, um auf gängige subversive Praktiken in der Illegalität aufmerksam zu machen und gleichzeitig ebendiese Praktiken zu politisieren, die belegen, dass Rechte nicht etwas sind, das *für* Menschen erkämpft werden muss, sondern etwas, welches Menschen sich ebenso selber erschließen können (Wilcke 2018: 74).

¹⁹ Mitglieder der *GfL* ‚verkleideten‘ sich vor der Kongresshalle mit Warnwesten mit der Aufschrift „Gesellschaft für Legalisierung bei *ver.di*“ und verteilten Flyer, mit der Forderung auf Beitritt von irregulären Arbeiter*innen. In einem vor Ort erkämpften 10-minütigen Redebeitrag, konnte die *GfL* Fürsprecher*innen in Reihen der Gewerkschaft gewinnen.

²⁰ Im Umbruch zur Phase der Migrationskontrolle machten international vor allem die *Sans-Papiers* Bewegung, als politischer Zusammenschluss von illegalisierten Personen auf sich aufmerksam. Ausgehend von Frankreich verbreiterte sich das europaweite Bündnis der *Sans-Papiers* im Zuge der Phase der Migrationskontrolle ab 1998 von einem reinen Bündnis der Illegalisierten zu einer sozialen Bewegung, der sich auch Menschen im Asylverfahren anschlossen, um für Regularisierung und die Ausweitung (sozialer) Rechte von Migrant*innen einzutreten. Aus einer Protestaktion der *Sans Papiers* in Frankreich gründete sich die *Migrant*innenselbstorganisation (MSO) Die Karawane*. Anfänglich diente die *Karawane*, welche durch Europa zog, der Sichtbarmachung von Migrant*innen in Europa und der Forderung nach Teilhaberechten. Die gleichnamige Gruppe führte diese Forderungen in Deutschland fort. Namhafte Organisationen aus Deutschland sind zudem *The Voice*, eine Selbstorganisation von in Thüringen sesshaften Flüchtlingen und *Kein Mensch ist illegal*, eine Gruppe, die sich als Solidaritätsbewegung von Künstler*innen gründete und Zulauf von Migrant*innen erfuhren (Breyer 2011: 58).

3.3. Kulturelle Teilhabe

Kulturelle Teilhabe nach Kronauer bemisst sich an den Möglichkeiten, Zugang zur „Realisierung individuell und gesellschaftlich anerkannter Ziele der Lebensführung“ zu erhalten (Kronauer 2010a: 152). Im Bereich der Gesundheitsversorgung stellt sich im Hinblick auf kulturelle Teilhabe die Frage, welchen Zielen die Gesundheitsversorgung zuträglich sein soll. Die individuellen Entscheidungen und Wünsche der Patient*innen stehen dabei teilweise nicht in Einklang mit staatlichen Vorstellungen oder aber der Vorstellung der Ärzt*innen und Krankenhäuser. Dies kann einerseits durch materielle Begründungen erfolgen, wie der fehlenden Kostenübernahme gewisser gewünschter Therapieformen, wodurch sich Ausschlüsse von kultureller Teilhabe an Gesundheitsversorgung durch materielle Teilhabeausschlüsse für ökonomisch deprivilegierte Personengruppen konkretisieren. Zudem formieren sich Ausschlüsse auch zwischen juristischen Rahmenbedingungen und ethischen Abwägungen, sowohl bezüglich der Gesetzeslage als auch der individuellen Auslegung dieser durch praktizierende Ärzt*innen und Krankenhäuser.

Ein prominentes Beispiel dafür ist der Schwangerschaftsabbruch. Gesetzlich wird der Schwangerschaftsabbruch im §218 Strafgesetzbuch (StGB) kriminalisiert, wird jedoch unter gewissen Umständen strafrechtlich nicht verfolgt. Ob im Gesetz oder im Kampf um die Abschaffung des §218 StGB stehen ethische Kriterien des Schutzes des Fötus, ethischen Kriterien des Schutzes der Frau gegenüber (Krolzik-Matthei 2019: 4). Gleichzeitig besteht für Ärzt*innen ein Werbeverbot²¹ für das Angebot des Schwangerschaftsabbruchs (§219a StGB) (Deutscher Bundestag 2017: 9) wodurch rechtliche und medizinische Möglichkeiten, die Frauen zur Verfügung stehen, um eigene Entscheidungen treffen zu können, tabuisiert werden.

Das hegemoniale, ethische Verständnis, sowie eine kriminalisierende Gesetzeslage wird durch verschiedene feministische Bündnisse sowie etablierte Wohlfahrtsverbände kontestiert.²² Dabei verorten sich Forderungen aus feministischen Kreisen nach Teilhabe im Bereich der reproduktiven Gerechtigkeit, an der Schwelle zwischen politischer und kultureller Teilhabe an Gesundheit, indem Mitgestaltung der Gesundheitsversorgung eingefordert wird, damit kulturelle Teilhabe an Gesundheitsversorgung ermöglicht wird und individuelle Ziele der Lebensführung im System der Gesundheitsversorgung verfolgt werden können.

Über solche Einschränkungen der kulturellen Teilhabe, wie beispielsweise Schwangerschaftsabbrüche, die Frauen im Allgemeinen betreffen, hinaus, gibt es weitere Einschränkungen, die auf Diskriminierungsmechanismen zurückzuführen sind und denen Menschen ohne legalen Aufenthaltsstatus besonders ausgesetzt sind.

Rassistische Haltungen im Gesundheitssektor prägen hier weitere Ausschlussmechanismen von kultureller Teilhabe. Unter dem Stichwort der interkulturellen Sensibilität²³ von Gesundheitseinrichtungen wird die Tatsache diskutiert, dass verschiedene Verständnisse, Erwartungen und Haltungen gegenüber Gesundheit und Krankheit zu verschiedenen Bedürfnissen in

²¹ Für verschiedene Soziale Bewegungsakteur*innen stellte dabei der Fall Hänel ein entscheidendes Moment für den Kampf gegen hegemoniale ethische Vorstellungen und Gesetzeslagen zum Schwangerschaftsabbruch dar. Dr. Hänel wurde verurteilt, da sie auf ihrer Website die Methoden des Schwangerschaftsabbruchs erklärte, was als ordnungswidrige Werbung nach §219a vom Gericht gewertet wurde (Krolzik-Matthei 2019: 8).

²² Auswahl an Dokumenten über das Aufbegehren: (Deutscher Frauenrat 2018; Verbände bündnis 2018).

²³ Interkulturell, hier verstanden im Hinblick auf ethnische Herkunft, Religion, Geschlecht, sexuelle Orientierung, Alter.

der Behandlung führen und das Gesundheitssystem damit umgehen muss, um Teilhabe zu gewähren (Grützmann/Rose/Peters 2012, Rieder/Lohff 2004, Alt/Strohmeier/Welpe 2005, Dören 2007).

Nicht selten ist beispielsweise eine ablehnende Haltung gegenüber der vorgeschlagenen Behandlung von der Patient*in oder in Folge die Verweigerung des Angebots an anderweitige Versorgungsleistungen ein Zeichen eines Defizits interkultureller Kompetenz. Eine falsche Interpretation und/oder diskriminierende Reaktion seitens der Ärzt*innen kann hier zum Ausschluss von kultureller Teilhabe führen (Grützmann/Rose/Peters 2012: 326f). Es liegen keine Daten dazu vor, ob diese Tatsache im Sinne multipler Diskriminierungsfaktoren durch die fehlende Krankenversicherung noch verstärkt wird.

3.4. Soziale Teilhabe

Die vierte Dimension der sozialen Teilhabe bemisst sich an „gesellschaftlich vorstrukturierte(n) individuelle(n) Möglichkeiten, soziale Beziehungen und Netzwerke auszuwählen und in diese einzutreten“ (Vollmer et al. 2021: 9). Im Bereich der Gesundheitsversorgung wird soziale Teilhabe durch Wissen und Zugängen zu gesundheitsförderlichen Möglichkeiten der Lebensführung geschaffen. Dabei strukturiert das Wohlfahrtsregime die Möglichkeit der Erreichbarkeit und Verfügbarkeit von Vereinen, Sportangeboten und Orten der Zusammenkunft, die der psychophysischen Gesundheit zuträglich sind, vor.

Soziale Teilhabe an Gesundheitsversorgung ist gleichzeitig nur schwer durch den Staat zu regulieren, wodurch der sozialen Teilhabe eine entscheidende Rolle im Bereich der selbstorganisierten Gesundheitsversorgung von Menschen ohne legalen Aufenthaltsstatus zukommt. Für die Gruppe der Menschen ohne legalen Aufenthaltsstatus schafft die Dimension der sozialen Teilhabe eine Zugangsmöglichkeit zu anderen Teilhabedimensionen, wie der materiellen Teilhabe an Gesundheitsversorgung.

Der Rückgriff auf Ressourcen von Netzwerken und die Anwendung subversiver Praktiken zur Herstellung von materieller Teilhabe an Gesundheitsversorgung ist an bestehende Nahbeziehungen geknüpft, die auf Solidarität und Loyalität beruhen und im Familien, Freundes- und Nachbarschaftskreis existieren (Kronauer 2010b). Durch Reziprozitätsverhältnisse, als Voraussetzung für die Herstellung von sozialer Teilhabe, wird der Zugang zu informellen Netzen von vertrauensvollen Ärzt*innen, die gegen wenig oder kein Geld und unter Wahrung der Schweigepflicht behandeln möglich (Mylius 2016). Ärzt*innen handeln dabei durch die Schweigepflicht und die Berufsordnung der deutschen Ärzt*innen im gesetzlichen Rahmen.²⁴ Auch subversive Praktiken wie die Weitergabe von Behandlungsscheinen, die zuvor vom Sozialamt ausgestellt wurden oder aber das Ausleihen von Gesundheitskarten Anderer (Mylius 2016: 104) stellen materielle Teilhabe her, indem bestehendes Gesetz unterlaufen wird und Reziprozitätsverhältnisse genutzt werden. Oftmals wird der Aufbau von Reziprozitätsverhältnissen durch die permanente Angst vor Entdeckung im Alltag von aufenthaltsrechtlich illegalisierten beschränkt, da die Möglichkeit, Nähe und Vertrauen zum sozialen Umfeld aufzubauen, stark beeinträchtigt wird. In solchen sozialen Praktiken wird die Bedingtheit verschiedener Teilhabedimensionen deutlich, da die Herstellung von materieller Teilhabe in diesem Fall eng mit der Möglichkeit der sozialen Teilhabe

²⁴ In anderen Bereichen ist die Unterstützung von Illegalisierten nach §96 AufenthG „Beihilfe zum Illegalen Aufenthalt“ strafbar.

verknüpft ist. Neben der Produktion von materieller Teilhabe durch den Staat, den Dritten Sektor und Kooperationen zwischen diesen, wird materielle Teilhabe an Gesundheitsversorgung somit auch in sozialen Praktiken der Menschen ohne legalen Aufenthaltsstatus selbst hergestellt.

Soziale Teilhabe ist zudem bedeutsam, da sie zur Regularisierung des Aufenthaltsstatus führt, und dadurch zum staatlichen Zugeständnis sozialer Rechte, wie auch der Gesundheitsversorgung, verhelfen kann. Nach §25 Abs. 1 AufenthG kann ein Aufenthaltstitel erstellt werden, wenn die Integration durch ein ausgeprägtes Sozialleben, Arbeitsaufnahme und Schulbesuch (der Kinder) ersichtlich wird. Während diese Möglichkeit besteht, erscheint diese Gesetzeslage jedoch bei gleichzeitiger systematischer Behinderung von Integration durch Ausschlüsse aus dem Arbeits-, Bildungs- und Wohnungsmarkt sowie von sozialen Rechten (Morris 2003: 81) durchaus widersprüchlich. Es zeigt in aller Deutlichkeit, dass subversive Praktiken eine Form der Ermächtigung sind und durch soziale Teilhabe auch gesellschaftliche Teilhabe hergestellt werden kann.

4. Fazit

Im Text wurde dargestellt, wie materielle, politische, kulturelle und soziale Teilhabe an der Gesundheitsversorgung im deutschen, korporatistischen Wohlfahrtsregime produziert wird und wie sich Ausschlüsse von Teilhabe in den verschiedenen Dimensionen ergeben.

Ausschlüsse betreffen dabei viele Menschen, auch unabhängig von ihrem Aufenthaltsstatus. So wirkt eine zunehmende Neoliberalisierung des Gesundheitssystems exklusionsfördernd für deprivilegierte Gruppen. Der gesetzliche Rahmen, der dem *G-BA* für die Ausgestaltung der Gesundheitsversorgung gesetzt wird, setzt zunehmend Anreize für mehr Wettbewerb, nicht aber für eine steigende soziale Inklusivität. Gleichzeitig sind stimmberechtigte Mitglieder im *G-BA* ebenjene, die ein wirtschaftliches Interesse an der Ausgestaltung des Gesundheitssystems haben.

Ausschlüsse, die einerseits durch eine zunehmende Neoliberalisierung, aber ebenso durch die Abwägung universalistischer Rechte gegenüber nationalen Interessen entstehen, bringen zunehmend soziale Bewegungen hervor, die hegemoniale Ordnungen in Frage stellen und öffentlich Teilhabe einfordern. Auch christliche Verbände und Interessensvertreter*innen fordern Teilhabe ein. Adressat*innen dieser Forderung sind neben dem (lokalen) Staat oftmals auch stärker institutionalisierte Interessenverbände. Häufig ist die öffentlichkeitswirksame Artikulation dieser Forderungen der Auslöser, Lösungen zur Herstellung von Teilhabe zu finden.

Der Ausschluss von Teilhabe an Gesundheitsversorgung betrifft Menschen in der aufenthaltsrechtlichen Illegalität besonders durch den Ausschluss von den Institutionen der Arbeit sowie Bürgerrechte und indem ihnen soziale Rechte aus ordnungspolitischen Gründen heraus verweigert werden. Das Spannungsfeld zwischen universalistischen Rechten und grenzwahrenden Interessen bringt sowohl Solidaritätsbündnisse und ein hohes Maß an zivilgesellschaftlichem Engagement und ehrenamtlicher Arbeit, aber auch subversive Praktiken der Betroffenen selbst hervor, um Teilhabe (wieder-) herzustellen. Gleichzeitig beziehen sich sowohl Praktiken der solidarischen Herstellung von Teilhabe als auch Forderungen aus diesen Reihen überwiegend auf materielle und politische Teilhabe. Aus dem bisher vergeblichen Engagement der Änderung auf Bundesebene ergibt sich eine Lokalisierung der zivilgesellschaftlichen Aktivitäten und eine Strategie der Konkretisierung auf lokaler Ebene auch in

Ko-Produktionen zur Herstellung lokalstaatlich geförderter, komplementärer Versorgungsstrukturen für Menschen ohne legalen Aufenthaltsstatus und Menschen ohne Krankenversicherung.

Kulturelle Teilhabe an Gesundheitsversorgung wird hingegen, wie auch im dargestellten Beispiel der reproduktiven Gerechtigkeit, hauptsächlich von Betroffenenbündnissen gemeinschaftlich und öffentlich artikuliert. Durch den Status der Illegalität und dem dadurch bedingten Leben abseits der Öffentlichkeit, sind Forderungen der Gruppe von Illegalisierten weniger präsent. Soziale Teilhabe hingegen ist eine Dimension, von der Ausschlüsse staatlicherseits nicht implementierbar sind, wodurch hier kaum Forderungen zur Herstellung von sozialer Teilhabe laut werden. Soziale Teilhabe ist gleichwohl ein wichtiges Werkzeug, um Möglichkeiten der materiellen Teilhabe zu kennen oder sich selber zu erschließen.

Am Beispiel der Frage nach Teilhabe an Gesundheitsversorgung konnte erneut festgestellt werden, dass Teilhabe keine absolute Kategorie ist – und sowohl für Menschen mit Zugang zu allen teilhabeproduzierenden Institutionen, als auch jenen ohne diesen Zugang, Teilhabe meist nicht in allen Dimensionen gegeben ist und gleichzeitig nicht in allen Dimensionen gleichermaßen abwesend ist.

Literaturverzeichnis

Alt, Kurt W. / Strohmenger, Silke / Welp, Ingelore (2005): Geschlecht und „Gender“ in der Medizin. In: Anthropologischer Anzeiger 63/3, 257–269.

Anonymer Krankenschein Thüringen e.V. (o.D.): Informationen für Behandelnde – Anonymer Krankenschein Thüringen <https://www.website.aks-thueringen.de/informationen-fuer-behandelnde/> (zuletzt abgerufen am 15.2.2022).

Bäcker, Gerhard / Naegele, Gerhard / Bispinck, Reinhard / Hofemann, Klaus / Neubauer, Jennifer (Hg.) (2020): Sozialpolitik und soziale Lage in Deutschland. Wiesbaden: Springer VS.

Baier, Jessica (2019): Vom materiell hergestellten zum sozial konstituierten Raum. Entwurf für eine neue Forschungsperspektive zu Daseinsvorsorge und Infrastrukturen in ländlichen Räumen mit der relationalen Raumtheorie. In: Milad Abassiharoftah / Jessica Baier / Angelina Göb / Insa Thimm / Andreas Eberth / Falco Knaps / Vilja Larjosto / Fabiana Zebner (Hg.), Räumliche Transformation. Prozesse, Konzepte, Forschungsdesigns. Hannover: Akademie für Raumforschung und Landesplanung, 80–92.

Bartholome, Burkhard / Groß, Jessica / Misbach, Elène (2016): Es ist uns keine Ehre! Aktion 20 Jahre Medibüro sind genug - und trotzdem geht es weiter. In: ak - analyse & kritik - zeitung für linke Debatte und Praxis 615.

Beder, Odette / Käsemann-Popping / Tacke, Doris (2011): Illegalisierte: Wenn das Kranksein zur Gefahr wird. In: Sozialmagazin 2011/9, 28–33.

Berliner Stadtmission (o.D.): Clearingstelle der Berliner Stadtmission. Clearingstelle für nicht krankenversicherte Menschen. <https://www.berliner-stadtmission.de/clearingstelle> (letzter Zugriff am 26.07.2022).

Blatter, Joachim (2007): Demokratie und Legitimation. In: Arthur Benz / Susanne Lütz / Uwe Schimank / Georg Simonis (Hg.), Handbuch Governance. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, 271–284.

Bojadžijev, Manuela (1999): Antirassistischer Widerstand von Migrantinnen und Migranten in der Bundesrepublik. Fragen der Geschichtsschreibung. In: Zeitschrift für Sozialgeschichte des 20. und 21. Jahrhunderts 17/1-1, 125–152.

Breyer, Insa (2011): Keine Papiere - keine Rechte? Die Situation irregulärer Migranten in Deutschland und Frankreich. Frankfurt am Main: Campus Verlag GmbH.

Castañeda, Heide (2009): Illegality as risk factor: a survey of unauthorized migrant patients in a Berlin clinic. In: Social science & medicine (1982) 68/8, 1552–1560.

Cyrus, Norbert (2004): Aufenthaltsrechtliche Illegalität in Deutschland. Sozialstrukturbildung - Wechselwirkungen - Politische Optionen.

Demirović, Alex (2011): Governance. Eine neue Stufe staatlicher Herrschaft. In: Alex Demirović / Heike Walk (Hg.), Demokratie und Governance. Kritische Perspektiven auf neue Formen politischer Herrschaft. Münster: Westfälisches Dampfboot, 73–105.

Deutscher Bundestag (2017): Entstehungsgeschichte des §219a StGB.

Deutscher Frauenrat (2018, 24. Juni): Pressemitteilung §219a Abschaffen – Für Selbstbestimmung und freie Arzt- oder Ärztinnenwahl. <https://www.frauenrat.de/wp-content/uploads/2018/06/180624-Abschaffung-§219.pdf> (letzter Zugriff am 26.07.2022).

Dören, Martina (2007): Gender, Diversity und Intersektionalität als Herausforderung für die Medizin. In: Gertraude Krell / Barbara Riedmüller / Barbara Sieben / Dagmar Vinz (Hg.), Diversity studies. Grundlagen und disziplinäre Ansätze. Frankfurt, M. / New York, NY: Campus-Verl., 109–122.

Esping-Andersen, Gøsta (1990): The three worlds of welfare capitalism. Princeton, N.J.: Princeton University Press.

Fischer, Oskar Ilja (2020): Geflüchtetenprotest und Gewerkschaften. Verhandlungen von Repräsentation im deutschen Arbeits- und Migrationsregime. Bielefeld: Transcript Verlag.

Garcia, Marisol (2006): Citizenship Practices and Urban Governance in European Cities. In: Urban Studies 43/4, 745–765.

Gerlinger, Thomas (2002): Zwischen Korporatismus und Wettbewerb. Gesundheitspolitische Steuerung im Wandel (WZB Discussion Paper No. P 02-204). In: Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung, 1–35.

Gerlinger, Thomas (2009): Ökonomisierung und korporatistische Regulierung in der gesetzlichen Krankenversicherung. In: Gesundheits- und Sozialpolitik 63/3/4, 12–17.

Gerlinger, Thomas (2014): Gesundheitsreform in Deutschland. In: Alexandra Manzei / Rudi Schmiede (Hg.), 20 Jahre Wettbewerb Im Gesundheitswesen. Gesundheit und Gesellschaft. Wiesbaden: Springer VS, 35–69.

Gesundheit ein Menschenrecht (2021): Kontaktstellen. <http://www.gesundheit-ein-menschenrecht.de/kontaktstellen> (letzter Zugriff am 15.02.2022).

Graauw, Els de (2014): Municipal ID Cards for Undocumented Immigrants. In: Politics & Society 42/3, 309–330.

Groth, Susanne / Niehaus, Mathilde (2018): Teilhabe- und Inklusionsforschung als wichtige Ansätze zur Förderung von Gesundheit und Teilhabe in der Arbeitswelt. In: Public Health Forum 26/3, 292–294.

Grützmann, Tatjana / Rose, Christina / Peters, Tim (2012): Interkulturelle Kompetenz in der medizinischen Praxis. In: Ethik in der Medizin 24/4, 323–334.

Gynformation (o.D.): Kollektiv für gynäkologische Selbstbestimmung. Über uns. <https://www.gynformation.de/de/about> (letzter Zugriff am 26.07.2022).

Havemann, Meindert / Stöppler, Renhilde (2014): Gesundheit und Krankheit bei Menschen mit geistiger Behinderung. Kohlhammerverlag.

Held, Bärbel (2019): Von der regionalen Daseinsvorsorge zum regionalen Netzwerkmanagement. In: M. Schöder / K. Wegner (Hg.), Logistik im Wandel der Zeit - Von der Produktionssteuerung zu vernetzten Supply Chains. Wiesbaden: Springer Gabler, 747–765.

Hess, Sabine / Lebuhn, Henrik (2014): Politiken der Bürgerschaft. Zur Forschungsdebatte um Migration, Stadt und Citizenship. In: sub\urban. zeitschrift für kritische stadtforschung 2/3, 11–34.

Hirsch, Joachim / Krampe, Eva-Maria / Sonnenfeld, Christa / Steinert, Heinz (2010): Sozialpolitik als Infrastruktur - der Gesundheitsbereich 43/2, 180–193.

Huschke, Susann / Twarowska, Joanna (2011): Legal, aber nicht versichert. Medizinische Versorgung neuer EU_BürgerInnen.

Huster, Stefan (2014): Hat das Leben keinen Preis? Absolute und relative Ansprüche im System der Gesundheitsversorgung. In: Joachim Hruschka /Jan C. Joerden (Hg.), Jahrbuch für Recht und Ethik. Annual Review of Law and Ethics. Berlin: Duncker & Humblot, 251–267.

Isin, Engin F. / Nielsen, Greg Marc (Hg.) (2008): Acts of Citizenship. London: Zed Books.

Katholisches Forum Leben in der Illegalität (2020): Hilfe für Menschen ohne Aufenthaltsstatus. <https://forum-illegalitaet.de/hilfe-fuer-menschen-ohne-aufenthaltsstatus/> (letzter Zugriff am 4.10.2021).

Kersting, Norbert (2000): Gerechtigkeitsprobleme sozialstaatlicher Gesundheitsversorgung. In: Norbert Kersting (Hg.), Politische Philosophie des Sozialstaats. Weilerswist: Velbrück Wissenschaft.

kitchen politics (Hg.) (2021): Mehr als Selbstbestimmung - Kämpfe für reproduktive Gerechtigkeit. Mit einem Grundlagentext von Loretta J. Ross. Münster: edition assemblage.

Klenk, Tanja / Nullmeier, Frank / Weyrauch, Phiine / Haarmann, Alexander (2009): Das Ende der Bismarck-Tradition? Soziale Selbstverwaltung zwischen Vermarktlichung und Verstaatlichung. In: sozialer Fotschritt 58/5, 85–92.

Klotz, Sabine / Bielefeldt, Heiner / Schmidhuber, Martina / Frewer, Andreas (Hg.) (2018): Healthcare as a human rights issue. Normative profile, conflicts and implementation. Bielefeld: Transcript.

Knecht, Alban (2013): Daseinsvorsorge als gemeinschaftliche Aufgabe. In: Franz Blaha (Hg.), Was allen gehört. Commons - neue Perspektiven in der Armutsbekämpfung. Wien: Verl. des Österr. Gewerkschaftsbundes, 61–72.

- Krennerich, Michael (2016): Das Menschenrecht auf Gesundheit. Grundzüge eines komplexen Rechts. In: Andreas Frewer / Heiner Bielefeldt (Hg.), Das Menschenrecht auf Gesundheit. Normative Grundlagen und aktuelle Diskurse. Bielefeld, Germany: transcript Verlag, 57–92.
- Krolzik-Matthei, Katja (2019): Abtreiungen in der Debatte in Deutschland und Europa. In: Aus Politik und Zeitgeschichte 20, 4–11.
- Kronauer, Martin (2010a): Exklusion. Die Gefährdung des Sozialen im hoch entwickelten Kapitalismus. Frankfurt am Main: Campus Verlag.
- Kronauer, Martin (2010b): Inklusion – Exklusion. Eine historische und begriffliche Annäherung an die soziale Frage der Gegenwart. In: Martin Kronauer (Hg.), Inklusion und Weiterbildung. Reflexionen zur gesellschaftlichen Teilhabe in der Gegenwart. Bielefeld: Bertelsmann, 24–58.
- Leibfried, Stephan / Voges, Wolfgang (Hg.) (1992): Armut im modernen Wohlfahrtsstaat. Opladen: Westdeutscher Verlag.
- Lessenich, Stephan (2019): Grenzen der Demokratie. Teilhabe als Verteilungsproblem. Ditzingen: Reclam.
- Matthias, Annette (2010): Gesundheit und soziale Teilhabe. In: djBZ 13/1, 14–19.
- Morris, Lydia (2003): Managing Contradiction: Civic Stratification and Migrants' Rights. In: International Migration Review 37/1, 74–100.
- Müller, Amrei (2016): Die Konkretisierung von Kernbereichen des Menschenrechts auf Gesundheit. International Debatten zu ‚Minimum Core Obligations‘. In: Andreas Frewer / Heiner Bielefeldt (Hg.), Das Menschenrecht auf Gesundheit. Normative Grundlagen und aktuelle Diskurse. Bielefeld, Germany: transcript Verlag, 125 - 168.
- Mylius, Maren (2016): Die medizinische Versorgung von Menschen ohne Papiere in Deutschland. Studien zur Praxis in Gesundheitsämtern und Krankenhäusern. Bielefeld: Transcript.
- Ochs, Carolin (2022): Clearingstelle für nicht krankenversicherte Menschen. Präsentation auf der Jahrestagung Illegalität 2022.
- Rauscher, Michael (2014): Die Insolvenz des VN in der privaten Krankenversicherung. In: VersR 7, 295–298.
- Reichenbachs, Mauricio (2018): Der Korporatismus ist tot, lang lebe der Korporatismus! Über die Klassifizierung von Staat-Verbändebeziehungen und wieso sich Deutschland in der Ära des regulierten Wohlfahrtskorporatismus befindet. In: Rolf G. Heinze / Joachim Lange / Werner Sesselmeier (Hg.), Neue Governancessstrukturen in der Wohlfahrtspflege. Wohlfahrtsverbände zwischen normativen Ansprüchen und sozialwirtschaftlicher Realität. Baden-Baden: Nomos Verlagsgesellschaft, 103–128.

Rieder, Anita / Lohff, Brigitte (Hg.) (2004): Gender Medizin. Geschlechtsspezifische Aspekte für die klinische Praxis. Vienna: Springer Vienna.

Romero-Ortuno, Román (2004): Access to health care for illegal immigrants in the EU. should we be concerned? In: european journal of health law 11, 245–272.

Saldern, Matthias von (Hg.) (2012): Inklusion. Deutschland zwischen Gewohnheit und Menschenrecht. Norderstedt: Books on Demand GmbH.

Schilliger, Sarah (2018): Urban Citizenship. Teilhabe für alle - da, wo wir leben. In: Heidrun Aigner / Sarah Kumnig (Hg.), Stadt für alle! Analysen und Aneignungen. Wien: Mandelbaum, 14–35.

Schütte, Johannes D. (2018): Soziale Inklusion und Exklusion: Norm, Zustandsbeschreibung und Handlungsoptionen. In: Ernst-Ulrich Huster / Jürgen Boeckh / Hildegard Mogge-Grotjahn (Hg.), Handbuch Armut und soziale Ausgrenzung. Wiesbaden: Springer VS Springer Fachmedien Wiesbaden GmbH, 104–121.

Schutzbach, Franziska (Hg.) (2020): Politiken der Generativität. Reproduktive Gesundheit, Bevölkerung und Geschlecht. Das Beispiel der Weltgesundheitsorganisation. transcript Verlag.

Schwenken, Helen (2006): Rechtlos, aber nicht ohne Stimme. Politische Mobilisierungen um irreguläre Migration in die Europäische Union. Bielefeld, Germany: transcript Verlag.

Siede, Anna / Münch, Sybille (2022): An interpretive perspective on co-production in supporting refugee families' access to childcare in Germany. In: Policy & Politics.

Simon, Michael (2016): Das Gesundheitssystem in Deutschland. Eine Einführung in Struktur und Funktionsweise. Bern: Hogrefe.

Sonntag-Wolgast, Cornelia (2006): Illegalität aus dem Blickwinkel der Innenpolitiken verdrängtes Problem. In: Jörg Alt / Michael Bommers (Hg.), Illegalität. Grenzen und Möglichkeiten der Migrationspolitik. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, 128–131.

Starrin, Bengt / Svensson, Per-Gunnar (1992): Gesundheit und Soziale Ungleichheit. Über Klasse, Armut und Krankheit. In: Stephan Leibfried / Wolfgang Voges (Hg.), Armut im modernen Wohlfahrtsstaat. Opladen: Westdeutscher Verlag, 403–420.

Trede, Oliver (2016): Gewerkschaften und Arbeitsmigration in der Bundesrepublik - zwischen Misstrauen und Integration.

Urban, Hans-Jürgen (2001): Wettbewerbskorporatistische Regulierung im Politikfeld Gesundheit. Der Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkasse und die Gesundheitspolitische Wende.

Verbändebündnis (2018, 23. April): Für einen freien Zugang zu Informationen über Schwangerschaftsabbrüche – 219a StGB aufheben! https://www.die-linke.de/fileadmin/download/nachrichten/2018/2018-04-23_offener_brief_verbaendebuendnis_219a_stgb.pdf (letzter Zugriff am 26.07.2022).

Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft ver.di (2011): Beschlüsse des 3. ver.di-Bundeskongresses vom 17.-24. September 2011 in Leipzig.

Vollmer, Lisa / Calbet i Elias, Laura / Raab, Susanna / Kleine, Aya / Zanders, Theresa (2021): Teilhabe und Gemeinwohl – ihre Krisen im deutschen Wohlfahrtsregime. Begriffsdefinitionen und aktuelle Verortungen.

Waller, H. (2008): Gesundheitsprobleme und Gesundheitsversorgung von Menschen in der aufenthaltsrechtlichen Illegalität: Deutschland und Italien im Vergleich. In: Gesundheitswesen (Bundesverband der Ärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (Germany)) 70/1, 4–8.

Wilcke, Holger (2018): Illegal und unsichtbar? Papierlose Migrant*innen als politische Subjekte. Bielefeld: Transcript.

Wilcke, Holger / Manoim, Rosa (2019): Contested Health Care System in Berlin: Are Illegalized Migrants Becoming Urban Citizens? In: Social Inclusion 7/4, 100–107.