

Zwischen Sicherheits- und Versorgungsorientierung: Screenings von Migrant/innen auf Infektionskrankheiten in Deutschland und Großbritannien

Inaugural-Dissertation

zur Erlangung des Doktorgrades der Philosophie
der Ludwig-Maximilians-Universität
München

vorgelegt von

Dennis Odukoya

aus

München

2020

Referentin: Prof. Dr. Hella von Unger

Korreferent: Prof. Dr. Reiner Keller

Tag der mündlichen Prüfung: 05.11.2019

Inhaltsverzeichnis

Tabellen- und Abbildungsverzeichnis	5
Abkürzungsverzeichnis	6
1 Einleitung	7
1.1 Das Screening von Migrant/innen als gängige und zugleich umstrittene Praxis in Staaten der Europäischen Union	7
1.2 Erkenntnisinteresse und Untersuchungsgegenstand	8
1.3 Aufbau der Arbeit	12
2 Stand der Forschung	13
2.1 Historische Perspektiven auf medizinische Untersuchungen von Migrant/innen in Deutschland und Großbritannien	14
2.2 Kategorien, Identitäten und ‚Migrant/innen-Krankheiten‘: diskursive Verknüpfungen von Migration und Infektionskrankheiten	24
2.3 Schlussfolgerungen für die vorliegende Arbeit	32
3 Theoretische Rahmungen	33
3.1 Zur Verbindung von Wissenssoziologie und Diskurstheorie	34
3.2 Biopolitik, Risikomanagement und Prävention: theoretische Zugänge zum Forschungsgegenstand	43
3.3 Von einer Soziologie der Prävention zu einer Soziologie des Screenings	49
4 Methodisches Vorgehen	51
4.1 ‚Mehr als Textanalyse‘: Triangulation von Dokumentenanalyse, Expert/innen-Interviews und teilnehmender Beobachtung	52
4.2 Die Adaption von Strategien der <i>Grounded Theory</i> im Rahmen der WDA	56
4.3 Beschreibung des Datenkorpus	63
5 Der Diskurs zu Screenings von Migrant/innen in Deutschland	68
5.1 Ein neues Gesetz zum neuen Jahrtausend: die Rechtsgrundlage für Screenings von Migrant/innen in Deutschland	68
5.2 Tuberkulosescreening von Migrant/innen und die Bedeutung der ‚aktiven Fallsuche‘	71
5.3 Verpflichtendes Screening von Migrant/innen auf HIV/Aids: der Fall Bayern	75

5.4 Außergewöhnliche Maßnahmen in außergewöhnlichen Zeiten: das Jahr 2015	87
6 Der Diskurs zu Screenings von Migrant/innen in Großbritannien	98
6.1 Die kurze Debatte um verpflichtende Testungen von Migrant/innen auf HIV	98
6.2 „Protecting the nation’s health“: das Pre-entry-Screening auf Tuberkulose	101
6.3 „The most vulnerable“: Screeningprogramme für Geflüchtete	123
7 Der Nexus von Gesundheit, Menschenrechten und Sicherheit im europäischen Diskurs zu Screenings von Migrant/innen	127
7.1 Die Positionen des WHO-Regionalbüros für Europa: Screening unter dem Primat der Menschenrechte	127
7.2 Das ECDC-Projekt zur Entwicklung einheitlicher Screening-Empfehlungen: auf der Suche nach Evidenz	138
8 Diskussion	155
8.1 Vergleichende Betrachtung der Bedingungen der Diskursproduktion	155
8.2 Vergleichende Betrachtung der Dispositivstrukturen	160
8.3 Das Evidenz-Diskriminierungs-Dilemma und der Stellenwert wissenschaftlichen Wissens	164
8.4 Zwischen Sicherheits- und Versorgungsorientierung	169
9 Fazit und Ausblick	175
Literatur- und Quellenverzeichnis	177

Tabellen- und Abbildungsverzeichnis

Tabelle 1: Zentrale Dokumente der Analyse	65
Tabelle 2: Expert/innen-Interviews	67
Tabelle 3: Feldnotizen von Konferenzen und Fachtagungen	67
Abbildung 1: Zusammenfassung der Evidenz für Screenings auf Tuberkulose	151
Abbildung 2: Zusammenfassung der Evidenz für Screenings auf HIV	153

Abkürzungsverzeichnis

AIDS/Aids	Acquired Immunodeficiency Syndrome
APPGA	All Party Parliamentary Group on HIV/AIDS
AsylbLG	Asylbewerberleistungsgesetz
AsylVfG	Asylverfahrensgesetz
BAMF	Bundesamt für Migration und Flüchtlinge
BCG	Bacillus Calmette–Guérin
BMA	British Medical Association
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
BMJ	British Medical Journal (<i>ehemalige Bezeichnung</i>)
BSeuchG	Bundes-Seuchengesetz
BTS	British Thoracic Society
CBPR	Community-Based-Participatory Research
CRO	Commonwealth Relation Office
DAH	Deutsche AIDS-Hilfe
DHSS	Department of Health and Social Security
DNEbM	Deutsches Netzwerk Evidenzbasierte Medizin
DOH	Department of Health
DZK	Deutsches Zentralkomitee zur Bekämpfung der Tuberkulose
ECDC	European Centre for Disease Prevention and Control
EU	Europäische Union
FO	Foreign Office
GPP	Gateway Protection Programme
H1N1/H5N1	<i>Varianten der so genannten Vogelgrippe</i>
HCDCP	Hellenic Centre for Disease Control and Prevention
HIV	Humanes Immundefizienz-Virus
HO	Home Office
HPA	Health Protection Agency
HSC	Health Security Committee
IfSG	Infektionsschutzgesetz
IOM	Internationale Organisation für Migration
LMU	Ludwig-Maximilians-Universität München
MOH	Ministry of Health
MOsH	Medical Officers of Health
NAB	Nationaler AIDS-Beirat
NAO	National Audit Office
NDPB	Non Departmental Public Body
NHS	National Health Service
PES	Pre-entry Screening
PHE	Public Health England
RKI	Robert Koch-Institut
SARS	Schweres Akutes Respiratorisches Syndrom
TB/TBC/Tbc	Tuberkulose
THT	Terrence Higgins Trust
UKBA	UK Border Agency
UNAIDS	Joint United Nations Programme on HIV/AIDS
UNHCR	United Nations High Commissioner for Refugees (UN Flüchtlingshilfswerk)
VPRS	Syrian Vulnerable Persons Resettlement Scheme
WDA	Wissenssoziologische Diskursanalyse
WHO	World Health Organization (Weltgesundheitsorganisation)
WZB	Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung

1 Einleitung

1.1 Das Screening von Migrant/innen als gängige und zugleich umstrittene Praxis in Staaten der Europäischen Union

Der Verdacht, dass Migrant/innen Krankheiten mit sich bringen, ist der historisch wahrscheinlich hartnäckigste und einflussreichste Mythos im Zusammenhang mit Migration und Gesundheit – so beschreibt es die *UCL-Lancet Commission on Migration and Health*, ein internationaler Zusammenschluss führender Gesundheitswissenschaftler/innen (Abubakar et al. 2018, S. 2612f.). Obwohl es in der Geschichte durchaus Beispiele für die Einführung von Krankheiten durch neuankommende Bevölkerungsgruppen gebe, namentlich die Verbreitung von Infektionen durch europäische Kolonialist/innen und Siedler/innen in anderen Teilen der Welt, sei das Risiko einer Krankheitsübertragung von Migrant/innen auf die ansässige Bevölkerung gering (ebd.). Gleichwohl wirkt diese althergebrachte Assoziation von Krankheit mit Mobilität und Migration bis in die Gegenwart hinein und führt dazu, dass sich Migrant/innen in vielen Staaten der Welt systematischen medizinischen Untersuchungen unterziehen müssen. Diese systematischen medizinischen Untersuchungen, oder Screenings¹, orientieren sich üblicherweise am historischen Gedanken der Quarantäne², beschränken sich daher auf übertragbare Krankheiten und sollen in erster Linie die ansässige Bevölkerung vor einer vermeintlichen Ansteckungsgefahr schützen (Gushulak und MacPherson 2006b). Die gesundheitlichen Bedürfnisse der Betroffenen und das mögliche Vorliegen nichtübertragbarer Krankheiten spielten dabei lange keine bzw. eine eher untergeordnete Rolle und erfahren erst seit Beginn des neuen Millenniums zunehmend Beachtung (ebd.).

Auch in Staaten der Europäischen Union (EU) ist das Screening von Migrant/innen auf Infektionskrankheiten eine gängige, zugleich aber umstrittene Praxis. Da die entsprechenden Maßnahmen jedoch auf der Ebene der Mitgliedstaaten organisiert werden, gab es bis vor kurzem kaum systematisch zusammengetragene Informationen zu den jeweils bestehenden Verfahren (Kärki et al. 2014, S. 11004). In einer 2014 von Tommi

¹ Auch wenn insbesondere in älteren Quellen bisweilen der Begriff *Reihenuntersuchung* verwendet wird, ist der englische Terminus *Screening* auch im deutschen Kontext gebräuchlich.

² Dieses geht auf die Einrichtung einer 30-tägigen Isolation für ankommende Schiffe im Hafen von Ragusa (seinerzeit Teil der Republik Venedig) im Jahr 1377 zurück, die die Einführung der Pest verhindern sollte und später für auf dem Landweg Einreisende auf 40 (italienisch: *quaranta*) Tage ausgedehnt wurde (Gensini et al. 2004).

Kärki und Kolleg/innen vorgelegten explorativen Studie wurde die hohe Varianz der Ansätze in den verschiedenen Ländern deutlich. Unterschiede ließen sich sowohl im Hinblick darauf feststellen, auf welche Krankheiten getestet wird, als auch darauf, welche Gruppen von Migrant/innen betroffen sind und wann und wo das Screening stattfindet (Kärki et al. 2014). So wurden neu ankommende Migrant/innen in allen Ländern, die systematische Screeningprogramme implementiert hatten, auf Tuberkulose getestet, jedoch nur in etwa einem Drittel der Länder auf HIV/Aids (ebd., S. 11008). Diese Screenings wurden vor der Einreise an Grenzübergängen, in zentralen Aufnahmeeinrichtungen oder dezentral auf kommunaler Ebene durchgeführt (ebd., S. 11009). Die Einschätzung, ob diese Maßnahmen sinnvoll sind, ging unter den vom Forscher/innen-Team befragten Expert/innen jedoch weit auseinander (ebd., S. 11010). Die meisten waren sich allerdings darin einig, dass europaweit einheitliche Empfehlungen in diesem Bereich nützlich wären (ebd.).

Ebensolche Empfehlungen wurden seitdem auf Ebene der EU entwickelt und 2018 schließlich erstmals veröffentlicht (ECDC 2018). Doch wie gestaltete sich der Prozess? Wie wurde das Screening von Migrant/innen bis dahin auf Ebene der Mitgliedstaaten verhandelt? Und welche Rolle spielten dabei die gesundheitlichen Bedürfnisse von Migrant/innen? Diesen und weiteren Fragen geht die vorliegende Arbeit nach.

1.2 Erkenntnisinteresse und Untersuchungsgegenstand

Screening findet nicht nur im Umgang mit Migrant/innen statt, sondern wird in verschiedensten Zusammenhängen eingesetzt. Je nach Kontext ändert sich das Verständnis dessen, was Screening eigentlich ist, sodass es keine einheitliche Begriffsdefinition gibt (Raffle und Gray 2009, S. 55ff.). Dennoch können zwei grundlegende Charakteristika von Screening festgehalten werden. Zum einen wenden sich Screeningmaßnahmen an symptomlose, also augenscheinlich gesunde Personen. Zum anderen gilt Screening nicht als diagnostisches Verfahren im engeren Sinne, sondern produziert in der Regel lediglich Wahrscheinlichkeitsaussagen, die ggf. weitere Tests erforderlich machen (ebd.). Eine vom *UK National Screening Committee* angebotene Definition im Kontext der Gesundheitsvorsorge lässt ebendiese beiden Aspekte deutlich werden:

„Screening ist eine Public-Health-Maßnahme, bei der Mitgliedern einer umschriebenen Population, die selbst keine Krankheitssymptome oder bestehende

Risiken für eine bestimmte Krankheit haben, eine Befragung oder eine Untersuchung angeboten wird, um die Individuen zu identifizieren, die durch weitere Untersuchungen und Behandlungen mit größerer Wahrscheinlichkeit einen Nutzen als einen Schaden davon haben, um so das Risiko einer Erkrankung zu reduzieren.“ (UK National Screening Committee 2000; zitiert nach Raffle und Gray 2009, S. 57)

Zudem fällt bei dieser Definition von Screening als Maßnahme der Gesundheitsvorsorge auf, dass es in Form eines freiwilligen Angebots erfolgt, nicht notwendigerweise mittels Testverfahren, sondern auch als Befragung durchgeführt werden kann und den individuellen Gesundheitsnutzen der Teilnehmer/innen in den Vordergrund stellt. Letzteres ist jedoch keineswegs die einzige Funktion, die Screening erfüllen kann. Je nach Perspektive kann Screening auch weiteren Zwecken dienen. Insgesamt lassen sich drei Zielsetzungen unterscheiden. Erstens kann Screening epidemiologischen Zwecken dienen, da die gewonnenen Daten zur Erforschung und Überwachung von Gesundheitszuständen in Bevölkerungsgruppen bzw. der Gesamtbevölkerung herangezogen werden können. Zweitens kann Screening dem Infektionsschutz dienen, da Ausbrüche ansteckender Krankheiten erkannt und eine Weiterverbreitung verhindert werden können. Drittens kann Screening der individuellen Gesundheitsvorsorge dienen, da Krankheiten bzw. Krankheitsrisiken frühzeitig erkannt und ggf. behandelt werden können (Raffle und Gray 2009, S. 54ff.). Ob das Screening von Migrant/innen auf Infektionskrankheiten in der Form, wie es gegenwärtig praktiziert wird, der individuellen Gesundheitsvorsorge dient, ist jedoch umstritten und Gegenstand der in dieser Arbeit untersuchten Kontroversen.

Natalie Armstrong und Helen Eborall weisen darauf hin, dass Screening generell, neben einer medizinischen Intervention, immer auch eine soziale Intervention darstellt, und begründen damit ein grundlegendes soziologisches Interesse an selbigem:

„Screening programmes are social interventions as much as they are medical interventions, and they can pose challenging ethical, legal and social dilemmas, the sociological scrutiny of which can be particularly useful both in informing the policy, in development and implementation of screening programmes, but also in developing social theory.“ (Armstrong und Eborall 2012, S. 164)

Dabei sehen sie insbesondere im Zusammenhang mit Migration einen wachsenden Bedarf an soziologischer Forschung dazu, wie sich Screeningmaßnahmen im Hinblick auf bestimmte Bevölkerungsgruppen gestalten und auswirken (ebd., S. 169).

Die vorliegende Arbeit befasst sich mit dem Screening von Migrant/innen in Deutschland und Großbritannien sowie den jüngsten diesbezüglichen Entwicklungen auf Ebene der EU. Ein Ländervergleich zwischen Deutschland und Großbritannien bietet sich vor allem deshalb an, da hier deutliche Unterschiede beim Screening von Migrant/innen bestehen. Während das Screening von Migrant/innen in Deutschland auf Asylbewerber/innen, Flüchtlinge³ und Spätaussiedler/innen beschränkt ist, sind in Großbritannien auch andere Gruppen von Migrant/innen davon betroffen. Zudem erfolgt das Screening hier, anders als in Deutschland, teilweise bereits vor der Einreise. Dieser Ländervergleich dient als Heuristik im Sinne einer Kontrastierung unterschiedlicher Ansätze zum Screening von Migrant/innen innerhalb der EU⁴. Über diesen Ländervergleich hinaus werden schließlich auch die jüngsten Bestrebungen zur Vereinheitlichung des Screenings von Migrant/innen auf europäischer Ebene betrachtet.

Gegenstand dieser Betrachtung ist das Screening von Migrant/innen auf Infektionskrankheiten, wobei HIV/Aids und Tuberkulose als Beispiele dienen. Diese Fokussierung hat mehrere Gründe. Zunächst eignet sich diese, wie im Verlauf dieser Arbeit gezeigt wird, in besonderem Maße dazu, das mögliche Spannungsverhältnis zwischen individuellem Gesundheitsnutzen und Infektionsschutz auszuloten. Vor allem aber beschränken sich die meisten Screeningmaßnahmen für Migrant/innen, wie erwähnt, auf Infektionskrankheiten, wobei insbesondere Tuberkulose, bisweilen aber auch HIV/Aids eine zentrale Rolle in den Maßnahmen selbst bzw. in der Auseinandersetzung über diese spielen.

Abgesehen von der Gemeinsamkeit, dass beide Erkrankungen unbehandelt zum Tod führen können, weisen sie aus medizinischer Sicht zahlreiche Unterschiede auf. So handelt es sich bei Tuberkulose um eine bakterielle Infektion, die verschiedene Organe des Körpers betreffen kann. Manifestiert sie sich in der Lunge, spricht man von einer *aktiven* bzw. *offenen* Tuberkulose. Diese kann relativ leicht via Tröpfchenübertragung weitergegeben werden. Der Verdacht auf das Vorliegen einer aktiven Lungentuberkulose

³ Asylbewerber/innen und Flüchtlinge werden in dieser Arbeit, soweit der jeweilige Zusammenhang keine Spezifikation erfordert, zusammenfassend als Geflüchtete bezeichnet.

⁴ Die Auswahl der Länder erfolgte vor dem Referendum zum so genannten ‚Brexit‘ und die Fertigstellung dieser Arbeit vor dem geplanten Austritt Großbritanniens aus der Europäischen Union.

lässt sich mittels einer Röntgenuntersuchung des Thorax begründen. Bei dem *Humanen Immundefizienz-Virus* (HIV) handelt es sich hingegen um eine Virusinfektion. In ihrer akuten Form *Aids* (*Acquired Immune Deficiency Syndrome*) führt diese zu einem Versagen des Immunsystems der Betroffenen und in der Folge zu *opportunistischen Infektionen*, also Infektionen mit anderen Krankheiten, die schließlich tödlich verlaufen können. Die Übertragung von HIV/Aids ist vergleichsweise schwer und erfolgt über Blut- und Sexualkontakt sowie Muttermilch. Eine Infektion kann durch den Nachweis von Antikörpern im Blut festgestellt werden (Littmann et al. 2018).

Dass Tuberkulose und HIV/Aids im Rahmen der vorliegenden Arbeit als Beispiele herangezogen werden, hat schließlich auch damit zu tun, dass beide Krankheiten, auf je spezifische Weise, eng mit historischen Entwicklungen von Screening im Allgemeinen verbunden sind. So beschreibt David Armstrong (2012) die Herkunft des Begriffs *Screening* wie folgt:

„Discovery of the diagnostic value of X-rays at the very end of the 19th century was followed by their application in routine clinical practice. The fact that the radiographic image was viewed on a screen meant that the terms screen and screening began to be applied to patients undergoing X-ray examination. [...] One of the main reasons for X-raying a patient was to identify the then relatively common disease of tuberculosis.“ (Armstrong 2012, S. 178)

Während Screening als Begriff und Strategie zunächst eng mit der Technologie des Röntgenverfahrens und deren Einsatz zur Erkennung von Tuberkulose verbunden war, wurde die Bezeichnung schließlich auch für die systematische Untersuchung von Personen auf Krankheiten im Allgemeinen angewandt (ebd., S. 179).

Erst viel später, mit Beginn der HIV-Epidemie in den 1980er-Jahren, sollten erstmals ethische Fragen und mögliche negative Auswirkungen von Screening in den Blick geraten (Armstrong 2012, S. 185ff.). So schlossen sich an die Frage, ob ein HIV-Antikörper-Screening mit Blutproben, die zu einem anderen Zweck abgegeben wurden, durchgeführt werden sollte, kontroverse Debatten bezüglich Patient/innen-Einverständnis, -autonomie und möglicher Schäden an. Letztere wurden insbesondere im Hinblick auf mögliche psychische Belastungen diskutiert (ebd.).

Zusammenfassend lässt sich der Untersuchungsgegenstand der vorliegenden Arbeit im weiteren Sinne als Diskurs zu Screenings von Migrant/innen auf Infektionskrankheiten in Deutschland, Großbritannien und auf europäischer Ebene am Beispiel von Tuberkulose und HIV/Aids beschreiben. Die Begründung der Wahl einer diskursanalytischen Perspektive sowie die Bestimmung der Untersuchungsgegenstände im engeren Sinne erfolgen im übernächsten Kapitel (siehe 3.1). Der Untersuchungszeitraum erstreckt sich im Wesentlichen vom Beginn des neuen Millenniums bis ins Jahr 2015. Dieser Zeitraum bietet sich zum einen an, da sich sowohl in Deutschland als auch in Großbritannien zu Beginn des neuen Millenniums Veränderungen im Hinblick auf das Screening von Migrant/innen ergeben haben. Zum anderen hat die vermehrte Ankunft Geflüchteter im Jahr 2015 die europäischen Staaten vor neue Herausforderungen im Umgang mit Migrant/innen gestellt (Hess et al. 2016). Schließlich markiert dieses Jahr auch den Beginn der Entwicklung europaweit einheitlicher Empfehlungen für ein Screening von Migrant/innen auf Infektionskrankheiten. Da dieser Prozess bis 2018 andauerte, wird der Untersuchungszeitraum im Hinblick auf den europäischen Kontext entsprechend erweitert.

1.3 Aufbau der Arbeit

Die vorliegende Arbeit gliedert sich in neun Kapitel. Im Anschluss an diese Einleitung (Kapitel 1) wird der Stand der Forschung zu Screenings von Migrant/innen anhand einschlägiger Arbeiten zu diesem Thema rezipiert (Kapitel 2). Dabei werden sowohl historische Perspektiven auf medizinische Untersuchungen von Migrant/innen in Deutschland bzw. Großbritannien als auch soziologische Arbeiten, die sich dem Gegenstand zumeist aus diskursanalytischer Perspektive annähern, besprochen.

In Kapitel 3 wird der theoretische Rahmen der vorliegenden Arbeit dargelegt. Dabei geht es zunächst um theoretische Bezüge bzw. methodologische Vorüberlegungen, die sich im Zusammenhang mit dem in dieser Arbeit angewandten Forschungsprogramm der *Wissenssoziologischen Diskursanalyse* (WDA) ergeben. In diesem Kontext erfolgt auch eine Operationalisierung der im vorangegangenen Abschnitt lediglich grob umrissenen Fragestellung bzw. eine differenziertere Darstellung der Untersuchungsgegenstände im engeren Sinne. Schließlich werden im Rahmen dieses Kapitels theoretische Anknüpfungspunkte, die sich im Hinblick auf Screening im Allgemeinen bzw. das Screening von Migrant/innen im Besonderen anbieten, benannt.

In Kapitel 4 wird die konkrete methodische Vorgehensweise dargelegt sowie der zur Analyse herangezogene Datenkorpus beschrieben.

In den Kapiteln 5, 6, 7 und 8 werden die Ergebnisse der Analyse dargestellt. Dabei werden die verschiedenen Kontexte zunächst einzeln betrachtet und es wird gezeigt, wie das Screening von Migrant/innen in Deutschland (Kapitel 5), Großbritannien (Kapitel 6) und auf europäischer Ebene (Kapitel 7) verhandelt wird. Kapitel 8 stellt schließlich eine Synthese dieser Analysen dar, bei der die jeweiligen Kontexte vergleichend betrachtet und die empirischen Befunde diskutiert werden.

In Kapitel 9 werden ein Fazit gezogen, Limitationen der Arbeit benannt sowie Anknüpfungspunkte für weitergehende Forschung identifiziert.

2 Stand der Forschung

Die systematische Untersuchung von Migrant/innen auf Infektionskrankheiten in Deutschland, Großbritannien und anderen europäischen Ländern ist kein neues Phänomen, sondern vielmehr eine historisch gewachsene Praxis im Umgang mit Ausländer/innen. Ziel dieses Kapitels ist es zum einen, die diesbezüglichen historischen Entwicklungen in Deutschland und Großbritannien seit dem Ende des Zweiten Weltkriegs bis zum Beginn des Untersuchungszeitraums dieser Arbeit, also der letzten Jahrtausendwende, in groben Zügen nachzuvollziehen (2.1). Dabei geht es nicht um eine lückenlose Dokumentation dieser Praxis über die betreffenden Dekaden hinweg, sondern darum, zu zeigen, wie sie sich in einer historisch frühen Phase seit der unmittelbaren Nachkriegszeit dargestellt hat und wie sich schließlich der zu Beginn des Untersuchungszeitraums vorherrschende Status quo im Hinblick auf die jeweiligen Maßnahmen etabliert hat. Diese historisch frühe Phase bezieht sich in Deutschland in erster Linie auf die gezielte Anwerbung ausländischer Arbeitskräfte seit den 1950er-Jahren bis zum so genannten Anwerbestopp im Jahr 1973 und die späteren Testungen von Asylbewerber/innen. In Großbritannien erstreckt sie sich von den 1950er-Jahren, in denen verstärkt Debatten bezüglich der ‚Einschleppung‘ von Tuberkulose durch Migrant/innen aus ehemaligen Kolonien geführt wurden, bis zur Aufnahme entsprechender Regelungen in die britische Migrationsgesetzgebung der 1960er- und 1970er-Jahre.

Ein weiteres Ziel dieses Kapitels besteht darin, zu zeigen, wie sich bereits bestehende Arbeiten dem Thema angenähert haben. Einige nehmen dabei ebenfalls eine diskursanalytische Perspektive ein und begreifen das Screening von Migrant/innen als Effekt diverser Diskurse zum Zusammenhang von Migration und Krankheit (2.2). Andere verorten das Screening von Migrant/innen auf Infektionskrankheiten stärker im Kontext migrations- und sicherheitspolitischer Strategien (2.3). Schließlich erfolgt eine abschließende Bewertung des bisherigen Forschungsstands im Hinblick auf die vorliegende Arbeit sowie eine weitere Konkretisierung der im vorangegangenen Kapitel umrissenen Fragestellung (2.4). Nahezu alle in diesem Kapitel besprochenen Arbeiten widmen sich dem Thema aus einer historischen bzw. soziologischen Perspektive. Einschlägige Publikationen, die eher dem Bereich der Gesundheitswissenschaften zuzuordnen sind, werden an dieser Stelle nicht bzw. nicht eingehender rezipiert, sondern als Teil des Datenkorpus in die Analyse einbezogen.

2.1 Historische Perspektiven auf medizinische Untersuchungen von Migrant/innen in Deutschland und Großbritannien

Deutschland

Systematische Untersuchungen von Migrant/innen auf Infektionskrankheiten in Deutschland seit der unmittelbaren Nachkriegszeit finden in der Literatur zwar Erwähnung, sei es im Zusammenhang mit der Geschichte der Einwanderung in die Bundesrepublik (z. B. Schönwälder 2001) oder im Rahmen der Thematisierung von Migration und Gesundheit bzw. Krankheit innerhalb der Gesundheitswissenschaften (z. B. Wiedl und Marschalck 2001), werden jedoch kaum eingehender besprochen. Die einzige mir bekannte Arbeit, die sich unmittelbar diesem Thema widmet, ist die von Hishashi Yano (2001) zu ärztlichen Untersuchungen ausländischer Arbeitskräfte während der Phase der gezielten Anwerbung durch die Bundesrepublik von 1955 bis 1973. Yano (2001) betrachtet insbesondere die Entwicklungen der Jahre 1955 bis 1965 und geht unter anderem der Frage nach, ob es bei den in diesem Kontext durchgeführten ärztlichen Untersuchungen um die Gesundheit der Arbeitskräfte oder eher um den Schutz der deutschen Bevölkerung vor der ‚Einschleppung‘ ansteckender Krankheiten ging (S. 65). Bereits im ersten Anwerbeabkommen, auf das sich die Bundesrepublik 1955 mit

Italien verständigte, war für alle Bewerber/innen eine Prüfung ihres Gesundheitszustands vorgesehen, die sich nicht nur auf die Feststellung der körperlichen Eignung für die zu besetzenden Arbeitsplätze beschränkte. Vielmehr sollte auch der Ausschluss von Personen gewährleistet werden, die an übertragbaren Krankheiten, insbesondere Tuberkulose, litten (Yano 2001, S. 66). Die Bewerber/innen hatten sich zu diesem Zweck sowohl einer Voruntersuchung durch italienische Ärzt/innen als auch einer zusätzlichen Abschlussuntersuchung zu unterziehen, die von Ärzt/innen durchgeführt wurde, die von der *Bundesanstalt für Arbeitsvermittlung und Arbeitslosenversicherung* beauftragt wurden:

„Die Anwerbekommission unterzog also jeden Bewerber einer strengen ärztlichen Untersuchung, deren Selektionskriterien neben den berufsspezifischen gesundheitlichen Anforderungen auch eher ‚gesundheitspolizeiliche‘ Gesichtspunkte allgemeiner Art umfaßten [sic].“ (Yano 2010, S. 66)

Jedoch kamen nicht alle ausländischen Arbeitnehmer/innen über das organisierte Verfahren im Rahmen des Anwerbeabkommens nach Deutschland. Ein erheblicher Teil reiste ohne organisierte Vermittlung zum Zweck der Arbeitsaufnahme ein. Ab 1958 setzte sich die damalige Bundesregierung schließlich mit der Frage der ärztlichen Untersuchung frei einreisender Ausländer/innen auseinander. Dazu aufgefordert wurde sie vom *Bundesverband der Ortskrankenkassen*, der angesichts dessen, dass ein Pneumologe in Düsseldorf bei fünf seiner ausländischen Patient/innen Lungentuberkulosen festgestellt hatte, von einer ‚alarmierenden‘ Nachricht sprach und Maßnahmen im Interesse des Gesundheitsschutzes der deutschen Bevölkerung forderte (Yano 2001, S. 68).

In der Folge ergab sich eine umfangreiche Debatte zwischen verschiedenen Ministerien auf Bundes- und Länderebene, die durch einen zunehmenden Alarmismus geprägt war. So bezeichnete der Vorstand der *Bundesanstalt für Arbeitsvermittlung und Arbeitslosenversicherung* selbstständig einreisende Arbeitnehmer/innen 1961 als Gefahr für die „allgemeine Volksgesundheit“ (zitiert nach Yano 2001, S. 71). Im gleichen Jahr setzte das Bundesinnenministerium ein Schreiben auf, das die Bundesländer dazu aufforderte, frei einreisenden Ausländer/innen nur noch nach Vorlage einer ärztlichen Unbedenklichkeitsbescheinigung eine Aufenthaltserlaubnis zu erteilen. Yano (2001)

betont, dass das Ministerium hier „nicht von einem bestimmten Krankenstand der ausländischen Arbeitnehmer ausging, sondern eine potentielle Gefahr beschwor: die Ausländer und ihre Familienangehörigen ‚können [...] Krankheiten in das Bundesgebiet einschleppen, die eine Gefahr für die Gesundheit der Bevölkerung bilden‘.“ (Yano 2001, S. 71) Anfang der 1960er-Jahre verschob sich so allmählich der Fokus der ärztlichen Untersuchungen ausländischer Arbeitnehmer/innen immer stärker auf den Schutz der deutschen Bevölkerung vor vermeintlich eingeschleppten Infektionskrankheiten, während gleichzeitig die „zunächst besonders hervorgehobene berufs- und gesundheitsmäßige Eignung ausländischer Arbeitnehmer in den Beratungen kaum mehr Erwähnung fand“ (Yano 2001, S. 72). Diese Schwerpunktsetzung ist laut Yano (2001) nicht nur in der 1962 eingeführten bundesweiten Regelung zur ärztlichen Untersuchung frei einreisender Arbeitnehmer/innen erkennbar, sondern auch im Anwerbeabkommen der Bundesrepublik mit der Türkei von 1961, das in dieser Hinsicht sogar noch restriktiver formuliert war als jenes mit Italien (S. 73). Schließlich, so resümiert Yano, ist sie insgesamt kennzeichnend für die ärztlichen Untersuchungen ausländischer Arbeitskräfte während der Phase der aktiven Anwerbung durch die Bundesrepublik:

„Der wirkliche Gesundheitszustand der Ausländer spielte bei den Diskussionen zur Gesundheit der ausländischen Arbeitnehmer kaum eine Rolle. Ausschlaggebend war vielmehr die Angst der Behörden vor dem Import ansteckender Krankheiten. Es ging der deutschen Seite tatsächlich kaum um die Gesundheit oder die Leistungsfähigkeit der ausländischen Arbeitskräfte, sondern vor allem darum, die deutsche Bevölkerung vor vermuteten unabsehbaren Gesundheitsrisiken zu schützen.“ (Yano 2001, S. 82)

Karl Heinz Wiedl und Peter Marschalck (2001) bestätigen diese Einschätzung, wenn sie darauf hinweisen, dass die Untersuchungen sogar noch intensiviert wurden, als sich bereits herausgestellt hatte, dass der Gesundheitszustand der ausländischen Arbeitnehmer/innen durchaus besser war als jener der deutschen, was für sie zeigt, dass „auch jetzt noch gesundheitspolizeiliche Befürchtungen von Gefährdungen der einheimischen Bevölkerung durch die Fremden im Vordergrund gestanden hatten [...]“ (Wiedl und Marschalck 2001, S. 15).

Karen Schönwälder (2001) sieht hier eine eindeutige Parallele in der politischen Auseinandersetzung mit Migration in Deutschland und Großbritannien während der ersten Dekaden nach dem Zweiten Weltkrieg. Mit Blick auf die damaligen Debatten des Bundestags bemerkt sie: „Ähnlich wie in Großbritannien war der Import von Krankheiten wie TBC [Tuberkulose] oder Typhus durch ausländische Arbeiter ein häufig angesprochenes Thema.“ (Schönwälder 2001, S. 354) Bei der sukzessiven Erweiterung der Untersuchungsmaßnahmen auf frei einreisende Ausländer/innen spielten Kosten und Nutzen eines solchen Vorgehens jedoch keine Rolle, was in der Debatte in Großbritannien durchaus der Fall war (Schönwälder 2001, S. 355), wie im folgenden Abschnitt gezeigt wird. Erst gegen Ende der 1960er-Jahre kündigte sich zaghaft eine Akzentverschiebung an, als einzelne Politiker/innen anregten, „doch einmal statt an verschärfte Einreisekontrollen an Maßnahmen zur Verbesserung der für das Auftreten von Krankheiten wie TBC unter Umständen ursächlichen schlechten Wohnverhältnisse zu denken“ (Schönwälder 2001, S. 355).⁵

Eine solche Perspektive, die Migration mit der ‚Einschleppung‘ von Infektionskrankheiten assoziiert, scheint für Wiedl und Marschalck (2001) im gesundheitspolitischen Bereich mittlerweile weniger relevant (S. 15), jedoch Teil eines spezifischen Diskurses, dessen Effekte sich in bestimmten Kontexten bis in die unmittelbare Gegenwart hinein auswirken:

„In deutlicher Kontinuität mit den in der Vergangenheit befürchteten Ansteckungsgefahren befindet sich dagegen immer noch – und zunehmend vermengt mit und überdeckt von ausländerpolitischen Gesichtspunkten – der seuchenpolizeiliche Diskurs, mit dem etwa das ›Screening‹, die zwangsweisen (Reihen-)Untersuchungen, der Asylbewerber in Deutschland begründet wird.“ (Wiedl und Marschalck 2001, S. 15)

Wiedl und Marschalck begreifen also das später im Zuge der so genannten gesundheitlichen Erstuntersuchung durchgeführte Screening von Asylsuchenden als Effekt eines seit der Phase der gezielten Anwerbung ausländischer Arbeitskräfte durch die Bundes-

⁵ Zu Lebensbedingungen und Wohnverhältnissen ausländischer Arbeitnehmer/innen in deutschen Großstädten während dieser Zeit beispielsweise auch Odukoya 2009.

republik fortbestehenden ‚seuchenpolizeilichen‘ Diskurses. Dieser Diskurs, so prognostizieren sie, würde sich auch in Zukunft weiterhin wirkmächtig zeigen, und zwar ungeachtet etwaiger gegenläufiger Erkenntnisse der Gesundheitswissenschaften:

„Obwohl die Gefahr der Einschleppung von Seuchen und Infektionen durch Zuwanderer heute tatsächlich zu vernachlässigen ist, wird der seuchenhygienischen Argumentation und der daraus gefolgerten gesundheitspolitischen Verwaltungsmaßnahmen gegenüber Migranten vermutlich eine dauerhafte Kontinuität beschieden sein.“ (Wiedl und Marschalck 2001, S. 15)

Großbritannien

Verglichen mit dem deutschen Kontext stellt sich die Literatur zur Historie der Untersuchung von Migrant/innen auf Infektionskrankheiten, insbesondere Tuberkulose, in Großbritannien umfangreicher dar. Dass gerade seit der Jahrtausendwende vermehrt zur Geschichte des Tuberkulosescreenings von Migrant/innen in Großbritannien publiziert wird, mag auch damit zusammenhängen, dass um diese Zeit, wie später gezeigt wird (siehe Kapitel 6), bis dahin durchgeführte Maßnahmen in diesem Bereich vermehrt in Frage gestellt und neue Ansätze diskutiert wurden.

Ein breiterer Diskurs um das Screening von Migrant/innen auf Infektionskrankheiten formiert sich in Großbritannien unmittelbar nach Ende des Zweiten Weltkriegs. Einzelne Vorläufer finden sich jedoch teilweise bereits früher, sowohl im Bereich des Rechts wie auch der Wissenschaft. Die britischen Grenzbehörden⁶ selbst nennen den *Alien Act* von 1905 als historische Referenz und grundlegende juristische Legitimation gegenwärtiger Screeningmaßnahmen (UKBA 2012, S. 8). Dieses Gesetz sieht die Einrichtung eines *medical inspector* an Häfen, später auch Flughäfen, vor. Dieser ist berechtigt, Personen aufgrund ihres Gesundheitszustands die Einreise zu verweigern (ebd.). Krista Maglen (2014) zeigt jedoch in ihrer historischen Analyse, dass sich, ungeachtet der Aufnahme der entsprechenden Klausel im *Alien Act* von 1905 und der Be-

⁶ Die *UK Border Agency (UKBA)* war eine Unterabteilung des *Home Office (HO)* und wurde 2008 eingerichtet. 2013 wurde die Abteilung wieder aufgelöst, wobei die entsprechenden Aufgabenbereiche nach wie vor dem *Home Office* zugeordnet sind. Beide Akteure repräsentieren also die britischen Grenzbehörden, wenn auch in unterschiedlichen Konstellationen.

sorgnis, die sich zu dieser Zeit in medizinischen Fachjournalen bezüglich Einwanderung und der möglichen Einschleppung von Cholera und anderen Infektionskrankheiten beobachten lässt, in den politischen bzw. öffentlichen Debatten kein breiteres Echo dazu finden lässt (S. 4).

Entscheidende Impulse erhielt der Diskurs schließlich nach 1945, als sich politische und territoriale Verschiebungen nicht zuletzt in Fragen nationaler Zugehörigkeiten, Reise- und Aufenthaltsangelegenheiten manifestierten. Eine entscheidende Rolle sollte dabei die Auseinandersetzung mit Tuberkulose spielen (ebd.).

Roberta Bivins (2015) zeigt, dass diese während der 1950er-Jahre in Großbritannien durch zwei Narrative gekennzeichnet war. Zum einen galt Tuberkulose zunehmend als eine Krankheit, die für weite Teile der Bevölkerung Großbritanniens eine relativ geringe Gefahr darstellt. Auch wenn die noch zu Beginn des Jahrhunderts bestehende Vision einer vollständigen Eradikation bereits aufgegeben wurde, führten substantielle Verbesserungen der Lebensumstände der Bevölkerung sowie im Bereich der Diagnostik und Therapie dazu, dass Tuberkulose immer seltener auftrat und gleichzeitig immer früher erkannt und behandelt werden konnte (Bivins 2015, S. 21f.). Das zweite Narrativ betraf Migrant/innen:

„This story was one of progress retarded, health undermined, and modernity spoiled by newcomers who never quite belonged, whose motives in coming to Britain were inherently suspect, and who were often perceived to exploit what many indigenous Britons felt they (alone) had earned through the privations and sacrifices of the Second World War: the benefits and protections of the Welfare State.“ (Bivins 2015, S. 22)

Welche Gruppen von Migrant/innen dabei besonders prominent im Diskurs adressiert wurden, änderte sich im Verlauf des Jahrzehnts. Waren es zunächst Geflüchtete und Arbeitsmigrant/innen aus Europa, so waren es später Migrant/innen aus Irland, karibischen Ländern und schließlich Indien und Pakistan, die eine zentrale Rolle im Diskurs um Tuberkulose in Großbritannien spielten (Bivins 2015, S. 22).

In den 1950er-Jahren wurde in britischen Fachjournalen vermehrt zu Gesundheit und Krankheit von Migrant/innen publiziert (Welshman 2000, S. 862). Dabei wurden insbesondere die als verhältnismäßig hoch eingestuften Tuberkuloseinfektionsraten

nicht in Großbritannien geborener Personen problematisiert. In einer wegbereitenden Studie von Victor Henry Springett und Kolleg/innen werden die vorhandenen Daten zu Tuberkulose bei verschiedenen Gruppen von Migrant/innen verglichen, wobei auch mögliche Ursachen und Interventionen diskutiert werden (Welshman 2000, S. 863; 2003, S. 39f.). Dabei wurden Daten von Personen, die in Irland bzw. Asien⁷ geboren wurden, direkt gegenübergestellt. Man ging davon aus, dass die höheren Infektionsraten irischer Migrant/innen auf eine grundsätzliche Anfälligkeit der aus ländlichen Gebieten stammenden Personen zurückzuführen wären, da sie in der Enge moderner Großstädte ungewohnten Immunbelastungen ausgesetzt seien. In der Gruppe der Asiat/innen wäre es jedoch, insbesondere im Hinblick auf Personen aus Indien und Pakistan, die Einreise infizierter Personen, die für die hohen Infektionsraten in dieser Gruppe verantwortlich sei. Empfohlen wird schließlich, irische Einwanderer/innen bereits vor ihrer Abreise einer Impfung⁸ und Migrant/innen aus Indien und Pakistan vor der Einreise nach Großbritannien einer Röntgenuntersuchung zu unterziehen (Welshman 2000, S. 863; 2003, S. 40).

Springett avancierte zu einem zentralen Akteur im Diskurs um Tuberkulose bei Migrant/innen und liefert mit einer Reihe von Publikationen die wissenschaftliche Referenz für Befürworter/innen von Screeningmaßnahmen, die einen wachsenden Handlungsdruck für politische Entscheidungsträger/innen entstehen lässt (Welshman 2000, S. 864; 2006, S. 300). Das Thema wird schließlich zu einem prominenten Gegenstand parlamentarischer Debatten, was auch Karen Schönwälder bestätigt: „Immer wieder fragten Abgeordnete, wie die Einschleppung insbesondere von TBC verhindert werden solle, oder bezeichneten auch dezidiert Einwanderer als Gefahr für die öffentliche Gesundheit.“ (Schönwälder 2001, S. 86) Ein tonangebender Akteur, der kontinuierlich und nachdrücklich für die Implementierung von Screeningmaßnahmen plädiert, ist die *British Medical Association* (BMA), Berufsverband der Mediziner/innen in Großbritannien und Repräsentant des ‚medizinischen Establishments‘ (Welshman 2000, S. 878).

⁷ Zur Entwicklung und Kritik der Kategorie ‚asian‘ und anderer homogenisierender Kategorien in der britischen Gesundheitsberichterstattung zu ‚ethnischen‘ Minderheiten siehe Aspinall 2002.

⁸ Die damals noch gebräuchliche, nach ihren Entwicklern benannte Bacille-Calmette-Guérin (BCG)-Impfung ist nur sehr eingeschränkt wirksam und wird heute in der Regel nicht mehr angewandt.

John Welshman (2006) zeigt, wie verschiedene Akteur/innen, insbesondere die BMA, während der 1960er-Jahre versuchten, das Gesundheitsministerium⁹ zur Einführung von Screeningmaßnahmen zu bewegen. Grundsätzlich wurden drei mögliche Ansätze diskutiert: Migrant/innen bereits vor ihrer Abreise im Herkunftsland, unmittelbar bei der Einreise nach Großbritannien oder nach der Einreise auf lokaler Ebene auf Tuberkulose zu untersuchen. Die BMA vertrat die Ansicht, dass alle Migrant/innen bereits im Herkunftsland, spätestens jedoch bei der Einreise, einem Screening auf aktive Lungentuberkulose unterzogen werden sollten. Das Ministerium stand diesen beiden Ansätzen eher zögernd bis ablehnend gegenüber (Welshman 2006, S. 297ff.).

Ein Screening auf Tuberkulose im Herkunftsland zur Voraussetzung für die Einreise nach Großbritannien zu machen, wurde aus ökonomischen, praktischen und politischen Gründen abgelehnt. Erstens fürchtete man, die Vorteile der relativ offenen Grenzen zu verlieren und den Verkehr von Arbeitsmigrant/innen zu behindern (Welshman 2006, S. 301). Zweitens erschienen die medizinischen Standards in den Herkunftsländern ungenügend und das möglicherweise erforderliche Entsenden medizinischen Fachpersonals zu aufwendig bzw. teuer (Welshman 2006, S. 299). Schließlich wollte man drittens diplomatische Irritationen mit Indien und Pakistan vermeiden, nachdem erste Anfragen des *Commonwealth Relation Office* (CRO) bereits mit dem Verweis auf die mangelnde Praktikabilität eines solchen Vorgehens beantwortet wurden (Welshman 2006, S. 300).

Eine weitere von BMA und anderen Akteur/innen, in Anlehnung an die Empfehlungen Springetts, vorgeschlagene Alternative war ein Screening von Migrant/innen auf Tuberkulose unmittelbar bei der Einreise nach Großbritannien, also an Häfen und Flughäfen, was als *Port-of-entry-*, *On-entry-* oder *On-arrival-Screening* bezeichnet wird. Obwohl die Verweigerung der Einreise bestimmter Gruppen auf Basis des Gesundheitszustandes durch den *Commonwealth Immigrants Act* von 1962 weiter vereinfacht worden war, wurden noch keine systematischen Testungen auf Tuberkulose vorgenommen. Gefordert wurde nun die Nutzung der mittlerweile gut verfügbaren Röntgentechnologie in Form von systematischen Untersuchungen auf aktive Lungentuberkulose an allen Einreisepunkten (Welshman 2006, S. 301ff.). Zu Beginn der 1960er-Jahre bringt die BMA die Forderung nach der Einführung eines solchen Systems mit zunehmender

⁹ Das damalige *Ministry of Health* (MOH) wird 1968 vom *Department of Health and Social Security* (DHSS) abgelöst, das wiederum 1988 vom *Department of Health* (DOH) abgelöst wird.

Vehemenz vor, unter anderem in einer Reihe von programmatischen Veröffentlichungen im selbst herausgegebenen *British Medical Journal* (BMJ), in denen das Ministerium direkt adressiert wird (Welshman 2003, S. 42). Das Ministerium trägt wiederum eine Reihe Gegenargumente zusammen, die sich auf den personellen und technischen Aufwand, die schiere Anzahl an möglichen Ankunftspunkten, logistische Herausforderungen im Hinblick auf Verspätungen und ggf. die Unterbringung und Rückreise infizierter Personen beziehen (Welshman 2006, S. 302ff.). Darüber hinaus wurde eine Selektion bestimmter Gruppen von Migrant/innen als problematisch angesehen. Das Ministerium befürchtete, dass es zu einer Diskriminierung aufgrund der Hautfarbe kommen könnte, die wiederum die Opposition anderer Ministerien, namentlich des CRO und des *Foreign Office* (FO), nach sich ziehen könnte. Ein diesbezüglicher Lösungsvorschlag sah jedoch die Bezugnahme auf Mortalitätsraten in den jeweiligen Herkunftsländern als gleichsam objektives Selektionskriterium vor (Welshman 2006, S. 304). Trotz intensiver und anhaltender Korrespondenz zwischen den verschiedenen Akteur/innen blieb der Ansatz eines Screenings unmittelbar bei Einreise umstritten. Auch auf einer 1962 eigens einberufenen Konferenz, an der das *Ministry of Health*, das *Commonwealth Relation Office*, das *Home Office*, das *Aviation Office* und das *Colonial Office* teilnahmen, konnte kein Konsens erzielt werden (Welshman 2006, S. 305). Dennoch wurde 1965 probeweise eine entsprechende Anlage zur systematischen Röntgenuntersuchung von einreisenden Migrant/innen am Flughafen von Heathrow installiert¹⁰, wobei der damalige Gesundheitsminister den experimentellen Charakter der Maßnahme betonte (ebd.).

Ein drittes Modell in der Debatte um Screenings von Migrant/innen auf Tuberkulose während der 1960er-Jahre war das so genannte *Screening-after-arrival-* oder *Port-of-arrival-*System. Die Gesetzeslage ließ bereits zu, dass Grenzbehörden die Einreise von Personen unter der Auflage gestatten konnten, dass diese sich zu einem späteren Zeitpunkt bei lokalen *Medical Officers of Health* (MOsH) meldeten. Diese konnten dann ggf. verpflichtende Untersuchungen nachträglich anordnen. Auch dieses System konnte sich auf wissenschaftliche Erkenntnisse berufen. Bereits während der 1950er-Jahre wiesen verschiedene Studien darauf hin, dass die meisten Migrant/innen Tuberkulose erst lange nach ihrer Einreise entwickeln bzw. sich die Infektion erst in Großbritan-

¹⁰ Später wurde das Programm auch auf den Flughafen von Gatwick ausgeweitet (UKBA 2012, S. 8).

nien zuziehen. Vermehrt wurde auf strukturelle, die Krankheit begünstigende Faktoren, wie beispielsweise schlechte sanitäre Anlagen und die Enge in überbelegten Wohnräumen, hingewiesen (Welshman 2006, S. 306). Das Gesundheitsministerium folgte diesen Studien so weit, die Effektivität von *On-entry*-Screeningmaßnahmen in Zweifel zu ziehen (ebd.). Schließlich wurde das *Port-of-arrival*-System ab 1965 etabliert und 1968 in einer Novellierung des *Commonwealth Immigrants Act* explizit festgeschrieben (Welshman 2006, S. 308). Diese Vorgehensweise des Ministeriums ist aus Sicht von John Welshman auf verschiedene Gründe zurückzuführen, die sich zum einen aus wissenschaftlichen Erkenntnissen, zum anderen aus politischen Dynamiken ergaben:

„The creation of the port of arrival system can be seen as the obvious policy option, once the alternatives of screening in country of origin, and screening at the port of entry, had been deemed impracticable. It was rooted in epidemiological evidence on the transmission of the disease, a desire to be seen to be doing something, responding to the criticisms of the BMA, and surrendering to the attraction of devolving responsibilities to local level.“ (Welshman 2006, S. 308)

Der Diskurs um das Screening von Migrant/innen auf Tuberkulose, der sich insbesondere ab den 1950er-Jahren manifestiert, bringt also innerhalb von etwa zwei Dekaden nachhaltige Machteffekte hervor. Migrant/innen wurden in diesem Diskurs nicht nur als vermeintliche Gefahr für die Gesundheit der britischen Bevölkerung, sondern auch als Belastung für das Versorgungssystem dargestellt:

„Auffallend ist, welche große Rolle der Vorwurf spielte, Zuwanderer seien darauf aus, die Ressourcen des Wohlfahrtsstaates auszubeuten. Hier mischten sich Bilder von faulen, schmarotzenden Fremden mit Stolz auf das – denkt man den National Health Service – ja in wesentlichen Teilen gerade erst durchgesetzte System sozialer Sicherungen und mit Ängsten um die Leistungsfähigkeit und den Bestand dieses Systems.“ (Schönwälder 2001, S. 89)

Die Auseinandersetzung um geeignete bzw. umsetzbare Maßnahmen findet wesentlich auf ministerialer Ebene statt, wobei entscheidende Impulse von Akteur/innen aus dem Bereich der Medizin ausgehen. Besonders deutlich zeigt sich die Konfliktlinie zwischen der BMA und dem Gesundheitsministerium. Während Ersteres für restriktive Maßnahmen plädiert, die eine Einreise infizierter Migrant/innen bereits im Herkunftsland, spätestens jedoch an der Grenze zu Großbritannien verhindern sollen, wird seitens des Ministeriums eine lokale Strategie favorisiert, die ein Screening auch nach der Einreise zulässt. Festzuhalten bleibt an dieser Stelle, dass beide Ansätze zwar parallel verfolgt werden, jedoch bereits zum Zeitpunkt ihrer Implementierung umstritten sind.

Die beiden Praktiken des *On-entry-* und *Port-of-arrival-Screenings* blieben während der zweiten Hälfte des Jahrhunderts konstitutiv für das Screening von Migrant/innen auf Infektionskrankheiten in Großbritannien. Eine Neuausrichtung des Screeningansatzes sollte erst wieder zu Beginn des neuen Millenniums erfolgen.

2.2 Kategorien, Identitäten und ‚Migrant/innen-Krankheiten‘: diskursive Verknüpfungen von Migration und Infektionskrankheiten

Soziologische Arbeiten, die sich mit dem Screening von Migrant/innen beschäftigen – teilweise mit historischen Bezügen, teilweise eher gegenwartsorientiert –, nähern sich dem Gegenstand häufig aus einer diskursanalytischen Perspektive und betrachten Screening als Effekt verschiedener Diskurse, also gesellschaftlich produzierten Wissens.

Sie analysieren die Konstruktion bestimmter Infektionskrankheiten bzw. der von ihnen betroffenen Personengruppen in wissenschaftlichen, medialen respektive politischen Diskursen. Sie fokussieren dabei auf Tuberkulose, HIV/Aids oder beide Krankheiten und stellen nicht selten verschiedene nationale Kontexte einander gegenüber. So zeigen beispielsweise Hella von Unger und Kolleg/innen, wie Tuberkulose im wissenschaftlichen Diskurs in Deutschland und Großbritannien seit den 1980er-Jahren im Zusammenhang mit Migration verhandelt wurde (von Unger et al. 2016). Dabei gehen die Autor/innen von der Epidemiologie, also einem sehr spezifischen Feld der Produktion wissenschaftlichen Wissens, aus und analysieren Dokumente der Gesundheitsberichterstattung, der typischen Form der Dissemination dieses Wissens. Der Fokus der Analyse liegt auf den in der epidemiologischen Forschung und schließlich in der Gesundheitsberichterstattung angewandten Kategorien, wobei die Kategorisierung

selbst, mit Bezug auf die Arbeiten von Reiner Keller, als diskursive Praktik im Sinne einer diskursspezifischen Form der Aussagenproduktion verstanden wird (von Unger et al. 2016, S. 162). Jene Kategorien in der Gesundheitsberichterstattung zu Tuberkulose während der 1980er-Jahre, die einen Bezug zu Migration aufweisen, stellen in Deutschland auf Staatsangehörigkeit, in Großbritannien dagegen primär auf Ethnizität ab, was zum Teil mit den unterschiedlichen soziohistorischen Entstehungskontexten, nämlich der Kolonialgeschichte bzw. der kritischen Auseinandersetzung mit dem Nationalsozialismus, begründet werden kann (von Unger et al. 2016, S. 172). Ungeachtet dieses Unterschieds liegt der aus Sicht der Autor/innen entscheidende Effekt dieser Kategorien in der Konstruktion vermeintlich homogener Bevölkerungsgruppen, auf die sich die registrierten Fälle von Tuberkulose unterschiedlich verteilen:

„Die hier besprochenen Daten zeigen, dass sowohl in der deutschen als auch der britischen Gesundheitsberichterstattung der 1980er Jahre Gruppen bestimmt wurden, für die eine im Vergleich zur ‚Gesamtbevölkerung‘ erhöhte Infektionsrate für Tuberkulose festgestellt wurde. In Deutschland fand dies mithilfe der Kategorie ‚Ausländer‘ auf der Basis der Unterscheidung deutsche vs. keine deutsche Staatsangehörigkeit statt, während in Großbritannien Klassifizierungen von ‚ethnic groups‘ bzw. ‚ethnic origin‘ verwendet (und verschiedene Gruppen von ‚white ethnic origin‘ unterschieden) wurden.“ (von Unger et al. 2016, S. 168f.)

Die jeweils mit Bezug zu Staatsangehörigkeit bzw. Ethnizität konstruierten Mehrheitsbevölkerungen und die unter ihnen rückläufigen Tuberkuloseerkrankungszahlen gelten als Norm bzw. Referenz und stellen gleichsam den Ausgangspunkt zur Bewertung des Tuberkulosegeschehens insgesamt sowie der Problematisierung von Erkrankungsfällen in anderen Bevölkerungsgruppen dar:

„Die Gruppen, die von dieser Mehrheitsgruppe unterschieden werden, sind die jeweils ‚anderen‘, die dem positiven Trend des Rückgangs der Tuberkulose in beiden Ländern zuwiderlaufen. Wir sehen, wie ‚Ausländer‘ und ‚MigrantInnen‘

(bzw. in Großbritannien auch ‚ethnic minorities‘) als epidemiologisches Problem konstituiert werden – ein Muster, das in den 1990er Jahren noch klarere Konturen annehmen wird.“ (von Unger et al. 2016, S. 169)

Welche Schlüsse aus der augenscheinlich höheren Betroffenheit gezogen werden bzw. wie dieses konstruierte epidemiologische Problem gedeutet wird, unterscheidet sich nicht zuletzt im Hinblick auf verschiedene Akteur/innen. Während einige Migrant/innen primär als Gefahr für die übrige Bevölkerung darstellen, betonen andere menschenrechtliche Verpflichtungen und die Notwendigkeit, Ungleichheiten in der gesundheitlichen Versorgung abzubauen, sodass:

„AusländerInnen‘, ‚MigrantInnen‘, ‚immigrants‘ und ‚ethnic minorities‘ in den Diskursen nicht durchgängig und ausschließlich als Gefahr für die öffentliche Gesundheit dargestellt [werden], sondern auch als Gruppen, die besonders vulnerabel sind und aufgrund ihrer erhöhten Betroffenheit besondere Schutzmaßnahmen sowie eine angemessene gesundheitliche Versorgung erhalten sollten“ (von Unger et al. 2016, S. 169).

Ungeachtet dieser unterschiedlichen Deutungen lässt sich auf Basis dieser Analyse spätestens seit den 1980er-Jahren sowohl in Deutschland als auch in Großbritannien eine starke Assoziation von Tuberkulose mit Migration bzw. Migrant/innen in der Gesundheitsberichterstattung bzw. dem wissenschaftlichen Diskurs feststellen. Diese äußert sich nicht zuletzt in Begriffen wie ‚Ausländertuberkulose‘ bzw. ‚asian immigrant tuberculosis‘, die in der Gesundheitsberichterstattung dieser Zeit verwendet werden und nahelegen, es würde sich bei Migrant/innen um eine andere Form der Tuberkulose, gleichsam um eine andere Krankheit handeln (von Unger et al. 2016, S. 166).

Auch Janina Kehr (2010) beschreibt, wie Tuberkulose in Deutschland diskursiv als ‚Migrantenkrankheit‘ konstruiert wird, indem über bestimmte „Techniken wie jene der selektiven medialen Repräsentationen und der epidemiologischen Prozentualrechnungen immer wieder ein kategorischer Unterschied zwischen der Tuberkulose von In- und AusländerInnen festgeschrieben wird“ (Kehr 2010, S. 163). Auch sie benennt in diesem Zusammenhang „ambivalente Artikulationen“ (ebd.), die eine kategorische

Unterscheidung zwischen In- und Ausländer/innen kontinuierlich reproduzieren, gleichzeitig aber auch zwischen gefährlichen und gefährdeten Migrant/innen unterscheiden würden (ebd.).

Zwar erwähnt Kehr (2010) die Darstellung epidemiologischer Daten und verweist damit implizit auf die Gesundheitsberichterstattung, jedoch fokussiert sie in ihrer Analyse auf die mediale Berichterstattung zu Tuberkulose. Dabei zeigt sie, wie nicht nur Tuberkulose im Allgemeinen, sondern insbesondere resistente Tuberkulosestämme mit Migration in Verbindung gebracht wird. Auf diese Weise, so argumentiert sie, würde der Krankheit, die in der Regel, d. h. in ihrer nicht resistenten Form, gut behandelbar ist, im Zusammenhang mit Migration eine neue Relevanz beigemessen:

„Indem Tuberkulose in der Mehrzahl von Zeitungs- und Zeitschriftenartikeln wie auch Presseerklärungen mit Migration und Resistenz verknüpft wird, erscheinen Migrationsphänomene als Hauptursache für die neue Relevanz der alten Krankheit, MigrantInnen als Hauptbetroffene und Resistenzen als an sie gekoppelte, besorgniserregende Zusätze.“ (Kehr 2010, S. 168)

Diese Koppelung von Migration, Tuberkulose und Resistenzen, so betont Kehr, würde jedoch in Deutschland nicht mehr zur Legitimation von Exklusion dienen, sondern vielmehr einer explizit gesundheitspolitischen Strategie folgen, die in Zeiten knapper Ressourcen einer marginalisierten Krankheit zu neuer Aufmerksamkeit verhelfen soll:

„Da angesichts der sinkenden Tuberkulosefallzahlen eine aktuelle Relevanz der Krankheit nicht über Quantität hergestellt werden kann, geschieht dies über die Artikulation multiresistenter Bakterien und migrierender Menschen, die die alte Krankheit Tuberkulose auch noch heute als aktuell und gefährlich, da potenziell wieder unkontrollierbar, darstellt.“ (Kehr 2010, S. 168)

Während Tuberkulose bzw. verpflichtende Testungen von Asylsuchenden auf Tuberkulose in Deutschland demnach heute nicht mehr – wie einst im Kontext der systematischen ärztlichen Untersuchungen von ausländischen Arbeitskräften während der Phase der gezielten Anwerbung durch die Bundesrepublik – als Selektionskriterium

zum Ausschluss von Migrant/innen dienen, kann dies in Großbritannien durchaus beobachtet werden. Penelope Scott und Kolleg/innen (2017) beschreiben, wie die in der Migrationsgesetzgebung seit den 1960er-Jahren sukzessiv eingeführten Screeningmaßnahmen für Tuberkulose (wie im vorangegangenen Abschnitt dargestellt) und auch das zuletzt eingeführte *Pre-entry-Screening* dazu dienten, Migrant/innen aufgrund ihres Gesundheitszustands die Einreise nach Großbritannien zu verweigern. Die Autor/innen begreifen Screening als einen Machteffekt von Diskursen, in denen auf spezifische Weise Wissen zu Tuberkulose und Migration hergestellt wird. Das Screening selbst trägt wiederum zu der im Diskurs vorherrschenden Konstruktion von Tuberkulose als vermeintlicher Migrantenkrankheit bei:

„The resulting power/knowledge complexes have combined migration policies with public health policies and knowledge production in specific ways. The power effects of these overlapping discourses have become manifested in immigration laws and compulsory pre-entry screening procedures that discursively construct TB as a disease of immigration.“ (Scott et al. 2017, S. 278)

Anhand des Vergleichs der Gesundheitsberichterstattung zu Tuberkulose mit jener zu HIV/Aids zeigen die Autor/innen, dass eine analoge Konstruktion im Hinblick auf HIV/Aids nicht stattgefunden hat, obgleich auch in der diesbezüglichen Gesundheitsberichterstattung seit den 1980er-Jahren ein Fokus auf Migration bzw. Migrant/innen gelegt wurde. Dies führen sie auf ein spezifisches historisches Moment zum Zeitpunkt, da die Gesundheitsberichterstattung zu HIV/Aids einsetzte, zurück:

„By contrast, HIV/AIDS health reporting developed during a period when the international human rights discourse, local activism and a shift from ‚old‘ to ‚new‘ public health led to the prioritising of a consensual approach to policy-making and attention to observing the principle of non-discrimination in knowledge production.“ (Scott et al. 2017, S. 278)

Zu einer ähnlichen Einschätzung gelangt Rosemary Taylor (2013). Sie nähert sich dem Gegenstand ebenfalls aus einer diskursanalytischen Perspektive, setzt jedoch unmit-

telbar beim Screening von Migrant/innen auf Tuberkulose bzw. HIV/Aids an und vergleicht entsprechende Praktiken in Frankreich, Großbritannien und Deutschland. Sie geht davon aus, dass sich die Maßnahmen in den untersuchten nationalen Kontexten im Wesentlichen gleichen („All screen and test for TB but, with a few local exceptions, do not screen or test migrants for HIV.“; Taylor 2013, S. 243), und fragt nach den Gründen, warum mit beiden Krankheiten in diesem Kontext so unterschiedlich umgegangen wird. Zur Erklärung bietet sie ein Konzept an, das sie mit dem Begriff „disease identities“ (Taylor 2013, S. 245) benennt und wie folgt beschreibt:

„To explain the different approaches of these countries to screening migrants and other travellers for TB and HIV, I suggest that we need to see diseases in more sociological terms, as phenomena whose sufferers acquire certain ‚identities‘. These identities are typically forged at the time when the disease acquires prominence in public discourse and, like the stereotypes associated with minority groups, they are slow to change and difficult to dispel. Thus, identities associated with a disease shaped in a specific historical context travel forward through time where they remain influential even in new contexts.“ (Taylor 2013, S. 245)

Die hier von Taylor konstatierte Persistenz diskursiv hergestellter Identitäten scheint sich im Hinblick auf Tuberkulose, insbesondere angesichts der in diesem Kapitel rezipierten Arbeiten, zu bestätigen. Auch Taylor selbst geht davon aus, dass die Krankheit heute primär mit Migration in Verbindung gebracht wird: „In the 21st century public mind, TB is associated with poverty, homelessness and, above all, migrants.“ (Taylor 2013, S. 247)

Ähnlich wie Scott und Kolleg/innen (2017) geht Taylor jedoch im Zusammenhang mit HIV/Aids von einer historischen Phase aus, in der sich ein neues Verständnis über den Umgang mit Epidemien etablierte. Sie betont die Bedeutung von aktivistischen Bewegungen („gay rights groups“; Taylor 2013, S. 247), zivilgesellschaftlichen Organisationen und eines internationalen Diskurses zu Menschenrechten und kommt zu folgendem Schluss:

„Thus, AIDS, too, acquired a certain identity by virtue of the context in which it came to public attention. The image of the PWA [*People with AIDS*; Anmerk. d. Verf.] that emerged in the developed democracies was a person who had rights that should be upheld.“ (Taylor 2013, S. 248)

Diese diskursiv hergestellte Identität von mit HIV infizierten Menschen als Träger/innen von schützenswerten Rechten erklärt für Taylor, warum ein Screening von Migrant/innen auf diese Krankheit in den von ihr untersuchten Ländern bis auf wenige ‚lokale Ausnahmen‘¹¹ (Taylor 2013, S. 243) nicht stattfindet. Eine derartige Wahrnehmung von mit HIV infizierten Menschen ist jedoch im Hinblick auf Migrant/innen keineswegs selbstverständlich, was sich sowohl in ebenjenen ‚lokalen Ausnahmen‘ als auch daran zeigt, dass eine verpflichtende Testung von Migrant/innen auf HIV/Aids im Zusammenhang mit Screeningmaßnahmen immer wieder neu diskutiert wurde bzw. wird, was im Rahmen dieser Arbeit gezeigt wird.

Vieles in der bisherigen Literatur deutet eher auf eine grundsätzliche diskursive Verknüpfung von Migration und der Einschleppung von Infektionskrankheiten hin. Dies wird in den historischen Betrachtungen zu Tuberkulose zwar besonders deutlich. Jedoch ist diese diskursive Verknüpfung nicht unbedingt auf eine bestimmte Infektionskrankheit beschränkt. In diesem Sinne untersuchen auch Natalie Grove und Anthony Zwi (2006), wie Migrant/innen, insbesondere Geflüchtete, im öffentlichen Diskurs in ‚entwickelten‘ Aufnahmeländern dargestellt werden und wie sich dies im Public-Health-Bereich auswirkt. Sie zeigen, wie Geflüchtete im öffentlichen Diskurs in erster Linie als Bedrohung dargestellt werden (Grove und Zwi 2006, S. 1934). Jürgen Link (2006) hat in seiner Analyse des medialen Diskurses zu Asyl in Deutschland während der 1990er-Jahre gezeigt, wie Asylsuchende in der medialen Berichterstattung häufig mit Begriffen wie ‚Flut‘, ‚Welle‘ und Ähnlichen beschrieben wurden und somit mit Naturgewalten assoziiert wurden (ebd.). Grove und Zwi (2006) erachten dies als grundlegendes Muster im öffentlichen Diskurs der ‚entwickelten‘ Aufnahmeländer und zeigen, wie entsprechende Metaphern zu einem Gefühl der Bedrohung und tendenziell negativen Assoziationen beitragen: „The adoption of metaphors of threat, of natural

¹¹ Gemeint ist hier die zum Zeitpunkt der Veröffentlichung bestehende verpflichtende Testung von Geflüchteten auf HIV/Aids in den Bundesländern Bayern und Sachsen, die mittlerweile nur noch in Bayern durchgeführt wird.

disaster, of invasion, of war, and of contagion, have helped construct people on the move in an impersonal, destructive and destabilising light.“ (Grove und Zwi 2006, S. 1934)

Grove und Zwi (2006) arbeiten mit dem Konzept des *Othering*, worunter sie einen Prozess verstehen, bei dem die eigene Identität durch Abgrenzung und Stigmatisierung anderer definiert wird, das Eigene als ‚normal‘ und das Andere als ‚abweichend‘ begriffen werden (Grove und Zwi 2006, S. 1933). Dieser Prozess des *Othering* wirkt sich aus ihrer Sicht im Kontext des Public-Health-Bereichs in spezifischer Weise aus. Zwar werde durchaus anerkannt, dass gerade Geflüchtete besonderen gesundheitlichen Risiken ausgesetzt sind. Jedoch würde in Aufnahmeländern weniger auf deren Versorgung, sondern vielmehr auf deren Status als ‚kranke Andere‘ und die potenzielle Infektionsgefahr für die autochthone Bevölkerung fokussiert werden:

„In addition to co-opting the language of natural disasters and war, referred to earlier, refugees are often also portrayed as a threat to a robust and healthy society, a threat of disease itself. *They* must be screened and quarantined to avoid the spread of disease. This inverts health concerns such that the receiving population is seen to be under threat rather than attending to the health needs of the displaced.“ (Grove und Zwi 2006, S. 1937)

Während Grove und Zwi (2006) primär die Auswirkungen des öffentlichen Diskurses um Migration im Public-Health-Bereich in den Blick nehmen und Screening als einen kontextspezifischen Effekt eines generellen *Othering* beschreiben, verorten andere Autor/innen Screening in einem weiterreichenden Zusammenhang von migrationspolitischen Maßnahmen. So weisen etwa Brian Gushulak und Douglas MacPherson (2006a) darauf hin, dass Screening nicht notwendigerweise nur in epidemiologischen bzw. Public-Health-Kontexten Anwendung findet: „Although designed to use epidemiologic science to improve health and reduce mortality and morbidity in a clinical context, screening is also used in other nonclinical settings.“ (Gushulak und MacPherson 2006a, S. 121) So kann Screening auch in eher administrativen Kontexten, wie im Zusammenhang mit Migrationspolitiken, erfolgen (ebd.). Dabei würden unter Umständen völlig andere Kriterien angelegt, als es sonst im Hinblick auf Screeningmaßnahmen üblich ist:

„The legal and administrative requirements of certain immigration programs, for example, may entail or necessitate the use of medical screening tests that on simple epidemiologic or public health grounds would appear to be neither indicated nor useful.“ (Gushulak und MacPherson 2006a, S. 121)

Routinemäßige Screeningprogramme, die sich an rechtlichen bzw. regulatorischen Vorgaben orientieren, würden jedoch mit großer Wahrscheinlichkeit individuellen Gesundheitsbedürfnissen der betroffenen Migrant/innen nicht gerecht werden und vielmehr dem Schutz der einheimischen Bevölkerung vor der Einschleppung von Krankheiten dienen (ebd., S. 130).

2.3 Schlussfolgerungen für die vorliegende Arbeit

Vor dem Hintergrund des skizzierten Forschungsstands sollen an dieser Stelle einige Schlussfolgerungen für die vorliegende Arbeit gezogen werden. Zunächst wurde deutlich, dass die hier rezipierten Arbeiten sich dem Gegenstand des Screenings von Migrant/innen aus einer diskursanalytischen Perspektive annähern. Auch für die vorliegende Arbeit wird ein solcher Zugang gewählt, wobei eine Orientierung an dem von Reiner Keller (2011b) entwickelten Forschungsprogramm der *Wissenssoziologischen Diskursanalyse* (WDA) erfolgt.

Bisher wurde Screening als Machteffekt von Diskursen, beispielsweise innerhalb der Gesundheitsberichterstattung (REF), beschrieben. Wie noch gezeigt wird, lässt sich jedoch davon ausgehen, dass sich insbesondere seit der Jahrtausendwende ein eigenständiger Diskurs zu Screening, dessen Nutzen und Legitimität entwickelt hat.

Trotz vereinzelter Verweise auf strukturelle Rahmenbedingungen von Screening, beispielsweise rechtliche Aspekte (Kehr 2012) und Strukturen von Institutionen (Taylor 2013), oder der Auseinandersetzungen auf ministerialer Ebene (Welshman 2006) wurde das spezifische Zusammenwirken von Diskursen, rechtlichen Rahmenbedingungen und materieller Infrastruktur nicht systematisch untersucht. Hier bietet die im Rahmen dieser Arbeit angewandte Forschungsperspektive der WDA mit dem Konzept des *Dispositivs* (siehe 3.1) einen methodologisch fundierten Zugang zur Annäherung an diesen Zusammenhang.

Darüber hinaus beziehen sich bisherige Analysen zu Screenings von Migrant/innen in Großbritannien zumeist auf die Zeit vor der offiziellen Einführung des *Pre-entry-Screenings*, das einen fundamentalen Wandel in der Screening-Strategie des Landes darstellt (siehe 6.2). Auch die jüngsten Entwicklungen des Diskurses im Zusammenhang mit der vermehrten Ankunft Geflüchteter in Europa während der vergangenen Jahre (insbesondere während des Jahres 2015) werden noch nicht berücksichtigt. Schließlich findet, trotz oftmals vergleichender Anlage der Studien, keine systematische Analyse überstaatlicher Zusammenhänge statt, die jedoch gerade in den vergangenen Jahren, nicht zuletzt aufgrund der Entwicklungen auf Ebene der EU, zunehmend relevant geworden sind.

3 Theoretische Rahmungen

Die theoretische Rahmung der vorliegenden Arbeit ist zweigeteilt. Die Rezeption des Forschungsstands im vorangegangenen Kapitel hat gezeigt, dass viele Arbeiten, die sich mit dem Screening von Migrant/innen auseinandersetzen, sich diesem Gegenstand aus einer diskursanalytischen Perspektive annähern. Dabei wird jedoch nicht immer expliziert, welches Verständnis von Diskurs(en) jeweils zugrunde gelegt wird. Die vorliegende Arbeit orientiert sich, wie erwähnt, am Forschungsprogramm der WDA, das selbst bereits gewisse theoretische Vorannahmen mit sich bringt. Im ersten Teil dieses Kapitels geht es daher zunächst darum, zu zeigen, wie die theoretische Annahme eines Diskurses im Hinblick auf das Screening von Migrant/innen auf Infektionskrankheiten im vorliegenden Fall konzeptualisiert wird (3.1). Während im ersten Teil dieses Kapitels also eine diskurstheoretische Annäherung an das Thema vollzogen wird, geht es im zweiten Teil dieses Kapitels darum, zu erörtern, welche weiteren soziologischen Theorieangebote sich zu einem besseren Verständnis des Screenings von Migrant/innen auf Infektionskrankheiten als sozialer Praxis anwenden lassen. Dabei wird insbesondere auf das von Michel Foucault entwickelte Konzept der *Biomacht* bzw. *Biopolitik*, dessen Rezeption (3.2) sowie theoretische Überlegungen zu Prävention eingegangen (3.3).

3.1 Zur Verbindung von Wissenssoziologie und Diskurstheorie

Die WDA gründet auf der Verbindung von Wissenssoziologie, Diskurstheorie und dem interpretativen Paradigma der qualitativen Soziologie (Keller 2011b). Seit ihren Anfängen hat die Wissenssoziologie Ideengeschichte, Ideologien, aber auch wissenschaftliches Wissen selbst zum Gegenstand ihres Interesses gemacht. So ging Karl Mannheim (2015) in kritischer Auseinandersetzung mit dem Ideologiebegriff von Karl Marx davon aus, dass jegliches Wissen partikular, seinsgebunden und in gewissem Sinne als ideologisch zu betrachten ist (ebd.). Wenig später zeigt Ludwig Fleck (1980) am Beispiel von Syphilis, wie auch das Wissen zu einer Krankheit, also biomedizinisches, wissenschaftliches Wissen, sozial hergestellt wird (ebd.). Als Akteur/innen beschreibt er dabei „Denkkollektive“ und geht, ähnlich wie Mannheim, von spezifischen „Denkstilen“ aus (ebd.). Peter Berger und Thomas Luckmann (1980), ihrerseits durch den amerikanischen Pragmatismus und den symbolischen Interaktionismus geprägt, erweitern das Spektrum der Wissenssoziologie schließlich um das, was sie als „Alltagswissen“ (ebd.) bezeichnen. Mit ihrer Vorstellung von Wissen schließen sie all das mit ein, was Menschen als wirklich erachten, und beschreiben, wie dieses Wissen in sozialen Interaktionen hergestellt, interpretiert, angeeignet, verändert und die Wirklichkeit somit gesellschaftlich konstruiert wird (ebd.).

Ebenso wenig, wie die verschiedenen Ansätze und Entwicklungslinien der Wissenssoziologie an dieser Stelle erschöpfend dargestellt werden können, können die umfangreiche theoretische Fundierung der WDA sowie deren Abgrenzung zu alternativen diskursanalytischen Forschungsprogrammen zur Gänze nachvollzogen werden. Allerdings möchte ich im Folgenden an eine spezifische Diskussion im Zusammenhang mit den theoretischen Hintergründen des Forschungsprogramms anschließen, in der Reiner Keller eine „diskursorientierte symbolisch-interaktionistische Wissenssoziologie“ (Keller 2011b, S. 75) von dem Diskursverständnis Michel Foucaults unterscheidet und schließlich vorschlägt, beide Perspektiven zu verbinden.

Um das Interesse einer symbolisch-interaktionistischen Wissenssoziologie an Diskursen nachvollziehen zu können, ist es hilfreich, sich zunächst die Basisannahmen des symbolischen Interaktionismus in der Zusammenfassung nach Herbert Blumer (1981) zu vergegenwärtigen. Demnach handeln Menschen Dingen gegenüber auf Grundlage der Bedeutung, die diese Dinge für sie haben, wobei mit ‚Dingen‘ alles Wahrnehmbare

(also Gegenstände, Lebewesen, Ideen etc.) gemeint ist. Die Bedeutung ihrerseits entsteht aus sozialer Interaktion bzw. ist aus ihr abgeleitet und wird in einem interpretativen Prozess der Auseinandersetzung mit den Dingen genutzt, gehandhabt und abgeändert (ebd., S. 81). Reiner Keller weist darauf hin, dass der symbolische Interaktionismus nicht nur die Notwendigkeit von Interpretationsprozessen, sondern auch die überindividuelle bzw. kollektive Dimension der Aushandlung sozialer Wirklichkeit betont. Menschen weisen demnach materiellen wie immateriellen Dingen nicht einfach nur Bedeutungen zu, sondern entwickeln konventionalisierte, also geteilte, Deutungs- und Handlungsmuster und konstruieren dadurch eine gemeinsame Wirklichkeit (Keller 2011b, S. 74). In diesem Sinne, so Keller weiter, hat bereits seit Anfang der 1970er-Jahre eine Hinwendung des symbolischen Interaktionismus zu Diskursen im Sinne von „konflikthaften Auseinandersetzungen zwischen kollektiven Akteuren über gültige Wirklichkeitsdefinitionen“ stattgefunden, die als öffentliche Diskurse verstanden wurden (ebd.). Die Rede ist dabei von *allgemeinöffentlichen Diskursen* als Aushandlungsprozessen mit einer allgemeinen Teilnehmer- und Publikumsorientierung (Keller 2011b, S. 76).

Diesem Verständnis von Diskursen lässt sich das Konzept spezifischer *Spezialdiskurse* gegenüberstellen, zu denen nur begrenzte Teilnehmer/innen und Publika zugelassen sind (ebd.). So hatte Michel Foucault im Hinblick auf verschiedene institutionelle Bereiche und Praxisfelder einer Gesellschaft (beispielsweise Recht, Wissenschaft, Wirtschaft, Politik) vorgeschlagen, diese auf die Formationsregeln der dort auffindbaren Diskurse zu untersuchen (Keller 2011b, S. 228). So fragte Foucault danach, wie in den jeweiligen Spezialdiskursen die Gegenstände gebildet werden, von denen gesprochen wird (Formation der Gegenstände), aber auch danach, wer überhaupt legitime/r Sprecher/in ist bzw. von welchen Subjektpositionen und institutionellen Orten aus über einen Diskursgegenstand gesprochen werden kann (Formation der Äußerungsmodalitäten). Darüber hinaus fragte er nach dem Einsatz rhetorischer Schemata, dem Aufbau von Argumenten (Formation der Begriffe) und schließlich der Funktion eines Diskurses im Hinblick auf andere Diskurse und nichtdiskursive Praktiken (Formation der Strategien) (Keller 2011b, S. 134).

Diese Fragen machen deutlich, dass es Foucault bei der Untersuchung der Formationen von Spezialdiskursen primär um die Struktur und weniger um die inhaltlichen Konkurrenzen und Gegensätzlichkeiten innerhalb der Diskurse ging (Keller 2011b, S. 228).

Demgegenüber besteht das Interesse an Diskursen in der Tradition des symbolischen Interaktionismus gerade in der inhaltlichen, politisch-argumentativen Auseinandersetzung (ebd., S. 229) im Rahmen von öffentlichen Diskursen, d. h. solchen mit „allgemeiner Publikumsorientierung in der massenmedial vermittelten Öffentlichkeit“ (Keller 2011a, S. 68). Für das Forschungsprogramm der WDA schlägt Reiner Keller vor, diese beiden Perspektiven zu verbinden:

„Gegenstände der Wissenssoziologischen Diskursanalyse sind dann sowohl öffentliche Diskurse wie auch institutionelle – also in gewissem Sinne teilöffentliche – Spezialdiskurse im Foucaultschen Verständnis. Sie werden im Hinblick auf ihre Träger, auf übereinstimmende oder unterschiedliche Formationsregeln und inhaltliche Positionierungen sowie deren Effekte untersucht.“ (Keller 2011b, S. 230)

Mit diesem breit angelegten Verständnis schließt die WDA nicht nur verschiedenste Formen von Diskursen ein, sondern ermöglicht darüber hinaus eine Analyse, die auf Struktur, Inhalt, aber auch auf über die jeweiligen Diskurse hinausgehende Effekte zu fokussieren vermag. Welche Aspekte aus diesem breiten Spektrum an Möglichkeiten letztendlich im Vordergrund stehen, muss im Hinblick auf das jeweilige Forschungsinteresse geklärt werden (Keller 2011b, S. 230). Bevor dies im Zusammenhang mit der vorliegenden Arbeit vollzogen wird, soll zunächst geklärt werden, von welcher Art Diskurs in selbiger ausgegangen wird.

Diskursbestimmung und -konzeptualisierung für die vorliegende Arbeit

Bisher sprach ich von einem Diskurs bzw. Diskursen zum Screening von Migrant/innen auf Infektionskrankheiten, ohne dies weiter zu spezifizieren. Die Benennung eines solchen Diskurses stellt jedoch für sich bereits eine begründungsbedürftige Setzung dar, die im Folgenden genauer nachvollzogen wird. Dabei möchte ich insbesondere klären, warum ich im vorliegenden Fall von einem politisch-wissenschaftlichen Spezialdiskurs ausgehe, wie ich diesen fasse und analytisch betrachte, also welche Forschungsgegenstände im engeren Sinne ich im Zusammenhang mit diesem Diskurs für mich definiere und welche Rolle das Verhältnis von Diskurs und Praktiken dabei spielt. Zwar kann

eine solche Annäherung nur vorläufig sein, ist ein Diskurs doch erst empirisch zu begründen und stellt vielmehr eine Konstruktion des/der Forschenden bzw. Ergebnis der Analyse als eine davon unabhängige Wirklichkeit dar (Keller 2011b, S. 265). Dennoch erscheint mir eine theoretisch und anhand der bestehenden Empirie informierte Ab- und Eingrenzung im Vorfeld sinnvoll.

Die Rezeption des Forschungsstands in Kapitel 2 hat gezeigt, dass sich sowohl in Deutschland als auch in Großbritannien entscheidende Entwicklungen in diesem Bereich während der 1950er-Jahre ergeben haben. Im Hinblick auf Großbritannien wurde zudem deutlich, dass sich die Auseinandersetzung um Screeningmaßnahmen für Migrant/innen in erster Linie auf ministerialer Ebene abspielte, wobei verschiedene Akteur/innen aus dem Bereich der Medizin entscheidende Impulse gaben. Krista Maglen (2014) weist jedoch darauf hin, dass bereits zu Beginn des vergangenen Jahrhunderts, also lange vor der politischen Auseinandersetzung um Screeningmaßnahmen für Migrant/innen, vermehrt Besorgnis in medizinischen Fachjournalen ob der ‚Einschleppung‘ von Cholera und anderen Infektionskrankheiten zum Ausdruck gebracht wurde (S. 4). Insofern könnte man hier von einem wissenschaftlichen Diskurs ausgehen, dessen Anfänge wesentlich weiter zurückreichen, als es die in Kapitel 2 beschriebenen Entwicklungen zunächst vermuten lassen. Einschränkend fügt Maglen jedoch an, dass dieses Thema in den politischen bzw. öffentlichen Debatten dieser Zeit kein breiteres Echo fand (Maglen 2014, S. 4). Besondere Relevanz erlangte dieses zunächst primär wissenschaftliche Wissen erst, als es in politische Debatten aufgenommen und unter anderem mit Fragen der nationalen Zugehörigkeit und des Zugangs zu Versorgungsleistungen in Verbindung gebracht wurde (Bivins 2015). Dieser Spur folgend frage ich in der vorliegenden Arbeit danach, wie das Screening von Migrant/innen wissenschaftlich und politisch verhandelt bzw. zwischen verschiedenen Akteur/innen aus Wissenschaft und Politik ausgehandelt wird und wie sich dies in konkreten Verfahrensweisen materialisiert. Dabei gehe ich bewusst von einem politisch-wissenschaftlichen Spezialdiskurs aus. Zwar liefert die bestehende Empirie vereinzelt Hinweise darauf, dass das Screening von Migrant/innen auf Infektionskrankheiten bisweilen auch in öffentlichen bzw. medialen Diskursen Erwähnung findet (z. B. Kehr 2010). Ich gehe jedoch davon aus, dass diese Erwähnungen sich eher einem allgemeinen Diskurs zu Migration zuordnen lassen. Ich verzichte daher auf eine systematische Analyse

medialer Berichterstattung, berücksichtige aber Verweise auf die ‚öffentliche Wahrnehmung‘ und Bezüge zu in der Bevölkerung vorhandenem Alltagswissen, sofern diese aus den Daten ersichtlich sind.

Operationalisierung der Fragestellung

Da sich die Perspektive der WDA sowohl auf die Inhalte von Diskursen als auch auf deren Formationsregeln beziehen lässt, lässt sie eine Fülle von unterschiedlichen Fragestellungen zu. In der vorliegenden Arbeit konzentriere ich mich auf drei Aspekte, die im Folgenden näher erläutert werden. Dabei wird das bisher lediglich skizzierte Forschungsinteresse weiter konkretisiert und im Hinblick auf den theoretischen Rahmen des Forschungsprogramms operationalisiert.

Zunächst interessiere ich mich für die Bedingungen der *Diskursproduktion* und frage danach, an welchen institutionellen Orten, nach welchen Regeln und durch welche (kollektiven) Akteur/innen bzw. Ereignisse der Diskurs zu Screenings von Migrant/innen auf Infektionskrankheiten in Deutschland und Großbritannien verbreitet wird (Keller 2011b, S. 263). Dabei geht es mir nicht darum, wann dieser Diskurs in den jeweiligen nationalstaatlichen Kontexten historisch erstmalig in Erscheinung tritt. Die Rezeption des Forschungsstands in Kapitel 2 hat bereits gezeigt, dass dieser wenigstens bis in die 1950er-Jahre zurückverfolgt werden kann. Mir geht es vielmehr darum, zu zeigen, wie sich dieser Diskurs innerhalb des Untersuchungszeitraums, also seit Beginn des neuen Millenniums bis etwa 2015, entwickelt hat. Damit verbunden stellt sich die Frage danach, welche Akteur/innen sich an diesem Diskurs beteiligen. Die Beteiligung an Diskursen erfolgt über die Besetzung von Sprecherpositionen. Sprecherpositionen beschreiben gleichsam Orte im Diskurs, von denen aus gesprochen werden kann. Der Zugang zu diesen ist diskursintern reguliert und setzt das Vorhandensein bestimmter Ressourcen voraus. So setzt beispielsweise die Teilnahme an wissenschaftlichen Diskursen bestimmte formale Qualifikationen voraus. Diese befähigen soziale Akteur/innen, entsprechende Sprecherpositionen, gleichsam als Rollenträger/innen, zu besetzen (Keller 2011b, S. 263). In meiner Analyse fokussiere ich zumeist auf die Ebene von Organisationen als kollektive/r Akteur/in. So gilt es zu klären, welche

Organisationen sich auf Grundlage welcher Ressourcen in Deutschland bzw. Großbritannien am Diskurs zu Screenings von Migrant/innen auf Infektionskrankheiten beteiligen. Ohne ihrer eingehenderen Beschreibung bzw. der Analyse ihrer Beziehungen zueinander vorzugreifen, sei an dieser Stelle bereits auf die Vielfalt der potenziell relevanten internationalen, nationalen und regionalen Akteur/innen verwiesen, die sich nicht immer eindeutig dem Bereich der Politik bzw. der Wissenschaft zuordnen lassen. So lassen sich die in dieser Arbeit berücksichtigten Ministerien, Behörden, Parteien und Regierungsvertreter/innen, aber auch Nicht-Regierungs- und zivilgesellschaftliche Organisationen noch relativ klar im Bereich des Politischen verorten. Im Hinblick auf die wissenschaftlichen Akteur/innen wird die Unterscheidung jedoch ungleich schwieriger, sind doch beispielsweise epidemiologisch forschende Einrichtungen meist zumindest teilstaatlich oder handeln in staatlichem Auftrag.

Eine weitere Frage, die sich im Zusammenhang mit der Diskursproduktion stellt, ist die nach den diskurstypischen Formen, in denen Äußerungen verbreitet werden. Während sich Analysen von öffentlichen Diskursen meist auf mediale Berichterstattung beziehen, bieten sich für wissenschaftliche Spezialdiskurse entsprechende Fachpublikationen bzw. -tagungen an (Keller 2011b, S. 265). Die Konzeption eines politisch-wissenschaftlichen Spezialdiskurses, wie sie im Rahmen dieser Arbeit vorgenommen wird, legt demgegenüber eine spezifische Zusammenstellung unterschiedlicher Dokumententypen und anderer Datenformate nahe. Eine nähere Beschreibung des entsprechenden Datenkorpus erfolgt in Kapitel 4.

Der zweite Aspekt, der mich in meiner Analyse leitet, betrifft die *Phänomenkonstitution*. In diesem Zusammenhang rückt die inhaltliche Ausgestaltung des Diskurses in den jeweiligen nationalen Kontexten und damit die Frage, welches Wissen dort als wirklich behauptet wird, in den Fokus. Diskurse, so betont Keller, „produzieren und prozessieren Deutungszusammenhänge, die Wirklichkeit in spezifischer Weise konstituieren“ (Keller 2011b, S. 265). Wenn Diskurse ihre Gegenstände jedoch erst in ihrer spezifischen Weise hervorbringen, so Keller weiter, könne nicht ohne weiteres vom Gegenstand ausgehend ein Diskurs erschlossen werden (ebd.). Für mich bedeutet das, dass ich zwar von einem Diskurs zum Screening von Migrant/innen auf Infektionskrankheiten ausgehe, das Screening selbst jedoch zunächst ein vorläufiges Referenz-

phänomen darstellt. Ob und inwieweit hier von einem bzw. mehreren Diskurs/en gesprochen werden kann, soll schließlich empirisch geklärt werden. Ein wesentliches Ziel der Diskursforschung sieht Keller in der „Beantwortung der Frage, welche(s) Wissen, Gegenstände, Zusammenhänge, Eigenschaften, Subjektpositionen usw. durch Diskurse als ‚wirklich‘ behauptet werden“ (ebd.). Analog dazu gehe ich in der vorliegenden Arbeit der Frage nach, wie für bzw. gegen ein Screening von Migrant/innen auf Infektionskrankheiten argumentiert wird, welche Bezüge zu weiteren Diskursen hergestellt werden, welche Rolle dabei wissenschaftliches Wissen spielt und wie Migrant/innen dabei dargestellt bzw. adressiert werden.

Der dritte und letzte Aspekt, auf den ich in meiner Analyse fokussiere, bezieht sich auf die mit dem Diskurs bzw. den Diskursen verbundenen Praktiken des Screenings selbst und damit auf dessen bzw. deren *Machtwirkungen*. Praktiken sind innerhalb der WDA in mehrerlei Hinsicht relevant. Zunächst kann sich der Begriff der Praktiken auf Handlungsvollzüge beziehen, die unmittelbar mit der Produktion bzw. Reproduktion eines Diskurses verbunden sind. Er verweist dann darauf, was im Zusammenhang mit dem oben genannten Aspekt der Diskursproduktion beschrieben wurde, nämlich auf die Art und Weise, wie sich soziale Akteur/innen, die Sprecherpositionen im Diskurs besetzen, in diesem äußern. Reiner Keller spricht hier von diskursiven Praktiken, unter denen er „beobachtbare und beschreibbare typische Handlungsweisen der Kommunikation“ (Keller 2011b, S. 228) oder konkreter noch „Formen der Aussageproduktion, die sich beispielsweise textförmig materialisieren (z.B. Presseerklärungen, wissenschaftliche Artikel, Vorträge)“ (Keller 2011a, S. 68), versteht. Der Begriff der Praktiken kann sich jedoch auch auf Handlungsvollzüge beziehen, die nicht in unmittelbarem Zusammenhang mit der Diskursproduktion stehen, unter Umständen jedoch durch den Diskurs angeleitet bzw. strukturiert werden. Reiner Keller spricht hier von diskursgenerierten Modellpraktiken und nennt als Beispiel Formen der Müllsortierung, die in den Abfalldiskursen in Deutschland während der 1980er-Jahre erst konzipiert und schließlich mittels gesetzlicher Verordnungen implementiert wurden (Keller 2007, [44]). Michel Foucault selbst suchte das komplexe Zusammenspiel von Diskursen, Praktiken, ideellen und materiellen Elementen mit dem Begriff des Dispositivs zu fassen und beschrieb dieses als

„[...] ein entschieden heterogenes Ensemble, das Diskurse, Institutionen, architekturelle Einrichtungen, reglementierende Entscheidungen, Gesetze, administrative Maßnahmen, wissenschaftliche Aussagen, philosophische, moralische oder philanthropische Lehrsätze, kurz: Gesagtes ebenso wohl wie Ungesagtes umfasst“ (Foucault 1978, S. 119f.).

Foucault bezieht den Begriff sowohl auf den Zusammenhang, der zwischen diesen verschiedenen Elementen hergestellt werden kann, als auch auf die unterschiedlichen Wechselwirkungen, die sich zwischen diesen ergeben können, etwa wenn um bestimmte Praktiken herum Diskurse entstehen oder sich aus Diskursen Praktiken bzw. materielle Strukturen ergeben (Foucault 1978, S. 120). Schließlich betont er die strategische Funktion eines Dispositivs als „Formation, deren Hauptfunktion zu einem gegebenen historischen Zeitpunkt darin bestanden hat, auf einen Notstand (urgence) zu antworten“ (ebd.). Reiner Keller spricht in diesem Zusammenhang auch von „Problembearbeitung“ (Keller 2011b, S. 258). In Anlehnung an Foucault bezeichnet er mit dem Begriff des Dispositivs die Infrastruktur sowohl der Diskursproduktion als auch der Problembearbeitung, durch die Diskurse Machteffekte entfalten können:

„Dispositive sind die tatsächlichen Mittel der Machtwirkungen eines Diskurses. Dispositive vermitteln als ‚Instanzen‘ der Diskurse zwischen Diskursen und Praxisfeldern (Praktiken). Ein Dispositiv ist der institutionelle Unterbau, das Gesamt der materiellen, handlungspraktischen, personellen, kognitiven und normativen Infrastruktur der Produktion eines Diskurses und der Umsetzung seiner angebotenen ‚Problemlösung‘ in einem spezifischen Praxisfeld.“ (Keller 2007, [45])

Da ich, wie oben beschrieben, die Diskursproduktion gesondert betrachte, fokussiere ich mit dem Begriff des Dispositivs in meiner Analyse in erster Linie auf Letztgenanntes, d. h. im vorliegenden Fall auf die administrative und materielle Infrastruktur des Screenings von Migrant/innen. Konkret frage ich danach, auf welcher rechtlichen Grundlage das Screening von Migrant/innen erfolgt. Darüber hinaus frage ich danach, wie das Screening organisiert ist, also wann, wo und wie es stattfindet. Schließlich gehe

ich der Frage nach, welche Wechselwirkungen zwischen Diskursen und Vergegenständlichungen (Keller 2007, [46]) sich beobachten lassen. Ob und inwieweit die untersuchten Materialisierungen bzw. Praktiken diskursgeneriert sind, kann erst die Empirie zeigen. Ebenso wie das Screening von Migrant/innen ein zunächst vorläufiges Referenzphänomen für einen erst nachzuweisenden Diskurs darstellt, dient es auch für die Analyse eines entsprechenden Dispositivs lediglich als Ausgangspunkt.

Zusammenfassend lässt sich an dieser Stelle festhalten, dass sich die Fragestellung der vorliegenden Arbeit auf *Diskursproduktion*, *Phänomenkonstitution* und *Machtwirkungen* bzw. Dispositivstruktur bezieht. In den Ausführungen zum Begriff des Dispositivs wurde deutlich, dass sich dieser im weiteren Sinne auch auf die Diskursproduktion und letztlich auf die Phänomenkonstitution beziehen lässt. Nicht zuletzt aufgrund dieser umfassenden Reichweite gründen alternative Forschungsprogramme auf ebendiesem Konzept (beispielsweise die *Dispositivanalyse* nach Bührmann und Schneider 2008). Die analytische Verbindung von Wissen und Praktiken bzw. Dispositiven ist jedoch auch in der WDA angelegt. Tatsächlich ist diese Perspektive ein deutliches Unterscheidungsmerkmal dieses Forschungsprogramms gegenüber anderen Ansätzen der Diskursforschung, die sich in der Analyse primär auf die sprachliche Ebene beschränken (beispielsweise die *Kritische Diskursanalyse* nach Jäger und Jäger 2007). Reiner Keller beschreibt das umfassende Angebot der WDA wie folgt:

„Wissenssoziologische Diskursanalyse ist, indem sie die Idee der Materialität der Diskurse ernst nimmt, nicht nur Kommunikations-, Text- oder Bildforschung, sondern Diskurs- und Dispositivanalyse, also Fallstudie, Beobachtung, sogar ethnographische Verdichtung, die den Zusammenhang von Aussageereignissen, Praktiken, Akteuren, organisatorischen Arrangements und Materialitäten als mehr oder weniger weit historisch und sozial-räumlich ausgreifende Prozesse in den Blick nimmt.“ (Keller 2007, [46])

Dieser Perspektive folgend verstehe ich die vorliegende Arbeit in gewissem Sinne sowohl als Diskurs- als auch als Dispositivanalyse. Im Rahmen der Analyse werde ich mit den jeweiligen Begriffen jedoch unterschiedliche Ebenen benennen. Denn obwohl im

Konzept des Dispositivs grundsätzlich auch Diskurse inkludiert sind, liegt der heuristische Mehrwert der verschiedenen Begriffe für mich gerade in der unterschiedlichen Fokussierung auf die jeweils ideelle bzw. materielle Infrastruktur.

3.2 Biopolitik, Risikomanagement und Prävention: theoretische Zugänge zum Forschungsgegenstand

Die Arbeiten Michel Foucaults spielen für die vorliegende Arbeit nicht nur im Hinblick auf die theoretischen Hintergründe des angewandten Forschungsprogramms der WDA eine wesentliche Rolle, sondern bieten auch Anknüpfungspunkte für ein theoretisches Verständnis des Forschungsgegenstands selbst. In diesem Sinne wird in diesem Abschnitt zunächst auf das von Foucault geprägte Konzept der Biopolitik und dessen Rezeption eingegangen. Im Anschluss daran werden der gesellschaftliche Umgang mit gesundheitsbezogenen Risiken sowie die diesbezügliche Rolle von Prävention diskutiert. Prävention wird dabei nicht aus Perspektive von Praktiker/innen des Gesundheitswesens, sondern vielmehr als eine grundlegende soziale Technik betrachtet.

Das Aufkommen der Biopolitik und die Entstehung der Bevölkerungsmedizin

Mit den Begriffen ‚Biomacht‘ und ‚Biopolitik‘ versucht Michel Foucault, einen grundlegenden Wandel im Verhältnis des Souveräns zu seinen Untertanen¹² zu beschreiben, der sich in Europa insbesondere seit dem 19. Jahrhundert¹³ vollzogen hat. Ins Zentrum seiner Analyse dieses Verhältnisses stellt er die Art und Weise, wie die souveräne Macht auf das Leben ihrer Untertanen zugreift. Im Sinne der klassischen Theorie der Souveränität erfolgt dieser Zugriff über das Recht über Leben und Tod (Foucault 2014a, S. 89). Die souveräne Macht auf das Leben, so Foucault, ist erst von dem Moment an ausübbar, da der Souverän töten kann (ebd.). Es ist also das Recht des Souveräns, „sterben zu machen oder leben zu lassen“ (ebd., S. 89). Die auf diesem Recht basierende Macht generiert sich nach Foucault wesentlich „als Abschöpfungsinstanz, als Ausbeu-

¹² An die Terminologie politischer Theorie anknüpfend wählt Foucault die Begriffe ‚Souverän‘ und ‚Untertan(en)‘, um das Verhältnis von Regierung und Regierten zu beschreiben.

¹³ Tatsächlich beschreibt Foucault eine Transformation, die sich über einen verhältnismäßig langen historischen Zeitraum vollzogen hat. Die Anfänge dieser Entwicklung datiert er bereits auf das ausgehende 17. Jahrhundert bzw. die Mitte des 18. Jahrhunderts (Foucault 2014a, S. 90f.).

tungsmechanismus [...], als eine den Untertanen aufgezwungene Entziehung von Produkten, Gütern, Diensten, Arbeit und Blut“ (Foucault 2014b, S. 66). Mit dem Aufkommen der Biomacht als einer neuen Form staatlicher Herrschaft findet schließlich eine Verschiebung in diesem Verhältnis statt. So beschränkt sich die Biomacht nicht länger nur darauf, die Körper ihrer Untertanen zu verschleifen bzw. zu verbrauchen, beispielsweise im Kontext von Arbeit oder Kriegen. Vielmehr entdeckt sie im physischen Leben der Individuen einer Gesellschaft eine nicht nur verwendbare, sondern darüber hinaus auch steigerbare Ressource, die gezielt verbessert und vermehrt werden kann (Gehring 2006, S. 10). Dabei bedient sich diese Machtform diverser Techniken, die bereits während des 18. Jahrhunderts entwickelt wurden, insbesondere der statistischen Erfassung von Geburten-, Sterbe- und Fertilitätsraten (Foucault 2014a, S. 92). Das Recht, „sterben zu machen oder leben zu lassen“ (Foucault 2014a, S. 89), wird nun abgelöst von dem Recht, „leben zu machen oder sterben zu lassen“ (ebd., S. 90). So steht nicht länger das Töten, sondern vielmehr das Ermöglichen von Leben im Zentrum staatlicher Herrschaft: „Die alte Mächtigkeit des Todes, in der sich die Souveränität symbolisierte, wird nun überdeckt durch die sorgfältige Verwaltung der Körper und die rechnerische Planung des Lebens.“ (Foucault 2014b, S. 69)

Während Foucault mit dem Begriff *Biomacht* einen neu aufkommenden epochalen *Machttypus* bezeichnet, bezieht er sich mit dem Terminus *Biopolitik* auf konkret zu beschreibende *Machttechniken* (Gehring 2006, S. 9). Diese Differenzierung lässt sich insbesondere anhand dessen nachvollziehen, wie Foucault Disziplinarmacht und Biomacht, als aufeinanderfolgende historische *Machttypen*, voneinander unterscheidet bzw. zueinander in Beziehung¹⁴ setzt. So stellte die Disziplinarmacht einen *Machttypus* dar, der auf die individuellen Körper ausgerichtet war. Die ihr entsprechenden Techniken der Machtausübung, die Disziplinartechniken, reichten von Maßnahmen der Übung und Dressur über Maßnahmen der Überwachung und Kontrolle bis hin zu Formen der Bestrafung (Foucault 2014a, S. 98f.). All diese Maßnahmen richteten sich auf bzw. vollzogen sich am individuellen Körper. Die Institutionen, die mit dieser Form der Macht typischerweise verbunden sind, umfassen beispielsweise Schulen, Gefängnisse

¹⁴ Foucault betont wiederholt, dass die Biomacht die Disziplinarmacht zwar in gewisser Weise ablöst, auf der Ebene der *Machttechniken* jedoch „die Disziplinartechnik nicht ausschließt, sondern sie umfaßt [sic], integriert, teilweise modifiziert und sie vor allem benutzen wird, indem sie sich in gewisser Weise in sie einfügt“ (Foucault 2014a, S. 91).

und Kasernen (ebd., S. 99). Die Biomacht richtet sich demgegenüber nicht auf die individuellen Körper, sondern vielmehr auf deren Gesamtheit (Foucault spricht auch vom „Gattungsmenschen“, Foucault 2014a, S. 91), also die Bevölkerung. Foucault geht im Zuge seiner Analyse so weit, zu postulieren, dass mit dem Aufkommen der Biomacht die Bevölkerung als Bezugsgröße staatlicher Intervention überhaupt zum ersten Mal in Erscheinung tritt (Foucault 2014a, S. 94). Die mit der Biomacht verbundenen Techniken, also die Biopolitik, zielen dabei weniger auf die Disziplinierung der individuellen Körper als vielmehr auf die Regulierung der Bevölkerung als Ganzem (ebd.). Demografische Statistiken, also die Erhebung und Akkumulation von Wissen zur Bevölkerung als Gesamtheit, stellen in diesem Zusammenhang eine konkrete Machttechnik dar. Weitere Machttechniken ergeben sich insbesondere im Bereich der Medizin als einer Institution, „[...] deren Hauptaufgabe jetzt in der öffentlichen Hygiene liegt, mitsamt den Organismen zur Koordinierung der medizinischen Versorgung, der Zentralisierung der Information, der Normalisierung des Wissens und die auch das Aussehen einer Aufklärungskampagne in Sachen Hygiene und medizinischer Versorgung der Bevölkerung annimmt“ (Foucault 2014a, S. 93). Mit dem Aufkommen der Biomacht verändert sich auch die Medizin, die nunmehr nicht lediglich individuelle Körper, sondern darüber hinaus die Bevölkerung als Ganzes zum Gegenstand hat. Indem sie sich auf beides zugleich bezieht, stellt sie gleichsam ein Bindeglied zwischen Disziplinar- und Biomacht dar: „Die Medizin ist ein Macht-Wissen, das sich zugleich auf die Körper wie die Bevölkerung, auf den Organismus wie die biologischen Prozesse erstreckt und also disziplinierende und regulierende Wirkungen hat.“ (Foucault 2014a, S. 102) Aus Medizin und Hygiene entwickelt sich im 19. Jahrhundert schließlich die Bevölkerungsmedizin, also das, was wir heute unter anderem mit dem Begriff ‚Public Health‘ beschreiben würden. Da sich die Biopolitik auf die Regulierung des biologischen Lebens der Bevölkerung bezieht, ist sie für diese von zentraler Bedeutung. Screening im Allgemeinen, also systematische Gesundheitsuntersuchungen bzw. Untersuchungen auf Krankheiten, insbesondere aber auch das in der vorliegenden Arbeit untersuchte Screening von Migrant/innen auf Infektionskrankheiten, können in diesem Zusammenhang geradezu exemplarisch für biopolitische (Macht-)Techniken stehen.

In den bisherigen Ausführungen zu Biomacht bzw. Biopolitik wurde deutlich, dass sich diese Form der Macht bzw. Machttechniken auf die Bevölkerung als Gesamtheit bezieht. Es kann jedoch keineswegs davon ausgegangen werden, dass die Staatsmacht, die sich biopolitischer Techniken bedient, alle Teile der Bevölkerung unterschiedslos gleich behandeln würde. Vielmehr sind biopolitische Strategien in ihrer regulierenden und normalisierenden Funktion darauf ausgerichtet, die Gesamtbevölkerung nach bestimmten Kriterien zu differenzieren und je nach Zielsetzung fördernd oder verhin-dernd zu wirken. Dieser Umstand ist im Hinblick auf die vorliegende Arbeit von beson-derer Relevanz, betrifft das hier untersuchte Screening von Migrant/innen auf Infekti-onskrankheiten doch in erster Linie Bevölkerungs- bzw. Personengruppen, denen nicht die gleichen Rechte gewährt werden, wie sie eigenen Staatsbürger/innen zuge-sprochen werden. Eine Möglichkeit, sich diesem Zusammenhang theoretisch anzunä-hern, ergibt sich im Hinblick auf das im Konzept der Biopolitik angelegte Verständnis von Rassismus.

So fand das Konzept der Biopolitik in den vergangenen Jahren zunehmend im Bereich der Migrations- und Grenzregimeforschung Anwendung. Die entsprechenden Arbeiten knüpfen in der Regel an das in ihm angelegte Verständnis von Rassismus an. Foucault selbst hatte im Zusammenhang mit dem Aufkommen der Biomacht von der „Geburt des Staatsrassismus“ (Foucault 2014a, S. 88) gesprochen. Dabei geht er zwar nicht da-von aus, dass der Rassismus erst mit dem Aufkommen der Biomacht erfunden worden wäre, konstatiert jedoch, dass sich der Rassismus nunmehr direkt in die Machtmecha-nismen moderner Staaten einschreibt (ebd., S. 104). Den Ausgangspunkt für seine Überlegungen bildet die Frage, wie eine Macht, die im Wesentlichen die Aufwertung des Lebens zum Ziel hat, töten kann, indem sie beispielsweise Kriege führt oder in an-derer Weise Teile der eigenen Bevölkerung dem Tod ausliefert (ebd.). Die Antwort auf diese Frage liegt für Foucault in der Verschränkung von Biomacht, also einer Macht, die auf Regulierung und Normierung der Gattung ausgerichtet ist, und Rassismus. Der Rassismus führt aus seiner Sicht zunächst eine Unterscheidung und Hierarchisierung von ‚Rassen‘ innerhalb des Kontinuums der menschlichen Gattung sowie eine Bewer-tung selbiger als gut bzw. minderwertig ein: „Die erste Funktion des Rassismus liegt darin, zu fragmentieren und Zäsuren innerhalb des biologischen *Kontinuums* [Hervorh.

im Orig.], an das sich die Bio-Macht wendet, vorzunehmen.“ (Foucault 2014a, S. 105). Das Töten erfüllt nun im Sinne der Biomacht die Funktion, das als erhaltens- und schützenswert Erachtete, die eigene ‚Rasse‘, zu fördern, indem das als minderwertig, degeneriert oder anormal Erachtete, die andere ‚Rasse‘, vernichtet wird (ebd.). Sowohl der Kolonialismus als auch die spätere Eugenik und Rassenpolitik im Kontext des Nationalsozialismus gelten für Foucault als exemplarisch für diesen Zusammenhang von Biomacht und Rassismus (Foucault 2014, S. 107ff.). Dieser ist Gegenstand einer umfassenden Theoriediskussion (z. B. Stingelin 2003) und Ausgangspunkt für jüngere Arbeiten aus dem Bereich der Migrations- und Grenzregimeforschung (z. B. Pieper et al. 2007).

Foucault beschreibt das Töten im Sinne des als biopolitisch verstandenen Staatsrassismus jedoch nicht als absolut, sondern versteht darunter auch indirekte bzw. subtilere Handlungsweisen, wie „jemanden der Gefahr des Todes ausliefern, für bestimmte Leute das Todesrisiko oder ganz einfach den politischen Tod, die Vertreibung, Abschiebung usw. erhöhen“ (Foucault 2014a, S. 106). An dieses Verständnis schließt auch Michaela Ralser (2013, 2016) an. Ralser beschreibt, wie im deutschen Asylverfahren psychiatrische Gutachten bei Homosexualität als Fluchtgrund, in Frankreich DNA-Analysen bei Familiennachzug und in Österreich radiologische Untersuchungen des Handwurzelknochens zur Altersfeststellung bei minderjährigen Geflüchteten eingesetzt werden (Ralser 2013, 2016). Alle diese Praktiken stellen für sie Formen eines Staatsrassismus im Sinne Foucaults dar:

„Gemeinsam ist diesen um den Körper und seine Kräfte zirkulierenden aufenthaltsrechtlichen Verfahren, dass sie Strategien einer selektiven Bio-Macht darstellen. Alle reduzieren die menschliche Existenz auf das biologische Leben: das biologische Alter, die biologische Abstammung, die ‚naturhafte‘ Sexualität. Alle diese Verfahren bedürfen deshalb auch der mehr oder weniger strittigen (alt- oder neumodischen) Expertise aus den Bereichen der Biologie und Medizin. Sie definieren alle strikte Normgrenzen, die bestimmen, wer dazugehört und wer nicht, wer welche Rechte beanspruchen darf und wer nicht. Sie verfügen letztlich auch darüber, wer allenfalls erneut dem Risiko des Todes ausgesetzt wird.“ (Ralser 2016, S. 75)

Aus Perspektive der vorliegenden Arbeit ist hier insbesondere interessant, dass Ralser sich mit medizinischen Verfahrensweisen im Umgang mit Geflüchteten auseinandersetzt. Ob bzw. inwiefern auch ein Screening von Migrant/innen auf Infektionskrankheiten als Form eines biopolitischen Staatsrassismus verstanden werden kann, bleibt empirisch zu bestimmen.

Biopolitik als Risikopolitik

Eine weitere, im Hinblick auf das Thema der vorliegenden Arbeit vielversprechende Rezeption des Konzepts der Biopolitik findet sich in den Arbeiten von Nikolas Rose, der davon ausgeht, dass Biopolitik in modernen Staaten in erster Linie als Risikopolitik verstanden werden muss (Rose 2014, S. 421). Rose grenzt sich explizit von der Rezeption des Konzepts der Biopolitik durch Zygmunt Bauman und Giorgio Agamben ab, ohne diese jedoch zu verwerfen. So räumt er ein, dass eine Charakterisierung der von beiden Autoren beschriebenen neo-hygienischen und eugenischen Verbindung zwischen Individuum und Gemeinschaft in der ersten Hälfte des 20. Jahrhunderts als spezifisch modern durchaus zutreffend sein könnte. Gleichzeitig geht er jedoch davon aus, dass die Verbindung zwischen dem biologischen Leben des Individuums und dem Wohlergehen der Gemeinschaft seither anders verhandelt wird (Rose 2014, S. 431). So gehe es nun nicht mehr darum, im Namen einer Nation oder Rasse bestimmte Individuen zu identifizieren und zu eliminieren oder einzusperren, die eine vermeintlich degenerative Konstitution aufweisen, während die Fortpflanzung der als biologisch höherwertig erachteten Individuen gefördert wird (ebd.). An die Stelle der binären Unterscheidungen von ‚normal‘ und ‚pathologisch‘, die für frühere biopolitische Ansätze charakteristisch waren, treten nun Strategien des Risikomanagements, zu denen auch epidemiologische Strategien gezählt werden können (ebd.). So hätten wir es gegenwärtig „mit einer Vielzahl von Strategien zu tun, die versuchen, diejenigen Individuen, Gruppen oder Orte zu identifizieren, zu behandeln, in den Griff zu bekommen oder zu verwalten, bei denen man von einem hohen Risiko ausgeht“ (Rose 2014, S. 431). Für die vorliegende Arbeit erscheint es mir sinnvoll, danach zu fragen, ob und inwiefern das Screening von Migrant/innen auf Infektionskrankheiten als eine ebensolche Strategie verstanden werden kann. In diesem Zusammenhang muss jedoch geklärt werden, wie Migrant/innen ggf. als eine Gruppe identifiziert werden, bei der man von einem

hohen Risiko ausgeht, sprich, welches diesbezügliche Wissen generiert wird und wie dieses zur Anwendung kommt. Einen im Hinblick auf diese Frage aus meiner Sicht ganz entscheidenden Hinweis gibt Rose (2014) mit dem Verweis auf die Technik des Risikoprofilings und die damit verbundene Identifikation von ‚Hochrisikogruppen‘ (S. 431ff.). Das Risikoprofilung, das auf die Anfänge des Versicherungswesens zurückgeht, nutzt „probabilistische oder epidemiologische Erkenntnisse, um Faktoren zu ermitteln, die mit einem höheren Risiko für bestimmte Krankheitsformen [...] assoziiert werden, und ordnet dann die Individuen in Risikopools ein“ (Rose 2014, S. 434). Auf diese Weise ist es möglich, sich nicht auf die Bevölkerung als Ganzes beziehen zu müssen, sondern sich vielmehr auf bestimmte Gruppen, eben ‚Hochrisikogruppen‘ (ebd.), konzentrieren zu können. Seit der zweiten Hälfte des vergangenen Jahrhunderts findet dieser Ansatz auch im Gesundheitswesen Anwendung:

„Als das Risikoprofilung Mitte des 20. Jahrhundert [sic] weiterentwickelt wurde, wurde es im Gesundheitsbereich eingesetzt, um Risikoprofile, Skalen und Indices zu erstellen, die dazu verwendet wurden, diejenigen zu ermitteln, die Gruppen angehörten, die ein erheblich über dem Durchschnitt liegendes Risiko aufweisen, um dann bei diesen präventiv tätig zu werden.“ (Rose 2014, S. 434)

Ob ein solches Risikoprofilung im Zusammenhang mit dem Screening von Migrant/innen auf Infektionskrankheiten zu beobachten ist, bleibt empirisch zu klären. Eine theoretische Reflexion dessen, was es bedeutet, „präventiv tätig zu werden“ (ebd.), ist jedoch bereits im Rahmen dieses Kapitels angezeigt.

3.3 Von einer Soziologie der Prävention zu einer Soziologie des Screenings

Der Begriff der Prävention ist längst Gegenstand einer theoretischen Diskussion innerhalb der Soziologie. So beschreibt beispielsweise Ulrich Bröckling (2008) Prävention als „soziale Grammatik der Vorbeugung“ (S. 38) und strengt einige grundlegende Überlegungen zu präventiven Strategien innerhalb verschiedener gesellschaftlicher Teilbereiche an, von denen das Gesundheitswesen nur einen, wenngleich besonders relevanten, darstellt. Prävention, so macht Bröckling (2008) deutlich, bezieht sich immer auf Risiken. Dabei unterscheidet er diese mit Bezug auf die Arbeiten von Niklas Luhmann von Gefahren. Demnach stellen Risiken mögliche künftige Schäden dar, deren etwaiges

Eintreten als Folge eigenen Handelns oder Unterlassens gedeutet wird (S. 30). Gefahren werden in dem Moment zu Risiken, in dem es möglich ist, Maßnahmen zu ihrer Vermeidung zu ergreifen. Im Umkehrschluss konstatiert Bröckling (2008), dass Risiken an die Existenz und den Einsatz von Risikotechnologien gebunden sind (S. 41). Auf das Thema der vorliegenden Arbeit bezogen kann somit davon ausgegangen werden, dass das Wissen um bestimmte Infektionskrankheiten und ihre Übertragungswege sowie die prinzipielle Möglichkeit, Personen auf diese Krankheiten zu testen, ein Risikomanagement erst erforderlich machen. Die schiere Verfügbarkeit von Screening als Risikotechnologie fordert eine Entscheidung für bzw. gegen den Einsatz dieser Maßnahme. Grundsätzlich, so betont Bröckling (2008), spielt Wissen bzw. der „Wille zum Wissen“ (S. 42) eine zentrale Rolle bei derartigen Entscheidungen:

„Wer die Wahrscheinlichkeit des Eintretens oder das Ausmaß von Schadensvorfällen minimieren will, muss die Bedingungen kennen, die sie hervorbringen: ohne Ätiologie keine Prognostik, ohne Prognostik keine Prävention. Vorbeugung impliziert daher systematische Wissensproduktion.“ (Bröckling 2008, S. 42)

Gerade dieser Bezug auf wissenschaftliches Wissen lässt Prävention als ein spezifisch modernes Phänomen erscheinen (Bröckling 2008, S. 40). Zwar ist die Frage danach, welche Rolle wissenschaftliches Wissen im Hinblick auf das Screening von Migrant/innen auf Infektionskrankheiten in der Praxis spielt, im Rahmen der vorliegenden Arbeit erst noch empirisch zu klären. Jedoch bestärkt mich der von Bröckling konstatierte, enge Zusammenhang von Prävention und Wissen in der Wahl der Wissenssoziologischen Diskursanalyse als Forschungsperspektive.

Bröckling (2008) geht in seinen Überlegungen zu Prävention auch auf die Rolle der Individuen ein und beschreibt in diesem Zusammenhang eine „Gleichzeitigkeit von Dezentrierung und Rezentrierung des Subjekts in der vorbeugenden Praxis“ (S. 45). In Anlehnung an die Arbeiten von Robert Castel geht er davon aus, dass Prävention zunächst den Begriff des Subjekts bzw. des konkreten Individuums durch die Betonung von Risikofaktoren ersetzt. Zugleich, so Bröckling, betonen präventive Strategien jedoch zunehmend die Selbstverantwortung des Subjekts (ebd.). Zu einer ähnlichen Di-

agnose kommen Martin Lengwiler und Jeannette Madarász (2010) in ihrer historischen Betrachtung von Prävention als zentralem Moment einer Kulturgeschichte der Gesundheitspolitik. So gehen sie davon aus, dass präventive Ansätze, insbesondere während der zweiten Hälfte des vergangenen Jahrhunderts, „zunehmend zu inkorporierten Elementen subjektiver Körper- und Gesundheitsvorstellungen“ (Lengwiler und Madarász 2010, S. 24) wurden und sich dadurch schließlich das individualistische Leitbild eines „präventiven Selbst – einem rationalen Subjekt, das sich kontinuierlich beobachtet und sein Verhalten nach gesundheitlichen Kriterien selbst diszipliniert“ (ebd.), herausgebildet hat. Ob und inwieweit dies auch im Hinblick auf das in der vorliegenden Arbeit untersuchte Screening von Migrant/innen zutrifft, muss empirisch geklärt werden.

Es wurde deutlich, dass sich im Zusammenhang mit Prävention aus soziologischer Perspektive verschiedentlich Anknüpfungen für theoretische Überlegungen ergeben. Natalie Armstrong und Helen Eborall (2012) begründen ihre Forderung nach einer „sociology of medical screening“ (S. 161) unter anderem auch im Hinblick darauf, dass Screening für sie eine zentrale Strategie präventiver Medizin darstellt, die aus ihrer Sicht von zunehmender Bedeutung ist (ebd.). Die vorliegende Arbeit versteht sich, wenn auch nicht als theoretischer, so doch als empirischer Beitrag zu einer solchen Soziologie des Screenings.

4 Methodisches Vorgehen

Die Entscheidung, mit der Wissenssoziologischen Diskursanalyse (WDA) zu arbeiten, bringt nicht nur theoretische und methodologische Implikationen mit sich, sondern wirkt sich auch auf die methodische Vorgehensweise aus. Allerdings gibt die WDA nicht einfach eine bestimmte methodische Herangehensweise vor. Stattdessen macht sie Vorschläge, wie verschiedene Erhebungstechniken und Auswertungsstrategien aus dem Methodenkanon der qualitativen Forschung je nach konkretem Forschungsinteresse kombiniert und erkenntnisfördernd eingesetzt werden können. Ziel dieses Kapitels ist es, zu zeigen, wie diese Vorschläge in der vorliegenden Arbeit aufgenommen wurden, sprich, wie die ihr zugrunde liegenden Daten ausgewählt bzw. generiert und schließlich analysiert wurden.

Zunächst wird gezeigt, welche Datenformate in der vorliegenden Arbeit genutzt wurden (4.1). Daraufhin wird nachvollzogen, wie die verschiedenen Daten ausgewählt und analysiert wurden (4.2). Schließlich wird der zur Feinanalyse herangezogene Datenkorpus dargestellt und beschrieben (4.3).

4.1 ‚Mehr als Textanalyse‘: Triangulation von Dokumentenanalyse, Expert/innen-Interviews und teilnehmender Beobachtung

Wie allgemein in der Diskursforschung üblich (Keller 2011a, S. 79), stützt sich auch die vorliegende Arbeit in erster Linie auf so genannte natürliche Daten, also auf Material, das bereits vorliegt. Entsprechend basieren die Ergebnisse dieser Arbeit im Wesentlichen auf der Analyse verschiedener Dokumente, deren Typik in Abschnitt 4.3 näher beschrieben wird. Reiner Keller (2011b) weist jedoch darauf hin, dass Diskursanalyse mehr als Textanalyse sein kann, und erklärt die Fokussierung auf Texte als ergänzungs- bzw. erweiterungsbedürftig (S. 276; Keller 2011a, S. 80). Dieser Aufforderung folgend wurden in der vorliegenden Arbeit auch selbst generierte Daten herangezogen, die im Rahmen von qualitativen Expert/innen-Interviews und teilnehmender Beobachtung erhoben wurden. Um den Entstehungskontext dieser Daten nachzuvollziehen, soll an dieser Stelle noch einmal kurz auf das bereits erwähnte Forschungsprojekt *Kategorien im Wandel* eingegangen werden.

Das von der Deutschen Forschungsgemeinschaft (DFG) von 2012 bis 2015 geförderte Projekt *Kategorien im Wandel: Migrant/innen in epidemiologischen, präventiven und rechtlichen Diskursen zu HIV und Tuberkulose. Ein Ländervergleich (Deutschland/Großbritannien)* wurde unter Leitung von Hella von Unger und unter Mitarbeit von Penelope Scott, mir selbst (ab 2013) sowie wechselnder studentischer Mitarbeiter/innen zunächst am Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung (WZB), ab 2013 schließlich an der Ludwig-Maximilians-Universität (LMU) München durchgeführt. Ebenso wie die vorliegende Arbeit bediente sich das Projekt der Forschungsperspektive der WDA und ging dabei verschieden gelagerten Forschungsfragen nach. Zum einen ging es darum, zu ergründen, wie unter Zuhilfenahme bestimmter Kategorien und Klassifikationen in der Gesundheitsberichterstattung kollektive Wissensbestände zu Migrant/innen und Infektionskrankheiten hergestellt, stabilisiert und verändert wer-

den. Dabei wurde insbesondere der jeweilige (nationalstaatliche) soziohistorische Entstehungskontext der entsprechenden Kategorien und Klassifikationen berücksichtigt. Zum anderen sollten die Aussagen, Deutungsmuster und Sprecherpositionen rekonstruiert werden, die für die Diskurse zu Migrant/innen, HIV/Aids und Tuberkulose als charakteristisch gelten können. Schließlich sollte gezeigt werden, welche Machteffekte diese Kategorien (beispielsweise im Hinblick auf präventive und rechtliche Maßnahmen) entfalten (von Unger et al. 2018, S. 172ff.). Auf die Ergebnisse der Studie wurde bereits in Kapitel 2 Bezug genommen, weshalb an dieser Stelle nicht weiter auf selbige eingegangen wird. Es sei jedoch darauf hingewiesen, dass im Hinblick auf den letztgenannten Aspekt, nämlich die sich ergebenden Machteffekte, auch nach Abschluss des Projekts einige Fragen offen blieben. So konnte zwar ein Zusammenhang von Gesundheitsberichterstattung und Screening-Maßnahmen aufgezeigt, jedoch nicht abschließend geklärt werden. In diesem Sinne stellt die vorliegende Arbeit einen Anschluss an das Projekt *Kategorien im Wandel* dar, wenngleich ich, wie erläutert, Screening nicht lediglich als Machteffekt von Diskursen verstehe, sondern vielmehr von einem eigenen Diskurs zu Screenings von Migrant/innen auf Infektionskrankheiten ausgehe. Da ich jedoch nicht nur inhaltlich an das Projekt *Kategorien im Wandel* anschließe, sondern darüber hinaus unter anderem mit den im Rahmen des Projekts generierten Daten gearbeitet habe, möchte ich im Folgenden näher auf die methodische Vorgehensweise bei der Erhebung nichtnatürlicher Daten während und nach meiner Mitarbeit im Projekt eingehen.

Auch im Kontext des Projekts *Kategorien im Wandel* haben wir uns nicht auf die Analyse einschlägiger Dokumente (Gesundheitsberichterstattung, Formulare zur Erhebung epidemiologischer Daten, Präventionsmaterial u. Ä.) beschränkt, sondern darüber hinaus 20 leitfadengestützte Interviews mit Expert/innen durchgeführt, die digital aufgezeichnet und im Wortlaut transkribiert wurden. Die Forschungsteilnehmenden setzten sich aus Regierungsvertreter/innen, Epidemiolog/innen, Sozialwissenschaftler/innen, Aktivist/innen und Vertreter/innen zivilgesellschaftlicher Organisationen zusammen (von Unger et al. 2018, S. 177). Bei neun dieser Interviews war ich selbst Interviewer bzw. Ko-Interviewer und hatte so die Gelegenheit, auch Fragen bezüglich meines eigenen, über das Projekt hinausgehenden Forschungsinteresses zu stellen. Aber auch in den Interviews, bei denen ich selbst nicht anwesend war, wurden

von den jeweiligen Interviewer/innen Fragen zum Screening von Migrant/innen gestellt, sofern die vom Forscher/innen-Team vermutete Expertise der Befragten dies sinnvoll erscheinen ließ. Die Feldzugänge erfolgten über persönliche Kontakte der Projektleitung, Vermittlung durch andere Forschungsteilnehmer/innen, gezielte Rekrutierung bzw. persönliche Ansprache durch das Forscher/innen-Team. Gelegenheiten zu Letzterem ergaben sich insbesondere im Rahmen verschiedener Konferenzen und Fachtagungen¹⁵, auf denen wir als Forscher/innen teilnehmend beobachtet und Feldnotizen angefertigt haben. Diese Feldnotizen bildeten, neben Dokumenten und Interviews, schließlich ein weiteres Datenformat, das wir für unsere Analyse nutzen konnten. Obwohl es bei diesen diversen Veranstaltungen nicht primär um das Screening von Migrant/innen ging, wurde dieses bisweilen dennoch in den Diskussionen der Teilnehmenden thematisiert. Eine Ausnahme bildet das durch das *European Centre for Disease Prevention and Control* (ECDC) veranstaltete Expert/innen-Treffen zur Erarbeitung einheitlicher Empfehlungen zum Screening von Migrant/innen auf Infektionskrankheiten in Mitgliedstaaten der EU. Dieses Treffen, an dem ich selbst nach Abschluss des Projekts *Kategorien im Wandel* als Beobachter teilnehmen konnte, spielt (gemeinsam mit einer Folgeveranstaltung, an der ich jedoch nicht mehr teilnehmen konnte) im Rahmen meiner Analyse eine herausragende Rolle. Im Nachgang zu dieser Veranstaltung hatte ich die Gelegenheit, mit drei der dort anwesenden Expert/innen, sowohl aus Deutschland als auch aus Großbritannien, weitere Interviews zu führen, bei denen ich ausschließlich auf mein Forschungsinteresse im Zusammenhang mit der vorliegenden Arbeit fokussieren konnte.

Es dürfte an dieser Stelle hinreichend deutlich geworden sein, dass für die vorliegende Arbeit drei unterschiedliche Datenformate, nämlich Dokumente, Expert/innen-Interviews und Beobachtungen (bzw. Feldnotizen), genutzt wurden und dass die entsprechenden Daten sowohl während als auch nach meiner Mitarbeit im Projekt *Kategorien im Wandel* erhoben wurden. Es bleibt allerdings noch zu klären, wie diese unterschiedlichen Datenformate im Rahmen einer diskursanalytischen Arbeit erkenntnisfördernd

¹⁵ Neben thematisch einschlägigen, jedoch eher sozialwissenschaftlich ausgerichteten Konferenzen sind hier vor allem Fachtagungen verschiedener relevanter Organisationen des Feldes, namentlich der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BzgA), der Deutschen Aids-Hilfe (DAH) sowie des Robert-Koch-Instituts (RKI), hervorzuheben. Darüber hinaus wurde 2015 auch im Rahmen des Projekts selbst ein Symposium veranstaltet, bei dem die bis dahin vorliegenden Ergebnisse der Studie mit den Forschungsteilnehmer/innen und weiteren Expert/innen diskutiert wurden.

aufeinander bezogen werden können und welchen Stellenwert sie bei der Verfolgung der Fragestellung einnehmen. Grundsätzlich lässt sich das empirische Material im Kontext der Diskursforschung danach unterscheiden, ob es der Information über das Feld oder als Dokument der Rekonstruktion des Diskurses selbst dient (Keller 2011b, S. 274). Ersteres trifft im vorliegenden Fall auf die Interviewdaten zu. Die durch diese gewonnenen Einsichten in das jeweilige Expert/innen-Wissen dienen als Hintergrundinformation zur Interpretation der Dokumente, weisen jedoch auch auf nicht aus diesen ersichtliche Zusammenhänge, relevante Akteur/innen und weitere Dokumente hin.¹⁶ Im Rahmen dieser Arbeit werden sie jedoch nicht als *Aussageereignisse* bzw. *Äußerungen* (Keller 2011a, S. 68) im Diskurs verstanden, da sie in einem situativen Kommunikationszusammenhang entstanden sind und darüber hinaus nicht für Dritte zugänglich und anschlussfähig sind. Statt *Äußerungen im Diskurs*, die für andere Diskursteilnehmer/innen sichtbar und anschlussfähig sind, handelt es sich hier also eher um *Äußerungen über* den Diskurs, die mir als Interpretationsfolie dienen.

Weniger eindeutig lässt sich eine solche Unterscheidung im Hinblick auf die von mir besuchten Konferenzen und Fachtagungen treffen. Diese können als *diskursive Praktiken* im Sinne von Formen der Aussageproduktion (Keller 2011a, S. 68) verstanden werden. Anders als bei textförmig materialisierten diskursiven Praktiken (beispielsweise Presseerklärungen oder Ähnlichem) tritt hier der konkrete Handlungsvollzug noch deutlicher hervor, kommen dabei doch soziale Akteur/innen zusammen, um Problemdefinitionen und Lösungsstrategien zu verhandeln. Wie in anderen Bereichen der Wissenschaft stellen sie auch in den Gesundheitswissenschaften bzw. der Epidemiologie ein übliches Format dar, sind in den Diskurszusammenhang eingebunden und letztlich „beobachtbare und beschreibbare typische Handlungsweisen der Kommunikation“ (Keller 2011b, S. 228). Die von mir besuchten Konferenzen und Tagungen erscheinen mir geradezu exemplarisch für Praxisorte der Diskursproduktion und -reproduktion (Keller 2011b, S. 261). Um diese in meine Analyse einbeziehen zu können, folge ich Reiner Kellers Vorschlag einer Diskursethnografie (Keller 2011a, S. 94; 2011b, S. 260).

¹⁶ Nach der von Michael Meuser und Ulrike Nagel (1991) im Hinblick auf Expert/innen-Interviews getroffenen Unterscheidung, dienten die Interviews im Rahmen der vorliegenden Arbeit also weniger zur Erhebung von *Betriebswissen*, sondern vielmehr zur Erschließung von *Kontextwissen* (ebd., S. 6). D. h. der Mehrwert der Interviews für die Analyse lag in der Perspektive der Expert/innen auf einen Sachverhalt, „an dessen Zustandekommen nicht nur, sondern auch die ExpertInnen maßgeblich beteiligt sind“ (ebd., S. 7).

Dabei versteht Keller Ethnografie mit Hubert Knoblauch als einen Ansatz, der sich „durch die Einnahme einer Binnenperspektive, die Untersuchung eines naturalistischen Feldes sozialer Praxis und durch den Einsatz der teilnehmenden Beobachtung auszeichnet, die in unterschiedlichen Mischungsverhältnissen mit anderen Methoden zum Einsatz kommen“ (Knoblauch 2001, S. 131, zitiert nach Keller 2011b, S. 260). Im Kontext der Diskursforschung, so führt Keller (2011a) an anderer Stelle, wiederum mit Bezug zu den Arbeiten Knoblauchs, an, es gehe es jedoch darum, Strategien einer fokussierten Ethnografie zu übernehmen, deren Einheiten nicht Lebensgemeinschaften, sondern Handlungs- und Kommunikationszusammenhänge sind (S. 94). In diesem Sinne verstehe ich die teilnehmende Beobachtung auf Konferenzen und Fachtagungen sowie die zahlreichen dort geführten informellen Gespräche (Strübing 2013, S. 102) als methodische Ergänzungen, mit deren Hilfe es mir möglich war, die Produktion und Reproduktion des Diskurses in actu zu erfassen und zu analysieren (Keller 2011b, S. 276).¹⁷

Ungeachtet dessen, dass die Analyse von Dokumenten die Grundlage meiner Arbeit darstellt, konnte ich also durch die Verwendung weiterer, selbst generierter Daten zusätzliche Perspektiven auf meinen Forschungsgegenstand erschließen und so die Vorteile einer Daten-Triangulation (Flick 2012, S. 310) für mich nutzen. Nach dieser Vorstellung der von mir verwendeten Datenformate wird im folgenden Abschnitt gezeigt, wie ich bei der Auswahl der ‚natürlichen‘ Daten, also der Dokumente, und deren Auswertung vorgegangen bin.

4.2 Die Adaption von Strategien der *Grounded Theory* im Rahmen der WDA

Die von Barney Glaser und Anselm Strauss (2012) während der 1960er-Jahre entwickelte und seither verschiedentlich weiterentwickelte (z. B. Clarke 2012, 2015) *Grounded Theory* stellt nicht nur eine für die qualitative Sozialforschung im Allgemeinen prägende Forschungsperspektive dar (Strübing 2008), sondern hat auch das Forschungs-

¹⁷ Dies gilt in besonderem Maße auch im Hinblick auf die ECDC-Expert/innen-Treffen, deren Abschlussberichte Schlüsseldokumente meiner Analyse darstellen. So konnte ich hier beispielsweise bei der Interpretation feststellen, dass bestimmte Diskussionen, die ich als besonders kontrovers empfunden habe, teilweise stark verkürzt dargestellt wurden bzw. lediglich darauf hingewiesen wurde, dass es keinen Konsens unter den Teilnehmenden gab.

programm der WDA in mehrfacher Hinsicht entscheidend beeinflusst. Zunächst versteht sich die WDA, in Abgrenzung zu anderen diskursanalytischen Ansätzen, die laut Keller (2011b, S. 12) eher deduktiv vorgehen bzw. eine abstrakte Diskursordnung zu bestätigen suchen, als „Form der grounded theory, d.h. als ein zur Selbstkorrektur fähiger Prozess der Theoriebildung auf empirischer Grundlage“ (ebd., S. 11). Damit wäre bereits ein wesentliches Grundprinzip der *Grounded Theory* umschrieben, nämlich die empirisch fundierte, gleichsam in den Daten begründete Herausbildung einer sich auf einen bestimmten Gegenstandsbereich beschränkenden Theorie. Dabei wird die Bezeichnung Grounded Theory, wie Andreas Böhm zusammenfassend bemerkt, „häufig sowohl für die Methode als auch für das mit dieser Methode erzielte Forschungsergebnis verwendet“ (Böhm 2012, S. 475). Andere Autor/innen betonen jedoch, dass es sich bei der Grounded Theory nicht um eine Methode im eigentlichen Sinne, sondern vielmehr um eine Forschungshaltung handelt (z. B. Strübing 2008). Auch Strauss (2004) selbst will die Grounded Theory nicht als Methode, sondern vielmehr als ‚Stil‘ verstanden wissen: „In diesem Sinne ist die Grounded Theory keine spezifische Methode oder Technik. Sie ist vielmehr als ein Stil zu verstehen, nach dem man Daten qualitativ analysiert und der auf eine Reihe von charakteristischen Merkmalen hinweist [...]“ (S. 434). So stellt der von Glaser und Strauss entwickelte Ansatz eine Reihe von Strategien und Werkzeugen bereit, die auf mit unterschiedlichen Methoden erhobene Daten anwendbar sind und die Erhebung lediglich anleiten und allenfalls im Hinblick auf die Auswertung Methodencharakter aufweisen. Zu nennen wären hier das theoretische Sampling, das kontinuierliche Vergleichen, das Kodieren und das Schreiben von Memos. Diese Vorgehensweisen lassen sich auch im Rahmen von Diskursanalysen anwenden. Dabei geht es jedoch, wie Keller (2011a) betont, „nicht darum, diese Konzepte im Verhältnis 1:1 in die Diskursforschung zu übernehmen; vielmehr bedürfen sie als sensibilisierende Optionen einer mehr oder weniger weitgehenden Adaption an diskursanalytische Zwecke“ (S. 98). In diesem Sinne erfolgt an dieser Stelle keine umfassende Darstellung der Grounded Theory im Allgemeinen, sondern lediglich eine kurze Zusammenfassung, inwiefern die genannten Strategien für die vorliegende Arbeit relevant sind und wie diese jeweils eingesetzt wurden.

Theoretisches Sampling

Eine wesentliche Innovation der Grounded Theory stellt das Aufbrechen der sonst üblichen chronologischen Abfolge des Forschungsprozesses von Datenerhebung, Auswertung und Ergebnisfeststellung dar. Im Sinne der Grounded Theory beginnt die Auswertung vielmehr, sobald erste Daten vorliegen. Auf Basis dieser Analyse und aus ihr hervorgehender erster Annahmen bzw. Theorien erfolgt wiederum eine erneute Erhebung, woraufhin dieser Prozess von neuem beginnt. Statt eines linearen beschreibt die Grounded Theory damit einen „iterativ-zyklischen“ (Strübing 2008, S. 30) Forschungsverlauf und betont „die zeitliche Parallelität und wechselseitige funktionale Abhängigkeit der Prozesse von Datenerhebung, -analyse und Theoriebildung“ (ebd., S. 14). Mit der im Laufe dieses Prozesses zunehmend differenzierten Analyse wird schließlich auch die Datenerhebung zielgerichteter. Jörg Strübing beschreibt das theoretische Sampling mit Bezug auf Peter Wiedemann (1991) als „eine Kette aufeinander aufbauender Auswahlentscheidungen entlang des Forschungsprozesses [...], wobei die Auswahlkriterien im Verlauf der [sic] Projektes zunehmend spezifischer und eindeutiger werden“ (Strübing 2008, S. 30). Während so der Datenkorpus eines Forschungsprojekts durch das theoretische Sampling üblicherweise immer weiter anwächst, zeigen sich die Vorteile dieses Verfahrens bei diskursanalytischen Vorhaben gleichsam in umgekehrtem Sinne. Da natürliche Daten, sprich Dokumente, oftmals in großem Umfang vorhanden und (insbesondere über das Internet) gut verfügbar sind, stehen Diskursanalysen eher vor dem Problem großer Textmengen (Keller 2011a, S. 79). Dieser Umstand erfordert „verschiedene Strategien der Korpusreduktion wie z.B. die Auswahl von Schlüsselstellen, Schlüsseltexten oder die theoriegeleitete Reduktion des Materials im Anschluss an die grounded theory, um einen bearbeitbaren Datenumfang zu erhalten“ (Keller 2011b, S. 275).

Mit dieser anfänglichen Reduktion verfügbarer Dokumente auf ein überschaubares Maß ist die Datengewinnung jedoch keineswegs abgeschlossen. Vielmehr wird, ausgehend von der Basis dieses anfänglichen Datenkorpus, im Sinne des oben beschriebenen iterativ-zyklischen Vorgehens weiteres Datenmaterial akquiriert. Dabei kann entweder nach Dokumenten gesucht werden, die eine inhaltliche Nähe (minimale Kontrastierung) oder aber Ferne (maximale Kontrastierung) zu den bereits analysierten auf-

weisen. Ohne der Analyse vorzugreifen, möchte ich im Folgenden an einem ausgewählten Beispiel kurz zeigen, wie dieses Verfahren in der vorliegenden Arbeit zur Zusammenstellung des Datenkorpus angewandt wurde. Aufgrund des während meiner Mitarbeit im Projekt *Kategorien im Wandel* erlangten Vorwissens war mir bereits bekannt, dass eine verpflichtende Testung von Migrant/innen auf HIV/Aids in Teilen der Bundesrepublik insbesondere von zivilgesellschaftlichen Organisationen wie der *Deutschen Aids-Hilfe* (DAH) kritisiert wird. Ausgehend von einer entsprechenden Presseerklärung suchte ich zunächst nach weiteren Veröffentlichungen der DAH und anderer zivilgesellschaftlicher Organisationen (beispielsweise des *Paritätischen Wohlfahrtsverbands*) bzw. diesen nahestehenden Einzelpersonen. Diese Vorgehensweise entsprach also zunächst einer minimalen Kontrastierung. Aus der Analyse dieser Dokumente wurde ersichtlich, dass die Kritik an der verpflichtenden Testung von Migrant/innen auf HIV/Aids unter anderem mit Verweisen auf nationale und internationale Empfehlungen begründet wurde, woraufhin entsprechende Dokumente, beispielsweise des Nationalen Aids-Beirats bzw. UNAIDS, herangezogen wurden. Analog zu diesem Vorgehen im Hinblick auf den deutschen Kontext suchte ich bei der Auswahl der Dokumente für den britischen Kontext nach einer zivilgesellschaftlichen Organisation, die als äquivalent zur DAH betrachtet werden kann, und recherchierte so zunächst Veröffentlichungen des *Terrence Higgins Trust* (THT) und arbeitete mich von diesen ausgehend weiter vor. Im Sinne einer maximalen Kontrastierung suchte ich schließlich nach Dokumenten, in denen eine verpflichtende Testung von Migrant/innen auf HIV befürwortet wird, und nahm entsprechende Dokumente, beispielsweise der *Bayerischen Staatsregierung* bzw. der *Conservative Party*, in den Datenkorpus auf.

Nicht zuletzt aus forschungsökonomischen Gründen konnten nicht alle möglicherweise relevanten Dokumente in den Datenkorpus aufgenommen bzw. zur Feinanalyse herangezogen werden. Strübing (2008) weist darauf hin, dass es im Sinne der Grounded Theory „nicht um statistische Repräsentativität und damit um den das gesamte Material umfassenden, vollständigen Nachweis aller Fälle geht“ (ebd., S. 34). So wurde der Rechercheprozess abgeschlossen, als ein hinreichendes Verständnis der Auseinandersetzung zu Screenings von Migrant/innen in Deutschland, Großbritannien und auf Ebene der EU gegeben, die durch die Auswertungsmethoden (Kodieren und Kartieren) erarbeiteten Kategorien detailliert genug und somit eine theoretische Sättigung (ebd.) erreicht schien.

Die Möglichkeiten der Adaption von Strategien der Grounded Theory im Rahmen der WDA beschränken sich nicht nur auf die Auswahl der Daten, wie sie im Zusammenhang mit dem theoretischen Sampling im vorangegangenen Abschnitt beschrieben wurde, sondern ergeben sich auch im Hinblick auf die Auswertung. Zunächst betrifft dies das Kodieren als systematischen und interpretativen Prozess der Entwicklung von Konzepten in Auseinandersetzung mit empirischem Material (Strübing 2008, S. 19). Bei dem von Anselm Strauss auf Grundlage der gemeinsamen Arbeit mit Barney Glaser vorgeschlagenen Kodierprozess lassen sich das *offene*, *axiale* und *selektive* Kodieren unterscheiden. Auch wenn diese Arbeitsschritte nicht notwendigerweise in einer sequenziellen Abfolge stehen, beginnt der Analyseprozess üblicherweise mit dem offenen Kodieren. Hier werden die Daten, im vorliegenden Fall Texte, gleichsam ‚aufgebrochen‘ (ebd.) und die einzelnen Textstellen abstrakteren Konzepten und Kategorien zugeordnet. Diese werden in einem Prozess des kontinuierlichen Vergleichens zueinander in Beziehung gesetzt (axiales Kodieren) und schließlich zu wenigen *Kern-* oder *Schlüsselkategorien* integriert (selektives Kodieren) (Strübing 2008, S. 19ff.). Alle drei genannten Verfahren wurden auf die dieser Arbeit zugrunde liegenden Daten (Dokumente, Interviewtranskripte, Feldnotizen) angewandt. Dabei wurden immer wieder Memos – als forschungsbegleitende Notizen und integrale Bestandteile des Analyseprozesses – angefertigt. Auch wenn das Kodieren im Rahmen der dieser Arbeit zugrunde liegenden Analyse als Auswertungsstrategie genutzt wurde, erfolgte dies nicht streng nach den in der Literatur zur Grounded Theory beschriebenen Empfehlungen. Dies ist sowohl der spezifischen Forschungsperspektive der WDA als auch meinen individuellen Voraussetzungen als Forschender geschuldet. Ohne der Ergebnisdarstellung vorzugreifen, soll dies im Folgenden anhand eines ausgewählten Beispiels verdeutlicht werden.

So werden Konzepte und Kategorien im Rahmen von Forschungsprojekten, die sich primär an der Grounded Theory orientieren, üblicherweise ausschließlich aus den Daten herauspräpariert, während gleichzeitig das Herantragen ‚fremder‘ Konzepte an das Datenmaterial vermieden wird (Strübing 2008, S. 20). In diskursanalytischen Projekten können bestimmte Konzepte durch spezifische Fragestellungen jedoch bereits vor-

gegeben sein (Keller 2011a, S. 99). Wie im vorangegangenen Kapitel dargelegt, interessierte ich mich im Hinblick auf die *Phänomenkonstitution* dafür, wie Migrant/innen im Kontext von Screening dargestellt bzw. adressiert werden, also welche *Subjektpositionen* sich in diesem Zusammenhang ergeben (siehe 3.1). Damit wurde also das analytische Konzept der Subjektpositionen bereits im Vorfeld gesetzt und an das Datenmaterial herangetragen. Zudem war mir aus der Literatur sowie aus der gemeinsamen Analysearbeit im Rahmen des Projekts *Kategorien im Wandel* bereits bekannt, dass Migrant/innen im Zusammenhang mit Infektionskrankheiten sowohl als Risiko als auch als Gruppe, die einem erhöhten Risiko ausgesetzt ist, dargestellt werden. Im Kontext des Projekts wurden hierfür die Analysekategorien ‚a risk‘ und ‚at risk‘ herausgearbeitet. Diese nutze ich, neben anderen, schließlich auch für die Analyse der Subjektpositionen im Rahmen der vorliegenden Arbeit. Eine solche Vorgehensweise steht nicht unbedingt im Widerspruch zu den Empfehlungen der Grounded Theory. So beschreibt Anselm Strauss, dass Kontextwissen, beispielsweise persönliche Erfahrungen oder Kenntnis der Fachliteratur, in Form von Hypothesen, Konzepten oder theoretischer Sensitivität in die Analyse einfließt (2004, S. 440). In diesem Zusammenhang ließe sich in einem hermeneutischen Sinne auch von Vorverständnis oder Präkonzepten sprechen (z. B. Breuer 2010, S. 48). Ich habe die oben genannten Kategorien jedoch nicht nur im Sinne eines Kontextwissens, sondern bewusst und explizit als Analysekategorien an die Daten herangetragen, wenngleich ich sie im Hinblick auf den hier vorliegenden Kontext des Screenings spezifiziert und schließlich in übergeordnete Schlüsselkategorien integriert habe.

Eine weitere Auswertungsstrategie aus dem Kontext der Grounded Theory, die im Rahmen dieser Arbeit Anwendung fand, entstammt dem von Adele Clarke (2012) entwickelten Ansatz der *Situationsanalyse*. Clarke versteht die Situationsanalyse als postmoderne Weiterentwicklung der Grounded Theory (Clarke 2012, 2015) und begründet dies mit einer „Hinwendung zu Diskursen“ (Clarke 2012, S. 183ff.). Aufgrund der von ihr konstatierten zunehmenden Bedeutung, die Diskurse für das Alltagsleben haben, sei „die Analyse von Diskursmaterial so ganz besonders wichtig, um die Grounded Theory mittels Situationsanalyse durch den *postmodern turn* [Hervorh. im Orig.] zu schieben“ (Clarke 2012, S. 217). Bei ihren Ausführungen dazu, wie die Forschungsperspektive der Grounded Theory durch diskursanalytische Herangehensweisen erweitert

werden kann, bezieht sich Clarke explizit auf die Arbeiten von Reiner Keller (ebd., S. 192). Für die vorliegende Arbeit sind die von Clark als umfangreich beschriebenen Überschneidungen in der jeweiligen theoretischen bzw. methodologischen Fundierung der Forschungsprogramme WDA und Situationsanalyse (ebd.) jedoch weniger relevant. Vielmehr wurden die im Rahmen der Situationsanalyse vorgeschlagenen Kartierungsverfahren (Clarke spricht von *Mapping* bzw. *Maps*) als zusätzliches Werkzeug der Analyse herangezogen. Clarke beschreibt mit *Situations-Maps*, *Maps von sozialen Welten/Arenen* und *Positions-Maps* zunächst drei unterschiedliche Varianten der Kartierung, von denen insbesondere die beiden Letzteren im Rahmen dieser Arbeit Anwendung fanden.

Maps von sozialen Welten/Arenen versteht Clarke als „Kartographien der kollektiven Verpflichtungen, Beziehungen und Handlungsschauplätze“ (Clarke 2012, S. 124). Im Wesentlichen geht es dabei um die grafische Darstellung von individuellen und kollektiven Akteur/innen, die aufgrund ihrer Zugehörigkeit zu bestimmten sozialen Welten an Auseinandersetzungen bzw. Aushandlungsprozessen beteiligt sind (ebd., S. 148ff.). Im Rahmen der Analyse für die vorliegende Arbeit wurde diese Technik dazu angewandt, Beziehungen zwischen kollektiven Akteur/innen auf nationaler und internationaler Ebene zu visualisieren.

Positions-Maps definiert Clarke als „Vereinfachungsstrategien zur graphischen Darstellung von in Diskursen zur Sprache gebrachten und *nicht* [Hervorh. im Orig.] zur Sprache gebrachten Positionen“ (Clarke 2012, S. 124). Dabei können verschiedene Zusammenhänge innerhalb eines Diskurses in Form eines Koordinatensystems dargestellt werden. Die Positionen, die von verschiedenen Akteur/innen im Hinblick auf diese Zusammenhänge eingenommen werden, können dann in diesem Koordinatensystem angeordnet werden. Die Positionen korrelieren dabei nicht unbedingt mit den jeweiligen Akteur/innen, sodass verschiedene Akteur/innen gleiche Positionen bzw. einzelne Akteur/innen auch verschiedene Positionen einnehmen können (ebd., S. 165). Die visuelle Darstellung dieser Positionen lässt zudem auch fehlende Positionen erkennen. Clarke spricht in diesem Zusammenhang von „Orte[n] des Schweigens“ (ebd., S. 123) und weist darauf hin, dass diese nicht zuletzt für ein theoretisches Sampling, in diesem Fall die Suche nach möglicherweise fehlenden Daten, aufschlussreich sein können (ebd.). In der Analyse für die vorliegende Arbeit wurde die Technik der Positions-

Maps sowohl auf die jeweiligen nationalen Kontexte angewandt als auch dazu verwendet, die Positionen zu bestimmten Zusammenhängen über die nationalen Kontexte hinweg zu vergleichen.

Die beiden Kartierungsverfahren der Maps von sozialen Welten/Arenen und der Positions-Maps haben sich im Rahmen der Analyse zu dieser Arbeit als hilfreiche Werkzeuge erwiesen, wobei sich in diesem Zusammenhang nicht nur die Visualisierung, sondern auch die begleitende Anfertigung von Memos bewährt hat. Während Clark, vermittelt über ihren Ansatz der Situationsanalyse, eine Übernahme von Perspektiven der Diskursforschung im Kontext der Grounded Theory vorschlägt, wurde in dieser Arbeit der umgekehrte Weg gegangen, indem die Kartierungsverfahren der Situationsanalyse im Rahmen einer an der WDA orientierten Forschung angewandt wurden.

4.3 Beschreibung des Datenkorpus

Wie bereits erwähnt, setzt sich der Datenkorpus der vorliegenden Arbeit aus natürlichen und selbstgenerierten Daten, d. h. bereits vorhandenen Dokumenten bzw. Expert/innen-Interviews und Feldnotizen, zusammen. Erstere umfassen unterschiedlichste Dokumententypen, wie Dokumente der Gesundheitsberichterstattung, politische Strategie- bzw. Konsultationspapiere, Evaluationsberichte, politische bzw. fachliche Stellungnahmen, Konferenzberichte, Presseerklärungen, Empfehlungen, Gesetze bzw. Verwaltungsvorschriften, aber auch solche Dokumente, die als wissenschaftliche Literatur gelten können. Dass auch wissenschaftliche Literatur als Datenmaterial herangezogen wird, ergibt sich aus den Spezifika von Forschungsfeld und Forschungsinteresse. So sind viele der für diese Arbeit relevanten Akteur/innen dem Bereich der Wissenschaft zuzuordnen und äußern sich in entsprechenden Fachpublikationen. Dies trifft insbesondere auf Akteur/innen aus dem Public-Health-Bereich bzw. der Epidemiologie zu. Aber auch zivilgesellschaftliche Akteur/innen äußern sich nicht nur über Presseerklärungen, womit sie eine breitere Öffentlichkeit adressieren, sondern nutzen auch wissenschaftliche Publikationsformate, wie Sammelbände und Zeitschriften. Die Konsultation wissenschaftlicher Literatur im Rahmen der Analyse folgt schließlich dem dieser Arbeit zugrundeliegenden Interesse an einem politisch-wissenschaftlichen Spezialdiskurs (siehe 3.1). In diesem Zusammenhang stellt sich jedoch auch die Frage,

wie der Datenkorpus im Hinblick auf wissenschaftliche Quellen sinnvoll begrenzt werden kann. Je nachdem, wie weit man das Verständnis eines wissenschaftlichen Diskurses ausdehnt, würden zahllose epidemiologische Publikationen, aber auch jene Arbeiten, die in Kapitel 2 als Forschungsstand rezipiert wurden, zur Analyse in Frage kommen. Auch von Unger und Kolleg/innen (2018) weisen darauf hin, dass sich die Unterscheidung von wissenschaftlicher Literatur als Hintergrundinformation respektive Datenmaterial als besonders herausfordernd darstellen kann, wenn es um die Analyse eines wissenschaftlichen Diskurses geht (S. 178ff.). Hat dieser Diskurs zudem Berührungspunkte mit dem sozialwissenschaftlichen Diskurs, gestaltet sich diese Unterscheidung ungleich schwieriger (ebd. S. 180). Für die vorliegende Arbeit wird bewusst ein vergleichsweise enger Rahmen gewählt, sodass die Auseinandersetzung zu Screenings von Migrant/innen auf der Ebene politischer, zivilgesellschaftlicher und wissenschaftlicher *Organisationen* im Zentrum der Analyse steht. Dennoch werden vereinzelt auch Äußerungen individueller Wissenschaftler/innen berücksichtigt, sofern sie einen erkennbaren politischen Bezug haben. Die nachfolgende Übersicht in Tabelle 1 beschränkt sich auf die wichtigsten, von Organisationen und ihnen nahestehenden Akteur/innen herausgegebenen Dokumente, die zur Feinanalyse herangezogen wurden. Eine vollständige Auflistung der verwendeten Quellen findet sich am Ende der Arbeit. In den Tabellen 2 und 3 werden selbstgenerierte Daten zusammengefasst, die in erster Linie als Hintergrundinformationen dienen.

Der eigentliche Untersuchungszeitraum dieser Arbeit erstreckt sich von 2000 bis 2015. Zur Analyse werden jedoch teilweise auch später veröffentlichte Dokumente herangezogen, die sich auf diesen Zeitraum bzw. in diesem durchgeführte Maßnahmen beziehen. Eine diesbezügliche Ausnahme stellen die Dokumente des ECDC im Zusammenhang mit der Entwicklung einheitlicher Empfehlungen zu Screenings von Migrant/innen in Europa dar. Das entsprechende Projekt wurde zwar 2015, also innerhalb des Untersuchungszeitraums, begonnen, jedoch erst 2018 abgeschlossen. Da dieses einen vorläufigen Höhepunkt der Auseinandersetzung um Screenings von Migrant/innen auf europäischer Ebene darstellt, werden die entsprechenden Äußerungen in der Analyse berücksichtigt und der Untersuchungszeitraum also an dieser Stelle punktuell erwei-

tert. Eine weitere Ausnahme bildet ein Strategiepapier der Bayerischen Staatsregierung aus dem Jahr 1987, das für den deutschen Kontext eine zum Verständnis der Entwicklungen auf der Ebene der Bundesländer wichtige historische Referenz darstellt.

Tabelle 1: Zentrale Dokumente der Analyse

Titel	Organisation ¹⁸	Jahr
Migration and HIV: Improving Lives in Britain. An Inquiry into the Impact of the UK Nationality and Immigration System on People Living with HIV	APPGA	2003
Konzept der Bayerischen Staatsregierung zur Bekämpfung der Immunschwächekrankheit AIDS	Bayerische Staatsregierung	1987
Schriftliche Anfrage der Abgeordneten Dr. Simone Strohmayr SPD vom 25.07.2014	Bayerischer Landtag	2014
Control and prevention of tuberculosis in the United Kingdom: Code of Practice 2000	BTS	2000
Before It's Too late: A new agenda for public health ¹⁹	Conservative Party	2003
HIV-Test 2000. Bestandsaufnahme und Perspektiven	DAH	2000
HIV-Zwangstests in Bayern jetzt abschaffen!	DAH	2014
Keine routinemäßigen HIV-Tests für Asylbewerber mehr	DAH	2015
Department of health analysis of IOM data. Pre-entry screening of UK visa applicants for tuberculosis	DOH	2012
Public health benefits of screening for infectious diseases among newly arrived migrants to the EU/EEA	ECDC (HCDCP)	2014
Evidence-based guidance: Prevention of infectious diseases among newly arrived migrants in the EU/EEA. Meeting Report	ECDC	2015
2 nd Advisory group meeting to develop evidence-based guidance on prevention of infectious diseases among newly arrived migrants in the EU/EEA. Meeting Report	ECDC	2016
Public health guidance on screening and vaccination for infectious diseases in newly arrived migrants within the EU/EEA	ECDC	2018
Health and Migration in the European Union: Better Health for All in an Inclusive Society	EU	2007

¹⁸ Diese Angabe bezieht sich darauf, welcher Organisation die jeweilige Publikation zugeordnet werden kann (z. B. aufgrund von Urheberrechten oder Auftraggeberschaft). Die bibliographische Herausgeberschaft kann hiervon abweichen (siehe Literatur- und Quellenverzeichnis am Ende der Arbeit). Die Zitation der einzelnen Dokumente bzw. der in diesen vorkommenden Beiträge einzelner Autor/innen erfolgt entlang der bibliographischen Angaben.

¹⁹ Dieses Dokument konnte, trotz persönlicher Anfrage bei der verantwortlichen Organisation, nicht im Original beschafft werden. Auf das Dokument wird jedoch verschiedentlich in Äußerungen anderer Akteur/innen Bezug genommen. Das Dokument wurde daher in die Analyse aufgenommen und wird über eine Sekundärquelle (Coker 2003) zitiert.

Health Security in the European Union and Internationally	EU	2009
Controlling our borders: Making migration work for Britain. Five year strategy for asylum and immigration	HO	2005
UNHCR Resettlement Handbook Country Chapter GBR. United Kingdom of Great Britain and Northern Ireland	HO ²⁰	2013
An Evaluation of the Gateway Protection Programme. A Report Commissioned by the Home Office	HO	2011
Migrant tuberculosis screening	HO	2012
Syrian Vulnerable Person Resettlement (VPR) Programme. Guidance for local authorities and partners	HO	2015
The Syrian Vulnerable Persons Resettlement programme	HO (NAO)	2016
Syrian Vulnerable Persons Resettlement Scheme (VPRS) Guidance for local authorities and partners	HO	2017
Migrant Health: Infectious diseases in non-UK born populations in England, Wales and Northern Ireland. A baseline report – 2006	HPA	2006
Tuberculosis screening at Ports of Entry	HPA	2012
HIV-Diagnostik in der Erstuntersuchung von Asylsuchenden	NAB	2015
UK pre-entry tuberculosis screening brief report 2013	PHE	2013
UK pre-entry tuberculosis screening report 2014	PHE	2015
UK pre-entry tuberculosis screening report 2015	PHE	2016
Epidemiologisches Bulletin 11/2000	RKI	2000
Epidemiologisches Bulletin 11/2002	RKI	2002
Bericht zur Epidemiologie der Tuberkulose in Deutschland für 2001	RKI	2003
Thorax-Röntgenuntersuchungen bei Asylsuchenden gemäß § 36 Absatz 4 IfSG. Stellungnahme des Robert Koch-Instituts	RKI	2015
Vorscreening und Erstaufnahmeuntersuchung für Asylsuchende	RKI	2015
Asylsuchende und Infektionsschutz. Allgemeine Hinweise zu Infektionsgefährdung und Schutzmaßnahmen	RKI	2015
Epidemiologisches Bulletin 27/2015	RKI	2015
Abschlussbericht der Studie „KABP-Studie mit HIV- und STI-Testangebot mit in Deutschland lebenden Migrant/innen aus Subsahara-Afrika (MiSSA)“	RKI	2017
Comments from Terrence Higgins Trust	THT	2006
Report of a privacy impact assessment conducted by the UK Border Agency in relation to the high value data sharing protocol amongst the immigration authorities of the Five Country Conference	UKBA	2010
Screening for tuberculosis and the immigration control	UKBA	2012

²⁰ Das *UNHCR Resettlement Handbook* wird vom Flüchtlingshilfswerk der Vereinten Nationen (UNHCR) herausgegeben. Die Kapitel zu einzelnen Ländern werden jedoch von den verantwortlichen Behörden der jeweiligen Staaten verfasst. Siehe dazu: <https://www.unhcr.org/protection/resettlement/4a2ccf4c6/unhcr-resettlement-handbook-country-chapters.html> [Zugriff: 11.03.2019].

Zentrale Fragen für Migration und Gesundheit	WHO	undatiert
Migration and Health in the European Union	WHO et al.	2011
Stepping up action on refugee and migrant health. Towards a WHO European framework for collaborative action	WHO	2015

Tabelle 2: Expert/innen-Interviews

Bezeichnung	Bereich	Bemerkungen (Rolle / Kontext)
Interview vom 11.09.2013	Epidemiologie	Ko-Interviewer / Projekt „Kategorien im Wandel“
Interview vom 12.09.2013	Epidemiologie	Ko-Interviewer / Projekt „Kategorien im Wandel“
Interview vom 28.01.2014	Epidemiologie	Projekt „Kategorien im Wandel“
Interview vom 04.02.2014	Politik	Projekt „Kategorien im Wandel“
Interview vom 29.08.2014	Zivilgesellschaft	Projekt „Kategorien im Wandel“
Interview vom 04.01.2016	Epidemiologie	Dissertationsprojekt
Interview vom 12.02.2016	Epidemiologie	Dissertationsprojekt
Interview vom 15.04.2016	Epidemiologie	Dissertationsprojekt

Tabelle 3: Feldnotizen von Konferenzen und Fachtagungen

Bezeichnung	Feldaufenthalt
Feldnotiz vom 17.03.2014	„Neues zur Tuberkulose in Deutschland – Tagung zum Welttuberkulosestag 2014“, RKI, Berlin
Feldnotiz vom 11.12.2014	„Sex, Blut und Infektionen. Aktuelle Forschung zu HIV, STI und Hepatitis“, RKI, Berlin
Feldnotiz vom 12.12.2014	„Sex, Blut und Infektionen. Aktuelle Forschung zu HIV, STI und Hepatitis“, RKI, Berlin
Feldnotiz vom 12.11.2015	„Advisory group: Development of evidence-based guidance on screening for infectious diseases among newly arrived migrants in the EU/EEA“, ECDC, Stockholm
Feldnotiz vom 13.11.2015	„Advisory group: Development of evidence-based guidance on screening for infectious diseases among newly arrived migrants in the EU/EEA“, ECDC, Stockholm

5 Der Diskurs zu Screenings von Migrant/innen in Deutschland

Dieses Kapitel widmet sich dem Diskurs um Screenings von Migrant/innen auf Infektionskrankheiten in Deutschland, wobei der Fokus, wie bereits in Kapitel 1 dargelegt, auf Tuberkulose und HIV/Aids liegt. Zunächst werden die rechtlichen Grundlagen und strukturellen Bedingungen des Screenings von Migrant/innen in Deutschland dargestellt (5.1). Daraufhin erfolgt eine eingehendere Analyse der jeweiligen, auf die beiden als Vergleichsfolie dienenden Infektionskrankheiten bezogenen Äußerungen verschiedener Akteur/innen aus dem Bereich der Wissenschaft, Politik und Zivilgesellschaft (5.2 und 5.3). Schließlich wird der Frage nachgegangen, welche Effekte sich im Zusammenhang mit der vermehrten Ankunft Geflüchteter in Deutschland während des Jahres 2015 ergeben haben, sowohl im Hinblick auf Praktiken des Screenings als auch die sie begleitenden Äußerungen (5.4).

5.1 Ein neues Gesetz zum neuen Jahrtausend: die Rechtsgrundlage für Screenings von Migrant/innen in Deutschland

Der Beginn des Untersuchungszeitraums dieser Arbeit, die letzte Jahrtausendwende, fällt zusammen mit einer umfassenden Gesetzesänderung im Bereich des Gesundheitswesens in Deutschland. Die bisherige zentrale Rechtsvorschrift auf Bundesebene zu übertragbaren Krankheiten, das *Gesetz zur Verhütung und Bekämpfung übertragbarer Krankheiten beim Menschen*, kurz *Bundes-Seuchengesetz* (BSeuchG), von 1961 wird durch das 2001 in Kraft tretende *Gesetz zur Verhütung und Bekämpfung von Infektionskrankheiten beim Menschen*, kurz *Infektionsschutzgesetz* (IfSG), ersetzt.

Eine grundsätzliche Neuerung, die im Zuge dieser Gesetzeseinführung zu verzeichnen ist, betrifft die Rolle eines zentralen Akteurs der Gesundheitswissenschaften in Deutschland. So erhält das *Robert-Koch-Institut* (RKI) mit dem IfSG einen direkten staatlichen Auftrag zur Überwachung von Infektionskrankheiten in Deutschland (§ 4 IfSG), wird also zu einer teilstaatlichen Einrichtung, bei der Surveillance-Daten zentral für ganz Deutschland erfasst und ausgewertet werden. Damit wird das RKI auch zu einem zentralen Akteur für den in dieser Arbeit untersuchten Diskurs.

Mit dem IfSG, das in enger Kooperation mit dem RKI erarbeitet wurde, ergibt sich insbesondere in der Erhebung epidemiologischer Daten ein stärkerer Fokus auf Migration. So wird beispielsweise im Zusammenhang mit Tuberkulose nicht mehr nur die Staatsangehörigkeit infizierter Personen erhoben, wie es bis dahin üblich war, sondern auch deren Geburtsland (§ 11 Abs. 1 IfSG).

Die für diese Arbeit in erster Linie relevanten Neuerungen durch das IfSG betreffen jedoch nicht die epidemiologische Datenerhebung. Vielmehr tritt mit dem IfSG eine neue rechtliche Norm bezüglich des Screenings von Migrant/innen in Kraft. Nach § 36 Abs. 4 IfSG²¹ gilt nun:

„Personen, die [...] in eine Gemeinschaftsunterkunft für Obdachlose, Flüchtlinge, Asylbewerber oder in eine Erstaufnahmeeinrichtung des Bundes für Spätaussiedler aufgenommen werden sollen, haben vor oder unverzüglich nach ihrer Aufnahme der Leitung der Einrichtung ein ärztliches Zeugnis darüber vorzulegen, dass bei ihnen keine Anhaltspunkte für das Vorliegen einer ansteckungsfähigen Lungentuberkulose vorhanden sind. Bei Aufnahme in eine Gemeinschaftsunterkunft für Flüchtlinge, Asylbewerber oder in eine Erstaufnahmeeinrichtung des Bundes für Spätaussiedler muss sich das Zeugnis bei Personen, die das 15. Lebensjahr vollendet haben, auf eine im Geltungsbereich dieses Gesetzes erstellte Röntgenaufnahme der Lunge stützen [...]“ (§ 36 Abs. 4 IfSG)

Die explizite Nennung bestimmter Gruppen von Migrant/innen, namentlich Flüchtlinge, Asylbewerber/innen und Spätaussiedler/innen, stellt ein Novum in diesem Rechtsgebiet dar. Zwar gab es bereits im Rahmen des § 48a BSeuchG umfangreiche Interventionsbefugnisse für staatliche Akteur/innen. Jedoch gab es hier nur einen allgemeinen Bezug auf Gemeinschaftseinrichtungen und keine explizite Bezugnahme auf Einrichtungen zur Unterbringung von Migrant/innen (ebd.).

Der § 36 Abs. 4 IfSG stellt jedoch nicht die einzige bzw. alleinige rechtliche Grundlage für ein Screening bestimmter Gruppen von Migrant/innen auf Infektionskrankheiten

²¹ Ich beziehe mich hier auf die Fassung vom 20.07.2000. Der § 36 wurde in der aktuellen Fassung des IfSG (geändert durch das *Gesetz zur Modernisierung der epidemiologischen Überwachung übertragbarer Krankheiten* vom 17.07.2017) ergänzt, wodurch die hier relevanten Regelungen jedoch unberührt blieben.

dar. So galt zum Zeitpunkt der Einführung des IfSG bereits folgende, bis heute bestehende Regelung aus § 62 Abs. 1 *Asylverfahrensgesetz* (AsylVfG)²²:

„Ausländer, die in einer Aufnahmeeinrichtung oder Gemeinschaftsunterkunft zu wohnen haben, sind verpflichtet, eine ärztliche Untersuchung auf übertragbare Krankheiten einschließlich einer Röntgenaufnahme der Atmungsorgane zu dulden. Die oberste Landesgesundheitsbehörde oder die von ihr bestimmte Stelle bestimmt den Umfang der Untersuchung und den Arzt, der die Untersuchung durchführt.“

Diese beiden Normen, § 36 Abs. 4 IfSG und § 62 AsylVfG, bilden bis dato die gesetzliche Grundlage für Screenings von Migrant/innen in Deutschland, die so genannte gesundheitliche Erstuntersuchung²³. Bei einer vergleichenden Betrachtung fällt zunächst auf, dass beide Normen die ‚Gemeinschaftsunterkunft‘ als gemeinsamen Bezugspunkt haben. So ist es nicht etwa der Migrationsstatus oder die Staatsangehörigkeit einer Person, die hier ausschlaggebend ist, sondern die Form der Unterbringung.²⁴ So sind beispielsweise Asylsuchende de jure nicht per se verpflichtet, eine Screeninguntersuchung zu dulden, sondern nur dann, wenn sie in einer Gemeinschaftsunterkunft untergebracht werden. De facto betrifft dies jedoch alle Antragsteller/innen, da diese zunächst in einer Erstaufnahmeeinrichtung untergebracht werden, bevor sie ggf. auf dezentrale Wohnunterkünfte umverteilt werden (AsylVfG). Zudem stellt die im Gesetz festgeschriebene Verpflichtung keine direkte Zwangsmaßnahme dar. Allerdings führt die Verweigerung einer entsprechenden Untersuchung ggf. zur Einstellung des Asylverfahrens, was wiederum zur Folge hat, dass den betroffenen Personen die Ausweisung droht, die durchaus mit polizeilichen Zwangsmaßnahmen durchgesetzt werden kann (Interview vom 04.02.2014). Die Unterbringung von Geflüchteten in Gemein-

²² Ich beziehe mich hier auf die zu diesem Zeitpunkt gültige Version des AsylVfG vom 30.06.1992 (nach der Änderung durch das *Gesetz zur Neuregelung des Asylverfahrens* vom 26.06.1992). In der Urfassung des AsylVfG vom 31.12.1982 war der betreffende Paragraph noch nicht enthalten. In der aktuell gültigen Version des Asylgesetzes (AsylG) (das AsylVfG wurde durch das *Asylverfahrensbeschleunigungsgesetz* vom 20.10.2015 entsprechend umbenannt) ist der betreffende Absatz unverändert beibehalten worden.

²³ Die *gesundheitliche Erstuntersuchung* findet in der Regel innerhalb der ersten drei Tage nach der Unterbringung in eine Gemeinschaftsunterkunft statt (Interview vom 04.02.2014).

²⁴ Hier lässt sich demnach eine gewisse Kontinuität im Hinblick auf das BSeuchG erkennen.

schaftsunterkünften und im weiteren Sinne das „Lagersystem“ (Pieper 2008) im Bereich des Asylwesens in Deutschland können somit als zentrale infrastrukturelle Elemente des Screeningdispositivs in Deutschland gelten.

Ebenfalls in beiden Normen angesprochen wird eine spezifische Verfahrensweise, nämlich die Röntgenaufnahme der Lunge, zum Ausschluss einer aktiven Lungentuberkulose. Die Ausführungen im IfSG stellen in gewisser Weise eine Einschränkung dar, da Personen unter 15 Jahren implizit und Schwangere explizit (§ 36 Abs. 4 IfSG) von einer Röntgenuntersuchung ausgeschlossen werden. Darüber hinaus wird jedoch im AsylVfG, das auch weitere ärztliche Untersuchungen mit einschließt, nicht weiter spezifiziert, auf welche übertragbaren Krankheiten im Einzelnen getestet werden soll. Die Entscheidung hierüber obliegt den obersten Landesbehörden, also den Gesundheitsministerien der einzelnen Bundesländer. Die föderale Struktur der Bundesrepublik führt in diesem Zusammenhang zu teilweise erheblichen Unterschieden beim Screening von Migrant/innen. Während eine Untersuchung auf aktive Lungentuberkulose bis dato in allen Bundesländern vorgenommen wird, fanden systematische Testungen auf HIV bis 2015 nur in Bayern und Sachsen statt. Andere Bundesländer sahen keine verpflichtende Testung auf HIV vor bzw. beschränkten sich auf ein freiwilliges Testangebot (Odukoya et al. 2016, S. 40). Nachdem das Bundesland Sachsen seit 2015 auf systematische HIV-Tests verzichtet (DAH 2015), finden diese nur noch in Bayern statt. In den folgenden Abschnitten wird der Frage nachgegangen, wie die Praktiken der bundesweit einheitlichen Testung von Geflüchteten auf Tuberkulose (5.2) sowie der bundesweit einzigartigen verpflichtenden Testung auf HIV/Aids in Bayern (5.3) von den am Diskurs beteiligten Akteur/innen gerahmt, legitimiert und kritisiert werden.

5.2 Tuberkulosescreening von Migrant/innen und die Bedeutung der ‚aktiven Fall-suche‘

In seiner neuen Rolle als zentrale Einrichtung mit staatlichem Auftrag zur Überwachung aller Infektionskrankheiten in Deutschland dominiert das RKI seit Inkrafttreten des IfSG die Gesundheitsberichterstattung. Bisher hatte im Bereich Tuberkulose das *Deutsche Zentralkomitee zur Bekämpfung der Tuberkulose* (DZK) einen in der Regel jährlich erscheinenden *Informationsbericht* zur epidemiologischen Lage in Deutschland herausgegeben und sich dabei auf Zahlen bezogen, die durch das Statistische Bundesamt erfasst wurden. Während dieser Bericht weiterhin erscheint, übernimmt nun

aber das RKI auch die Gesundheitsberichterstattung zu Tuberkulose und bedient diese mit gleich drei Publikationsformaten, nämlich dem *Infektionsepidemiologischen Jahrbuch*, dem in kürzeren Intervallen erscheinenden *Epidemiologischen Bulletin* und dem *Bericht zur Epidemiologie der Tuberkulose in Deutschland*, der ab 2003 jährlich erscheint.

Das Screening von bestimmten Gruppen von Migrant/innen auf Tuberkulose wird in diesen Publikationen stets im Zusammenhang mit der so genannten aktiven Fallsuche thematisiert. Diese beschreibt eine gezielte Testung bestimmter Personengruppen, die nicht zur Abklärung entsprechender Symptome erfolgt, sondern gleichsam auf Verdacht:

„Eine wesentliche Voraussetzung für die Reduzierung der Erkrankungshäufigkeit an Tuberkulose in Deutschland ist die aktive Fallsuche durch Umgebungsuntersuchungen bei neuerkrankten Tuberkulosepatienten und in Hochrisikogruppen, um Erkrankungsfälle frühestmöglich zu erfassen und einer effizienten Therapie zuzuführen. Erstrebenswert ist eine gezielte Untersuchung der Kontaktpersonen von ansteckungsfähigen Tuberkulosepatienten, nach Deutschland kommender Asylbewerber, Kriegsflüchtlinge und Aussiedler wie auch die aktive Betreuung anderer gefährdeter Personen, z.B. von HIV-Positiven, Obdachlosen, Drogenabhängigen und Gefängnisinsassen.“ (RKI 2000, S. 89)

Der aktiven Fallfindung wird also eine zentrale Bedeutung bei der Bekämpfung der Tuberkulose beigemessen. Neben der Untersuchung von Personen, die mit bekanntermaßen infizierten Patient/innen in Kontakt gekommen sind, umfasst sie die Testung von Personen, die so genannten Hochrisikogruppen zugeordnet werden. Hierzu zählen in erster Linie Geflüchtete bzw. Migrant/innen. Anders als bei anderen ‚Hochrisikogruppen‘, bei denen Immunstatus (HIV-Positive), Lebensumstände (Obdachlose), Verhalten (Drogengebrauchende) oder Unterbringung (Gefängnisinsassen) ein möglicherweise erhöhtes Infektionsrisiko definieren, ist es bei Migrant/innen insbesondere die Herkunft. Diese implizite Unterscheidung wird beispielsweise in der folgenden Äußerung deutlich:

„Zu den Zielgruppen für eine aktive Fallsuche gehören darüber hinaus Personen aus Ländern mit hoher Tuberkulose-Prävalenz (Asylsuchende, Flüchtlinge, Aussiedler, Migranten etc.) und Personengruppen mit erhöhtem Infektionsrisiko, z.B. Obdachlose, Drogenabhängige, Gefängnisinsassen, aber auch HIV-Positive.“ (RKI 2002, S. 90)

Dass bei Migrant/innen im Allgemeinen die Herkunft als Risikofaktor für Tuberkulose gilt, zeigt sich auch daran, dass im *Bericht zur Epidemiologie der Tuberkulose in Deutschland für 2001* erstmals (und seitdem fortlaufend in allen entsprechenden Publikationen) das Geburtsland als „Schlüsselvariable“ (RKI 2003, S. 12) im Hinblick auf Tuberkulose betrachtet wird. Die Erhebung entsprechender Daten wurde erst durch die Einführung des IfSG systematisiert, das den Fokus auf Migration im Zusammenhang mit der Bewertung der Tuberkulosesituation in Deutschland verstärkte:

„Mit Einführung des IfSG werden für die Tuberkulose erstmals auch Daten zum Geburtsland routinemäßig erhoben. In 42 % der hierzu übermittelten Informationen wurde ein Geburtsland außerhalb Deutschlands angegeben. Dies zeigt, dass der Anteil der Migration durch die alleinige Erfassung der Staatsangehörigkeit (ausländische Staatsangehörigkeit 32,7%) unterschätzt wird.“ (RKI 2003, S. 15)

Zwar wird in dieser Interpretation der epidemiologischen Daten durch das RKI zunächst eine starke Assoziation von Tuberkulose mit Migration im Allgemeinen deutlich, jedoch findet an anderer Stelle auch eine Differenzierung im Hinblick auf die Dauer des Aufenthalts der Betroffenen in Deutschland statt. So wird beispielsweise in einer anderen Publikation des RKI, mit Bezug auf eine Studie des DZK, zu „Aspekte[n] der Herkunft und der Aufenthaltsdauer in Deutschland“ (RKI 2002, S. 92) Folgendes festgestellt:

„Bei Asylbewerbern wurde die Tuberkulose häufiger (56,1%) im ersten Jahr als bei Aussiedlern (35,8%) oder sonstigen im Ausland Geborenen (17,6%) festgestellt. Diese Zahlen belegen die im Infektionsschutzgesetz festgelegte aktive

Fallsuche bei Migranten, weisen jedoch gleichzeitig auf den Bedarf einer fortgesetzten guten medizinischen Betreuung besonders in diesem Kollektiv hin.“ (RKI 2002, S. 92)

Der Umstand, dass Tuberkuloseinfektionen bei Asylsuchenden zumeist im ersten Jahr nach ihrer Ankunft in Deutschland festgestellt werden, wird hier also als Bestätigung für die Notwendigkeit eines systematischen Screenings im Sinne der aktiven Fallsuche angesehen, wobei offenbar implizit davon ausgegangen wird, dass die Infektion nach Deutschland eingeschleppt wurde und so bereits bei der gesundheitlichen Erstuntersuchung festgestellt werden könne. Bemerkenswerterweise wird jedoch auch eine fortgesetzt medizinische Betreuung angemahnt. Dabei ist jedoch nicht ganz klar, was unter einer solchen verstanden wird. Naheliegend ist, dass hier eine medizinische Beobachtung gemeint ist, die zur frühen Erkennung von Infektionen, die zu einem späteren Zeitpunkt auftreten, beitragen könnte.

Anders als die verpflichtende Testung von Migrant/innen auf HIV/Aids, die Gegenstand des folgenden Abschnitts ist, wird das Screening von Geflüchteten auf Tuberkulose nicht grundsätzlich in Frage gestellt bzw. kritisiert. Allerdings werden die Umstände der Untersuchungen sowie die Zielsetzung der gesundheitlichen Erstuntersuchung durchaus hinterfragt. So weist etwa Zahra Mohammadzadeh (2000) auf eine mangelnde Aufklärung der Betroffenen hin und sieht dabei eine historische Parallele zu den systematischen Untersuchungen von Arbeitsmigrant/innen während der Phase der gezielten Anwerbung selbiger durch die Bundesrepublik:

„Erfahrungen mit der Tbc-Prävention [Tuberkuloseprävention; Anmerk. d. Verf.] bei Migrant(inn)en haben gezeigt, dass die vor allem in den siebziger Jahren allenthalben durchgeführten und auch heute noch im Zusammenhang des Infektionsschutzes geforderten Lungen-*Screenings* [Hervorh. im Orig.] bei Zuwanderern überwiegend ohne deren ausreichende Aufklärung vorgenommen wurden.“ (Mohammadzadeh 2000, S. 31)

Wissenschaftler/innen aus dem Bereich der Gesundheitsforschung, die sich mit Migration beschäftigen, hinterfragen bisweilen auch die Zielsetzung der gesundheitlichen

Erstuntersuchung. Im Hinblick auf Tuberkulose äußern sich beispielsweise Jacob Spallek und Oliver Razum (2007) wie folgt:

„So wird nach dem Infektionsschutzgesetz (IfSG, § 36 Abs. 4) bei Spätaussiedlern und Asylbewerbern, die in Gemeinschaftsunterkünften untergebracht sind, ein Tuberkulose-Screening durchgeführt. Die besondere gesundheitliche Situation von Migranten manifestiert sich aber nicht nur in den Risiken für bestimmte Infektionskrankheiten.“ (Spallek und Razum 2007, S. 452)

Die Autoren verweisen hier implizit auf umfassende medizinische Bedürfnisse von Migrant/innen und bemängeln den einseitigen Fokus der gesetzlich vorgeschriebenen Screeningmaßnahmen auf Infektionskrankheiten.

Seit Einführung des IfSG sollte die Regelung der gesundheitlichen Erstuntersuchung von Geflüchteten auf Bundesebene jedoch keine wesentlichen Änderungen erfahren und erst im Jahr 2015 einer grundlegenden Revision durch das RKI unterzogen werden (siehe 5.4).

5.3 Verpflichtendes Screening von Migrant/innen auf HIV/Aids: der Fall Bayern

Im vorangegangenen Abschnitt wurde deutlich, dass das RKI die bundesweit einheitlich vorgeschriebene Testung von bestimmten Gruppen von Migrant/innen auf Tuberkulose als Teil der so genannten aktiven Fallsuche in besonders stark betroffenen Bevölkerungsgruppen durchaus befürwortet. Eine ähnlich deutliche Positionierung des RKI findet jedoch im Hinblick auf die verpflichtende Testung von Migrant/innen auf HIV/Aids in Bayern nicht statt. Tatsächlich findet diese Praxis allenfalls indirekt Erwähnung in den Periodika des RKI. So heißt es beispielsweise in dem Epidemiologischen Bulletin von 2015:

„Die Zahl der HIV-Neudiagnosen von Personen mit einem heterosexuellen Risiko hat zugenommen. Hier ist jedoch der Anteil der Personen nicht-deutscher Herkunft, vor allem aus Subsahara-Afrika, zu beachten. Steigende Einwanderungs- bzw. steigende Flüchtlingszahlen aus Ländern mit hoher HIV-Prävalenz scheinen sich in den deutschen HIV-Meldedaten abzuzeichnen. Der Anstieg war insbesondere in Bayern festzustellen, was wahrscheinlich sowohl auf eine hohe

Anzahl an Flüchtlingen in Erstaufnahmeeinrichtungen als auch die dort durchgeführten systematischen HIV-Tests zurückzuführen ist. Die meisten der in diesem Zusammenhang festgestellten HIV-Infektionen wurden im Herkunftsland erworben. Wichtig ist, dass auch diese Menschen Zugang zu angemessener Beratung und Therapie erhalten.“ (RKI 2015d, S. 247)

Ähnlich wie im Kontext von Tuberkulose wird auch hier, im Hinblick auf HIV/Aids, ein Zusammenhang zwischen Migration und der epidemiologischen Situation in Deutschland hergestellt. So wird der Anstieg bei jenen Neuerkrankungen, die auf eine heterosexuelle Übertragung zurückgeführt werden, mit einem erhöhten Migrationsaufkommen begründet. Migrant/innen bzw. Geflüchtete aus Ländern, in denen HIV/Aids vergleichsweise häufig vorkommt, würden die Infektion gleichsam mitbringen. Der relativ hohe Anstieg der Fallzahlen in Bayern wird unter anderem darauf zurückgeführt, dass hier systematische Testungen im Rahmen der gesundheitlichen Erstuntersuchung durchgeführt werden. Das RKI betont, dass hier Beratung und Versorgung der Betroffenen wichtig seien, und schließt damit teilweise an zentrale Forderungen an, die insbesondere seitens zivilgesellschaftlicher Organisationen vorgebracht werden, was im Folgenden noch eingehender nachvollzogen wird. Zunächst ist jedoch bemerkenswert, dass die systematische Testung selbst weder befürwortet noch kritisiert wird. Wie in diesem Beispiel vermeidet das RKI in seinen Publikationen grundsätzlich eine eindeutige Stellungnahme zur verpflichtenden Testung von Migrant/innen auf HIV/Aids in Bayern.²⁵ Es scheint, als würde das RKI als staatliche Organisation auf Bundesebene die gesetzlich gewährte Entscheidungskompetenz der Bundesländer in dieser Angelegenheit bewusst nicht in Frage stellen und sich stattdessen darauf beschränken, die Bedeutung von Beratung und Versorgung zu betonen. Damit unterstützt das RKI in gewisser Weise die Positionen anderer Akteur/innen. Tatsächlich ist es jedoch gerade der verpflichtende Charakter der Testungen in Bayern, der von diesen immer wieder kritisiert wird. Im Folgenden werden Kritik und Forderungen dieser Akteur/innen entlang der zentralen Argumentationslinien sowie abschließend die historischen

²⁵ Eine diesbezügliche Ausnahme findet sich in den Empfehlungen der partizipativ angelegten *KABP-Studie mit HIV- und STI-Testangebot mit in Deutschland lebenden Migrant/innen aus Subsahara-Afrika (MiSSA)*: „Die Zwangstestung auf HIV soll abgeschafft werden.“ (RKI 2017a, S. 71) Allerdings wird hier eine Forderung der beteiligten Migrant/innen und nicht notwendigerweise die Position des RKI wiedergegeben.

Hintergründe und die gegenwärtige Legitimation der verpflichtenden HIV-Testung von Migrant/innen in Bayern nachvollzogen.

Die Forderung nach Freiwilligkeit und der Verweis auf nationale und internationale Standards

Die Kritik an der verpflichtenden Testung von Migrant/innen auf HIV/Aids in Bayern wird meist mit Bezügen zu nationalen, bisweilen auch internationalen Empfehlungen und Leitlinien artikuliert. So verweist beispielsweise Antje Sanogo (2011), bis 2015 Leiterin des Bereichs Prävention bei der Münchner Aids-Hilfe mit Schwerpunkt auf Migration, auf Empfehlungen der *Weltgesundheitsorganisation* (WHO) und UNAIDS, die unter anderem die Freiwilligkeit der Testung auf HIV/Aids und eine entsprechende Beratung vorsehen:

„Alle HIV-Tests müssen freiwillig, vertraulich sein und nur mit Einverständnis des Patienten vorgenommen werden. Patienten haben das Recht den Test zu verweigern. Es soll nicht auf HIV getestet werden gegen ihren Willen, ohne ihr Wissen, ohne adäquate Information oder ohne die Testergebnisse mitzuteilen.“ (WHO/UNAIDS 2007, zitiert nach Sanogo 2011, S. 50)

Sanogo kritisiert, dass nicht nur der Aspekt der Freiwilligkeit im Rahmen der an Geflüchteten durchgeführten Untersuchungen nicht gegeben sei, sondern darüber hinaus weitere in dieser Empfehlung gestellte Anforderungen nicht erfüllt werden:

„Der Antragsteller wird weder vor noch während der Untersuchung darüber informiert, auf welche Krankheiten er untersucht wird. [...] Es werden auch keine negativen Testergebnisse mitgeteilt (weder für HIV noch die anderen untersuchten Erreger).“ (Sanogo 2011, S. 49)

Sanogo weist zudem darauf hin, dass die in Bayern übliche Praxis in Konflikt mit Empfehlungen des *Nationalen AIDS-Beirats* (NAB) steht, der in einem Votum aus dem Jahr 2001 betont, dass auch Testungen bei Migrant/innen „ausschließlich mit Einwilligung des informierten und einsichtsfähigen Betroffenen erfolgen sollten“ (NAB 2001, zitiert

nach Sanogo 2011, S. 50). Beim NAB handelte es sich um ein Beratungsgremium des *Bundesministeriums für Gesundheit* (BMG), das 1987, also bereits mit Beginn der HIV-Epidemie in Deutschland, eingesetzt und 2016 schließlich aufgelöst wurde. Er setzte sich zusammen aus Expert/innen aus den Bereichen Forschung, medizinische Versorgung, öffentlicher Gesundheitsdienst, Ethik, Recht, Sozialwissenschaften sowie Personen aus der Zivilgesellschaft (NAB 2015). Noch im Jahr vor Beendigung seiner Tätigkeit sprach er sich noch einmal explizit gegen eine routinemäßige Testung von Migrant/innen auf HIV/Aids aus:

„Der NAB stellt fest, dass im Rahmen der Erstuntersuchungen bei Asylsuchenden auch routinemäßig HIV-Testungen durchgeführt werden. Dieses Verfahren entspricht nicht den anerkannten Standards zur Durchführung eines HIV-Tests.“ (NAB 2015)

Zentrale Bestandteile dieser Standards seien unter anderem die erwähnte informierte Einwilligung sowie die Gewährung von Vertraulichkeit (ebd.). Diese werden im Rahmen der gesundheitlichen Erstuntersuchung grundsätzlich in Frage gestellt:

„Im Kontext der Untersuchung bei Unterbringung in Erstaufnahmeeinrichtungen, Gemeinschaftseinrichtungen oder Notunterkünften ist weder von einer informierten Zustimmung noch von einer ausreichenden Vertraulichkeit auszugehen. Der NAB lehnt routinemäßige HIV-Tests für Asylsuchende ausdrücklich ab.“ (NAB 2015)

Beachtlich ist nicht nur die Vehemenz, mit der die Ablehnung einer routinemäßigen Testung hier zum Ausdruck gebracht wird. Vielmehr wird grundsätzlich in Frage gestellt, dass eine den „anerkannten Standards“ (ebd.), insbesondere dem der informierten Einwilligung, genügende Testung im Kontext der üblichen Unterbringung von Geflüchteten in Massenunterkünften möglich ist. Damit wäre auch eine nicht notwendigerweise verpflichtende, aber eben routinemäßige Testung, wie sie auch außerhalb Bayerns teilweise vorgenommen wird, aus Sicht des NAB abzulehnen.

Verpflichtende HIV-Testung als rechtswidriger Akt

Die Diskrepanz der in Bayern gängigen Praxis der verpflichtenden Testung Geflüchteter auf HIV/Aids zum Prinzip der informierten Einwilligung wird bisweilen zum Anlass genommen, diese Praxis als rechtswidrig zu kritisieren, also nicht nur als Missachtung bestehender Empfehlungen, sondern als Bruch verbindlicher Gesetze. So äußert sich beispielsweise Liselotte Voß (2000) in einer Publikation der DAH wie folgt:

„In Deutschland ist – mit Ausnahme der Blutspenden im Allgemeinen und ausgewählten Situationen in Bayern – ausschließlich die freiwillige, auf Wunsch auch anonyme Testung erlaubt. Dabei ist die Beratung vor und nach Testung sowie die ausdrückliche Einwilligung vorgeschrieben (informed consent); alles andere verstößt gegen Prinzipien der ärztlichen Ethik und wäre auch straf- und zivilrechtlich fragwürdig (Körperverletzung bzw. schwere Körperverletzung nach § 223a Strafgesetzbuch).“ (Voß 2000a, S. 73)

Diese Äußerung stellt zunächst noch keine direkte Kritik an der verpflichtenden HIV-Testung in Bayern dar. Vielmehr wird darauf hingewiesen, dass die „ausgewählten Situationen in Bayern“ (ebd.) die Ausnahme zu einem ansonsten geltenden Gebot darstellen würden. In allen anderen Fällen, so wird deutlich gemacht, würde eine Testung ohne informierte Einwilligung jedoch zumindest gegen ethische Grundsätze verstoßen, möglicherweise sogar eine strafbare Handlung darstellen, nämlich eine Körperverletzung im Sinne des entsprechenden Paragraphen des Strafgesetzbuchs.

Während Voß (2000a) sich mit der Formulierung „fragwürdig“ (ebd., S. 73) vergleichsweise vorsichtig im Hinblick auf die Rechtmäßigkeit einer unfreiwilligen Testung auf HIV/Aids äußert, bezieht Prosper Schücking in derselben Publikation der DAH eine deutlichere Position und konstatiert:

„Routinemäßige HIV-Antikörpertests aller Patienten sind rechtlich unzulässig. Der HIV-Test greift in das Selbstbestimmungsrecht und das Recht auf körperliche Unversehrtheit des Patienten ein. Die Erhebung eines Testergebnisses berührt auch das Recht auf informationelle Selbstbestimmung. Diese Rechte sind Grundrechte, die letztlich Ausdruck der Menschenwürde sind. Deshalb werden

sie durch unsere Verfassung garantiert. Grundsätzlich darf daher der Test nur bei der informierten Einwilligung eines Patienten vorgenommen werden.“ (Schücking 2000, S. 123)

Bei Fehlen einer informierten Einwilligung durch Patient/innen, so kann dieses Zitat gelesen werden, ist eine HIV-Testung grundsätzlich rechtswidrig, und zwar in mehrfacher Hinsicht. Bemerkenswerterweise wird hier nicht auf rechtliche Normen des Strafrechts Bezug genommen, wie im oberen Zitat von Lieselotte Voß, sondern auf das Grundgesetz. Dies ist im Hinblick auf die Testung von Geflüchteten insbesondere deshalb bedeutsam, da die hier garantierten Grundrechte unmittelbar für alle Personen gelten, unabhängig von Aufenthaltsstatus bzw. Staatsbürgerschaft. Mit dem Begriff „Menschenwürde“ (ebd.) wird zusätzlich die universelle Gültigkeit hervorgehoben. Im Sinne der von Schücking (2000) konstatierten rechtlichen Unzulässigkeit einer routinemäßigen Testung auf HIV im Allgemeinen wird die verpflichtende Testung von Geflüchteten im Rahmen der gesundheitlichen Erstuntersuchung in Bayern seitens zivilgesellschaftlicher Organisationen, namentlich der *Münchner Aids-Hilfe* und der DAH, immer wieder als rechtswidrig kritisiert. So äußerte sich etwa Antje Sanogo im Hinblick auf die Testpraxis im Rahmen des Asylverfahrens in Bayern wie folgt:

„Es zeigt sich erneut deutlich, dass durch die Verletzung von menschenrechtlichen und anderen wichtigen rechtlichen Standards bei vermeintlich besonders von HIV gefährdeten Gruppen die besondere Gefährdung dieser Menschen zumindest verschärft, wenn nicht gar erst geschaffen wird, indem diese Gruppen durch diskriminierende Behandlung von Aufklärung und Information über HIV abgeschnitten werden.“ (Sanogo 2011, S. 51)

Ohne einzelne rechtliche Normen zu benennen, wird die verpflichtende Testung von Geflüchteten hier als Verstoß gegen verschiedene rechtliche Regelungen beschrieben. Dabei wird mit dem Verweis auf Menschenrechte auch auf internationales Recht Bezug genommen. Bemerkenswert ist, dass die Sprecherin von einer „vermeintlich“ (ebd.) besonderen Gefährdung ausgeht. Dies verweist auf das Argument einer fehlenden epidemiologischen Grundlage für die Testung von Geflüchteten, was im folgenden Ab-

schnitt näher besprochen werden soll. Im Hinblick auf Prävention wird schließlich angemerkt, dass eine Testung ohne ausreichende Information bzw. Beratung kontraproduktiv erscheint, d. h. eine mögliche Infektionsgefahr für die Betroffenen verstärkt bzw. hervorbringt. Eine ähnlich deutliche Kritik der verpflichtenden HIV-Testung von Geflüchteten als rechtswidriges Vorgehen wird auch durch die DAH formuliert:

„HIV-Tests unter Zwang oder ohne Kenntnis der Betroffenen verstoßen gegen das Recht auf körperliche Unversehrtheit. Ein solcher Test ist und bleibt Körperverletzung, auch wenn die Flüchtlinge unter Druck ihr Einverständnis erklären.“ (DAH 2014)

Wie bereits bei Schücking (2000) wird hier auf das Recht auf körperliche Unversehrtheit bzw. auf den Straftatbestand der Körperverletzung abgestellt. Dabei wird kein Unterschied zwischen einer zwangsweisen Testung und einer Testung ohne vorherige Information gemacht. Besonders bemerkenswert ist jedoch, dass auch eine Einverständniserklärung seitens der Betroffenen, aus Sicht der DAH, die grundsätzlich konstatierte Rechtswidrigkeit nicht aufhebt, sofern diese „unter Druck“ (ebd.) erfolgt. Was unter diesem Druck zu verstehen ist, erschließt sich bei einer näheren Betrachtung der Rahmenbedingungen der gesundheitlichen Erstuntersuchung. So berichteten mir, wie in Abschnitt 5.1 erwähnt, Vertreter/innen der Regierung von Oberbayern, dass eine HIV-Testung zwar nicht gegen den ausdrücklichen Willen der Betroffenen durchgeführt werde, das Asylverfahren aber schlicht nicht weitergeführt wird, sofern sich die entsprechende Person einer Untersuchung verweigert (Interview vom 04.02.2014). Das heißt also, dass ohne die Einwilligung zu einer Testung auf HIV seitens der Geflüchteten letztendlich deren Ausweisung droht. Zudem legt die Formulierung „unter Druck“ (DAH 2014) darüber hinaus nahe, dass die Gesamtsituation der Betroffenen eine informierte Einwilligung generell kaum möglich erscheinen lässt, wie es in dem oben angeführten Zitat des NAB deutlich gemacht wird (NAB 2015).

Zusammenfassend können die in diesem Abschnitt dargelegten Äußerungen zu der Aussage verdichtet werden, dass die verpflichtende Testung von Geflüchteten auf HIV eine juristisch fragwürdige bzw. unmittelbar rechtswidrige Maßnahme darstellt. Die Akteur/innen begründen ihre Position teilweise rechtspositivistisch (also mit Bezug

auf konkrete Normen), bisweilen aber auch rechtsphilosophisch (also mit Verweis auf den Geist bestimmter Rechtsquellen wie beispielsweise des deutschen Grundgesetzes oder der Menschenrechte). Gemeinsamer Bezugspunkt der jeweiligen Argumentation ist stets das Fehlen eines informierten Einverständnisses der Betroffenen.

Zweifel an epidemiologischer Grundlage und Zielsetzung der HIV-Testung von Migrant/innen

Angesichts der kontinuierlich artikulierten Kritik bezüglich der Diskrepanzen zu nationalen und internationalen Empfehlungen sowie der rechtlichen Zulässigkeit drängt sich die Frage auf, wie die verpflichtende HIV-Testung im Rahmen der gesundheitlichen Erstuntersuchung begründet wird. Antje Sanogo (2011) weist darauf hin, dass in diesem Zusammenhang oftmals auf epidemiologische Daten Bezug genommen wird:

„Zur Rechtfertigung dieses Umgangs mit Flüchtlingen werden oft epidemiologische Daten herangezogen. Insbesondere Flüchtlinge kommen mehrheitlich aus den sogenannten Hochprävalenzländern (HPL).“ (Sanogo 2011, S. 50)

Legitimiert wird die HIV-Testung im Rahmen der gesundheitlichen Erstuntersuchung also mit dem Verweis darauf, dass Geflüchtete mitunter aus „Hochprävalenzländern“ (ebd.) kommen, also Ländern, für die eine verhältnismäßig hohe HIV-Infektionsrate berichtet wird. Am Beispiel der im Jahr 2010²⁶ gemeldeten positiven HIV-Infektionen bei Personen, die aus solchen Ländern stammen, macht Antje Sanogo (2011) jedoch deutlich, dass sich diese Zahlen nicht mit den Infektionsraten in den jeweiligen Herkunftsländern decken (S. 50), und nimmt diesen Umstand zum Anlass, die epidemiologische Grundlage für eine systematische HIV-Testung bei Geflüchteten in Frage zu stellen:

²⁶ Tatsächlich bestätigen auch Äußerungen von Vertretern des Bayerischen Landesamts für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit bzw. des Bayerischen Staatsministeriums für Gesundheit und Pflege, dass die HIV-Infektionsraten bei Asylsuchenden in Bayern auch während der Jahre 2013 und 2014 konstant weniger als 1 % betragen (Sing und Hierl 2015, S. 423).

„Offensichtlich kann man von der epidemiologischen Betroffenheit der Herkunftsländer nicht auf die Betroffenheit der Flüchtlinge schließen. Epidemiologisch ergeben sich also keinerlei Anhaltspunkte, die eine systematische Testung von Flüchtlingen rechtfertigen würden, selbst wenn man den seuchenschutzrechtlichen Vorstellungen verhaftet bliebe.“ (Sanogo 2011, S. 50)

Mit der Formulierung „seuchenschutzrechtliche Vorstellungen“ (ebd.) macht die Autorin deutlich, dass selbst eine Testung, die ausschließlich dazu dient, eine Weiterverbreitung der Infektion zu vermeiden (also nicht der Förderung der individuellen Gesundheit der Betroffenen dient), anhand der epidemiologischen Datenlage nicht gerechtfertigt erscheinen würde. Dass dies aber die Zielsetzung der Maßnahme ist und eben nicht die Versorgung der Betroffenen, macht Zahra Mohammadzadeh (2000) deutlich:

„Eindeutiger ist die Frage nach der Perspektive zu beantworten, mit der die Zwangstests in den betreffenden Bundesländern durchgeführt werden. Da das Asylbewerberleistungsgesetz und die sich in seinem Rahmen bewegende Versorgungspraxis nur eine auf das Minimum akuter Notversorgung beschränkte Gesundheitsversorgung vorsehen, ist das Ziel offenbar nicht, den als positiv diagnostizierten Menschen zu helfen.“ (Mohammadzadeh 2000, S. 29)

Mohammadzadeh (2000) betont gleichzeitig, dass eine Testung auf HIV/Aids nur dann sinnvoll ist, wenn sie mit der Perspektive durchgeführt wird, den als positiv diagnostizierten Menschen zu helfen (S. 28). Diese Zielsetzung ist jedoch aus ihrer Sicht nicht gegeben und die Maßnahme somit verfehlt. Diese Feststellung verbindet sie mit einer Kritik an der gesundheitlichen Versorgung von Geflüchteten in Deutschland, wie sie über das Asylbewerberleistungsgesetz geregelt ist, und schließt damit an eine grundlegende Kritik an, die insbesondere von zivilgesellschaftlichen Organisationen geäußert wird (z. B. Klinkhammer und Korzilius 2014). In ebendiesem Zusammenhang kann auch die folgende Äußerung der DAH gelesen werden, die im Hinblick auf die verpflichtende Testung von Geflüchteten auf HIV/Aids in Bayern erfolgt:

„HIV-positive Flüchtlinge brauchen eine vollwertige medizinische Versorgung und eine diskriminierungsfreie Umgebung. Die bayerische Staatsregierung steht in der Pflicht, den Menschen, die bei uns Zuflucht suchen, eine menschenwürdige Unterbringung und Versorgung zu bieten.“ (DAH 2014)

Gefordert wird also seitens der DAH nicht nur die Unterlassung einer verpflichtenden Testung. Vielmehr werden hier, im Sinne eines ethischen Appells, die politischen Entscheidungsträger/innen in der Verantwortung gesehen, die Lebensumstände von Geflüchteten in Bayern umfassend zu verbessern und „menschenwürdig“ (ebd.) zu gestalten.

Das diskursive ‚Erbe‘ und die Persistenz der verpflichtenden HIV-Testung von Geflüchteten in Bayern

Nicht zuletzt angesichts der anhaltenden und heftigen Kritik, wie sie in den vorangegangenen Abschnitten nachvollzogen wurde, stellt sich die Frage, warum Bayern, als mittlerweile einziges Bundesland, an einer verpflichtenden Testung von Migrant/innen auf HIV/Aids festhält und wie dies seitens der Verantwortlichen begründet wird. Um die Entwicklung dieser Praxis in Bayern zu verstehen, ist es nötig, sich ihren historischen Entstehungskontext zu vergegenwärtigen. So macht Lieselotte Voß (2000b) deutlich, dass der Umgang mit der HIV-Epidemie in Bayern sich von Beginn an als bundesweiter Sonderfall betrachten lässt:

„Im Einklang mit den Empfehlungen der Vereinten Nationen, der Weltgesundheitsorganisation und der Europäischen Union setzte die Bundesregierung von Anfang an auf Aufklärung als wichtigste gesundheitspolitische Aufgabe bei der Bekämpfung von AIDS. Dabei war es erklärtes Ziel, in Deutschland ein Netzwerk von Aufklärung, Beratung, Betreuung und Forschung zu schaffen sowie Solidarität und Toleranz für die von HIV und AIDS betroffenen Menschen zu wecken. Trotz anfänglicher Einwendungen – speziell aus Bayern wurde für seuchenrechtliche Maßnahmen plädiert – sowie wiederholter Infragestellung dieser Strategie aus aktuellen Anlässen wurde dieses Ziel bis heute beibehalten.“ (Voß 2000b, S. 684)

Während auf Bundesebene, in Übereinstimmung mit internationalen Strategien, eine HIV-Positiven zugewandte Umgangsweise gewählt wurde, forderte man in Bayern eine „seuchenrechtliche“ (ebd.) Herangehensweise. Die Autorin geht hier nicht weiter darauf ein, was unter einer solchen zu verstehen wäre. Es lässt sich allerdings vermuten, dass hier eine Strategie gemeint ist, die auf Identifikation von Infizierten und Maßnahmen der Quarantäne, notfalls auch ohne die Kooperation der Betroffenen, setzt. Voß (2000b) geht nicht weiter darauf ein, welche Form die entsprechenden Plädoyers hatten. Tatsächlich hatte die bayerische Staatsregierung bereits 1987 ein umfassendes Konzept vorgelegt, in dem unter anderem Zwangstestungen von besonders gefährdeten Bevölkerungsgruppen vorgesehen waren, und appellierte an die damalige Bundesregierung, dieses bundesweit umzusetzen (*Staatssekretärausschuß ‚AIDS‘ der Bayerischen Staatsregierung 1987*). Ausländer/innen sollten nur dann eine Aufenthaltserlaubnis erhalten, wenn sie negativ auf HIV/Aids getestet wurden, bzw. eine bereits erteilte Aufenthaltserlaubnis verlieren, wenn eine Infektion bei ihnen festgestellt wurde (ebd., S. 17). Für Personen aus bestimmten, insbesondere afrikanischen Ländern wurde gar eine Testung vor der Einreise gefordert, auch wenn diese sich nicht notwendigerweise dauerhaft im Bundesgebiet aufhalten würden:

„Angesichts der hohen Durchseuchungsrate in bestimmten Ländern, vor allem in Afrika, wird die Bundesregierung aufgefordert, dafür zu sorgen, daß [sic] internationale Gesundheitsvorschriften geschaffen werden, die eine Einreise von Ausländern aus solchen Gebieten erst nach vorheriger Untersuchung gestatten.“ (*Staatssekretärausschuß ‚AIDS‘ der Bayerischen Staatsregierung 1987, S. 9*)

Dass die damalige bayerische Staatsregierung die Bundesregierung nicht nur aufforderte, ihr Konzept bundesweit umzusetzen, sondern einzelne Inhalte sogar auf internationaler Ebene durchzusetzen, macht deutlich, dass sie ihren Einfluss weit über den im föderalen System der Bundesrepublik gewährten Rahmen hinaus auszudehnen suchte. Auch wenn sie mit ihren Forderungen letztlich scheiterte, konnte sie im Rahmen ihrer gesetzlich eingeräumten Kompetenzen Teile ihrer Strategie umsetzen. Rolf Rosenbrock (2000) fasst dies wie folgt zusammen:

„Nun bringt es die Mechanik politischer Auseinandersetzungen meist mit sich, dass die Unterlegenen in solchen Situationen nicht einfach auf ihrem Konzept beharren oder aufgeben, sondern zum einen versuchen, die obsiegende Strategie ‚madig‘ zu machen, und zum anderen, wo nur immer möglich doch noch Elemente ihrer Strategie durchzusetzen, auch wenn dies für sich genommen gar keinen Sinn macht. So lief es auch bei AIDS [...].“ (Rosenbrock 2000, S. 21)

Zwar lässt dieser kurze historische Rückblick nachvollziehbar werden, warum Bayern, neben Sachsen, als einziges Bundesland eine verpflichtende Testung von Migrant/innen auf HIV/Aids im Rahmen der gesundheitlichen Erstuntersuchung eingeführt hat. Allerdings erklärt dieser nicht, warum diese Maßnahme bis heute beibehalten wurde, während sie in Sachsen seit 2015 nicht mehr durchgeführt wird.

Tatsächlich wurde die verpflichtende Testung im Jahr 2014 ebenfalls abgeschafft, jedoch nach wenigen Wochen bereits wieder eingeführt. Um diesen Vorgang sowie die Legitimation seitens der Verantwortlichen für die gegenwärtige Vorgehensweise nachvollziehen zu können, kann eine schriftliche Anfrage im bayerischen Landtag herangezogen werden. So stellte eine Abgeordnete der Landtagsopposition am 25.07.2014 folgende Frage: „Mit welcher Begründung erfolgt der HIV-Test inzwischen auf freiwilliger Basis und nicht mehr verpflichtend wie bisher?“ (Bayerischer Landtag 2014, S. 1) Die damalige Staatsministerin für Gesundheit und Pflege beantwortete diese am 05.09.2014, nachdem die Testung bereits wieder verpflichtend durchgeführt wird, wie folgt:

„Mit Ministerialschreiben vom 27.06.2014 war geregelt worden, dass die verpflichtenden Untersuchungen auf HIV und Hepatitis B entfallen und durch eine Angebotsuntersuchung für Asylbewerber aus Hochprävalenzländern ersetzt wird. Wegen Schwierigkeiten in der organisatorischen Umsetzung (adäquate Aufklärung und Beratung in einer Vielzahl unterschiedlicher Sprachen bzw. bei Analphabetismus) wurde diese Änderung zurückgenommen. Die serologische Untersuchung auf HIV sowie Hepatitis B ist seit dem 18.08.2014 wieder verpflichtend für alle Asylbewerberinnen und Asylbewerber durchzuführen.“ (Bayerischer Landtag 2014, S. 2)

Mit der Einführung einer „Angebotsuntersuchung“ (ebd.) sollte also nur noch eine freiwillige Testung erfolgen. Dabei sollte der Fokus auf Personen aus so genannten Hochprävalenzländern liegen, deren vermeintlich erhöhtes Infektionsrisiko bereits in der Vergangenheit als Legitimation für eine verpflichtende Testung aller Personen im Rahmen der gesundheitlichen Erstuntersuchung herangezogen wurde (Sanogo 2011, S. 50). Dabei sollte offenbar eine „adäquate Aufklärung und Beratung“ (Bayerischer Landtag 2014, S. 2) in einer für die Betroffenen verständlichen Sprache erfolgen. Insofern wären, bis auf den Zugang zu Versorgung und eine generelle Verbesserung der Lebensumstände Geflüchteter, alle Forderungen erfüllt worden, wie sie beispielsweise von der DAH gestellt wurden. Kurioserweise wurde nun aber der organisatorische Aufwand für eine solche Information der Geflüchteten als Begründung dafür angegeben, dass nun wieder zu einer verpflichtenden Testung zurückgekehrt wurde, die, so muss im Umkehrschluss angenommen werden, darüber hinaus ohne eine entsprechende Information der Betroffenen erfolgt.

Bemerkenswert ist hier ein Wandel in der Rechtfertigung der verpflichtenden Testungen von Migrant/innen auf HIV/Aids. Während diese in der Vergangenheit mit dem Verweis auf Krankheitshäufigkeiten in Herkunftsländern begründet wurden, auch wenn diese aus Sicht der Kritiker/innen nicht notwendigerweise auf die Betroffenheit Geflüchteter schließen ließen (Sanogo 2011, S. 50), wird bei der Wiederaufnahme der Maßnahme nicht mehr mit dem Verweis auf epidemiologische Daten, sondern auf organisatorische Kapazitäten argumentiert.

Die DAH zeigt sich angesichts dieses Vorgangs enttäuscht und bewertet die Wiedereinführung der verpflichtenden HIV-Testung im Rahmen der gesundheitlichen Erstuntersuchung in Bayern als erneuten Rückschritt: „Mit der Abschaffung dieser unwürdigen Praxis war Bayern auf dem richtigen Weg. Umso enttäuschender, dass die Verantwortlichen jetzt zurückrudern.“ (DAH 2014)

5.4 Außergewöhnliche Maßnahmen in außergewöhnlichen Zeiten: das Jahr 2015

Die vermehrte Ankunft Geflüchteter in Deutschland während des Jahres 2015²⁷ zeitigt verschiedentlich deutliche Einflüsse auf den hier untersuchten Diskurs zum Screening

²⁷ Das Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (BAMF) gibt in seinen Statistiken an, dass die Zahl der gestellten Asylanträge 2015 den höchsten Wert seit Bestehen des Bundesamts darstellte, die Anzahl der tatsächlich eingetroffenen Asylsuchenden jedoch noch weit größer war (BAMF 2016, S. 5).

von Migrant/innen auf Infektionskrankheiten, denen in den folgenden Abschnitten nachgegangen wird. Dabei rückt das Verhältnis von Ereignis²⁸ und Diskurs in den Mittelpunkt der Betrachtungen. Während Michael Schwab-Trapp (2001, 2003) im Hinblick auf besondere Ereignisse im Diskursverlauf, die beispielsweise inhaltliche Wendepunkte markieren, von diskursiven Ereignissen spricht, ist dieser Begriff im Rahmen der WDA der Bezeichnung einzelner Äußerungen bzw. Aussageereignissen vorbehalten. Eine derart prägende Sonderrolle bestimmter Ereignisse, wie Schwab-Trapp sie beschreibt, so betont Reiner Keller (2011b), müsse stets in der empirischen Rekonstruktion herausgearbeitet werden (S. 205).

Reiner Keller (2011b) selbst zeigt am Beispiel von Umwelt- und Technikdebatten, die er als Risikodiskurse versteht, wie es aufgrund von bestimmten Ereignissen, die „gesellschaftliche Irritationserfahrungen“ (S. 292) begründen, zu einer „ereignisinduzierte[n] Generierung von Diskursen“ (S. 291) kommen kann. Im Folgenden begreife ich die vermehrte Ankunft Geflüchteter in Deutschland während des Jahres 2015 ebenfalls als ein diskursgenerierendes bzw. -stimulierendes Ereignis und möchte dies empirisch *erstens* damit begründen, dass in den hier untersuchten Äußerungen immer wieder Bezug auf das Ereignis genommen wird, wobei besonders die ihm zugeschriebene Exzeptionalität hervorgehoben wird. *Zweitens* verändern sich, in Reaktion auf das Ereignis, auch die mit dem Diskurs verbundenen Praktiken. So wird mit dem so genannten Vorscreening eine zusätzliche, von bisherigen Praktiken unabhängig durchgeführte Maßnahme eingeführt. Schließlich verändert sich *drittens* die Art, wie über die Subjekte des Diskurses, sprich betroffene Migrant/innen, gesprochen wird.

Erstens: Pragmatismus im ‚Ausnahmestand‘ – zur Legitimationsfigur der „derzeitige[n] Situation“

Ein deutlicher Hinweis darauf, dass es sich bei der vermehrten Ankunft von Geflüchteten in der Bundesrepublik im Jahr 2015 um ein diskursgenerierendes bzw. -stimulierendes Ereignis handelt, ergibt sich insbesondere aus zwei Aussageereignissen eines

²⁸ Die vermehrte Ankunft Geflüchteter in Deutschland während des Jahres 2015 stellt zwar kein singuläres Ereignis im eigentlichen Sinne, sondern eher eine Entwicklung über einen Zeitraum mehrerer Monate dar. Dennoch wird sie hier zu analytischen Zwecken als Ereignis verstanden, dessen ‚Ereignischarakter‘ unter anderem Gegenstand dieses Teilkapitels ist.

zentralen Akteurs. So gibt das RKI im Herbst 2015 zwei umfangreichere Stellungnahmen zum Screening von Geflüchteten heraus. Zwar gab es bereits gelegentliche Äußerungen des RKI zu diesem Thema (siehe 5.2). Die Stellungnahmen im Herbst 2015 werden jedoch außerhalb der Periodika des RKI veröffentlicht und erfolgen unter als außergewöhnlich empfundenen Vorzeichen:

„Die derzeit hohe Zahl von Asylsuchenden stellt die Länder vor große Herausforderungen, auch bei der Organisation der Gesundheitsuntersuchungen, u.a. im Hinblick auf die erforderlichen Kapazitäten für Röntgenuntersuchungen, so dass das Vorgehen der Thorax-Röntgenuntersuchung bei Personen ab 15 Jahren fachlich neu bewertet werden soll.“ (RKI 2015a)

Die vermehrte Ankunft Geflüchteter während des Jahres 2015 wird also zum Anlass für eine fachliche Neubewertung genommen. Begründet wird diese mit dem administrativen und im weiteren Sinne ökonomischen Aufwand für die Durchführung der gesetzlich vorgeschriebenen Röntgenuntersuchung auf der zuständigen Verwaltungsebene. Implizit scheint hier die Frage nach weniger aufwendigen bzw. kostengünstigeren Alternativen. Tatsächlich erfolgt diese Neubewertung auf staatlichen Auftrag, wobei explizit eine „fachlich[e]“ (ebd.) Einschätzung gefordert wird. Das RKI lässt sich entsprechend durch zwei weitere, im Bereich Tuberkulose in Deutschland maßgebliche Akteur/innen beraten, nämlich das *Deutsche Zentralkomitee zur Bekämpfung der Tuberkulose* (DZK) und die *Deutsche Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin* (RKI 2015a).

Diskutiert werden in der Stellungnahme vier alternative Verfahrensweisen im Hinblick auf das Screening von Geflüchteten auf Tuberkulose: die *Thorax-Röntgenuntersuchung*, also das bislang übliche Vorgehen, ein *symptom- bzw. interviewbasiertes Screening*, eine *vorgeschaltete Triage mittels Infektionsdiagnostik und Weiteruntersuchung Infizierter* sowie die *bakteriologische Sputumuntersuchung*²⁹.

Im Hinblick auf die *Thorax-Röntgenuntersuchung* erfolgt ein Vergleich mit anderen OECD-Staaten, wobei auf eine in diesen gängige Praxis Bezug genommen wird, nach der nur Personen aus Ländern mit einer bestimmten Tuberkuloseinzidenz zu einem

²⁹ Hierbei handelt es sich um eine Laboruntersuchung von Bronchialsekret.

Screening verpflichtet werden: „Die Überlegung, durch die Festlegung eines Schwelleninzidenzwertes durch ein noch gezielteres Vorgehen die Zahl der Thorax-Röntgenaufnahmen zu begrenzen, ist nachvollziehbar.“ (RKI 2015a) Gegen eine solche Vorgehensweise spricht, aus Sicht des RKI, dass die epidemiologischen Daten aus den jeweiligen Herkunftsländern wenig verlässlich seien und Geflüchtete auf ihrer Reise nach Deutschland sich mitunter in weiteren Ländern aufhalten, in denen ebenfalls eine Tuberkuloseexposition stattgefunden haben könnte (RKI 2015a).

Auch ein *symptom- bzw. interviewbasiertes Screening* wird diskutiert. Hierbei würden nur Personen einer Röntgenuntersuchung unterzogen, die spezifische Symptome aufweisen bzw. davon berichten. Hier wendet das RKI zunächst ein, dass nicht alle Personen, die mit einer offenen Lungentuberkulose infiziert sind, entsprechende Symptome (beispielsweise Husten) aufweisen. Außerdem würde diese Verfahrensweise einen erheblichen Aufwand mit sich bringen und unter Umständen falsche Angaben der Betroffenen provozieren: „Dazu kommen die Notwendigkeit eines erfahrenen Interviewers, geeigneter Erhebungsinstrumente, Herausforderungen durch sprachliche und kulturelle Barrieren sowie die Sorge vor Stigmatisierung und Ausweisung.“ (RKI 2015a)

Eine weitere Möglichkeit, die in Betracht gezogen wird, ist eine *vorgeschaltete Triage mittels Infektionsdiagnostik und Weiteruntersuchung Infizierter*. Hier würden zunächst weniger invasive, labordiagnostische Verfahren angewandt (beispielsweise Tuberkulin-Hauttest) und nur Personen mit positivem Testergebnis zu einer Röntgenuntersuchung verpflichtet. Hierbei würden auch latente (also nicht übertragbare) Tuberkuloseinfektionen erkannt werden, was ein gleichsam ethisches Dilemma zur Folge hätte: „Bei Feststellung einer latenten tuberkulösen Infektion [...] wäre die Indikation für eine chemopräventive Therapie zu prüfen und eine verständliche und sorgfältige Aufklärung über Befunde und Erkrankungsrisiko erforderlich.“ (RKI 2015a) Ein solches Vorgehen wird, wiederum mit dem Verweis auf die ‚derzeitige Situation‘, verworfen: „Die grundsätzliche Ausweitung der Screeninguntersuchungen von Asylsuchenden auf Detektion einer LTBI, wie sie für Deutschland von manchen Experten diskutiert wird, ist angesichts der aktuellen Situation und mangels zuverlässiger Testverfahren aus unserer Sicht derzeit nicht sinnvoll.“ (RKI 2015a)

Gegen eine *bakteriologische Sputumuntersuchung*, wie sie bei Personen unter 15 Jahren und Schwangeren üblich ist, wird schließlich angeführt, dass diese keine Hinweise auf

geschlossene³⁰ Tuberkuloseinfektionen geben kann, die jedoch in der Regel im späteren Verlauf infektiös werden würden (RKI 2015a).

Das abschließende Ergebnis der Abwägung der verschiedenen alternativen Verfahrensweisen wird durch das RKI wie folgt zusammengefasst:

„Die gemäß § 36 Absatz 4 IfSG verpflichtende Thorax-Röntgenuntersuchung ist eine international anerkannte und in Deutschland etablierte Screeningmethode. Sie ist angesichts der prioritären Zielsetzung des Screenings, den aktuellen Gegebenheiten und den Einschränkungen alternativer Screeningansätze aus Sicht des Robert Koch-Instituts nach wie vor die Methode der Wahl.“ (RKI 2015a)

Bemerkenswert ist hier zunächst der Verweis auf den internationalen Kontext, insbesondere vor dem Hintergrund, dass, wie oben erwähnt, im selben Dokument darauf hingewiesen wird, dass nicht alle OECD-Staaten in gleicher Weise eine für alle Geflüchteten gleichermaßen verpflichtende Testung auf Tuberkulose vorsehen, sondern beispielsweise nur für Personen aus bestimmten Herkunftsländern, wenngleich auch dort die Untersuchungen mittels einer Thorax-Röntgenaufnahme erfolgen. Darüber hinaus lohnt hier eine nähere Betrachtung der Bedingungen, die für die Befürwortung des Verfahrens durch das RKI genannt werden. So zeigt die oben zusammengefasste Diskussion alternativer Screeningverfahren, dass es durchaus Ansätze gäbe, die weniger Personen betreffen würden, weniger invasiv wären und stärker an einer Versorgung der Betroffenen orientiert sein könnten. Schonung und Versorgung der Geflüchteten sind in diesem Kontext jedoch nicht die „prioritäre Zielsetzung“ (ebd.), sondern vielmehr die möglichst zuverlässige Identifikation potenziell infektiöser Lungentuberkulosen, um Folgeinfektionen zu verhindern (RKI 2015a). Schließlich wird mit dem erneuten Verweis auf die „aktuellen Gegebenheiten“ (ebd.), also die vermehrte Ankunft Geflüchteter im Verlauf des Jahres 2015, ein eher pragmatisches Vorgehen, nämlich die Weiterführung des bisherigen, bereits etablierten Verfahrens, vorgeschlagen.

Diese pragmatische Haltung, die angesichts der als außergewöhnlich dargestellten Situation der vermehrten Ankunft Geflüchteter die ‚fachliche‘ Neubewertung des bishe-

³⁰ Von *geschlossener* Tuberkuloseinfektion spricht man dann, wenn sich eine Tuberkuloseinfektion zwar in der Lunge manifestiert hat, jedoch nicht ansteckend ist.

rigen Screeningverfahrens zu leiten scheint, lässt sich auch in einer weiteren Stellungnahme des RKI finden, die im selben Jahr erfolgte. In dieser werden Empfehlungen zum Ablauf der gesundheitlichen Erstuntersuchung gemäß § 62 AsylG bzw. § 34 IfSG gegeben. Dabei wird zunächst betont, dass der gesetzlich festgeschriebene Kompetenzbereich der einzelnen Bundesländer von diesen Empfehlungen unberührt bleibt: „Die Festlegung des Umfangs der Untersuchung liegt im Zuständigkeitsbereich der Bundesländer.“ (RKI 2015b, S. 2) Bei den vom RKI zur Verfügung gestellten Empfehlungen würde es sich lediglich um die Definition eines „Mindeststandards“ (ebd.) handeln. Für den in diesem Abschnitt darzustellenden Zusammenhang ist jedoch eine weitere Einschränkung von weitaus größerer Bedeutung, die in folgendem Zitat deutlich wird:

„Hierbei [den Empfehlungen des RKI; Anmerk. d. Verf.] handelt es sich nicht um eine Evidenz-basierte Handlungsempfehlung sondern um eine, die derzeitige Situation mit einer täglich sehr hohen Anzahl ankommender Personen und einer angespannten Ressourcenlage im Öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD) berücksichtigende, pragmatische Empfehlung.“ (RKI 2015b, S. 2)

Erneut findet sich hier, wie bereits in der oben dargestellten Stellungnahme des RKI, ein Verweis auf die „derzeitige Situation“ (ebd.) und die damit einhergehende, als „angespannt“ (ebd.) beschriebene Ressourcenlage. Vor diesem skizzierten exzeptionellen Hintergrund wird eine als pragmatisch bezeichnete Empfehlung abgegeben, die von einer evidenzbasierten unterschieden wird. In diesem Zusammenhang wird die in 5.1 beschriebene Doppelrolle des RKI deutlich, das sich zuvorderst als wissenschaftliche Einrichtung versteht und damit einem wissenschaftlichen Diskurs verpflichtet sieht, in dem Evidenz ein zentrales Kriterium für die Legitimität jedweder Maßnahme darstellt. Das RKI, das diesem Anspruch, nach eigener Ansicht, an dieser Stelle nicht entsprechen kann, gleichzeitig aber als fachliche Referenz für politisches Handeln in diesem Bereich Empfehlungen aussprechen muss, beruft sich hier auf ein, durch gegenwärtige Umstände bedingtes, Gebot des Pragmatismus.

Der Anspruch einer evidenzbasierten Vorgehensweise wird jedoch nicht vollständig aufgegeben. So wird hinzugefügt: „Evidenz-basierte Empfehlungen werden zurzeit parallel u.a. auf europäischer Ebene entwickelt und nach Fertigstellung zur Verfügung gestellt.“ (RKI 2015b: 2) Damit wird erneut auf einen übernationalen, in diesem Fall

europäischen, Kontext verwiesen. Diesmal geht es aber offensichtlich nicht darum, die angewandte Technik zu legitimieren, sondern den quasi vorläufigen Mangel an Evidenz. Dabei wird auf ein Projekt des *European Centre for Disease Prevention and Control* (ECDC) Bezug genommen, das in Abschnitt 7.2 dieser Arbeit ausführlich besprochen wird.

Zusammenfassend lässt sich an dieser Stelle festhalten, dass die vermehrte Ankunft Geflüchteter während des Jahres 2015 zunächst zum Anlass für eine ‚fachliche‘ Neubewertung der gesetzlich vorgeschriebenen gesundheitlichen Erstuntersuchung genommen wird. Während die immer wieder betonte Exzeptionalität der ‚derzeitigen Situation‘ zunächst den Raum für eine kritische Diskussion der bisherigen Screeningpraxis in Deutschland zu öffnen scheint, dient sie jedoch schließlich als Argument dafür, alternative Ansätze nicht weiterzuverfolgen und stattdessen den Status quo aus pragmatischen Überlegungen heraus beizubehalten.

Zweitens: Einführung des Vorscreenings und verstärkter Fokus auf Versorgungsbedürfnisse

Zwar führte die im Zuge der vermehrten Ankunft Geflüchteter erfolgte Revision der gesetzlich vorgeschriebenen *gesundheitlichen Erstuntersuchung* zu keiner Veränderung dieser Praktik. Dennoch lässt sich ein unmittelbarer Effekt dieses Ereignisses im Hinblick auf die mit dem Screening von Geflüchteten verbundenen Praktiken beobachten. So wurde 2015 das so genannte Vorscreening eingeführt. Die Implementierung dieser Maßnahme wurde von folgender Äußerung des RKI begleitet:

„Nach Ankunft in Deutschland kann ein erstes Vorscreening der Asylsuchenden auf offensichtliche Krankheiten, Infektionen und Verletzungen zum frühestmöglichen Zeitpunkt sinnvoll sein. Dies dient hauptsächlich zur Identifizierung von individuell akuter Behandlungsnotwendigkeit und erfolgt unabhängig von der Erstaufnahmeuntersuchung gemäß § 62 Asylgesetz. Dieses Vorscreening sollte von medizinisch geschultem Personal durchgeführt werden und eine Inaugenscheinnahme und eine Temperaturmessung beinhalten. Offensichtliche akute Erkrankungen, inklusive Infektionskrankheiten könnten so frühzeitig erkannt und eine medizinische Behandlung veranlasst werden.“ (RKI 2015b, S. 1)

Zunächst gilt es an dieser Stelle, festzuhalten, dass es sich beim *Vorscreening* um eine von der gesetzlich vorgeschriebenen *gesundheitlichen Erstuntersuchung* unabhängige Maßnahme handelt, für die es keine gesonderte Rechtsgrundlage gibt, die jedoch auch eine andere Zielsetzung verfolgt. So wird hier nicht etwa die Eindämmung potenziell übertragbarer Krankheiten, sondern die „Identifizierung von individuell akuter Behandlungsnotwendigkeit“ (ebd.) als primäres Ziel genannt. Hier zeigt sich ein deutlicher Kontrast zum gesetzlich verordneten Screening. Im Hinblick auf dieses betont das RKI: „Die verpflichtende Erstuntersuchung ist von Ziel und Umfang nicht auf die individualmedizinische Versorgung der Asylsuchenden ausgerichtet [...]“ (RKI 2015b, S. 4) Auch wenn in den Jahren zuvor immer wieder auf die potenziellen Vorteile einer frühen Diagnose aufgrund des gesetzlich vorgeschriebenen Screenings und die prinzipielle Möglichkeit einer anschließenden Behandlung hingewiesen wurde (siehe 5.2), lässt die obenstehende Äußerung des RKI deutlich werden, dass der individuelle Gesundheitsnutzen für die Betroffenen eben keineswegs der eigentliche Zweck dieser Maßnahme ist, sondern eher ein möglicher Nebeneffekt.

Mit dem *Vorscreening*, das angesichts der vermehrten Ankunft Geflüchteter während des Jahres 2015 als zusätzliche, quasi Ad-hoc-Maßnahme eingeführt wurde, ergibt sich nun ein neuer Fokus auf die Versorgungsbedürfnisse der betroffenen Personen. Dabei stellt sich erneut die Frage nach Zugängen zu medizinischer Versorgung. Das RKI geht hier so weit, einen politischen Appell zu formulieren, was in seinen sonstigen Äußerungen eher selten vorkommt. Gerade weil die gesetzlich vorgeschriebenen Maßnahmen aus Sicht des RKI nicht auf eine Versorgung Geflüchteter ausgerichtet sind, sei es wichtig,

„[...] auch zur Vermeidung von Infektionskrankheiten, außerhalb von *Vorscreening* und *Erstaufnahmeuntersuchung* für alle Asylsuchenden freiwillige, niedrigschwellige medizinische Behandlungs- und Therapieangebote inklusive der Immunisierung für durch Impfung vermeidbare Krankheiten im Rahmen des Asylbewerberleistungsgesetzes zu gewährleisten.“ (RKI 2015b, S. 4)

Bemerkenswert ist hier zunächst, dass explizit freiwillige Angebote jenseits verpflichtender Maßnahmen gefordert werden. Mit dem Verweis auf das Asylbewerberleistungsgesetz scheint das RKI hier implizit an Forderungen anzuschließen, die bis dahin insbesondere von zivilgesellschaftlichen Organisationen gestellt wurden und die, im Hinblick auf die gesundheitliche Versorgung, starken Einschränkungen desselben kritisiert haben (z. B. Klinkhammer und Korzilius 2014). Der Verweis darauf, dass solche Angebote, wenn auch nicht nur, „auch zur Vermeidung von Infektionskrankheiten“ (RKI 2015b, S. 4) dienen könnten, erscheint wie ein Versuch, den möglichen Mehraufwand, der mit diesen Angeboten einhergehen könnte, mit Bezugnahme auf die im Diskurs so prominente Angst vor der Einschleppung und Verbreitung von Infektionskrankheiten durch Geflüchtete zu rechtfertigen.

Drittens: Migrant/innen als ‚vulnerable Risikogruppe‘

Es wurde bereits gezeigt, dass Migration in der Vergangenheit immer wieder mit dem Tuberkulosegeschehen in Deutschland in Verbindung gebracht wurde, Migrant/innen als „Hochrisikogruppe“ (RKI 2000, S. 89) kategorisiert wurden und so ein Screening im Sinne einer „aktiven Fallsuche bei Migranten“ (RKI 2002, S. 92) als notwendig angesehen wurde (siehe 5.2). Auch in den Äußerungen des RKI angesichts der vermehrten Ankunft von Geflüchteten in Deutschland während des Jahres 2015 lässt sich diese starke Assoziation von Tuberkulose mit Migration erkennen:

„Die gesetzlichen Meldedaten zeigen 2014 einen leichten Anstieg der Tuberkulosefälle und der -inzidenz insgesamt sowie einen Anstieg der Anzahl von Tuberkulosen, die bei der Untersuchung anlässlich der Aufnahme in eine Gemeinschaftsunterkunft für Asylsuchende bzw. Flüchtlinge diagnostiziert wurden. Angesichts der aktuellen demografischen Entwicklung (aktuelle Immigration) ist anzunehmen, dass diese Zahlen weiter ansteigen.“ (RKI 2015a)

Hier wird nicht nur ein Zusammenhang zwischen den insgesamt steigenden Tuberkulosefallzahlen in Deutschland und den durch das Screening von Migrant/innen entdeckten Fällen impliziert. Vielmehr wird zudem nahegelegt, dass mit zunehmender

Migration auch weiterhin steigende Fallzahlen verbunden sind. Schließlich wird Migration mit einer negativen Trendwende im Tuberkulosegeschehen in Deutschland in Verbindung gebracht: „Deutschland steht in der Tuberkulosekontrolle vor neuen Herausforderungen. Der langjährig rückläufige Trend der Tuberkuloseinzidenzen ist beendet.“ (RKI 2015a)

Während sich also eine gewisse Kontinuität in der Assoziation von Tuberkulose mit Migration erkennen lässt, ändert sich die Art und Weise, wie Migrant/innen in diesem Zusammenhang dargestellt werden. So ist in den Stellungnahmen des RKI zu Screeningmaßnahmen an keiner Stelle von Migrant/innen als ‚Hochrisikogruppe‘ die Rede. Das RKI scheint zudem darauf bedacht, in seinen Äußerungen deutlich zu machen, dass von Geflüchteten kein nennenswertes Risiko für die Gesundheit der übrigen Bevölkerung ausgeht. So heißt es etwa in Hinweisen des RKI zum Infektionsschutz im Umgang mit Geflüchteten: „Die Gefahr ist gering: Das Robert Koch-Institut (RKI) sieht derzeit keine relevante Infektionsgefährdung der Allgemeinbevölkerung durch Asylsuchende.“ (RKI 2015c) Im Zusammenhang mit Screeningmaßnahmen für Migrant/innen äußert sich das RKI wie folgt:

„Das Robert Koch-Institut (RKI) schätzt die Möglichkeit des Imports von hierzulande seltenen Infektionskrankheiten durch Asylsuchende nach Deutschland aktuell als gering ein. Asylsuchende selber sind grundsätzlich durch die gleichen Infektionskrankheiten gefährdet wie die ansässige Bevölkerung. Aufgrund der anstrengenden Reise, des oft fehlenden Impfschutzes und der engen räumlichen Situation in den Aufnahmeeinrichtungen ist die Gruppe der asylsuchenden Menschen jedoch empfänglicher gegenüber Infektionskrankheiten. Das heißt, die Asylsuchenden sind eher eine gefährdete Gruppe als eine Gruppe, von der für andere eine Gefahr ausgeht.“ (RKI 2015b, S. 1)

Hier erscheint es zunächst verwunderlich, dass auf den „Import“ (ebd.) von in Deutschland seltenen Infektionskrankheiten Bezug genommen wird. Eine mögliche Erklärung hierfür liegt in dem „größten Ebolafieber-Ausbruch in der Geschichte“ (RKI 2016) in Westafrika, der im Jahr vor dieser Veröffentlichung begonnen hatte. Das RKI scheint hier möglichen Befürchtungen bezüglich der Einschleppung dieser und ähnlicher Krankheiten durch Geflüchtete entgegenwirken zu wollen. Geflüchtete seien von den

gleichen Infektionskrankheiten betroffen wie die ansässige Bevölkerung, wenn auch in höherem Maße. Auffallend ist, dass in diesem Zusammenhang die Lebensumstände Geflüchteter in einem umfassenderen Maße als bis dahin üblich angesprochen werden. In der Vergangenheit wurde, mit Bezugnahme auf Infektionsraten in Herkunftsländern (siehe 5.2), lediglich die (stark verallgemeinerte) Ausgangssituation für das Infektionsrisiko von Migrant/innen vor ihrer Migration angesprochen. Nun werden jedoch auch die Lebensumstände während und nach der Migration mit einem erhöhten Infektionsrisiko in Verbindung gebracht, indem die Reise³¹ und die Unterbringung in Deutschland angeführt werden. Letzteres könnte als implizite Kritik des RKI an der Unterbringungsform gedeutet werden. Schließlich wird die Gefahr für Geflüchtete selbst hervorgehoben, während die vermeintlich von ihnen ausgehende Gefahr als vernachlässigbar und, wie im folgenden Zitat formuliert, gleichsam als Ausnahmefall dargestellt wird:

„Sollten unter Asylsuchenden Infektionskrankheiten auftreten, kann in Einzelfällen eine Weiterverbreitung auch außerhalb der Gruppe der Asylsuchenden stattfinden. Das RKI sieht derzeit aber keine erhöhte Infektionsgefährdung der Allgemeinbevölkerung durch Asylsuchende [...].“ (RKI 2015b, S. 1)

Es wird deutlich, dass sich das RKI angesichts der vermehrten Ankunft Geflüchteter im Jahr 2015 in seinen Stellungnahmen zu Screeningverfahren veranlasst sieht, die Vulnerabilität der Betroffenen selbst hervorzuheben. Geflüchtete erscheinen aufgrund ihrer Lebensumstände vor, während und nach der Migration zwar immer noch als ‚Risikogruppe‘ im Hinblick auf Infektionskrankheiten. Jedoch wird betont, dass von ihnen kein Risiko für andere Bevölkerungsgruppen ausgeht, sodass sie als eine ‚vulnerable Risikogruppe‘ erscheinen.

³¹ Noch expliziter erfolgt eine diesbezügliche Beschreibung im Zusammenhang mit dem Infektionsrisiko für Tuberkulose. Begünstigend für eine Tuberkuloseinfektion bei Geflüchteten seien „besondere psychosoziale und oft auch körperliche Belastungen durch die Emigration, welche eine Reaktivierung einer früher erworbenen tuberkulösen Infektion begünstigen sowie potenzielle Tuberkulose-Expositionen auf den verschiedenen Stationen während einer mitunter monate- oder gar jahrelangen Flucht“ (RKI 2015a).

6 Der Diskurs zu Screenings von Migrant/innen in Großbritannien

Dieses Kapitel widmet sich der Auseinandersetzung um das Screenings von Migrant/innen auf Infektionskrankheiten in Großbritannien, das seit Beginn des neuen Millenniums grundlegende Veränderungen erfahren hat. Zwar finden in Großbritannien keine verpflichtenden Testungen von Migrant/innen auf HIV/Aids statt, jedoch wurde eine solche Maßnahme durchaus diskutiert (6.1). Mit der Einführung verpflichtender Tuberkulosescreenings im Rahmen der Visumsvergabe wurden bisherige Verfahren durch einen im Rahmen der EU einzigartigen, für Großbritannien jedoch historisch betrachtet nicht gänzlich neuen Ansatz ersetzt (6.2). Getrennt vom Tuberkulose-screening im Rahmen des Visumsverfahrens sind schließlich Screenings von Geflüchteten zu betrachten, die im Zusammenhang mit der Aufnahme in Kontingentprogramme erfolgen (6.3).

6.1 Die kurze Debatte um verpflichtende Testungen von Migrant/innen auf HIV

Zu Beginn des neuen Millenniums werden in Großbritannien vermehrt verpflichtende Testungen von Migrant/innen, insbesondere Geflüchteten, sowohl auf Tuberkulose als auch HIV/Aids diskutiert (Coker 2003, 2004; Welshman 2003). So veröffentlicht beispielsweise die *Conservative Party* 2003 ein Konsultationspapier unter dem Titel „Before it's Too Late: A new agenda for public health“ (Conservative Party 2003, zitiert nach Coker 2003, S. 1), in dem deutlich restriktivere Screeningmaßnahmen als die bis dahin gängigen gefordert werden. In Anlehnung an die australische Politik im Hinblick auf das Screening von Migrant/innen wird darin gefordert, dass Ausländer/innen nur dann der Aufenthalt in Großbritannien gewährt werden soll, wenn bestimmte Kriterien im Hinblick auf ihren Gesundheitszustand erfüllt sind. Eines dieser Kriterien wäre demnach, dass kein Infektionsrisiko für die ansässige Bevölkerung von ihnen ausgeht: „They must not pose a risk of transmitting an infectious disease to the public.“ (Conservative Party 2003, zitiert nach Coker 2003, S. 1) Um dies zu gewährleisten, wird gefordert, dass sich Migrant/innen bereits vor ihrer Einreise nach Großbritannien einer Testung auf Tuberkulose und HIV/Aids unterziehen müssen bzw. Asylsuchende bei ihrer Ankunft verpflichtend auf diese Krankheiten getestet, ggf. unter Quarantäne gestellt und im Zweifel ausgewiesen werden:

„Moreover, this paper suggests that ,those entering the UK through the immigration system would require [sic] to have tests at the point of application [...], while those seeking asylum would be detained until it was clear the criteria had been met.’ In other words, that there should be pre-entry screening for all permanent migrants to the UK and compulsory on-entry testing (and in this case, detention) for all asylum-seekers.“ (Coker 2003, S. 1)

Insbesondere der hier geforderte Umgang mit Asylsuchenden stößt auf teils heftige Kritik. Bemerkenswerterweise ist es die *British Medical Association* (BMA), also jene Organisation, die sich in der Vergangenheit vehement für verpflichtende Screenings von Migrant/innen ausgesprochen hat (siehe 2.1), die sich besonders klar gegen diese Vorgehensweise positioniert. Vivienne Nathanson, die damalige Vorsitzende der Ethikabteilung der BMA, fasst die Position ihrer Organisation wie folgt zusammen: „The BMA believes that all asylum seekers should have access to health care, but we do not think that decisions about asylum applications should be based on the health status of individuals.“ (Tempest 2003)

Kritik wird insbesondere an dem Vorschlag einer verpflichtenden Testung auf HIV geäußert. So spricht sich etwa die überparteiliche *All-Party Parliamentary Group on AIDS* (APPGA) explizit gegen eine solche Maßnahme aus:

„The Government should reaffirm its commitment to the UNAIDS guidelines against mandatory testing upon entry for HIV. It would be in breach of international obligations and human rights to give mandatory HIV tests to asylum seekers upon entry and in addition there is no evidence to support that such a policy would be effective at protecting public health. The consequence of testing upon entry would be worse as people with HIV would avoid presenting for testing and furthermore, HIV would risk becoming further stigmatised. Instead the Government should encourage policies of inclusion which support testing based on informed consent with the aim of reaching individuals in need so that they can receive timely access to care and treatment.“ (APPGA 2003, S. 76)

Ähnlich wie im deutschen Diskurs (siehe 5.3) wird hier die Orientierung an internationalen Empfehlungen zur Testung auf HIV/Aids (namentlich von UNAIDS), Menschenrechten und dem Prinzip der informierten Einwilligung angemahnt. Für den Nutzen einer verpflichtenden Testung im Hinblick auf den Infektionsschutz gebe es keinen Nachweis. Statt einer verpflichtenden Testung, die stigmatisierend wirken und die Entdeckung von HIV-Infektionen eher noch unwahrscheinlicher machen könnte, werden ein freiwilliges Testangebot und der Zugang zu Versorgung befürwortet. Die hier dargestellte Position der APPGA kann als breiter politischer Konsens betrachtet werden, gegen den sich die *Conservative Party* mit ihren Forderungen letztlich nicht durchsetzen konnte. Auch wenn die Debatte um eine verpflichtende Testung von Migrant/innen bzw. Geflüchteten auf HIV/Aids nur von kurzer Dauer war, hinterließ sie dennoch einen nachhaltigen Eindruck, insbesondere bei zivilgesellschaftlichen Akteur/innen, die bisherige Errungenschaften in der gesellschaftlichen Auseinandersetzung mit der HIV-Epidemie gefährdet sahen. So äußert sich beispielsweise der *Terrence Higgins Trust* (THT), die größte zivilgesellschaftliche Organisation in Großbritannien, die sich für die Rechte von Menschen mit HIV/Aids einsetzt, retrospektiv unter dem Eindruck der vorangegangenen Debatte um die verpflichtende Testung von Migrant/innen in einer Stellungnahme wie folgt:

„The UK Government has previously discussed introducing compulsory HIV testing for immigrants as a discrete population group, although THT understands that at present there are no plans to introduce such a measure. THT would not support compulsory HIV testing of immigrants to the UK.“ (THT 2006 [3.6])

Dabei wird der Nutzen von Zwangsmaßnahmen im Hinblick auf den Infektionsschutz generell in Frage gestellt, gleichzeitig aber auch ein Unterschied zwischen HIV und Tuberkulose betont:

„There is no evidence to suggest that coercive measures would be beneficial to public health. It is also necessary to draw a distinction between a condition such as tuberculosis, which is transmitted through casual contact with infectious

people and which is curable, and HIV, which is spread much less easily and is incurable.“ (THT 2006 [3.3])

Der *Terrance Higgins Trust* verwahrt sich in dieser Äußerung auch dagegen, Maßnahmen zu HIV bzw. Tuberkulose gemeinsam zu diskutieren, und begründet dies mit der relativ schweren Übertragung von HIV. Tatsächlich sollte die Debatte um die Neujustierung von Screeningmaßnahmen für Migrant/innen in Großbritannien im Hinblick auf Tuberkulose eine andere Entwicklung nehmen.

6.2 „Protecting the nation’s health“: das Pre-entry-Screening auf Tuberkulose

Im Hinblick auf Tuberkulose nahm der Druck auf politische Entscheidungsträger/innen, nicht zuletzt aufgrund der steigenden und in erster Linie mit Migration assoziierten Inzidenzzahlen seit Beginn des neuen Millenniums, kontinuierlich zu (Coker 2004). Schließlich startet im Jahr 2005 ein Pilotprojekt zum *Pre-entry-Screening* von Migrant/innen aus 15 Ländern³², die nach den Kriterien der WHO als ‚high incidence countries‘ gelten, d. h. für die eine Inzidenzrate von mehr als 40 Fällen pro 100 000 Einwohner/innen berichtet wird (PHE 2013, S. 5). Personen, die sich aus diesen Ländern heraus für ein Visum von mehr als sechs Monaten bewerben, müssen sich von nun an im Rahmen des Verfahrens bereits im Herkunftsland auf Tuberkulose untersuchen lassen. Sofern sie älter als elf Jahre und nicht schwanger sind, müssen sie sich einer Röntgenaufnahme der Lunge und bei Verdacht einem Sputum-Test zum Ausschluss einer aktiven Lungentuberkulose unterziehen. Bei positivem Befund wird das Visum verweigert. Eine erneute Bewerbung kann erst nach einer nachgewiesenen erfolgreichen Behandlung erfolgen (PHE 2013).

In dem ebenfalls 2005, also im gleichen Jahr, in dem das Pilotprojekt zum *Pre-entry-Screening* gestartet wurde, veröffentlichten Strategiepapier ‚Controlling our borders: Making migration work for Britain‘ (HO 2005), einem Plan zur Asyl- und Einwanderungspolitik der folgenden fünf Jahre, wird das Pilotprojekt bereits erwähnt:

³² Namentlich handelte es sich um die Länder Bangladesch, Burkina Faso, Kambodscha, Elfenbeinküste, Eritrea, Ghana, Kenia, Laos, Niger, Pakistan, Somalia, Sudan, Tansania, Thailand und Togo (PHE 2013, S. 8).

„Our approach to health checks is based on expert advice on protecting the nation’s health. We are implementing our existing powers by targeted health screening for tuberculosis in high risk areas at the entry clearance stage. Those who are diagnosed would then need to seek treatment at home before being allowed to enter the UK.“ (HO 2005, S. 26)

Das PES wird hier als eine Maßnahme zum Schutz der Gesundheit der Nation vorgestellt. Die Äußerung verweist auf ein Muster, das im folgenden Abschnitt besprochen wird und das Tuberkulose als eine Krankheit beschreibt, die von außen nach Großbritannien eingeschleppt wird und die Gesundheit der britischen Nation (nicht etwa der Gesamtbevölkerung) bedroht. Zudem wird hier implizit auf ein weiteres Thema verwiesen, das im neuerlichen Diskurs um Screening eine zentrale Rolle spielen wird, nämlich die damit verbundenen Kosten. In der obenstehenden Äußerung geht es zunächst nur um die Kosten einer möglichen Behandlung infizierter Personen. So wird nicht etwa nur deutlich, dass ein positiver Befund eine Verweigerung der Einreise nach Großbritannien nach sich zieht. Vielmehr wird explizit darauf hingewiesen, dass die Betroffenen sich außerhalb des Landes behandeln lassen müssen. Es ist schließlich bemerkenswert, dass Infektionskrankheiten, ausgenommen eben Tuberkulose, keine Rolle in diesem Dokument spielen. Auch finden die nach wie vor durchgeführten Verfahren des *On-entry-* und *Post-entry-Screenings* keine Erwähnung. Letzteres kann als ein Hinweis darauf gedeutet werden, dass das PES bereits zu diesem frühen Zeitpunkt, mit Beginn der Pilotphase, als das zukunftsweisende Verfahren angesehen wurde.

Tatsächlich ist diese Phase aber erst der Beginn eines Aushandlungsprozesses, bei dem, ähnlich wie bereits während der Debatten der 1950er- und 60er-Jahre (siehe 2.1), infrastrukturelle Möglichkeiten und die Frage der aufzuwendenden Ressourcen eine entscheidende Rolle spielen.

Als Schlüsseldokumente, die einen Einblick in den Stand der Debatte kurz vor Auslaufen des Pilotprojekts zum *Pre-entry-Screening* geben, können die 2011 erstellte Zusammenschau der damals aktuellen Screening-Aktivitäten durch die *UK Border Agency*

(UKBA)³³ (2012) sowie die in diesem Zusammenhang erstellten Gutachten des Gesundheitsministeriums und der *Health Protection Agency* (HPA)³⁴ gelten. Die Zusammenschau der Screeningmaßnahmen durch die UKBA ist als Entscheidungsgrundlage für politische Entscheidungsträger/innen formuliert (UKBA 2012, S. 3). Obwohl der Titel eine Bewertung aktueller Screeningaktivitäten verspricht³⁵, werden nur zwei Maßnahmen, nämlich *On-entry-* und *Pre-entry-Screening*, bewertet.

Migration als Risiko für die Gesundheit der einheimischen Bevölkerung

Die Begründungen zur Einführung des Pilotprojekts zum *Pre-entry-Screening* stützen sich unter anderem auf die Annahme, Migrant/innen würden ein Risiko für die Gesundheit der übrigen Bevölkerung darstellen. Diese Annahme war zu Beginn des neuen Millenniums allerdings keineswegs neu und lässt sich bereits in der vorangegangenen Entwicklung des Diskurses um Migration und Infektionskrankheiten beobachten. So beschreiben Penelope Scott (2017) und Kolleg/innen, wie Migrant/innen in der Gesundheitsberichterstattung zu Tuberkulose in Großbritannien seit den 1980er-Jahren sowohl als Risiko für die Gesundheit der Bevölkerung wie auch als eine Gruppe dargestellt wurden, die selbst einem erhöhten Risiko ausgesetzt ist. Bei der Legitimation von Screeningmaßnahmen wird jedoch insbesondere die Konzeption von Migrant/innen als Risiko sichtbar.

In der bereits erwähnten öffentlichen Bekanntgabe des Pilotprojekts zum *Pre-entry-Screening* wird das etablierte Muster von Migrant/innen als Risiko für die Gesundheit der Bevölkerung reproduziert: „Our approach to health checks is based on expert advice on protecting the nation’s health.“ (HO 2005, S. 26) Die hier verwendete Formulierung unterscheidet zwar nicht explizit zwischen Bevölkerungs- bzw. Personengruppen, verweist aber auf Nationalstaatlichkeit und nationale Zugehörigkeit. Der als Grenzschutzmaßnahme beschriebene Ansatz soll also die Gesundheit derjenigen

³³ Die *UK Border Agency* (UKBA) war eine Unterabteilung des *Home Office* (HO) und wurde 2008 eingerichtet. 2013 wurde die Abteilung wieder aufgelöst, wobei die entsprechenden Aufgabenbereiche nach wie vor dem *Home Office* zugeordnet sind. Im Rahmen dieser Arbeit werden UKBA und HO als identischer Akteur verstanden.

³⁴ Die *Health Protection Agency* (HPA) war, analog zum Robert-Koch-Institut in Deutschland, eine staatlich beauftragte Organisation zur Überwachung von Infektionskrankheiten. 2013 wurde die HPA als eigenständige Organisation aufgelöst und in *Public Health England* (PHE), einer Unterabteilung des Gesundheitsministeriums, eingegliedert.

³⁵ Der Titel der Publikation lautet ‚Screening for Tuberculosis and the Immigration Control. UK Border Agency Review of Current Screening Activity 2011‘ (UKBA 2012).

schützen, die der Nation zugerechnet werden. Damit werden Migrant/innen nicht nur implizit ausgeschlossen, sondern gleichzeitig als Gegenstand der Maßnahme, also als das, wovon die Nation geschützt werden soll, definiert.

Das Muster, Migrant/innen als Risiko für die Gesundheit der Bevölkerung zu betrachten, wurde allerdings von einigen Akteur/innen, insbesondere aus dem Bereich der Gesundheitswissenschaften, durchaus auch in Frage gestellt.

„Clearly, a fundamental public health question is to what degree immigrant-associated tuberculosis poses a threat to public health; that is, how much disease results as a consequence of transmission from recently arrived immigrant populations. Research suggests that transmission to the population born in the host country is, in fact, rare.“ (Coker 2003, S. 15)

Im Jahr 2006 veröffentlicht die *Health Protection Agency* die Ergebnisse einer umfangreichen Studie zur Gesundheit von Migrant/innen in Großbritannien. In dem entsprechenden Bericht finden sich Äußerungen, die sich explizit auf das mögliche Risiko einer Übertragung von Infektionskrankheiten durch Migrant/innen beziehen. Im Hinblick auf Tuberkulose heißt es dort:

„Despite an increased rate of disease in the non-UK born population, the rate in the UK born population has remained low and stable. Tuberculosis is transmitted by close association, generally within households and it has been shown that many migrants live with other migrants of the same ethnicity. From the surveillance data presented here there is no good evidence of significant transmission of disease from the non-UK born to the white indigenous population. UK born minority ethnic groups were, however, at increased risk of disease.“ (HPA 2006, S. 41)

Die steigenden Infektionsraten bei Personen, die nicht in Großbritannien geboren wurden, werden hier nicht etwa zum Anlass genommen, Migrant/innen als eine Gruppe zu beschreiben, von der ein erhöhtes Risiko ausgehen würde. Vielmehr werden die verhältnismäßig stabilen Infektionsraten unter Personen, die in Großbritannien geboren wurden, als Beleg dafür gesehen, dass eine Übertragung eher unwahrscheinlich ist. Da

diese einen relativ engen Kontakt erfordern würde, wären eher Personen gleicher ‚Ethnizität‘ betroffen. Die Argumentation folgt hier also eher jenem Muster, nach dem Migrant/innen eine Gruppe darstellen, die selbst einem erhöhten Risiko ausgesetzt ist. Dieses Verständnis zeigt sich insbesondere in den Äußerungen zum Screening von Migrant/innen auf Infektionskrankheiten:

„Since the burden of many infectious diseases falls upon some non-UK born people, screening new entrants for infections to which they may have been exposed, with the aim of treating them, may be appropriate, particularly for individual health gain.“ (HPA 2006, S. 106)

Die Legitimität von Screeningmaßnahmen wird also davon abhängig gemacht, ob diese ggf. eine anschließende Versorgung nach sich ziehen. Darüber hinaus wird jedoch auch die Bedingung für die Legitimität einer möglichen Versorgung spezifiziert. So soll die Versorgung primär dem gesundheitlichen Wohl des Individuums dienen und nicht etwa nur die Infektionsgefahr bannen. Implizit stellt sich die HPA also auch gegen eine Versorgung, die lediglich dazu dienen soll, Migrant/innen mit dem Ziel zu therapieren, ein vermeintlich von ihnen ausgehendes Infektionsrisiko zu minimieren.

Darüber hinaus äußert sich die HPA zu den aus ihrer Sicht erforderlichen Bedingungen für darüber hinausgehende Screeningmaßnahmen:

„Wider screening programmes that are operated with public health justification must be adequately evaluated for both public health impact in the UK and cost effectiveness. It should also be remembered that, with little evidence of a significant threat, screening based on a concept of protecting the general population from disease in migrants is both misleading and stigmatising. Where screening of new entrants is carried out it should be patient centred and should not stigmatise affected groups.“ (HPA 2006, S. 106)

Hier wird noch einmal betont, dass es aus Sicht der HPA keine Grundlage gibt, davon auszugehen, dass Migrant/innen ein signifikantes Infektionsrisiko für die übrige Bevölkerung darstellen. Screeningmaßnahmen, die mit dieser Annahme begründet werden, seien irreführend und stigmatisierend, und zwar in dem Sinne, so lässt sich hier

deuten, dass eine epidemiologische Grundlage suggeriert und gleichzeitig ebenjenes Verständnis von Migrant/innen als Risiko nahegelegt wird. Zusammen mit der vorangegangenen Äußerung lässt sich feststellen, dass die HPA das Screening von Migrant/innen nur dann als gerechtfertigt erachtet, wenn es sich an den gesundheitlichen Bedürfnissen der betreffenden Personen orientiert und eine entsprechende Versorgung zum Ziel hat. Darüber hinaus fordert die HPA eine Evaluation von jenen Screeningmaßnahmen, die sich nicht an den Bedürfnissen der Patient/innen orientieren. Diese Evaluation soll sowohl den Mehrwert für die Gesundheitsförderung der Bevölkerung als auch die Effektivität im Hinblick auf die Kosten zum Gegenstand haben. Eine solche Evaluation hat im Hinblick auf das *Pre-entry-Screening* durchaus stattgefunden, und zwar im Rahmen der Bewertung bisheriger Screeningmaßnahmen durch die *UK Border Agency*, für die entsprechende Gutachten des *Department of Health* und der *Health Protection Agency* angefordert wurden. Dabei wurden auch die eben genannten Aspekte explizit berücksichtigt. Bevor ich näher auf die diesbezüglichen Äußerungen eingehe, möchte ich jedoch zunächst nachvollziehen, ob und wie das Muster, Migrant/innen als Risiko darzustellen, in ebenjenen Dokumenten nachgewiesen werden kann.

Die UKBA führt zunächst die zum Zeitpunkt der Entstehung des Dokuments aktuellen Zahlen aus der Gesundheitsberichterstattung zu Tuberkulose in Großbritannien an und stellt die Infektionsraten von Personen, die nicht in Großbritannien geboren sind, und jene von Personen, die in Großbritannien geboren sind, direkt gegenüber:

„Rates of TB amongst the ‚non-UK born‘ population are more than 20 times higher than rates amongst the UK born population (86 per 100,000 as opposed to 4 per 100,000). Rates are also higher among UK born ethnic minority groups (9-55 per 100,000).“ (UKBA 2012, S. 5)

Mit dieser Kontrastierung der Infektionsraten knüpft die UKBA zunächst nicht unmittelbar an das Muster von Migrant/innen als Risiko an, da hier noch kein Zusammenhang bzw. Übertragungsrisiko genannt wird. Bemerkenswert ist jedoch, dass nicht nur die Inzidenzzahlen unter Migrant/innen, sondern auch jene von in Großbritannien geborenen Personen angeführt werden, die zu ethnischen Minderheiten gezählt werden. Beide Personengruppen umfassen auch Personen, die beispielsweise die britische

Staatsbürgerschaft oder die eines anderen Mitgliedstaates der EU besitzen. Dass diese Personen nicht von Screeningmaßnahmen betroffen sind, wird zwar unmittelbar darauf eingeräumt (UKAB 2012, S. 6), dennoch stellt sich die Frage, warum diese Zahlen überhaupt angeführt werden. Ebenso gut hätte man sich auf die Zahlen beschränken können, die im Rahmen des Pilotprojekts erhoben wurden, also die Infektionsraten unter den während der Laufzeit des Projekts getesteten Visumsbewerber/innen. Mein Eindruck ist, dass Tuberkulose hier, wie bereits von Janina Kehr (2010) für Deutschland beschrieben, als ‚Migrantenkrankheit‘ dargestellt wird, die in erster Linie Personen betrifft, die nicht der gleichsam als indigen (UKBA 2012, S. 7) verstandenen britischen Bevölkerung angehören.

Im Hinblick auf das vermeintlich von Migrant/innen ausgehende Infektionsrisiko, das im Diskurs bis dahin so prominent erscheint, äußert sich die UKBA eher vorsichtig:

„There is currently little data as to onward transmission of the infection to indigenous populations by new arrivals, though that which is available suggests that the incidence is low.“ (UKBA 2012, S. 7)

Die UKBA gibt hier wieder, was von Einrichtungen wie der HPA zwischenzeitlich immer wieder betont wurde, nämlich, dass aufgrund der Datenlage von einem eher geringen Infektionsrisiko für die ‚indigene‘ Bevölkerung auszugehen ist. Zudem wurden von den während der Laufzeit des Pilotprojekts getesteten 440 000 Visumsbewerber/innen lediglich 287 Personen identifiziert, die an einer aktiven Tuberkulose leiden (UKBA 2012, S. 10). Angesichts dieser verhältnismäßig geringen Anzahl wird auch der Nutzen der Maßnahme für den Infektionsschutz zumindest relativiert:

„It is not clear what the overall impact in terms of health benefits to the UK populace are through preventing the entry of these 287 people over the 5 year life of the programme.“ (UKBA 2012, S. 11)

Gleichzeitig wird in diesem Zusammenhang aber auch ein Nutzen der Maßnahme für die betroffenen Personen ausgemacht:

„It is perhaps not an insignificant matter in itself that those identified through screening have received clear notice that they are unwell and been encouraged to take treatment given that around a third of untreated active TB cases lead to death.“ (UKBA 2012, S. 11)

Der Umstand, dass die positiv getesteten Personen durch das Verfahren über ihre Erkrankung Kenntnis erlangt haben, wird hier gleichsam als positiver Nebeneffekt angeführt. Auch seien die Betroffenen „ermutigt“ (ebd.) worden, sich in Behandlung zu begeben. Mit Verweis auf Daten der *International Organisation for Migration* (IOM) wird davon ausgegangen, dass 90 % sich einer Behandlung unterzogen haben. Dies liegt jedoch, ganz im Sinne der Konzeption des *Pre-entry-Screenings*, nicht in der Verantwortung der britischen Behörden. Damit werden die von der HPA gestellte Forderung eines patientenorientierten Ansatzes und die Zielsetzung einer nachfolgenden Behandlung allerdings nicht erfüllt.

„Export“ von Screening- und Behandlungskosten

Ein im Diskurs um das Tuberkulose-Screening von Migrant/innen immer wieder, in unterschiedlichen Facetten, aufkommendes Thema sind finanzielle Aufwendungen. Eine zentrale, damit verbundene Aussage ist, dass Migrant/innen eine Belastung für das Gesundheitsversorgungssystem darstellen würden. Da der zentral organisierte und staatlich finanzierte *National Health Service* (NHS) grundsätzlich für die medizinische Versorgung aller in Großbritannien befindlichen Personen offensteht, können auch Ausländer/innen, die sich nur vorübergehend in Großbritannien aufhalten, nicht ohne weiteres von einer Versorgung akuter Krankheitsfälle ausgeschlossen werden (Jayaweera 2019). In dem erwähnten Konsultationspapier der *Conservative Party* forderte diese nicht nur ein verpflichtendes Screening aller nach Großbritannien einreisenden Migrant/innen auf Tuberkulose und HIV/Aids, sondern auch, dass eine „übermäßige“ (im Orig. „undue“) Inanspruchnahme des Gesundheitsversorgungssystems durch diese verhindert werden müsse: „They must not create undue demand on restricted health resources.“ (Conservative Party 2003, zitiert nach Coker 2003, S. 1)

Die Vermeidung von Versorgungskosten für an Tuberkulose erkrankte Migrant/innen stellt eine wesentliche Zielsetzung des *Pre-entry-Screening*-Programms dar. So wird

auch im Zuge der Auswertung des Pilotprogramms noch einmal explizit darauf hingewiesen, dass Migrant/innen, die an einer aktiven Tuberkulose leiden, kostenfrei versorgt werden müssen: „Those suffering active TB are currently exempted from NHS charges for public health reasons.“ (UKBA 2012, S. 7) Bemerkenswert an dieser Äußerung ist, abgesehen von dem Verweis auf die Kostenübernahme durch den NHS, dass nicht etwa der akute Behandlungsbedarf der infizierten Individuen, sondern der allgemeine Infektionsschutz als Begründung für die Kostenübernahme angeführt wird. Insofern lässt sie sich auch mit der oben beschriebenen Aussage in Zusammenhang bringen, nach der Migrant/innen als Risiko für die Gesundheit der übrigen Bevölkerung angesehen werden. Im Hinblick auf die Kostenfrage beschreibt sie jedoch den Ausgangspunkt einer umfangreichen Diskussion zu möglichen Einsparungspotenzialen beim NHS durch das *Pre-entry-Screening*, an der sowohl die UKBA, das DOH als auch die HPA beteiligt sind. In entsprechenden Gutachten, die seitens der UKBA angefordert wurden, gehen das DOH und die HPA von einer Kostenkalkulation aus, die auch eine mögliche Übertragung der Infektion mit einschließt: „In considering onward transmission, we have assumed that each individual who is receiving treatment will, on average, infect 0.2 further individuals who will require treatment.“ (DOH 2012, S. 30) Während der ersten fünf Jahre des Pilotprogramms wurden insgesamt 287 Personen mit einer aktiven Lungentuberkulose identifiziert. Multipliziert mit dem oben genannten Faktor und durchschnittlichen Behandlungskosten von £ 6.106 errechnete das Ministerium Einsparungen in Höhe von etwa £ 2.1 Millionen. Bemerkenswerterweise weist es aber gleichzeitig darauf hin, dass diese Behandlungskosten nicht im eigentlichen Sinne eingespart, sondern vielmehr ausgelagert wurden: „Although costs have been saved to the NHS, the screened individuals in question have been referred for treatment in their home countries. Their treatment cost has therefore been transferred rather than saved outright.“ (DOH 2012, S. 39) Ebendiese Auslagerung der Behandlungskosten wird jedoch von der UKBA als wesentliches Argument für die Weiterführung des Programms angesehen. So wird die Stellungnahme des Ministeriums zu den Einsparungspotenzialen für den NHS seitens der UKBA wie folgt bewertet:

„Overall savings to the NHS may not be substantial when compared to overall spending on health. However, those with infectious TB would be prevented

from entering the UK until treated and the burden of funding the costs of screening and any treatment then required would fall upon visa applicants and overseas health authorities and not on the UK taxpayer.“ (UKBA 2012, S. 4)

In dieser Äußerung wird einerseits eingeräumt, dass die Einsparungen bei den Behandlungskosten durch das PES verhältnismäßig gering ausfallen. Andererseits wird eine grundsätzliche Haltung zum Ausdruck gebracht, die eine Auslagerung der Kosten für das Screening und die möglicherweise erforderliche Behandlung von Migrant/innen für angemessen hält. Insbesondere der Verweis auf den „Steuerzahler“ (ebd.) erinnert an das von Bivins (2015) für die 1950er-Jahre beschriebene Narrativ, nach dem die Errungenschaften des Wohlfahrtsstaats ausschließlich der indigenen Bevölkerung zustehen sollten (S. 22).

Die eingehendere Analyse der entsprechenden Dokumente lässt den Eindruck entstehen, dass die UKBA nicht nur bei der Rezeption, sondern bereits bei der Auftragserteilung zu den Gutachten von Gesundheitsministerium und HPA höchst selektiv vorgegangen ist. Exemplarisch lässt sich dies an folgender Äußerung aus dem Gutachten des Ministeriums zeigen:

„At the request of UKBA, the paper does not consider the costs to the visa applicants, or the opportunity costs to the UK economy of potential migrants being deterred from or delayed in entering the UK. We also only consider the benefits of the existing system, and do not consider the likely benefits under any alternative screening system.“ (DOH 2012, S. 30)

Hier findet sich nicht nur eine erneute Erwähnung der von den jeweiligen Visumsbewerber/innen zu tragenden Kosten, sondern auch ein Verweis auf mögliche Verluste, die der Wirtschaft Großbritanniens durch die Einschränkungen von Migrationsbewegungen entstehen könnten. Dieser Verweis auf mögliche wirtschaftliche Einbußen erinnert an eines der Argumente, die das Gesundheitsministerium bereits zu Beginn der 1960er-Jahre gegen ein Tuberkulosescreening bestimmter Gruppen von Migrant/innen im Herkunftsland vorgebracht hatte (siehe 2.1). Ebenfalls explizit ausgenommen sind alternative Screeningmaßnahmen, wie beispielsweise das zu diesem Zeitpunkt noch gängige *Post-arrival-Screening*. Ein direkter Vergleich wird seitens der UKBA nur

zwischen dem *On-arrival*- und dem *Pre-entry-Screening* vorgenommen, wobei Letzteres als die effektivere, praktikablere und kostengünstigere Alternative hervorgehoben wird:

„The data suggests that pre-entry screening is the more effective manner in which to detect active TB. This significant difference is directly attributable to the exclusive reliance on x-rays in on entry screening process and their relative ineffectiveness in detecting active TB. Pre-entry screening visa applicants would also avoid congestion at UK airports and exports screening and treatment costs.“ (UKBA 2012, S. 17)

Die Argumentation erscheint an dieser Stelle inkonsistent, basiert doch das *Pre-entry-Screening* ebenfalls in erster Linie auf einer Röntgenaufnahme des Thorax. Die mangelnde Effektivität, die dem Screening bei der Einreise attestiert wird, wäre also bei einem Screening im Herkunftsland gleichermaßen zu erwarten. Eine medizinische Untersuchung nach der Einreise in einer medizinischen Einrichtung auf lokaler Ebene, wie im Rahmen des *Post-arrival-Screenings* vorgesehen, ist wiederum nicht notwendigerweise auf eine Röntgenuntersuchung beschränkt. Ein Vergleich mit diesem Ansatz findet jedoch nicht statt. Vielmehr wird der Vergleich von *On-entry*- und *Pre-entry-Screening* dergestalt ausgedehnt, dass der Einsatz finanzieller Ressourcen für Röntgenuntersuchungen von Migrant/innen bei der Einreise weiterreichende Konsequenzen im Hinblick auf die Identifikation von versorgungsbedürftigen Migrant/innen nach sich ziehen würde:

„For the HPA, the costs of employing x-ray screening and collecting data on arriving passengers constitutes the bulk of their operating costs at our ports and limits their ability to perform the other roles of the medical inspector in identifying others who should be refused entry on medical grounds or on the grounds that the passenger is unable to afford to maintain themselves and afford the costs of treatment for any medical conditions they may suffer and thus may pose an excessive demand upon the NHS. The misuse of the NHS continues to pose a significant challenge to the UK and in this respect, short term visitors are equally likely to contribute to that problem (such as those who travel to the UK

to give birth and have no intention of paying any charges arising).“ (UKBA 2012, S. 18)

Diese Äußerung bestätigt noch einmal deutlich die grundlegende Aussage, Migrant/innen würden eine Belastung für das Gesundheitsversorgungssystem darstellen. Ähnlich wie in dem Konsultationspapier der *Conservative Party*, wo noch von einer „übermäßigen“ (im Orig. „undue“) (Conservative Party 2003, zitiert nach Coker 2003, S. 1) Inanspruchnahme gesprochen wurde, wird hier gar eine ‚exzessive‘ Beanspruchung des NHS befürchtet (UKBA 2012, S. 18). Ausländer/innen, so wird hier impliziert, würden das Gesundheitsversorgungssystem Großbritanniens teilweise gezielt ‚missbrauchen‘ und sich eine medizinische Behandlung bereits vor Einreise bekannter Gesundheitszustände gleichsam erschleichen (ebd.). Mit dieser Äußerung knüpft die UKBA an ein gängiges Muster im politischen Diskurs zu Migration an, demzufolge ein gezielter ‚health tourism‘ nach Großbritannien stattfinden würde (Oliver 2018). Erneut lässt sich hier die historische Kontinuität des von Bivins (2015) beschriebenen Narrativs des durch Ausländer/innen ausgebeuteten Wohlfahrtsstaats erkennen. Das *Pre-entry-Screening*, so der Umkehrschluss in der Argumentation der UKBA, würde das Screening an (Flug-)Häfen überflüssig machen und so insbesondere Kapazitäten aufseiten des *medical inspector* freisetzen, um diesem vermeintlichen ‚Missbrauch‘ (UKBA 2012, S. 18) Einhalt zu gebieten.

Es wird deutlich, dass die Frage der Kosten, sowohl im Hinblick auf die Finanzierung des Screeningverfahrens selbst als auch im Hinblick auf zu erwartende Behandlungskosten, eine zentrale Rolle in der Argumentation der britischen Grenzbehörden für die Einführung des *Pre-entry-Screening*-Programms spielt. Aus meiner Sicht muss das Verständnis von Screening als einer biopolitischen Strategie in diesem Zusammenhang noch einmal explizit um eine ökonomische Dimension erweitert werden. Michel Foucault selbst hatte diese bereits in der begrifflichen Unterscheidung zwischen Epidemien und Endemien eingeführt (Foucault 2014a, S. 92f.). Endemien verstand er als:

„Mehr oder weniger schwer ausrottbare Krankheiten, die anders als die Epidemien nicht unter dem Blickwinkel zunehmender Todesursachen betrachtet

werden, sondern als permanente Faktoren – so werden sie behandelt – des Entzugs von Kräften, der Verminderung der Arbeitszeit, des Energieverlustes und ökonomischer Kosten, und zwar ebenso sehr aufgrund des von ihnen produzierten Mangels wie der Pflege, die sie kosten können.“ (Foucault 2014a, S. 92f.)

Während Foucault die Frage der Kosten hier lediglich als einen Aspekt im Rahmen seiner Analyse biopolitischer Tendenzen gegen Ende des 18. Jahrhunderts einführt, beschreibt Nikolas Rose (2014) sie als zentralen Fokus biopolitischer Maßnahmen der Gegenwart. Für ihn wird das Grundprinzip des politischen Interesses an der Gesundheit der Bevölkerung heute zuvorderst in ökonomischen Begriffen formuliert (Rose 2014, S. 429). Die oben beschriebene Hochrechnung einer Weitergabe der Tuberkulose auf Basis der durch das *Pre-entry-Screening* identifizierten infizierten Personen, inklusive der darauffolgenden ‚Übersetzung‘ in angenommene Kosteneinsparungen für den NHS (DOH 2011, S. 30), erscheint mir geradezu exemplarisch für diese Perspektive. Es ist bemerkenswert, dass diese Kosteneinsparungen als verhältnismäßig gering eingestuft, mit dem Verweis auf den ‚Steuerzahler‘ (UKBA 2012, S. 4) aber gleichzeitig symbolisch aufgeladen werden.

Spielte die Kostenfrage während der Pilotphase des *Pre-entry-Screenings* noch eine zentrale Rolle, so findet sie nach der Einführung des Programms in den entsprechenden Berichten zunächst keine Erwähnung (PHE 2013, 2015). Erst im dritten Bericht nach der offiziellen Einführung des Programms wird wiederum auf mögliche Einsparungen verwiesen, wobei vergleichsweise vorsichtig von einem diesbezüglichen ‚Potential‘ gesprochen wird: „The impact of TB cases born abroad on UK TB numbers and the cost to the NHS means that pre-entry screening has a potential for reducing TB numbers with financial benefits for the NHS. Therefore, on-entry TB screening was phased out in favour of pre-entry screening for active pulmonary TB in 2012.“ (PHE 2016, S. 6)

Es bleibt festzuhalten, dass die Diskussion um den ‚Export‘ von Screening- und möglichen Behandlungskosten im Zusammenhang mit der Einführung des PES auf die ökonomische Dimension biopolitischer Maßnahmen verweist. Folgt man der Einschätzung von Nikolas Rose, nach der Biopolitik heute in erster Linie Risikopolitik ist, lässt sich zudem festhalten, dass Migrant/innen im Diskurs um *Pre-entry-Screening* nicht nur,

wie im vorhergehenden Abschnitt gezeigt, als Risiko für die Gesundheit der autochthonen Bevölkerung, sondern auch als ökonomisches Risiko für das Gesundheitsversorgungssystem dargestellt werden.

Technisch und ätiologisch bedingte Limitationen der konkreten Verfahrensweise

Im Diskurs um das Screening von Migrant/innen auf Tuberkulose, insbesondere das *Pre-entry-Screening*, wird bisweilen auch auf das zu diesem Zweck angewandte Verfahren selbst, nämlich die Röntgenuntersuchung des Thorax, Bezug genommen. Die Frage, ob bzw. in welchem Umfang diese Maßnahme einen Nutzen für den Infektionsschutz bzw. einen Einfluss auf die Tuberkuloseinzidenz in Großbritannien hat, ist für verschiedene Akteur/innen eng mit Fragen bezüglich der technischen Möglichkeiten des Verfahrens und des typischen Krankheitsverlaufs verbunden.

So weist Richard Coker (2003) darauf hin, dass mangelnde Spezifität und Sensitivität der Röntgenaufnahme des Thorax als Verfahren zum Ausschluss einer aktiven Tuberkulose zu einer erheblichen Zahl falsch positiver bzw. negativer Ergebnisse führen können (S. 21ff.). Auch die HPA geht in ihrem Gutachten zum Pilotprogramm des *Pre-entry-Screenings* auf die technischen Limitationen des Verfahrens ein:

„CXR contains inherent weaknesses as a screening tool. They will always miss some cases as even under optimal conditions, CXRs are an imprecise tool. At their best they miss over a third of cases of TB, and inaccurately identify 3% as having TB. Accurate diagnosis of TB also requires microbiology tests, skin tests and clinical examination.“ (HPA 2012, S. 46)

Es ist zwar vorstellbar, dass der verhältnismäßig gering erscheinende Anteil falsch positiver Resultate durch Folgetests abgeklärt werden könnte. Jedoch würden nach dieser Einschätzung der HPA selbst unter optimalen Bedingungen mehr als ein Drittel der vorhandenen Infektionen unerkannt bleiben. Dieser explizite Hinweis erscheint durchaus geeignet, die Effektivität aller Tuberkulose-Screeningmaßnahmen, die auf Röntgenaufnahmen basieren, in Zweifel zu ziehen. Zusätzlich weist die HPA implizit darauf hin, dass es sich bei dieser Art Screening eben nicht um ein diagnostisches Verfahren im engeren Sinne handelt und Tuberkulose nur mit labordiagnostischen Untersuchungen zuverlässig bestimmt werden kann.

Mehr noch als die technischen Limitationen des Verfahrens werden die ätiologischen Bedingungen der Tuberkulose, also Entstehung und Verlauf der Krankheit, von einigen Akteur/innen als Faktor betrachtet, der die Effektivität der Maßnahme erheblich einschränkt. In der Gesundheitsberichterstattung zu Tuberkulose in Großbritannien war bereits vor der Einführung des Pilotprogramms zum *Pre-entry-Screening* darauf hingewiesen worden, dass Migrant/innen, die an Tuberkulose leiden, zumeist erst lange nach der Einreise nach Großbritannien erkranken. So konstatiert etwa die *British Thoracic Society* (BTS) noch zu Beginn des Millenniums: „Most tuberculous disease develops after arrival in the UK and is not evident on arrival.“ (BTS 2000, S. 898)

Auch die UKBA erwähnt in ihrer Bewertung bisheriger Screeningmaßnahmen, einschließlich des *Pre-entry-Screenings*, dass lediglich 3,25 % der in Großbritannien zwischen 2007 und 2009 gemeldeten Fälle von Tuberkulose sich auf Personen beziehen, die während der letzten zwölf Monate eingereist sind, wobei auch Personen eingeschlossen sind, die nicht von Screeningmaßnahmen betroffen sind (beispielsweise Staatsbürger/innen anderer EU-Staaten) (UKBA 2012, S. 6). Ein Grund hierfür wird in der meist latenten Form einer Tuberkuloseinfektion gesehen:

„The relatively low proportion of cases attributed to new arrivals shows that in the main, TB is a chronic disease that is often reactivated in individuals at risk some years after arrival for the non-UK born. Not all will have suffered active TB at the time of arrival and with x-ray screening only a small proportion of those screened would have been identified. The evidence suggests that many of those who go on to develop the active disease in the UK do so having entered the country with latent infection. There is currently no scientifically approved method of establishing which persons with latent TB infection will develop active disease.“ (UKBA 2012, S. 6)

Hier wird also grundsätzlich immer noch davon ausgegangen, dass Tuberkuloseinfektionen in erster Linie von Migrant/innen nach Großbritannien ‚eingeschleppt‘ werden. Gleichzeitig nimmt die UKBA den Forschungsstand zur Ätiologie von Tuberkulose grundsätzlich zur Kenntnis. Dabei bezieht sie sich auf ebenjene Fälle aus den Jahren zwischen 2007 und 2009 und räumt ein, dass nur ein geringer Teil davon durch Screening hätte entdeckt werden können. Weitaus generalisierender äußern sich in diesem

Zusammenhang das DOH und die HPA. Mit Blick auf die Tuberkuloseinzidenz unter Personen, die nicht in Großbritannien geboren sind, zwischen 2006 und 2009 konstatiert das Gesundheitsministerium:

„Only a small proportion of foreign-born cases were pulmonary and occurred within a year of arrival (around 6%). This shows that the impact of any screening programme for active TB will have a limited impact on the overall number of TB cases.“ (DOH 2012, S. 41)

Hier wird deutlich gemacht, dass jedwedes Screeningprogramm für Migrant/innen, sei es das *On-entry-Screening* oder das *Pre-entry-Screening*, nur einen eingeschränkten Effekt auf die landesweite Tuberkuloseinfektionsrate haben kann. Ähnlich argumentiert auch die HPA:

„The majority of cases of TB in migrants occur several years after they have arrived in the country. This is a simple reflection of the natural history of the disease, which can remain latent and therefore undetectable by CXR for many years. Any one off screening by CXR can only ever identify a small proportion of cases that will arise in that population.“ (HPA 2012, S. 46)

Die Ätiologie der Tuberkulose in Verbindung mit dem Umstand, dass mittels Röntgenverfahren nur akute Infektionen entdeckt werden können, lässt also sowohl das DOH als auch die HPA an der Effektivität von röntgenbasierten Screeningmaßnahmen, also auch einem *Pre-entry-Screening*, zweifeln.

Die Orientierung an außereuropäischen Staaten und das anglosphärische Screeningdispositiv

Bei der Entwicklung des *Pre-entry-Screening*-Ansatzes orientieren sich die britischen Behörden am Vorgehen anderer außereuropäischer Staaten. John Welshman und Alison Bashford (2006) zeigen, wie stark sich der Diskurs um die Einführung des *Pre-entry-Screenings* in Großbritannien von Beginn an am ‚australischen Modell‘ orientiert. Tatsächlich lassen sich auch in späteren Dokumenten, wie der Zusammenschau aktueller Screening-Aktivitäten durch die UKBA (2012), diverse Einlassungen finden, die

Australien als Vergleichsfolie heranziehen. So wird beispielsweise auch im Hinblick auf die zu erwartenden Kosteneinsparungen für den NHS bei einer Ausweitung des Pilotprojekts auf Daten australischer Behörden verwiesen:

„The UK's current pre-entry screening programme covers only 15 countries. Some high risk nations, such as India and China, are not covered by the screening programme. Those born in India constitute the majority of non-UK born cases identified in 2009 (28% of those who are non-UK born). The Australian Department for Immigration and Citizenship report a rate of 147 per 100.000 in migrants screened in India. The returns of the current pilot, therefore, do not give a complete picture of potential NHS savings.“ (UKBA 2012, S. 11)

Dieser direkte Vergleich mit Australien scheint die von Welshman und Bashford (2006) konstatierte Orientierung Großbritanniens an Australien zu bestätigen. Ihre Analyse erscheint jedoch insofern verkürzt, als die britischen Behörden sich keineswegs nur an Australien orientieren. So wird in besagtem Dokument auch auf drei weitere Staaten verwiesen, namentlich die USA, Kanada und Neuseeland:

„The USA, Canada, Australia and New Zealand, employ extensive global pre-entry health screening of migrants (that is those who intend to travel to and remain within their territories for periods over 3 to 6 months) and conduct specific screening for TB in countries with a high incidence of that disease.“ (UKBA 2012, S. 14)

Die weiteren Ausführungen, die auf diese Bezugnahme folgen, machen deutlich, dass die Ähnlichkeiten bei den Screening-Ansätzen der genannten Staaten keineswegs zufällig bestehen, sondern vielmehr auf gemeinsamen Anstrengungen beruhen. So heißt es weiter:

„The nations above are taking forward an ambitious programme to rationalise their existing health screening programmes. This will see the 4 nations moving towards using shared screening facilities and possibly the roll out of a shared IT infrastructure. The programme also involves shared quality auditing and a

move towards establishing consistencies of approach. In the main, our partners screen migrants for a number of health conditions in order to safeguard public health and in some cases, to preclude migrants who may pose a significant draw on health and social service resources.“ (UKBA 2012, S. 14)

Teile dieser Äußerung verweisen auf bereits beschriebene Diskursmuster, nach denen Migrant/innen sowohl eine Bedrohung für die Gesundheit der autochthonen Bevölkerung als auch der Gesundheitsversorgungssysteme darstellen würden. An dieser Stelle möchte ich jedoch einen anderen Aspekt hervorheben, nämlich, dass hier von „unseren Partnern“ (ebd.) gesprochen wird. Die Partnerschaft, die hier impliziert wird, verweist auf einen unterliegenden multilateralen Zusammenhang, der in den Dokumenten zum Screening von Migrant/innen nur selten benannt wird, jedoch aus meiner Sicht eine zentrale Rolle, gerade im Hinblick auf das *Pre-entry-Screening* und damit den britischen Sonderweg innerhalb der EU spielt: die *Five Country Conference* (FCC) (in nachfolgend zitierten Dokumenten verschiedentlich mit FCC oder 5CC abgekürzt). Eine der wenigen expliziten Erwähnungen der FCC im Zusammenhang mit dem Screening von Migrant/innen findet sich im 2016 von PHE herausgegebenen Bericht zum *Pre-entry-Screening* für das Jahr 2015:

„The TB pre-entry screening was informed by and has close similarities with other TB pre-entry screening approaches, most notably those used by partner countries from Five-Country Conference (5CC): Australia, Canada, New Zealand and USA.“ (PHE 2016, S. 5)

Angesichts der hier im Zusammenhang mit dem *Pre-entry-Screening* beschriebenen Partnerschaft im Rahmen der FCC stellt sich die Frage, was diese Kooperation ausmacht und wie sie sich von jener mit Mitgliedstaaten der EU unterscheidet. So wäre nicht nur aufgrund der geografischen Nähe, sondern insbesondere auch vor dem Hintergrund der EU-Mitgliedschaft Großbritanniens eine Partnerschaft mit anderen Mitgliedstaaten schließlich naheliegender.

Tatsächlich wurde die Zusammenarbeit der oben genannten Staaten, parallel zum Prozess der europäischen Integration, immer schon als zusätzliche geopolitische Alterna-

tive für Großbritannien diskutiert (Wellings und Baxendale 2015). Seit Ende des vergangenen Millenniums wurde sie in politischen Debatten in Großbritannien schließlich unter dem Begriff ‚anglosphere‘ zunehmend auch als Gegenentwurf zur EU aufgestellt (ebd., S. 129ff.). Auch Michael Kenny und Nick Pearce beschreiben diese Entwicklung und weisen auf den engen Zusammenhang des politischen Projekts einer *Anglosphäre* und der seit Ende des Zweiten Weltkriegs bestehenden geheimdienstlichen Zusammenarbeit der oben genannten Länder hin:

„In the last couple of decades, Eurosceptics have developed the idea that Britain’s future lies with a group of ‚Anglosphere‘ countries, not with a union of European states. At the core of this Anglosphere are the ‚five eyes‘ countries (so-called because of intelligence co-operation) of the UK, US, Australia, Canada and New Zealand. Each, it is argued, share a common history, language and political culture: liberal, protestant, free-market, democratic and English-speaking.“ (Kenny und Pearce 2016, S. 304)

Die im Zusammenhang mit einer Anglosphäre beschriebenen Gemeinsamkeiten, insbesondere der Aspekt einer gemeinsamen Geschichte, ließen sich auch im Hinblick auf andere Commonwealth-Staaten und ehemalige britische Kolonien feststellen. Kenny und Pearce (2016) machen jedoch deutlich, dass es eben nur die fünf besagten Staaten sind, die im Zentrum der Idee stehen: „[...] the emotional and political heart of the project resides in these ‚five eyes‘ nations.“ (S. 304)

Zu der geheimdienstlichen, also sicherheitspolitischen, Zusammenarbeit im Rahmen der *five eyes* ist schließlich die Kooperation im Rahmen der FCC hinzugekommen, wie auch in folgender Äußerung der UKBA deutlich wird, in der ein diesbezüglicher Datenaustausch befürwortet wird:

„The FCC countries are bound together by many historical ties and a common language. Data sharing trials have shown they also share many common patterns of both regular and irregular migration, and that proportionate and targeted data sharing activity between the FCC countries to improve the effectiveness of our border and immigration management systems would provide real benefits to our citizens.“ (UKBA 2010, S. 4)

Auch hier wird die gemeinsame Geschichte der fünf Staaten beschworen und auf die geteilte Sprache als verbindendes Element verwiesen. Die Verbindung von Sicherheits- und Migrationspolitik erscheint jedoch mit dem Verweis auf Vorteile für die Bürger/innen eher implizit. Deutlicher tritt diese in folgendem Zitat hervor:

„The FCC nations of the UK, Australia, New Zealand, Canada and the United States work together to enhance the integrity, security and efficiency of their immigration and border services and to improve client services and reduce costs.“ (British High Commission Singapore 2013)

Hier wird zudem angedeutet, dass die Kooperation im Rahmen der FCC durchaus auch eine ökonomische Dimension hat. Diese ist insbesondere im Hinblick auf das *Pre-entry-Screening* relevant. So arbeiteten Australien, Kanada, Neuseeland und die USA bereits vor der Einführung des britischen Pilotprojekts zum *Pre-entry-Screening* mit der IOM zusammen, sodass Großbritannien an eine bestehende Infrastruktur andocken konnte, was später von den britischen Grenzbehörden als ökonomisches Argument für die Ausweitung des *Pre-entry-Screenings* angeführt wird:

„The costs borne by the UK have arisen through the need to set up clinics abroad with the IOM. There are, however, opportunities to avoid set up costs in rolling out an expanded pre-entry screening programme. The IOM already has existing facilities in many parts of the world (including where they conduct TB screening for other states) and may be able to expand to provide TB screening for the UK without any upfront costs and may, in other circumstances, recover set up costs by spreading the burden across service users through fees.“ (UKBA 2012, S. 11)

Im Zusammenhang mit dem ‚Export‘ von *Screening- und Behandlungskosten* (siehe oben) wurde bereits deutlich, dass die Kosten für das Screening nach Möglichkeit auf die Betroffenen selbst abgewälzt werden sollen. Dieses Motiv wird auch in dieser Äußerung deutlich. Jedoch wird zudem argumentiert, dass das Vorhandensein der entsprechenden Infrastruktur durch die Zusammenarbeit des IOM mit ebenjenen Ländern, die ebenfalls Programme zum *Pre-entry-Screening* etabliert haben, weitere Kos-

ten bei der Ausweitung des britischen Programms vermeiden könnte. Besonders bemerkenswert erscheint dies angesichts dessen, dass ein *Pre-entry-Screening* bereits während der 1960er-Jahre in Großbritannien diskutiert wurde, jedoch unter anderem angesichts der zu erwartenden Kosten verworfen wurde (Welshman 2006, S. 299). Ein halbes Jahrhundert später ist die Ausgangslage jedoch eine andere und die Kosten stellen nicht zuletzt angesichts der Kooperation mit den anderen Staaten der FCC kein Argument gegen das *Pre-entry-Screening* mehr dar.

Abschließend lässt sich an dieser Stelle festhalten, dass Großbritannien sich mit seinem Ansatz des *Pre-entry-Screenings* nicht nur an außereuropäischen Staaten orientiert, sondern vielmehr eine bereits bestehende sicherheits- und migrationspolitische Zusammenarbeit im Rahmen der FCC ausgeweitet hat, die sich parallel zur Mitgliedschaft Großbritanniens in der EU entwickelt hat. Im Hinblick auf die materielle Infrastruktur des britischen Screeningansatzes lässt sich so von einem anglosphärischen Screeningdispositiv sprechen, das den Sonderweg Großbritanniens im Vergleich mit anderen Mitgliedstaaten der EU, die keine Screeningmaßnahmen vor der Einreise von Migrant/innen vorsehen, begründet.

Die symbolpolitische Dimension des Pre-entry-Screenings

Angesichts dessen, dass der Nutzen des *Pre-entry-Screenings* sowohl für den Infektionsschutz als auch im Hinblick auf mögliche Kosteneinsparungen für den NHS als unklar bzw. gering eingestuft wird, drängt sich die Frage auf, warum das Programm nach der Pilotphase schließlich dennoch eingeführt wurde. Ein Hinweis auf Motivlagen, die auf den ersten Blick quer zu gesundheitspolitischen und ökonomischen Perspektiven liegen, ergibt sich bereits mit Blick auf die überstaatliche Zusammenarbeit Großbritanniens mit anderen Staaten im Rahmen des oben beschriebenen anglosphärischen Screeningdispositivs. Betrachtet man jedoch die im Gutachten der UKBA vorgeschlagenen Handlungsoptionen nach Beendigung des Pilotprogramms, wird auch ein eher nach innen gerichtetes Motiv erkennbar.

Die erste Handlungsoption bezieht sich auf ein Einstellen des bis dahin gängigen *On-entry-Screenings*:

„A decision to move away from screening on entry using x-rays is fully justified in terms of the available evidence. However, the move may be seen as being counterintuitive at a time when the UK is suffering an increased incidence of TB, so would need a good communication programme around it.“ (UKBA 2012, S. 19)

Dass das *On-entry-Screening* eingestellt werden würde, stand zu diesem Zeitpunkt eigentlich bereits außer Frage. Bemerkenswert ist jedoch, dass hier explizit auf die mögliche öffentliche Wahrnehmung eines solchen Schrittes und damit auf seine politische Dimension hingewiesen wird. Auch einer meiner Interviewpartner beschrieb mir, dass es aus epidemiologischer Sicht durchaus denkbar gewesen wäre, generell auf ein Screening von Migrant/innen zu verzichten, dies aber als politisch nicht darstellbar galt (Interview vom 04.01.2016).

Die zweite Handlungsoption bezieht sich auf ein Einstellen bzw. Nichtweiterführen des *Pre-entry-Screenings*:

„In numerical terms, the yield of active TB cases remains relatively low and the potential savings to the NHS are not substantial in NHS terms. But with any decision to cease on-entry screening, ceasing such screening may be seen as counterintuitive.“ (UKBA 2012, S. 19)

Bemerkenswert ist hier aus meiner Sicht, dass zunächst auf die jeweiligen Quantitäten hingewiesen wird, die sowohl im Hinblick auf die Tuberkulosefälle als auch die zu erwartenden Einsparungen als gering eingestuft werden. Implizit wird den „numerical terms“ (ebd.) jedoch eine gleichsam symbolische Dimension entgegengesetzt. Das heißt, auch wenn aus epidemiologischer und ökonomischer Sicht möglicherweise auf *Pre-entry-Screenings* verzichtet werden könnte, könnte dies aus Sicht der UKBA in der öffentlichen Wahrnehmung als Fehlentscheidung gewertet werden. Bei den Erwägungen bezüglich der Einführung des *Pre-entry-Screenings*, so scheint es, treten damit epidemiologische Evidenz und Kosteneffizienz zugunsten symbolpolitischer Überlegungen in den Hintergrund. Am Ende der Pilotphase des Programms scheint sich so zu bestätigen, was John Welshman und Alison Bashford (2006) bereits zu Beginn konstatierten: „There is little epidemiological evidence to rationalise [...] the compulsory pre-

entry model; these systems are often more about migration and asylum politics rather than the public health.“ (Welshman und Bashford 2006, S. 284)

Damian Green, damals *Minister of State for Immigration*, stellt die Ausweitung der Maßnahme schließlich wie folgt vor:

„I wish to inform the House of the outcome of a review that has been conducted by the UK Border Agency with support from the Department of Health and the Health Protection Agency (HPA) of our arrangements for screening migrants from high incidence countries for active pulmonary tuberculosis (TB), and of our intention to make changes to longstanding policy in this area both to better protect UK public health and use public resources more effectively.“ (HO 2012)

Hier lassen sich erneut die beiden Muster erkennen, nach denen Migrant/innen ein Risiko für die Gesundheit der Bevölkerung bzw. für das Gesundheitsversorgungssystem darstellen würden, erkennen. Diese waren, wie gezeigt wurde, schon zu Beginn der Pilotphase zum *Pre-entry-Screening* dominierend, wurden jedoch zwischenzeitlich, wohl nicht zuletzt aufgrund der Kritik von Akteur/innen aus dem Bereich des Gesundheitswesens, auch in Äußerungen der UKBA relativiert. Am Ende der Pilotphase treten sie hier jedoch bei der Begründung der offiziellen Einführung der Maßnahme wiederum in den Vordergrund.

6.3 „The most vulnerable“: Screeningprogramme für Geflüchtete

Während das *Pre-entry-Screening*-Programm ausschließlich Personen betrifft, die im Rahmen des Visumsverfahrens nach Großbritannien einreisen, werden Geflüchtete, also Asylbewerber/innen und Flüchtlinge, im Rahmen anderer Maßnahmen auf Tuberkulose getestet. So werden Asylbewerber/innen, ähnlich wie in Deutschland, in Erstaufnahmeeinrichtungen (*induction centres*) (UKBA 2012, S. 3) routinemäßig auf aktive Tuberkulose untersucht. Flüchtlinge hingegen, die im Rahmen von Kontingentprogrammen³⁶ nach Großbritannien kommen, werden bereits im Herkunftsland einem umfangreichen Screening unterzogen.

³⁶ Der überwiegende Teil der Personen, die als Geflüchtete nach Großbritannien einreisen, tut dies im Rahmen ebendieser Kontingentprogramme, die dazu dienen, internationalen und europäischen Vereinbarungen zur Aufnahme von Flüchtlingen nachzukommen (HO 2013).

Während des Untersuchungszeitraums dieser Arbeit sind insbesondere zwei entsprechende Programme zur Aufnahme von Flüchtlingen zu nennen, das *Gateway Protection Programme* (GPP) und das *Syrian Vulnerable Persons Resettlement Scheme* (VPRS). Im Rahmen beider Programme arbeiten die britischen Behörden mit dem *Flüchtlingshilfswerk der Vereinten Nationen* (UNHCR) zusammen, das Personen aus den von ihm geführten Flüchtlingslagern in Herkunfts- bzw. Nachbarregionen für die Programme vorschlägt (HO 2013). Das GPP wurde 2004 gestartet, hat eine jährliche Aufnahmequote von 750 Personen und richtet sich an Personen aus verschiedenen Herkunftsregionen (Platts-Fowler und Robinson 2011, S. 1).

Das VPRS wurde 2014 gestartet und 2015 erweitert, um insgesamt 20.000 Personen aus Syrien in Großbritannien Schutz zu gewähren (HO 2017, S. 2).

Beide Programme richten sich explizit an besonders vulnerable Personengruppen. Während die Bezeichnung des VPRS bereits auf diesen Umstand verweist, wird dieser im Zusammenhang mit dem GPP in entsprechenden Äußerungen bezüglich der inhaltlichen Ausgestaltung des Programms deutlich, etwa in folgendem Zitat aus einer Evaluation des GPP im Auftrag des HO aus dem Jahr 2011:

„The Gateway Protection Programme prioritises the most vulnerable cases for resettlement. As a result, long-standing health problems and disabilities can be relatively common among Gateway refugees.“ (Platts-Fowler und Robinson 2011, S. 23)

Krankheiten bzw. körperliche Einschränkungen werden hier implizit als Kriterien für Vulnerabilität und damit die ‚Eignung‘ von Personen für das Programm definiert. Screening stellt dabei einen integralen Bestandteil des Auswahlprozesses dar, wobei dieses sich nicht ausschließlich auf Infektionskrankheiten beschränkt, sondern stattdessen eine umfassendere Gesundheitsuntersuchung darstellt. Kandidat/innen, die vom UNHCR vorgeschlagen werden, müssen sich vor Ort einer entsprechenden Untersuchung unterziehen, die durch die IOM durchgeführt wird. Die Ergebnisse dieser Untersuchung werden schließlich in einem Bericht festgehalten, der von den britischen

Behörden³⁷ in den Entscheidungsprozess zur Aufnahme der jeweiligen Person einbezogen wird (HO 2013, S. 8). Auch im Rahmen des VPRS wird unter anderem Gesundheit bzw. ein Bedarf an gesundheitlicher Versorgung als ein Vulnerabilität definierendes Kriterium angeführt:

„The people coming to the UK under the Syrian VPR scheme are in desperate need of assistance and many have significant needs. It prioritises those who cannot be supported effectively in their region of origin: women and children at risk, people in severe need of medical care and survivors of torture and violence amongst others.“ (HO 2015, S. 3)

Auch hier erfolgt eine umfassende Gesundheitsuntersuchung durch das IOM, die nicht nur zur ‚Eignungsfeststellung‘ dient. Vielmehr sollen die entsprechenden Berichte zur Gesundheit der Kandidat/innen bereits vor der Entscheidung bezüglich einer Aufnahme lokalen Behörden in Großbritannien dazu dienen, Versorgungsbedarfe und damit verbundene Kosten einschätzen zu können (HO 2015, S. 3).

Das Screening von Geflüchteten im Rahmen des GPP und des VPRS findet zunächst unter gleichsam umgekehrten Vorzeichen wie das *Pre-entry-Screening* von Migrant/innen statt. Während bei Letzterem der Bedarf an medizinischer Versorgung als Ausschlusskriterium gilt, wird er hier zum Kriterium für die Anerkennung als besonders vulnerable und damit für die Umsiedlung nach Großbritannien qualifizierte Person.

Sowohl im Rahmen des GPP als auch im Rahmen des VPRS werden die betroffenen Personen zweimal einer Untersuchung unterzogen, bevor sie nach Großbritannien einreisen können, wobei beide Untersuchungen von der IOM durchgeführt werden (NAO 2016, S. 18). Während die erste Untersuchung primär dazu dient, festzustellen, ob eine Person als besonders vulnerabel und damit als geeignet für die Aufnahme in das jeweilige Programm zu betrachten ist, dient die zweite Untersuchung dazu, festzustellen, ob die Aufnahme der Person aufgrund bestimmter Gesundheitszustände abzulehnen ist:

„Resettlement will not normally be offered when, in the opinion of the medical

³⁷ Hierzu sind ständige Vertreter/innen des HO als *refugee team* in den jeweiligen Ländern vor Ort (HO 2013, S. 3).

examiner, the individual has a disease or illness, which for the individual's own health, or for public health reasons, currently precludes travel, or requires treatment before travel. Resettlement may be offered to such individuals once, in the opinion of the medical examiner, this ceases to be the case. Pre-departure treatment, for those who have been accepted for resettlement in the UK, is funded by the Refugee Team budget. GPP applicants who have been diagnosed with HIV/AIDS, Multi-drug resistant TB, or established renal failure will not, usually, be offered resettlement for reasons of public health without Ministerial consent. In addition, resettlement may not be offered without Ministerial consent where an applicant or a dependant has any other medical condition that constitutes a danger to public health or disproportionate costs to the GPP." (HO 2013, S. 8)

Hier zeigt sich, dass die Aufnahme von Geflüchteten über Kontingentprogramme keinesfalls vorbehaltlos erfolgt. Wenn bei der medizinischen Untersuchung Krankheiten festgestellt werden, die als mögliche Bedrohung für die Gesundheit der britischen Bevölkerung angesehen werden können, wird die Übersiedelung zunächst ausgesetzt und unter Umständen gänzlich verweigert. Zwar ist eine Behandlung vor der Einreise nach Großbritannien möglich, jedoch wird diese nur unter der Maßgabe durchgeführt, dass die Kosten für selbige sich in einem als verhältnismäßig beschriebenen Rahmen bewegen. Bemerkenswert ist, dass Personen mit HIV/Aids und Personen mit einer schwer behandelbaren Tuberkulose die Übersiedelung nach Großbritannien zunächst verweigert wird. Begründet wird dies mit dem Argument des Infektionsschutzes. Während dies im Hinblick auf eine schwer zu therapierende Tuberkulose noch naheliegend erscheint, verwundert der Ausschluss von HIV-positiven Personen aus Gründen des Infektionsschutzes. Ungeachtet der relativ schwierigen Übertragung von HIV/Aids scheint hier von einer Gefahr für die einheimische Bevölkerung ausgegangen zu werden. Denkbar ist auch, dass der Ausschluss von Personen mit HIV/Aids Folgekosten im Zusammenhang mit einer entsprechenden Therapie in Großbritannien vorbeugen soll. Trotz der primär erkennbaren Versorgungsorientierung der jeweiligen Programme ist letztlich auch eine gewisse Sicherheitsorientierung erkennbar. Ähnlich dem bereits beschriebenen Muster, nach dem Migrant/innen ein Risiko für die Gesundheit der Bevölkerung darstellen würden, wird auch hier eine mögliche, mittelbar von Geflüchteten

ausgehende Gefahr für die öffentliche Gesundheit bzw. Belastung für das Gesundheitsversorgungssystem berücksichtigt und als Ausschlusskriterium definiert.

7 Der Nexus von Gesundheit, Menschenrechten und Sicherheit im europäischen Diskurs zu Screenings von Migrant/innen

In den beiden vorangegangenen Kapiteln habe ich gezeigt, dass einige der am Diskurs beteiligten Akteur/innen, sowohl in Deutschland als auch in Großbritannien, in ihren jeweiligen Äußerungen verschiedentlich auch auf überstaatliche Kontexte Bezug nehmen. So wird im britischen Diskurs immer wieder auf den multilateralen Zusammenhang der *Five Country Conference* verwiesen, den ich als anglosphärisches Dispositiv beschrieben habe (Kapitel 6). Im deutschen Diskurs finden sich wiederum Bezugnahmen auf die WHO und das ECDC. Ebendiese beiden Akteure spielen eine zentrale Rolle in diesem Kapitel, das den Diskurs zu Screenings von Migrant/innen auf europäischer Ebene zum Gegenstand hat. Zunächst wird es im Folgenden um die Positionen der WHO zu diesem Thema gehen, wobei ich in meiner Analyse insbesondere auf die Äußerungen des Regionalbüros für Europa Bezug nehmen werde. Daraufhin werde ich auf das bereits erwähnte Projekt des ECDC zur Erarbeitung einheitlicher Screening-Empfehlungen eingehen, das als vorläufiger Kulminationspunkt des europäischen Diskurses zu Screenings von Migrant/innen gelten kann.

7.1 Die Positionen des WHO-Regionalbüros für Europa: Screening unter dem Primat der Menschenrechte

Wie in der Einleitung zu dieser Arbeit erwähnt und auch im Zuge der Analyse in den beiden vorangegangenen Kapiteln deutlich wurde, ist das Screening von Migrant/innen auf Infektionskrankheiten eine sowohl gängige wie auch umstrittene Praxis in europäischen Staaten. Dass dieses Thema nicht nur innerhalb der jeweiligen nationalen Diskurse, sondern auch auf europäischer Ebene kontrovers diskutiert wird, zeigt sich auch in Äußerungen des *WHO-Regionalbüros für Europa* sowie diesem nahestehenden Akteur/innen, wie beispielsweise dem *European Observatory on Health Systems and Policies*. Dieses stellt einen Zusammenschluss der *EU-Kommission*, verschiedener euro-

päischer Regierungen und Organisationen unter der Schirmherrschaft des *WHO-Regionalbüros für Europa* dar (Rechel et al. 2011). In einer Publikation desselben beschreiben Tanja Wörmann und Alexander Krämer (2011), wie Migration in europäischen Staaten als verstärkender Faktor in der Entwicklung nationaler Infektionsraten wahrgenommen wird:

„Migration has been discussed as a driver of infectious disease in northern and western European countries, in particular in those countries which receive immigrants from places with a much higher prevalence of infectious diseases than in Europe.“ (Wörmann und Krämer 2011, S. 121)

Insbesondere die Diskrepanz zwischen den Krankheitshäufigkeiten in den jeweiligen Herkunfts- und Aufnahmeländern, so die Annahme, spielt im Hinblick auf diese Wahrnehmung von Migration eine herausragende Rolle. Der Verweis auf Krankheitshäufigkeiten in den Herkunftsländern von Migrant/innen ist, wie ich bereits bei der Analyse des deutschen und britischen Kontexts gezeigt habe, ein entscheidendes Moment in der Argumentation für ein verpflichtendes Screening von Migrant/innen. Gerade im Hinblick auf Tuberkulose, also jener Erkrankung, auf die Migrant/innen am häufigsten und in praktisch allen europäischen Staaten getestet werden (siehe Kapitel 1), relativieren die Autor/innen jedoch die Relevanz der Herkunft der betroffenen Personen:

„However, it should be noted that poor socioeconomic conditions, social exclusion and limited access to health services appear to be far more important determinants of TB infection than purely country of origin.“ (Wörmann und Krämer 2011, S. 123)

Anstelle der Herkunft und der mit ihr möglicherweise verbundenen Begebenheiten werden hier die Lebensumstände im Aufnahmeland, einschließlich des Zugangs zu gesundheitlicher Versorgung, betont. Die deutlich werdende Versorgungsorientierung zeigt sich schließlich auch in der insgesamt ambivalenten Bewertung von Screeningmaßnahmen:

„Throughout Europe, some migrants from outside the EU seem to be at particular risk of communicable diseases, particularly TB, heterosexually transmitted HIV infections, and viral hepatitis. However, it would be mistaken to perceive migrants primarily as infectious disease threats to the non-migrant population. Moreover, the individual and public health benefits, as well as the cost-effectiveness, of screening for specific infectious diseases in all incoming migrants, or at least those from high-endemic countries, remain open to considerable doubt. Of particular concern are the human rights of migrants and access to timely, effective and uninterrupted curative and preventive interventions.“ (Wörmann und Krämer 2011, S. 134)

Zunächst lässt sich diese Äußerung der Aussage zuordnen, nach der Migrant/innen, zumindest in Teilen, eine Gruppe darstellen, die einem erhöhten Risiko im Hinblick auf bestimmte Infektionskrankheiten ausgesetzt ist. Daraus, so lässt sich diese Äußerung verstehen, lässt sich jedoch nicht notwendigerweise ableiten, dass gleichzeitig auch ein diesbezügliches Risiko für die Bevölkerung des Aufnahmelandes von ihr ausgeht. Bemerkenswert ist jedoch, dass ein solches auch nicht gänzlich ausgeschlossen wird. So sei es lediglich verfehlt, Migrant/innen ‚vorrangig‘ (im Orig. „primarily“, ebd.) als Bedrohung zu begreifen. Die hier als erheblich beschriebenen Zweifel am Mehrwert des Screenings auf bestimmte Infektionskrankheiten bestünden jedoch sowohl im Hinblick auf den individuellen Gesundheitsnutzen als auch bezogen auf den allgemeinen Infektionsschutz. Wiederum wird der Zugang zu gesundheitlicher Versorgung betont, gleichzeitig aber auch darauf verwiesen, dass Migrant/innen auch Träger/innen von Rechten, nämlich Menschenrechten, sind. Diese Versorgungsorientierung, verbunden mit dem expliziten Bezug zu Menschenrechten, ist charakteristisch für die Position des *WHO-Regionalbüros für Europa*, was sich auch im Hinblick auf die Internetpräsenz der Organisation zeigen lässt. Bevor ich jedoch auf diesen Aspekt zurückkommen werde, möchte ich zuvor noch auf einige spezifische, auf Tuberkulose bzw. HIV/Aids bezogene Einlassungen des WHO-Regionalbüros eingehen.

Grundsätzlich spricht sich die Organisation gegen die Annahme aus, dass Migration mit einem ‚Import‘ von Infektionskrankheiten einhergehen würde:

„Entgegen der weit verbreiteten Auffassung gibt es keinen systematischen Zusammenhang zwischen Migration und der Einschleppung von Infektionskrankheiten.“ (WHO-Regionalbüro für Europa [Website])

Bemerkenswert ist jedoch, dass die WHO hier bereits antizipiert, dass es sich dabei um eine gängige Deutung handelt, ohne dass dies weiter auf gesellschaftliche Teilbereiche oder Gruppen eingegrenzt würde. Der Widerspruch der WHO gegenüber dieser Deutung wird schließlich auch in ihren Äußerungen bezüglich der beiden Infektionskrankheiten Tuberkulose und HIV deutlich. So wird im Hinblick auf Tuberkulose bei Migrant/innen von einem multifaktoriellen Erkrankungsrisiko ausgegangen:

„Das Risiko einer Ansteckung mit bzw. einer Erkrankung an Tuberkulose ist für Migranten von folgenden Faktoren abhängig: der Tuberkuloseinzidenz im Herkunftsland; den Lebens- und Arbeitsbedingungen im Aufnahmeland, einschließlich des Zugangs zu Gesundheits- und Sozialleistungen.“ (WHO-Regionalbüro für Europa [Website])

Zwar wird hier auch die Krankheitshäufigkeit im Herkunftsland angesprochen. Darüber hinaus werden jedoch, wie bereits im oben angeführten Zitat, die Lebensumstände im Aufnahmeland als Risikofaktoren benannt. Explizit wird erneut der Zugang zu gesundheitlicher Versorgung angesprochen, was auch in den im Folgenden zitierten Äußerungen immer wieder der Fall ist. Mit dem Verweis auf Lebensumstände und Versorgungslage von Migrant/innen im Aufnahmeland wird jedoch gleichzeitig impliziert, dass die Erkrankung sich eben auch erst im Aufnahmeland manifestieren kann und nicht notwendigerweise ‚eingeschleppt‘ wird. Ähnlich äußert sich das *WHO-Regionalbüro für Europa* im Hinblick auf HIV. So gäbe es „zunehmend Indizien dafür, dass manche Migranten sich erst nach ihrer Ankunft mit HIV infizieren“ (WHO-Regionalbüro für Europa [Website]). Was das verpflichtende Screening von Migrant/innen auf HIV anbelangt, spricht sich die Organisation mit besonderer Deutlichkeit gegen eine solche Praxis aus:

„In manchen Ländern werden obligatorische HIV-Tests für Migranten durchgeführt. Die WHO und das Europäische Zentrum für die Prävention und die Kontrolle von Krankheiten raten dringend von solchen Pflichtuntersuchungen von Migranten auf HIV ab, empfehlen aber ein standardmäßiges Angebot von HIV-Schnelltests und eine Verknüpfung von HIV-Therapie und -Betreuung. Manche Länder befürchten, dass eine Einreiseerlaubnis für HIV-positive Asylbewerber zu einer Flut von Behandlungsanträgen führen und dass ein Zustrom von mit HIV infizierten Asylbewerbern bzw. Flüchtlingen eine erhebliche Bedrohung für die öffentliche Gesundheit darstellen würde. Solche Bedenken entbehren jeglicher sachlichen Grundlage und sind auch in moralischer, juristischer und gesundheitlicher Hinsicht nicht haltbar.“ (WHO-Regionalbüro für Europa [Website])

Während also „dringend“ (ebd.) von einer verpflichtenden Testung abgeraten wird, wird ein freiwilliges Testangebot, verbunden mit der Aussicht auf eine ggf. notwendige Therapie, ausdrücklich befürwortet. Bemerkenswert ist nicht nur die Vehemenz, mit der sich die WHO hier im eigenen Namen sowie stellvertretend für das ECDC gegen eine verpflichtende Testung auf HIV ausspricht, sondern auch, wie sie mögliche Argumente für ein solches Vorgehen zu entkräften versucht. So wird die Furcht vor etwaigen Behandlungskosten und einer Gefährdung der öffentlichen Gesundheit, wie sie unter anderem in der Debatte um die Koppelung von Tuberkulose- und HIV-Testungen im Rahmen des britischen *Pre-entry-Screenings* geäußert wurde (siehe 6.1), als sachlich unbegründet beschrieben. Auffallend ist zudem, dass die WHO hier nicht nur mit dem Verweis auf eine „sachliche Grundlage“ bzw. eine „gesundheitliche Hinsicht“ argumentiert, sondern sich darüber hinaus auf eine „moralische“ und „juristische“ Dimension bezieht (WHO-Regionalbüro für Europa [Website]). Während der Verweis auf eine moralische Dimension schlicht als Appell verstanden werden kann, erscheint er aus juristischer Perspektive ungleich spezifischer, wobei er jedoch an dieser Stelle nicht weiter ausgeführt wird. So werden, anders als etwa im deutschen Diskurs zu verpflichtenden Testungen auf HIV, in dem Kritiker/innen dieser Praxis auf nationale Rechtsnormen (Strafrecht und Grundgesetz) Bezug nehmen (siehe 5.3), keine konkreten Rechtsvorschriften benannt. Es liegt nahe, zu vermuten, dass hier Menschenrechte

gemeint sind, zumal diese auch im folgenden Zitat, in dem verpflichtende Screenings von Migrant/innen generell in Frage gestellt werden, als Referenz dienen:

„Die WHO empfiehlt keine obligatorischen Untersuchungen von Flüchtlingen und Migranten auf bestimmte Krankheiten, da es keine eindeutigen Hinweise auf deren Nutzen oder Kosteneffektivität gibt. Außerdem kann dies zu Ängsten bei einzelnen Flüchtlingen wie auch in der Gesamtbevölkerung führen. Dagegen empfiehlt sie nachdrücklich das Angebot von Untersuchungen, um allen Flüchtlingen und Migranten, die Gesundheitsschutz benötigen, Zugang zur Gesundheitsversorgung zu geben. Hierbei sollten Untersuchungen auf übertragbare wie nichtübertragbare Krankheiten durchgeführt werden, wobei die Menschenrechte und die Würde der Flüchtlinge und Migranten zu achten sind.“ (WHO-Regionalbüro für Europa [Website])

Vieles, was hier angesprochen wird, wurde bereits im Zusammenhang mit anderen Äußerungen besprochen. Dennoch soll hier auf drei Aspekte gesondert hingewiesen werden. So geht das *WHO-Regionalbüro für Europa* davon aus, dass die Praxis des Screenings selbst, als obligatorische Maßnahme, Ängste bei und vor Migrant/innen begründen könne. Screening wird in verpflichtender Form zwar nicht empfohlen, jedoch als freiwilliges Angebot durchaus befürwortet, wobei dieses sich nicht nur auf übertragbare Krankheiten beschränken sollte. Damit wird der individuelle Gesundheitsnutzen, der mit einem Screening verbunden sein kann, hervorgehoben. Schließlich wird auf die Würde sowie auf die Menschenrechte der betroffenen Personen verwiesen. Dies ist insofern verwunderlich, als beispielsweise die *Allgemeine Erklärung der Menschenrechte der Vereinten Nationen* (AEMR), das zentrale Dokument im Bereich der Menschenrechte, mehrfach auf die Würde des Menschen Bezug nimmt (etwa Art. 1 AEMR). Warum also diese scheinbare Doppelung und der gesonderte Verweis auf die Würde von Migrant/innen?

Bevor ich dieser Frage weiter nachgehen werde, möchte ich an dieser Stelle ein weiteres Schlüsseldokument des *WHO-Regionalbüros für Europa* einführen. Dabei handelt es sich um das Abschlussdokument des *High-level Meeting on Refugee and Migrant Health*, das im Nachgang zur italienischen EU-Ratspräsidentschaft im November 2015 in Rom

stattfind. Dieses Treffen der Staaten der *WHO-Region Europa*³⁸ erfolgte anlässlich und unter dem nachhaltigen Eindruck der vermehrten Ankunft Geflüchteter in Europa während des Jahres 2015. So wird bereits in den einleitenden Paragrafen des Dokuments ein dringender Handlungsbedarf angesichts der vermehrten Ankunft Geflüchteter angemahnt. Dies zeigt sich etwa in der Formulierung „We, the Member States of the WHO European Region, have gathered with a sense of urgency in Rome [...]“ (WHO-Regionalbüro für Europa 2015 [1.1]), aber auch in dem folgenden Aufruf zu Solidarität und Zusammenarbeit:

„The large-scale arrivals of refugees and migrants into the European Region may eventually raise a public health concern for some countries of the Region that would constitute a humanitarian crisis and require solidarity amongst Member States and other relevant stakeholders with urgent action and a concerted and coordinated response.“ (WHO-Regionalbüro für Europa 2015 [1.2])

Damit zeigt sich also auch im Hinblick auf den europäischen Diskurs, dass die vermehrte Ankunft Geflüchteter während des Jahres 2015 als Ausnahmesituation bewertet wird und insofern, wie bereits für den deutschen Kontext gezeigt, als diskursives Ereignis gelten kann (siehe 5.4). Gerade vor diesem Hintergrund erscheint es besonders beachtlich, dass die Einlassungen zu Screening eher zur Verhältnismäßigkeit zu mahnen scheinen:

„Screening – not limited to infectious diseases – can be an effective public health instrument but should be non-discriminatory, non-stigmatizing and carried out to the benefit of the individual and the public; it should also be linked to access to treatment care and support. Screening should respond to appropriate risk assessment, and its effectiveness be evaluated. It should ultimately serve the true needs of the refugees and other migrants.“ (WHO-Regionalbüro für Europa 2015 [2.6])

³⁸ Die *WHO-Region Europa* umfasst nicht nur die Mitgliedstaaten der EU, sondern darüber hinaus zahlreiche weitere Länder in unmittelbarer und mittelbarer geografischer Nähe (beispielsweise auch die Türkei und Israel).

Screening wird hier als ein Instrument beschrieben, das zwar auch einer eher allgemeinen Prävention, insbesondere aber der individuellen Gesundheitsförderung und den Bedürfnissen der Betroffenen dienen sollte. Entsprechend werden eine Testung auf nichtübertragbare Krankheiten sowie eine Verbindung von Screeningmaßnahmen und dem Zugang zu gesundheitlicher Versorgung gefordert. Auffallend ist zudem, dass Screening aus Sicht der WHO nicht diskriminierend bzw. stigmatisierend sein sollte. Eine ähnliche Formulierung findet sich an anderer Stelle in diesem Dokument im Zusammenhang mit dem geforderten Zugang zu gesundheitlichen Versorgungssystemen in den jeweiligen Aufnahmeländern: „Emphasis should be placed on human rights and non-discrimination in meeting the health needs of refugees and migrants.“ (WHO-Regionalbüro für Europa 2015 [2.4]) Wiederum wird also eine Beachtung der Menschenrechte gefordert, diesmal verbunden mit der Aufforderung, Diskriminierung zu vermeiden. Auch hier erscheint diese zusätzliche Aufforderung zunächst wie eine nicht unbedingt notwendige Doppelung, beinhaltet die AEMR doch auch ein Diskriminierungsverbot (Art. 1 und 2 AEMR). Es scheint, als würden die Menschenrechte bei ihrer Erwähnung in den Dokumenten der WHO für den jeweiligen Kontext zusätzlich konkretisiert, d. h., es werden die im entsprechenden Zusammenhang besonders relevanten Aspekte, wie Würde oder Diskriminierungsverbot, hervorgehoben. Die Erwähnungen wirken so wie ein Appell, die Menschenrechte im Allgemeinen zu achten und zusätzlich, eben im Sinne selbiger, die Würde der Betroffenen zu achten und Diskriminierung zu vermeiden. Diese Form der Appellation unterscheidet sich grundlegend von einer rechtspositivistischen bzw. juristischen Herangehensweise, bei der eine Bezugnahme auf konkrete Einzelnormen üblich ist. Die Menschenrechte erscheinen so gleichsam als unteilbares Ganzes und weniger als eine Zusammenstellung verschiedener Rechtsvorschriften.

Allerdings gibt es im internationalen Diskurs zu Menschenrechten bereits seit langem eine anhaltende Debatte um ein konkretes Menschenrecht auf Gesundheit (Frewer und Bielefeldt 2016). Dieses wird aus verschiedenen völkerrechtlichen Quellen hergeleitet, beispielsweise aus der Präambel zur Verfassung der WHO selbst, der AEMR und dem *Internationalen Pakt über wirtschaftliche, soziale und kulturelle Menschenrechte* (Krennerich 2016, S. 58ff.). Gerade Letzterer spielt, als völkerrechtlich verbindlicher Vertrag, eine herausragende Rolle und begründet in Art. 12 das Recht eines jeden Menschen auf

ein für ihn erreichbares Höchstmaß an körperlicher und geistiger Gesundheit (Krennerich 2016, S. 60). Auch im Abschlussdokument des *High-level Meeting on Refugee and Migrant Health* in Rom findet sich der Verweis auf ein solches Menschenrecht auf Gesundheit, das es angesichts der vermehrten Ankunft von Migrant/innen in Europa zu gewährleisten gelte:

„The provision of adequate care, ensuring universal health coverage and leaving no one behind, is a central tenet in connection with the influx of refugees, asylum seekers and migrants arriving in the WHO European Region. This is important not only for overall population health but also as an acknowledgement of the fundamental *human right to health* [Hervorh. d. Verf.] for all.“ (WHO-Regionalbüro für Europa 2015 [1.3])

Das *WHO-Regionalbüro für Europa* geht hier davon aus, dass die Gewährleistung einer adäquaten Versorgung von entscheidender Bedeutung für die Erfüllung des Menschenrechts auf Gesundheit sei. Krennerich (2016) verweist demgegenüber darauf, dass ein Menschenrecht auf Gesundheit in erster Linie eine Unterlassungspflicht für Staaten begründet:

„In Bezug auf das Gesundheitswesen fallen darunter prinzipiell alle staatlichen Handlungen, welche die Verfügbarkeit, die Zugänglichkeit oder die Angemessenheit und Qualität der Gesundheitsversorgung derart beeinträchtigen, dass die Gesundheit der Menschen gefährdet oder geschädigt wird.“ (Krennerich 2016, S. 69)

Darüber hinaus weist Krennerich (2016) darauf hin, dass die völkerrechtlichen Quellen, die ein Menschenrecht auf Gesundheit begründen, zwar keinen Unterschied zwischen Menschen unterschiedlicher Staatsangehörigkeit machen würden, Ausländer/innen aber in der Praxis nicht dieselben Ansprüche auf eine gesundheitliche Versorgung wie Inländer/innen genießen würden (S. 63). Ebendiese Diskrepanz wurde seit 2005 auf Ebene der EU verstärkt thematisiert, wie im folgenden Abschnitt gezeigt wird, wobei auch die Rolle von Screeningmaßnahmen eruiert wurde.

Der Zusammenhang von Migration und Gesundheit hat erst 2005 Eingang in die politische Agenda der EU gefunden, wobei die Auseinandersetzung mit diesem Themenkomplex maßgeblich während der portugiesischen und spanischen Ratspräsidentschaft (2007 bzw. 2010) Gestalt angenommen hat (Peiro und Benedict 2010). Die 2007 während der portugiesischen Ratspräsidentschaft durchgeführte Konferenz *Health and migration in European Union: better health for all in an inclusive society* kann dabei als Meilenstein (ebd., S. 2) gelten. Im Abschlussbericht zu selbiger halten Beatriz Padilla und José Pereira Miguel (2007), Letzterer in seiner Funktion als Koordinator für Gesundheit der portugiesischen EU-Ratspräsidentschaft, fest:

„[...] migrants' health becomes an issue of public health for the EU in general and for Member States in particular. It is their obligation to ensure all residents the right to enjoy good health. As in Europe 'health is a priority for the general public'. Hence knowing how healthy people are and what illnesses they suffer is important for the EU as is the ethical and legal responsibility to safeguard human rights, including the right to health for everyone.“ (Padilla und Miguel 2007, S. 18)

Die Wahrung der Menschenrechte, explizit eines Menschenrechts auf Gesundheit, wird hier also als ethische und juristische Verantwortung der EU im Umgang mit Migrant/innen benannt. So zeigt sich von Beginn der Auseinandersetzung zum Themenkomplex Migration und Gesundheit innerhalb der EU der Einfluss eines internationalen Diskurses zu Menschenrechten und Gesundheit, wie er insbesondere von der WHO getragen wird. Um ihrer Verantwortung im Hinblick auf die Wahrung der Menschenrechte gerecht zu werden, so heißt es in der Äußerung weiter, benötigt die EU Wissen zu den Gesundheitszuständen der Menschen. In diesem Zusammenhang stellt sich auch die Frage nach Screeningmaßnahmen. Tatsächlich werden Gesundheitsuntersuchungen bzw. Screenings als mögliche Maßnahmen im Rahmen von Prävention beschrieben, die allerdings im Kontext eines umfassenderen Ansatzes stehen sollten, der die Versorgung der Betroffenen priorisiert:

„Access to services needs to be broad and integrated, and should include health promotion, disease prevention, treatment, rehabilitation and palliative care. [...] Disease prevention embraces health assessment and specific screenings for the target population either in the country of origin or at destination.“ (Padilla und Miguel 2007, S. 20)

Im Abschlussbericht zur Konferenz *Health and migration in European Union: better health for all in an inclusive society* wird verschiedentlich Bezug auf Screening genommen, wobei stets die Bedeutung einer mit entsprechenden Maßnahmen verbundenen Versorgung betont wird. So heißt es etwa im Hinblick auf Tuberkulose:

„Screening for diseases such as TB can benefit immigrants as well as other people if and when it leads to timely and effective curative and preventive interventions, but the fact remains that the demand for more screening has often been motivated by fears that migrants might be a source of infection to the larger community rather than by a genuine interest in the wellbeing of the migrants themselves.“ (Carballo 2007, S. 56)

Bemerkenswerterweise wird hier auch vermutet, dass weniger ein „aufrichtiges“ (im Orig. „genuine“) Interesse an der Gesundheit der Betroffenen, sondern vielmehr die Angst vor der Einschleppung von Infektionen bei Forderungen von Screeningmaßnahmen im Vordergrund stehen würden. Eine ähnliche Vermutung wird im Hinblick auf HIV formuliert: „Fears about the importation of HIV by visitors, tourists, migrants have also led to demands for screening.“ (Carballo 2007, S. 59)

Die hier vorgestellten Äußerungen im Kontext der Konferenz *Health and migration in European Union: better health for all in an inclusive society* zeigen, dass Screening bereits zu Beginn der Auseinandersetzung um die Beziehung von Migration und Gesundheit auf Ebene der EU thematisiert wurde. Der Schwerpunkt dieser Konferenz lag auf dem Zugang zu gesundheitlicher Versorgung, der im Hinblick auf Migrant/innen als unzureichend erachtet wird. Verbunden mit einem Zugang zu Versorgung könnten auch Screeningmaßnahmen sinnvoll eingesetzt werden. Die Zielsetzung von Screeningmaßnahmen, wie sie in den einzelnen Mitgliedstaaten auf unterschiedliche Weise

durchgeführt werden, wird jedoch eher in der Angst vor der Einschleppung von Infektionskrankheiten vermutet. Eine systematische Auseinandersetzung mit Screeningmaßnahmen sollte auf Ebene der EU erst einige Jahre später erfolgen.

7.2 Das ECDC-Projekt zur Entwicklung einheitlicher Screening-Empfehlungen: auf der Suche nach Evidenz

Bei der Analyse der Positionen der WHO wurde ein Aspekt bisher vernachlässigt, auf den ich an dieser Stelle Bezug nehmen möchte. So ist in den zitierten Äußerungen verschiedentlich davon die Rede, dass Screeningmaßnahmen für Migrant/innen aus Sicht des WHO-Regionalbüros für Europa evidenzbasiert sein sollten: „Screening should respond to appropriate risk assessment, and its effectiveness be evaluated.“ (WHO-Regionalbüro für Europa 2015 [2.6]) Die Forderung nach evidenzbasierten und europaweit einheitlich gestalteten Maßnahmen bestimmt schließlich seit 2014 auch die Auseinandersetzung um das Screening von Migrant/innen im Rahmen der EU. So fand 2014, während der EU-Ratspräsidentschaft Griechenlands, ein gemeinsam vom *Hellenic Centre for Disease Control and Prevention* (HCDCP/KEELPNO) und dem *European Centre for Disease Prevention and Control* (ECDC) veranstalteter Workshop mit dem Titel ‚Public health benefits of screening for infectious diseases among newly arrived migrants to the EU/EEA‘ (nachfolgend *Vorläuferworkshop* genannt) statt, bei dem ebendiese beiden Aspekte besonders betont wurden:

„Current screening practices in the various EU member states vary significantly and there seems to be a lack of a systematic approach to the diseases of concern, as well as to the methodology used.“ (HCDCP 2014)

„Further discussion at the EU level on an evidence-based approach to the public health benefits of screening for infectious diseases among migrants is needed.“ (HCDCP 2014)

Im Nachgang zu diesem Vorläuferworkshop initiierte das ECDC schließlich ein Projekt zur Entwicklung einheitlicher und evidenzbasierter Screening-Empfehlungen für neu ankommende Migrant/innen. Das Projekt mit dem Titel ‚Evidence-based guidance: prevention of infectious diseases among newly arrived migrants to the EU/EEA‘ (ECDC

2015) (nachfolgend *ECDC-Projekt* genannt) beinhaltete zwei Expert/innen-Treffen³⁹ mit Delegierten⁴⁰ aus den verschiedenen Mitgliedstaaten der EU, des *WHO-Regionalbüros für Europa* und der IOM und anderen. Die Dokumentationen zu diesen Treffen sowie die schließlich 2018 veröffentlichten Empfehlungen des ECDC stellen als Schlüsseldokumente die Grundlage der nachfolgenden Analyse dar.

(K)ein Fall für die Gefahrenabwehr: Migrant/innen im Spannungsfeld von Gesundheit und Sicherheit

Zur eingehenderen Betrachtung des ECDC-Projekts möchte ich zunächst auf eine Bemerkung zu Beginn des ersten Treffens hinweisen. Diese erfolgt im Zusammenhang mit der Rahmung der Veranstaltung sowie des gesamten Projekts durch die *Europäische Kommission*, wirkt zunächst eher unscheinbar, ist jedoch entscheidend für das Verständnis der institutionellen Zusammenhänge und damit der Dispositivstruktur:

„The European Commission’s work on migrant health falls under the Health Security Committee, which focuses on ‚health threats‘ including infectious diseases. However, it is important to note that the European Commission does not view migrants as a health threat to the EU.“ (ECDC 2015, S. 2)

Die Arbeit der *Europäischen Kommission* zum Zusammenhang von Migration und Gesundheit, damit mittelbar auch die Arbeit des ECDC, erfolgt also über das *Health Security Committee* (HSC). Dieses wurde 2001 zunächst als informelles Gremium aus Vertreter/innen der Mitgliedstaaten unter dem Vorsitz der EU-Kommission eingerichtet, operiert seit 2013 jedoch unter einem dauerhaften und stärker formalisierten Mandat (Europäische Kommission [Website]). Die erstmalige Gründung des HSC steht im Zusammenhang mit einem international seit Beginn des neuen Millenniums beobachtbaren Trend, Gesundheit zunehmend unter sicherheitspolitischen Gesichtspunkten zu thematisieren – eine Entwicklung, die in der Literatur unter Begriffen wie *global health security*, *securitization of health* u. Ä. diskutiert wird (z. B. Rushton und Youde 2015;

³⁹ Die Treffen fanden am 12./13.11.2015 und 05./06.10.2016 in Stockholm statt.

⁴⁰ Bei den Delegierten handelte es sich in erster Linie um Vertreter/innen epidemiologischer Einrichtungen in den jeweiligen Mitgliedstaaten. Jedoch waren auch einzelne Personen aus Zivilgesellschaft und Wissenschaft als Beobachter/innen anwesend (Feldnotiz vom 12.11.2015).

Pereira 2008). Colin McInnes zeigt, dass die strategische Verknüpfung von Überlegungen zu Gesundheit und Sicherheit historisch zwar bereits vor dieser Zeit in Erscheinung getreten ist, seitdem jedoch eine neue Qualität besitzt:

„The link between security and health is not new, but has traditionally been seen in narrow, albeit bidirectional, terms: the manner in which disease may affect military capacity and especially military operations and the impact of conflict on health and health care. By the turn of the millennium, however, this link was broadening and its significance to national and international agendas rising. The rationale for this was constructed along fairly consistent lines: that new global health risks had appeared as a result of emerging and reemerging diseases, increased population mobility, spreading transnational crime, environmental change, and bioterrorism.“ (McInnes 2015, S. 7)

McInnes spricht hier mehrere Bereiche an, auf die *health security* bezogen wird. Gerade Letztgenannter, also der Bioterrorismus, spielte zu Beginn eine herausragende Rolle. So werden auch in einem entsprechenden Arbeitspapier der *Europäischen Kommission* mit dem Titel ‚Health Security in the European Union and Internationally‘ (Europäische Kommission 2009) die strategische Neuausrichtung und die Gründung des HSC mit den Terroranschlägen des 11. Septembers 2001 in New York in Verbindung gebracht: „The strategic policy framework on health security was developed after the terrorist attacks in the USA on 11 September 2001 and the subsequent anthrax scare.“ (ebd., S. 3) Es sind jedoch nicht nur biologische Kampfstoffe, wie Anthrax, die als so genannte „health threats“ (ebd.) gelten, sondern auch Krankheiten, insbesondere Infektionskrankheiten, die McInnes (2015) in dem oben angeführten Zitat als „emerging and reemerging diseases“ (S. 7) beschreibt. Auch in dem eben erwähnten Arbeitspapier der *Europäischen Kommission* werden diese Begriffe verwendet, wobei im Hinblick auf Erstere das *Severe Acute Respiratory Syndrome* (SARS) und Varianten der so genannten Vogelgrippe (H5N1, H1N1) genannt werden (Europäische Kommission 2009, S. 4), im Zusammenhang mit Letzteren insbesondere Tuberkulose und HIV/Aids angeführt werden (ebd., S. 5). Im Zusammenhang mit Infektionskrankheiten wird die von McInnes (2015, S. 7) angesprochene erhöhte Mobilität erwähnt, zu der auch die Migration gezählt werden kann, wobei von Herausforderungen durch ökonomische und soziale

Globalisierung gesprochen wird (Europäische Kommission 2009, S. 4). Der konstruierte Zusammenhang von Sicherheit, Infektionskrankheiten und Migration erklärt, wieso die Arbeit der Europäischen Kommission zur Gesundheit von Migrant/innen dem HSC unterliegt und damit, zumindest organisatorisch, der Gefahrenabwehr zuzuordnen ist.

Auch rechtlich wird die Zuständigkeit der *Europäischen Kommission* über die Vereinbarungen der Mitgliedstaaten bezüglich der Abwehr von Infektionskrankheiten als ‚health threats‘ legitimiert, wobei dem ECDC die Rolle einer in technischer und wissenschaftlicher Hinsicht unterstützenden Einrichtung zukommt:

„Under EU legislation on communicable diseases, the European Commission has a role in coordination the Member States’ efforts to address health security threats in an effective and coherent way. To support European scientific and technical work on communicable diseases, the European Centre for Disease Prevention and Control has been working since 2005 to provide scientific opinions, technical data and scientific risk assessment for effective control of communicable diseases in Europe.“ (Europäische Kommission 2009, S. 3)

Das ECDC selbst weist in Empfehlungen zum Screening von Migrant/innen schließlich auch auf die auf eine sicherheitspolitische Bearbeitung von Gesundheit beschränkte Zuständigkeit der EU hin: „[...] the EU’s role in the field of health is limited to complementing the national policies of the EU Member States , with a focus on improving public health and increasing health security, including surveillance of communicable diseases.“ (ECDC 2018, S. 7)

Obwohl, oder vielleicht gerade weil, die Arbeit der EU-Kommission zur Gesundheit von Migrant/innen sowie letztlich auch das ECDC-Projekt zum Screening von Migrant/innen auf Infektionskrankheiten organisatorisch im Kontext der Abwehr von ‚health security threats‘ zu sehen ist, jenes Bereichs, über den im Gefüge der rechtlichen Konstitution der EU überhaupt erst eine Zuständigkeit von Organen der EU hergestellt werden kann, betonen die jeweiligen Akteur/innen verschiedentlich, dass Migrant/innen selbst nicht als Bedrohung verstanden werden, wie es in dem zu diesem Abschnitt

eingangs angeführten Zitat bereits deutlich wurde (ECDC 2015, S. 2) und auch dem Abschlussbericht des ersten Treffens zum ECDC-Projekt vorangestellt wird: „Migrants do not pose a threat to the citizens of the EU/EAA.“ (ECDC 2015, S. 1) Ein ähnlicher Hinweis findet sich dann auch in den zum Abschluss des Projekts erstellten Empfehlungen des ECDC:

„Migrants do not generally pose a health threat to the host population. However, some subgroups of migrants, including refugees, asylum seekers, and irregular migrants are particularly vulnerable to infectious diseases and may have worse health outcomes than the host population.“ (ECDC 2018, S. 1)

Migrant/innen würden demnach keine gesundheitliche Bedrohung für die Bevölkerung im Aufnahmeland darstellen, sind jedoch selbst, als vulnerable Gruppe, in besonderer Weise von Infektionskrankheiten betroffen.

Politische Implikationen, sprachliche Sensibilität und die Frage der Freiwilligkeit

Die im obenstehenden Abschnitt deutlich gewordene Vorsicht der Akteur/innen im Hinblick auf die Repräsentation von Migrant/innen, die eben nicht als Gefahr gelten sollen, wenngleich die mit ihnen assoziierten Infektionskrankheiten mitunter durchaus als Gefahren bzw. Sicherheitsrisiken begriffen werden, begleitet das ECDC-Projekt von Beginn an. So wird bereits in den Ergebnissen des Vorläuferworkshops ein achtsamer Umgang mit Daten zur Gesundheit von Migrant/innen gefordert, um explizit Stigmatisierung und Diskriminierung zu vermeiden (HCDCP 2014). Während diese Forderung noch im Allgemeinen verbleibt, wird an anderer Stelle deutlich, wie in diesem Zusammenhang die jeweiligen Verantwortlichkeiten gesehen werden:

„Public health professionals should advocate the benefits of non-discriminatory screening and close the gap with other involved stakeholders (e.g. ministries of interior, law enforcement, border control etc.).“ (HCDCP 2014)

Hier wird also eine Lücke beschrieben zwischen Angehörigen des Public-Health-Bereichs auf der einen und (nationalen) Behörden der Exekutive auf der anderen Seite.

Diese Lücke scheint gleichsam eine Wissenslücke darzustellen zwischen Ersteren, denen die Vorteile eines nicht diskriminierenden Umgangs mit Screening bekannt sind, und Letzteren, bei denen implizit davon ausgegangen wird, dass sie auf einen diskriminierenden Ansatz zurückgreifen könnten. Dass bei den Behörden eher wissenschaftsferne Behörden explizit erwähnt werden und eben nicht Gesundheitsministerien auf nationaler oder regionaler Ebene (wie sie beispielsweise auch in Deutschland für Screeningmaßnahmen verantwortlich sind), könnte als Gegenüberstellung wissenschaftsnaher und -ferner Akteur/innen gelesen werden. In jedem Fall wird Ersteren eine aufklärerische Verantwortung zugeschrieben. Deutlich wird diese Forderung während des ersten Treffens zum ECDC-Projekt:

„The use of language in the guidance must be sensitive to political considerations, to ensure that unwarranted concerns about migrants and infectious diseases are not used to blame migrants or justify restrictive policies. Terms such as risk should be avoided; the term assessment would be preferable to screening.“ (ECDC 2015, S. 14)

Es erscheint durchaus ungewöhnlich, wie hier im Zusammenhang mit der Entwicklung evidenzbasierter, also zunächst primär an wissenschaftlichen Kriterien ausgerichteter, Empfehlungen die Rücksichtnahme auf politische Resonanzen betont wird. Explizit wird auf die Gefahr einer missbräuchlichen Instrumentalisierung der Empfehlungen durch politische Akteur/innen hingewiesen. Entgegengewirkt werden soll dem offenbar nicht zuletzt durch die Vermeidung bzw. Verwendung bestimmter Begriffe. Dass gerade der in der Epidemiologie insgesamt so zentrale Begriff des Risikos vermieden werden soll, erscheint besonders bemerkenswert.

Nicht nur die Kommunikation mit bzw. die angemessene Information von politischen Entscheidungsträger/innen wird als Herausforderung definiert. Häufig wird darüber hinaus auf die negative Wahrnehmung von Migrant/innen in der Öffentlichkeit Bezug genommen. So wird während des ersten Treffens zum ECDC-Projekt (ECDC 2015) die Wahrnehmung von Migrant/innen in verschiedenen Mitgliedstaaten als negativ bzw. fehlinformiert beschrieben, etwa in Großbritannien („Challenges include [...] negative public perception“, S. 10), Italien („Challenges include [...] negative political and public

perceptions of migrants as possible threats“, S. 10) und den Niederlanden, wobei hier zusätzlich dem Personal im Gesundheitswesen eine fehlerhafte Wahrnehmung attestiert wird: „Other challenges include misperceptions among the public and health professionals about the risk of infectious diseases being introduced by migrants [...]“ (S. 11) Während des zweiten Treffens zum ECDC-Projekt im Folgejahr werden diese Bedenken im Hinblick auf die gesamte Staatengemeinschaft und, offenbar unter dem Eindruck der politischen Entwicklungen während des Jahres 2015 im Bereich der Migration nach Europa stehend, mit zunehmender Besorgnis formuliert: „Issues to consider in developing guidance include: The increasingly hostile political and social climate for migrants in Europe.“ (ECDC 2016, S. 3)

Vor diesem Hintergrund, so scheint es, sieht das ECDC für sich eine politische Verantwortung im Hinblick auf die Dissemination seiner Ergebnisse. In den abschließenden Empfehlungen wird, analog zu dem bereits mehrfach beschriebenen Muster, schließlich auch betont, dass Migrant/innen aus Sicht des ECDC zumindest nicht grundsätzlich als Gefahr für die Gesundheit der einheimischen Bevölkerung einzustufen sind, jedoch selbst unter Umständen besonders vulnerabel im Hinblick auf Infektionskrankheiten seien: „Migrants do not generally pose a health threat to the host population. However, some subgroups of migrants, including refugees, asylum seekers, and irregular migrants are particularly vulnerable to infectious diseases and may have worse health outcomes than the host population.“ (ECDC 2018, S. 1) Dass hier der Begriff ‚health threat‘ verwendet wird, deutet wiederum auf die oben beschriebene spezifische Zuständigkeit des ECDC im Kontext der EU hin.

Eine sprachliche Sensibilität bzw. bewusste Wortwahl zeigt sich auch in einem anderen Zusammenhang. Dabei geht es um die grundlegende Frage, ob Screenings von Migrant/innen auf Infektionskrankheiten freiwillig oder verpflichtend erfolgen sollten. Im Abschlussbericht zum zweiten Expert/innen-Treffen zum ECDC-Projekt wird deutlich, dass die Betonung von Freiwilligkeit in den zu erarbeitenden Empfehlungen nicht von allen Delegierten als erstrebenswert erachtet wurde:

„Voluntary vs. mandatory screening – Some participants suggested voluntary screening might also be a key principle. However, the approach taken depends on the disease and the policies of individual EU/EEA countries. For example, in

some EU/EEA countries, TB screening is mandatory for migrants. Voluntary screening may be more critical for some diseases, e.g. HIV and hepatitis, than for others. [...] Regardless, the use of language is important, e.g. it is preferable to refer to ‚offering screening‘ than ‚screening‘, as the latter could imply that screening is mandatory.“ (ECDC 2016, S. 4)

Dass nicht alle Delegierten mit einer Betonung von Freiwilligkeit in den zu erarbeitenden Empfehlungen einverstanden waren, erscheint zunächst wenig überraschend. So ist das Screening von Migrant/innen, wie es für den deutschen und britischen Kontext gezeigt wurde und auch in dieser Äußerung deutlich wird, in den verschiedenen Mitgliedstaaten der EU zumeist verpflichtend. Interessant ist, dass im Zusammenhang mit der Bedeutung von Freiwilligkeit zwischen verschiedenen Infektionskrankheiten unterschieden wird. Die explizite Erwähnung von HIV und Hepatitis könnte darauf zurückzuführen sein, dass diese Infektionen, verglichen mit Tuberkulose, weniger leicht übertragbar sind und ein Screening zum Zweck des Infektionsschutzes daher weniger dringlich erscheint. Die Hervorhebung von Freiwilligkeit im Hinblick auf ein Screening auf HIV könnte jedoch ebenso mit den erwähnten Positionen der WHO bzw. UNAIDS und somit mit dem internationalen Diskurs zu HIV zusammenhängen. So hatte, wie in Kapitel 2 erwähnt, auch Rosemary Taylor (2013) die „disease identity“ (ebd.) von HIV dahingehend beschrieben, dass Menschen, die mit HIV infiziert sind, in ‚entwickelten Demokratien‘ als Personen mit schützenswerten Rechten betrachtet werden (S. 248). Das ECDC entscheidet sich schließlich dafür, das Screening von Migrant/innen auf jedwede Infektionskrankheit in seinen Empfehlungen als freiwilliges Angebot zu begreifen und dies auch sprachlich zum Ausdruck zu bringen. Gleichzeitig formuliert es in seinen abschließenden Empfehlungen jedoch keine Kritik bezüglich verpflichtender Maßnahmen und scheint vielmehr darauf bedacht, die Souveränität der einzelnen EU-Mitgliedstaaten in dieser Frage zu achten: „The responsibility for the choice of which option to pursue and which actions to take, including the adoption of mandatory rules or guidelines, lies exclusively with the Member States.“ (ECDC 2018, ii)

„Don't screen, if you don't treat“: Die Verknüpfung von Screening und Behandlung und der umstrittene Fokus auf Infektionskrankheiten

Bereits in den Ergebnissen des Vorläuferworkshops wird deutlich, dass das ECDC dafür plädiert, Screening nicht nur zum Zweck des Infektionsschutzes einzusetzen, sondern auch den individuellen Gesundheitsnutzen für die Betroffenen zu berücksichtigen: „Screening should be to the benefit of the individual as well as to public health and should be connected to access to treatment for the particular diseases/conditions.“ (HCDCP 2014) Um dem individuellen Gesundheitsnutzen für Migrant/innen Rechnung zu tragen, sollte Screening demnach mit dem Zugang zu einer ggf. nötigen gesundheitlichen Versorgung verbunden sein. Dieser Anspruch wird während des ersten Treffens zum ECDC-Projekt immer wieder kontrovers diskutiert, da er keineswegs von allen Delegierten aus den verschiedenen Mitgliedstaaten geteilt wird (Feldnotiz vom 13.11.2015). Eine Delegierte fasst die Position der Befürworter/innen einer Verbindung von Screening und ggf. nötiger Behandlung schließlich merklich gereizt wie folgt zusammen: „Don't screen if you don't treat.“ (Feldnotiz vom 13.11.2015) Der Mangel an Einigkeit in diesem Punkt lässt sich schließlich auch im Abschlussbericht zu diesem ersten Treffen nachvollziehen. Dort heißt es:

„The guidance should uphold the principle of only offering screening if follow up treatment and care can be provided. For example, in contexts where migrants are in transit, screening for infectious diseases is difficult and, if treatment and follow up cannot be provided, it may not be appropriate. [...] However, not all participants agreed, with some suggesting that there may be situations where screening has other benefits, e.g. for prevention, even if treatment cannot be offered.“ (ECDC 2015, S. 13)

Tatsächlich bezogen sich die Befürworter/innen eines Screenings, das auch unabhängig vom Angebot einer entsprechenden Versorgung erfolgen kann, zu denen auch Vertreter/innen der britischen Delegation zählten, ebenfalls auf jene Situationen, in denen Migrant/innen sich im Transit zwischen einzelnen Regionen beziehungsweise Ländern befinden (Feldnotiz vom 13.11.2015). Eben hier, so wurde argumentiert, sei es bedeutsam, ungeachtet einer individuellen Versorgung Screening präventiv einzusetzen, um

eine mögliche Verbreitung von Infektionskrankheiten über Ländergrenzen hinweg zu verhindern (ebd.).

Im Laufe des zweiten Treffens zum ECDC-Projekt setzt sich, zumindest im Hinblick auf die zu formulierenden Empfehlungen, jedoch allmählich die Position einer Versorgungsorientierung durch:

„Screening without access to treatment and care – In general, screening should not be offered without linkage to and provision of treatment and care, and this is one of the key principles that should inform and be included in the guidance.“
(ECDC 2016, S. 4)

Als eine Zielsetzung im Zusammenhang mit den zu entwickelnden Empfehlungen wird dort schließlich festgehalten: „Include core public health values and principles, e.g. access to health care, availability of treatment, non-discrimination, human rights, and promote consistent standards across countries.“ (ECDC 2016, S. 9) Insbesondere mit den Verweisen auf die Vermeidung von Diskriminierung und Menschenrechte scheint das ECDC an die Positionen des *WHO-Regionalbüros für Europa* anzuknüpfen. In den Empfehlungen zum Abschluss des Projekts wird im Zusammenhang mit dem Zugang von Migrant/innen zu gesundheitlicher Versorgung denn auch betont, dass ein solcher Anspruch aus dem „right to health“ (ECDC 2018, S. 7) abzuleiten ist, das sich aus dem erwähnten Artikel 12 des *Internationalen Pakts über wirtschaftliche, soziale und kulturelle Menschenrechte* ergibt (ebd.). Im Übrigen würde dieses Menschenrecht auf Gesundheit ebenso für undokumentierte Migrant/innen gelten, weshalb ein entsprechender Zugang für diese Gruppe gewährleistet werden sollte (ebd.). Des Weiteren wird hervorgehoben, dass Screening im Rahmen der Empfehlungen des ECDC als integraler Bestandteil eines Prozesses, eines „care pathway“ (ECDC 2018, S. 52), zu verstehen sei, zu dem immer auch Behandlung und Nachsorge gehören:

„Although identifying infectious diseases early through testing is a critical clinical and public health intervention, it is only one element of the care pathway. Integral to the development of this guidance is an understanding of the im-

portance of, and interventions for, each element of the care pathway, from access to appropriate health services to testing/screening and adherence to/completion of treatment.“ (ECDC 2018, S. 52)

Damit entscheidet sich das ECDC also letztendlich für eine versorgungsorientierte Position. Dabei ist es jedoch bemüht, deutlich zu machen, dass eine Verknüpfung von Screening und ggf. nötiger Behandlung nicht allein dem individuellen Gesundheitsnutzen der Betroffenen dient, sondern auch im Interesse der Allgemeinheit ist: „Testing is only one element of the care pathway and, without follow-up case and treatment, has limited individual or public health benefit.“ (ECDC 2018, S. 52)

Ein weiterer Aspekt, der auf eine eher versorgungsorientierte Position des ECDC hinweist, ist die immer wieder deutlich werdende implizite Kritik an dem einseitigen Fokus von Screeningmaßnahmen auf übertragbare Krankheiten. So wird beispielsweise in den Ergebnissen der Vorläuferworkshops diesbezüglich festgehalten: „Screening should have a comprehensive approach and not be restricted to infectious diseases only, although resources may play a critical role for its implementation.“ (HCDCP 2014) Bemerkenswerterweise wird die implizite Kritik an einem auf Infektionskrankheiten beschränkten Screening hier gleichzeitig mit dem Verweis auf möglicherweise beschränkte Ressourcen relativiert. Die Forderung eines über Infektionskrankheiten hinausgehenden und damit, zumindest zusätzlich, am individuellen Nutzen der Betroffenen orientierten Screenings findet sich auch im Abschlussbericht des ersten Treffens zum ECDC-Projekt:

„The ECDC guidance should address both public health and migrant health needs; the scope of the guidance therefore needs to go beyond screening for infectious diseases to include wider health assessment for migrants.“ (ECDC 2015, S. 13)

Der hier formulierte Anspruch wird letztlich nicht eingelöst. So beschränken sich die Empfehlungen des ECDC schließlich doch auf übertragbare Krankheiten (ECDC 2018). Jedoch erfolgt auch ein Appell, im Umgang mit Migrant/innen und deren Gesundheit über diese hinauszugehen:

„While this guidance focuses on screening for infectious diseases and vaccination, it should be noted that certain migrant populations also face an undue burden of non-communicable diseases, and health systems should take an integrated approach to migrant health, ensuring it is non-stigmatising and carried out for the benefit of the individual.“ (ECDC 2018, S. 4)

Obwohl hier auch die Bedeutung von nichtübertragbaren Krankheiten im Zusammenhang mit Screening angesprochen wird, werden diese in den abschließenden Empfehlungen des ECDC nicht besprochen. Dies lässt sich mit der erwähnten spezifischen Zuständigkeit der EU beziehungsweise des ECDC für Fragen in Verbindung mit Infektionskrankheiten, konzeptualisiert als ‚health threats‘, erklären.

Der Mangel an verlässlichen Daten und Evidenz unter Vorbehalt

Bereits vor Beginn des ECDC-Projekts, aber auch währenddessen, wird immer wieder auf die mangelhafte Datengrundlage für die Entwicklung von evidenzbasierten Empfehlungen hingewiesen. So wird in den Ergebnissen des Vorläuferworkshops konstatiert: „More scientific data is needed to make appropriate policy decisions for migrant screening (e.g. prevalence in the country of origin, burden of disease).“ (HCDCP 2014) Im Abschlussbericht des ersten Treffens zum ECDC-Projekt wird ebenfalls auf einen Mangel an erforderlichen Daten hingewiesen: „There is little empirical data on migrants and health in many EU/EEA countries and guidance should acknowledge the limitations of the lack of evidence e.g. on disease prevalence among migrants.“ (ECDC 2015, S. 13). Aus Sicht des ECDC ist also sowohl die Datenlage zu Krankheitshäufigkeiten in Herkunftsländern als auch zu Gesundheitszuständen von Migrant/innen in Aufnahmeländern ungenügend. Die Forderung, dass die zu entwickelnden evidenzbasierten Empfehlungen auf den Mangel an Evidenz hinweisen sollen, erscheint zunächst paradox, kann aber als Vorbehalt einer Einrichtung verstanden werden, die sich wissenschaftlichen Standards verpflichtet sieht, gleichzeitig jedoch in politischem Auftrag handelt und mit der Erwartung konkreter Handlungsempfehlungen konfrontiert ist. In Anbetracht der oben zitierten Einlassungen des ECDC stellt sich nun die Frage, wie angesichts einer als unzureichend beschriebenen Datenlage überhaupt so etwas wie Evidenz hergestellt werden soll. In seinen abschließenden Empfehlungen beschreibt

das ECDC in diesem Zusammenhang den Prozess der verschiedenen Expert/innen-Treffen, die schließlich in die Einrichtung eines „ad hoc scientific panel“ (ECDC 2018, S. 9) münden, das Empfehlungen auf Basis der vorhandenen Daten, Literatur und bereits bestehender Verfahrensweisen erarbeitet (ebd.). Diese Empfehlungen werden jedoch nicht absolut formuliert. Vielmehr werden sie anhand eines Bewertungssystems im Hinblick auf die jeweils mit ihnen verbundene Gewissheit eingeordnet: „The certainty of evidence rating reflects the extent to which our confidence in an estimate of the effect is adequate to support a particular option.“ (ECDC 2018, S. 11) Diese Beschreibung des Bewertungssystems erscheint wenig eindeutig, lässt sich aber dahingehend deuten, dass die Einstufung der Empfehlungen sich darauf bezieht, inwiefern das ECDC sich bezüglich des zu erwartenden Effekts sicher ist und entsprechend bereit ist, eine bestimmte Position zu vertreten.

Für ein Screening von Migrant/innen auf Tuberkulose wird folgende Empfehlung formuliert:

„Evidence-based statement: Offer active TB screening using chest X-ray (CXR) soon after arrival for migrant populations from high-TB incidence countries. Those with an abnormal CXR should be referred for assessment of active TB and have a sputum culture for *Mycobacterium tuberculosis*. (Certainty of evidence: low)“ (ECDC 2018, S. 16)

Diese Empfehlung bezieht sich auf ein Screening mittels Röntgenverfahren mit einer anschließenden Laboruntersuchung, sofern die Röntgenuntersuchung einen Verdacht auf das Vorliegen einer Infektion begründet. Drei Aspekte erscheinen an dieser Äußerung besonders bemerkenswert. Zunächst fällt auf, dass mit der Formulierung „offer“ (ebd.) die Freiwilligkeit und der Angebotscharakter einer solchen Maßnahme hervorgehoben werden. Dies entspricht der bereits im Verlauf des ECDC-Projekts deutlich gewordenen Selbstverpflichtung zu sprachlicher Sensibilität (siehe oben). Darüber hinaus wird die Empfehlung nur für Gruppen von Migrant/innen ausgesprochen, die aus Ländern mit hohen Inzidenzraten kommen. Allerdings werden keine konkreten Angaben bezüglich dieser Erkrankungshäufigkeit im Herkunftsland gemacht. Schließlich fällt auf, dass die Gewissheit hinsichtlich der zugrunde liegenden Evidenz als „low“

(ECDC 2018, S. 16) bezeichnet wird. Im Sinne des erwähnten Bewertungssystems bedeutet diese Einstufung: „Our confidence in the effect estimate is limited. The true effect may be substantially different from the estimate of the effect.“ (ECDC 2018, S. 11) Im medizinischen bzw. epidemiologischen Kontext bezeichnet *effect estimation* eine statistische Berechnung der (wahrscheinlichen) Effektivität einer Intervention (z. B. McGough und Faraone 2009). Verkürzt lässt sich also festhalten, dass das Vertrauen des ECDC in die Effektivität eines Screenings von Migrant/innen auf Tuberkulose beschränkt ist. Dass die hier zum Ausdruck kommende Zurückhaltung mit dem Verweis auf die Krankheitshäufigkeit in den Herkunftsländern der zu testenden Personen in Zusammenhang steht, wird angesichts der folgenden Tabelle (Abb. aus Orig.) deutlich, in der die Evidenzfindung für das Screening von Migrant/innen auf aktive Tuberkulose zusammenfassend dargestellt wird.

Table 5. Evidence synthesis and guidance for active TB screening in migrants

Effectiveness	Cost-effectiveness	Certainty of evidence (GRADE)	FACE survey*	Strength of recommendation	Implementation considerations
<p>The yield of active TB detected through CXR screening of migrants was heterogeneous across studies and varied by migrant type and the setting in which the screening was done, but consistently increased with higher TB incidence in a screened migrants' country of origin (82-84).</p> <p>CXR is highly sensitive to detect active TB but to increase specificity must be confirmed with a culture for TB. Presence of symptoms is insufficiently sensitive or specific to detect active TB (85, 86, 88).</p> <p>Active TB treatment is highly effective but adverse events occur in a significant number making close follow-up during therapy critical (75).</p> <p>The optimal threshold of incidence in countries of origin at which to screen is yet to be defined (89-91).</p>	<p>There is very little data on the cost-effectiveness of active TB screening in migrant populations. Increased cost-effectiveness was associated with higher TB incidence in the country of origin, which suggests that programmes are more cost-effective when targeting migrants from intermediate and high-incidence TB countries of origin (89-91).</p>	<p>Low</p>	<p>The ad hoc scientific panel rated active TB screening among migrants in the EU/EEA as follows:</p> <ul style="list-style-type: none"> • High priority • Moderate agreement on acceptability • Moderate agreement on feasibility • High agreement on equitability. 	<p>Conditional recommendation, based on country of origin (intermediate-to high-incidence country of origin).</p>	<p>Migrants face numerous barriers to accessing healthcare including socio-economic, stigma, linguistic and cultural and lack of regular status and insurance that may decrease uptake of TB screening and/or treatment. Programmes should address these barriers to ensure high uptake of screening and linkage to care and TB treatment.</p>

* FACE categories were classified by the level of agreement of the panel as follows: high (>75% of ad hoc panel), medium (50-75%), and low (<50%).

Abbildung 1: Zusammenfassung der Evidenz für Screenings auf Tuberkulose (Quelle: ECDC 2018, S. 17)

An dieser Stelle soll zunächst nur auf einige ausgewählte Aspekte in der oben abgebildeten Tabelle eingegangen werden, während andere Aspekte im weiteren Verlauf der Analyse bzw. Diskussion aufgegriffen werden. So wird im Zusammenhang mit der Kosteneffektivität eines Screenings von Migrant/innen auf Tuberkulose die mangelnde Datenlage beschrieben. Auf Grundlage der vorhandenen Daten wird davon ausgegangen, dass ein Screening umso kosteneffektiver ist, je mehr sich die Maßnahme auf Personen beschränkt, die aus Ländern mit verhältnismäßig hoher Erkrankungshäufigkeit stammen (Abb. 1, zweite Spalte von links). Wie der entsprechende Schwellenwert optimalerweise zu definieren ist, wird als offene Frage behandelt (Abb. 1, erste Spalte von links). Die Empfehlung für ein Screening auf Tuberkulose wird schließlich unter dem Vorbehalt abgegeben, dass nur Personen aus Ländern mit verhältnismäßig hoher Erkrankungsrate getestet werden.

Der Vergleich mit der Evidenzfindung im Hinblick auf ein Screening auf HIV/Aids lässt einige Gemeinsamkeiten, aber auch Unterschiede deutlich werden. Zunächst fällt auf, dass die grundlegende Stellungnahme zu einem Screening auf HIV/Aids zweigeteilt ist:

„Evidence-based statement 1: Offer HIV screening to migrants who have lived in communities with high prevalence of HIV ($\geq 1\%$). If HIV positive, link to care and treatment as per clinical guidelines. (Certainty of evidence: low)

Evidence-based statement 2: Offer testing for HIV to all adolescents and adult migrants at high risk for exposure to HIV. If HIV positive, link to care and treatment as per clinical guidelines. (Certainty of evidence: low)“ (ECDC 2018, S. 25)

In der ersten Stellungnahme ist bemerkenswerterweise zunächst nicht von Herkunftsländern, wie bei der Stellungnahme zu Tuberkulose, sondern von „communities“ (ebd.) die Rede, in denen mindestens 1 % der Mitglieder mit HIV infiziert ist. Die zweite Stellungnahme bezieht sich auf jugendliche und erwachsene Migrant/innen mit hoher Risikoexposition. Dass sich Form und Inhalt dieser Stellungnahmen zum Screening von Migrant/innen auf HIV/Aids so deutlich von jener zum Screening auf Tuberkulose unterscheiden, hängt mit der spezifischen Epidemiologie zu HIV/Aids zusammen. So würden mehr als die Hälfte der Neuinfektionen mit HIV unter Migrant/innen in den Aufnahmeländern erfolgen (ECDC 2018, S. 23). Mit dem Begriff ‚communities‘, so scheint

es, soll diesem Umstand Rechnung getragen werden. Dabei wird offenbar davon ausgegangen, dass die Infektionen, die im Aufnahmeland erfolgen, unter Migrant/innen weitergegeben werden (Abb. 2, fünfte Spalte von links). Die zweite Stellungnahme, die sich auf eine hohe Risikoexposition bezieht, beruht auf der Annahme, dass bestimmte Verhaltensweisen das Risiko für eine Infektion mit HIV erhöhen: „[...] some subgroups of migrants may participate in high-risk behaviour for HIV, such as multiple sexual partners, low and inconsistent condom use, high alcohol consumption, and drug use.“ (ECDC 2018, S. 23) Ebenso wie bei der Stellungnahme zu Tuberkulose wird auch im Zusammenhang mit HIV/Aids durch die Verwendung der Formulierung „offer“ (ECDC 2018, S. 25) die Freiwilligkeit von Screeningmaßnahmen empfohlen. Die Gewissheit bezüglich der zugrunde liegenden Evidenz wird auch im Hinblick auf ein Screening auf HIV/Aids als niedrig eingestuft (ebd.). Die Evidenzfindung zu Screenings von Migrant/innen auf HIV/Aids wird schließlich ebenfalls tabellarisch zusammengefasst.

Table 9. Evidence synthesis and guidance for HIV testing in migrants

Effectiveness	Cost-effectiveness	Certainty of evidence (GRADE)	FACE survey*	Strength of recommendation	Implementation considerations
<p>Laboratory testing of HIV is >99% sensitive and specific (160). Rapid HIV tests also report high screening accuracy and community effectiveness studies and a systematic review (150) have shown higher uptake for these tests, notably in communities with moderate to high HIV prevalence rates.</p> <p>Antiretroviral treatments are highly effective, and modern combination treatment is shown to reduce morbidity and mortality (162, 163)</p>	<p>There is very little data on the cost-effectiveness of HIV testing in migrant populations in the EU/EEA.</p> <p>Studies done in the US, Australia and Canada have demonstrated that rapid and community testing combined with HIV treatments is cost-effective in high prevalence populations >1%; some studies suggest as low as 0.1%. Programmes may use country of origin prevalence as guide (see Figure 4).</p>	Low	<p>The ad hoc scientific panel rated HIV screening among migrants in the EU/EEA as follows:</p> <ul style="list-style-type: none"> • High priority • High agreement that screening is feasible • High agreement that screening is acceptable • High agreement that screening is equitable. 	Conditional recommendation based on prevalence in country of origin (>1%) and prevalence in migrants' community in host country.	<p>There are gaps in HIV testing services for migrants in the EU/EEA, irregular (undocumented) migrants, in particular, face difficulties in accessing services, and all migrants may face barriers to screening and treatment.</p> <p>Address contributing structural/organisational barriers include lack of funding for treatment, limited availability of community-based services, limited entitlement to health services.</p>

* FACE categories were classified by the level of agreement of the panel as follows; high (>75% of ad hoc panel), medium/moderate (50–75%), and low (<50%).

Abbildung 2: Zusammenfassung der Evidenz für Screenings auf HIV (Quelle: ECDC 2018, S. 26)

Erneut wird hier im Zusammenhang mit Kosteneffektivität auf eine mangelnde Datenlage verwiesen (Abb. 2, zweite Spalte von links). Studien würden jedoch zeigen, dass eine Testung in Populationen, in denen mehr als 1 % der Personen infiziert ist, sich als kosteneffektiv erweist (ebd.). Bemerkenswerterweise wird hier bereits explizit auf den Zusammenhang von Testung und Behandlung verwiesen (ebd.). Auch wenn hier zunächst von Populationen die Rede ist, wird dennoch vorgeschlagen, dass sich entsprechende Ansätze an Krankheitshäufigkeiten in Herkunftsländern orientieren (ebd.). Schließlich erfolgt die Empfehlung für ein Screening von Migrant/innen auf HIV/Aids wiederum unter dem Vorbehalt, dass die zu testenden Personen aus ebensolchen Herkunftsländern stammen bzw. die ‚community‘ im Aufnahmeland eine vergleichbar hohe Krankheitshäufigkeit aufweist (Abb. 2, fünfte Spalte von links).

Sowohl bei der Evidenzfindung zu einem Screening von Migrant/innen auf Tuberkulose als auch auf HIV/Aids wird die Bedeutung eines Zugangs zu Versorgung hervorgehoben (Abb. 1 und 2 jeweils sechste Spalte von links). Bei Tuberkulose wird in diesem Zusammenhang der Abbau diverser Zugangsbarrieren mit der Frage der Nutzung eines, nach den Empfehlungen des ECDC freiwilligen, Screeningangebots verbunden (Abb. 1, sechste Spalte von links). Im Hinblick auf HIV/Aids wird insbesondere die mangelnde Finanzierung von entsprechenden Therapien bemängelt (Abb. 2, sechste Spalte von links). Dies mag damit zusammenhängen, dass eine Behandlung von aktiver Lungentuberkulose aufgrund ihrer hohen Infektiosität in der Regel unabhängig von dem jeweiligen Status der betroffenen Migrant/innen erfolgt, bei HIV/Aids, wo die Weitergabe der Infektion vergleichsweise schwieriger ist, jedoch nicht unbedingt gegeben ist. Auch das explizite Anmahnen einer Weitervermittlung von HIV-infizierten Personen in Therapiemaßnahmen in der grundlegenden Stellungnahme (ECDC 2018, S. 25), die bei Tuberkulose nicht erfolgt, kann so gelesen werden.

Festzuhalten bleibt, dass die evidenzbasierten Empfehlungen, sowohl für ein Screening von Migrant/innen auf Tuberkulose wie auch auf HIV/Aids, gleichsam unter Vorbehalt erfolgen, wobei die Herkunft der zu testenden Personen das entscheidende Kriterium darstellt.

8 Diskussion

Die Analyse im Rahmen der vorangegangenen Kapitel hat gezeigt, dass sich der Diskurs zum Screening von Migrant/innen auf Infektionskrankheiten in Deutschland, Großbritannien und auf europäischer Ebene unterschiedlich darstellt, sodass im Hinblick auf die jeweiligen Kontexte von verschiedenen Diskursen gesprochen werden kann. Zwischen diesen Kontexten lassen sich jedoch nicht nur Unterschiede, sondern auch Gemeinsamkeiten beobachten, sowohl auf diskursiver Ebene wie auch auf Ebene der konkreten Praktiken. Ziel dieses Kapitels ist es, die jeweiligen Diskurse hinsichtlich der Bedingungen der *Diskursproduktion* (8.1), der *Dispositivstrukturen* (8.2) und der *Phänomenkonstitution* (8.3 und 8.4) zu vergleichen. Da die meisten Äußerungen bzw. Aussagen, auf die hier Bezug genommen wird, bereits in den vorangegangenen Kapiteln dargestellt und besprochen wurden, werden sie im Folgenden zumeist nur sinngemäß wiedergegeben. Zusätzlich herangezogene Äußerungen werden entsprechend gekennzeichnet.

8.1 Vergleichende Betrachtung der Bedingungen der Diskursproduktion

Um die Bedingungen der Diskursproduktion zu vergleichen, gilt es zunächst, zu klären, wie die jeweiligen Akteur/innen Sprecherpositionen im Diskurs besetzen und welche Ressourcen, Interessen und Strategien dabei eine Rolle spielen (Keller 2011a, S. 70). Im Folgenden werden daher die zentralen Akteur/innen, die in den vorangegangenen Kapiteln vorgestellt wurden, nach Akteursgruppen zusammengefasst und miteinander verglichen.

Eine Zusammenschau der bedeutendsten *staatlichen und teilstaatlichen Akteur/innen* bietet sich entlang einer Gegenüberstellung der epidemiologischen Institute auf nationaler Ebene an. Für den deutschen Kontext ist hier das RKI, für den britischen zunächst die HPA zu nennen. Ihre Legitimation zur Teilnahme im Diskurs ergibt sich aus ihrem Status als wissenschaftliche Einrichtungen mit staatlichem Auftrag zur Überwachung und Bekämpfung von Infektionskrankheiten. So wurde das RKI, wie erwähnt, mit der Einführung des IfSG zur zentralen Public-Health-Einrichtung in Deutschland bestimmt. Nach seinem Selbstverständnis sieht sich das RKI primär der Wissenschaft verpflichtet (RKI 2017b). Es versteht sich zudem als unabhängig und begründet dies mit seinem

Status als *Bundesbehörde im Geschäftsbereich des Bundesgesundheitsministeriums*, die als solche nicht auf eine Finanzierung durch die Industrie angewiesen ist (ebd.). So kann das RKI zwar Unabhängigkeit im Hinblick auf kommerzielle Interessen, nicht jedoch mögliche politische Anforderungen für sich in Anspruch nehmen. Dass das RKI gleichsam zwischen Wissenschaft und Politik steht, zeigt sich insbesondere daran, wie es sich im Hinblick auf das Screening von Migrant/innen äußert bzw. nicht äußert. So werden die in Deutschland durchgeführten Maßnahmen in den Publikationen des RKI nie offen kritisiert oder in Frage gestellt. Auch die angesichts der vermehrten Ankunft Geflüchteter in Deutschland während des Jahres 2015 vorgenommene Revision des Screenings auf Tuberkulose stellt keine Kritik der etablierten Verfahrensweisen dar. Zwar diskutiert das RKI, ob sich die Maßnahme an Inzidenzzahlen in den Herkunftsländern orientieren, weniger invasiv gestalten und mehr auf die Identifikation individueller Gesundheitsbedürfnisse ausrichten ließe. Jedoch werden alle diesbezüglichen Optionen insbesondere mit dem Verweis auf die knappe Ressourcenlage in den einzelnen Bundesländern schließlich verworfen. Die als pragmatisch und explizit nicht als evidenzbasiert bezeichnete Empfehlung des Screenings auf Tuberkulose im Rahmen der so genannten gesundheitlichen Erstuntersuchung macht deutlich, dass das RKI seine Empfehlungen nicht allein an wissenschaftlichen Kriterien ausrichtet. Auch die im deutschen Diskurs so heftig kritisierte verpflichtende Testung von Geflüchteten auf HIV/Aids in Bayern wird seitens des RKI nie offen kritisiert und findet im Rahmen der eben angesprochenen Revision von Screeningmaßnahmen keine Erwähnung. Eine mögliche Deutung wäre hier, dass das RKI als Bundesbehörde die gesetzlich eingeräumte Entscheidungskompetenz der jeweiligen Landesbehörden in dieser Frage respektiert und sich daher in dieser Frage eher zurückhaltend verhält.

Einen deutlichen Kontrast zu der Zurückhaltung des RKI im Hinblick auf Kritik an den bestehenden Screeningverfahren in Deutschland bietet die HPA im britischen Kontext. So äußert die HPA in ihren Veröffentlichungen teilweise deutliche Kritik an der durch die UKBA favorisierten Maßnahme des *Pre-entry-Screenings*. Während die HPA betont, dass ein Screening mit dem Ziel des Schutzes der Allgemeinbevölkerung verfehlt wäre, stellt dies ein erklärtes Ziel der UKBA dar. Zudem betont die HPA, dass die von der UKBA unterstellte Gefahr der Weitergabe von Tuberkuloseinfektionen von Migrant/innen an Angehörige der einheimischen Bevölkerung aus wissenschaftlicher Sicht nicht bestätigt werden kann, und sieht ein Screening nur dann als gerechtfertigt an, wenn es

mit dem Ziel einer Versorgung behandlungsbedürftiger Personen verbunden ist. Gerade die Vermeidung einer solchen Versorgung bzw. der damit verbundenen Kosten stellt jedoch ebenfalls einen zentralen Aspekt der Zielsetzung der UKBA dar.

Eine mögliche Erklärung für die abweichende Positionierung von RKI und HPA im jeweiligen nationalen Diskurs ergibt sich aus dem unterschiedlichen rechtlichen Status der beiden Einrichtungen. Während das RKI als Bundesbehörde im Geschäftsbereich des Bundesgesundheitsministeriums diesem direkt unterstellt ist, wurde die HPA 2003 als *Non Departmental Public Body* (NDPB) gegründet. Aufgrund dieser besonderen Rechtsform war die HPA dem DOH nicht direkt unterstellt, wenngleich sie eine unterstützende Funktion in der Arbeit des Gesundheitsministeriums einnahm.⁴¹ So stand die HPA, ebenso wie das RKI in Deutschland, zwar in staatlichem Auftrag. Jedoch kann angesichts ihrer spezifischen Rechtsform vermutet werden, dass sie politisch unabhängiger als Letzteres und in ihren Äußerungen weniger zur Rücksichtnahme auf politische Implikationen gezwungen war. 2013, im Jahr nach dem Ende der Pilotphase des *Pre-entry-Screenings*, wird die HPA schließlich als eigenständige Einrichtung aufgelöst und ihre Aufgabenbereiche werden der PHE⁴² zugeführt.

Auch wenn sich RKI und HPA im Hinblick auf die Äußerung von Kritik an Screeningmaßnahmen unterschieden, stellen die Betonung von Versorgungsbedürfnissen von Migrant/innen und die Forderung nach entsprechenden Zugängen eine Gemeinsamkeit dar. So lässt sich, trotz der Zurückhaltung des RKI im Hinblick auf eine Kritik von Screeningmaßnahmen, insbesondere im Zusammenhang mit der vermehrten Ankunft Geflüchteter im Jahr 2015, eine zunehmende Politisierung in den Äußerungen des RKI erkennen, da hier in ungewöhnlich deutlicher Weise die Gewährleistung einer adäquaten Versorgung im Rahmen des Asylbewerberleistungsgesetzes gefordert wird.

Eine weitere Gruppe von Diskursteilnehmer/innen stellen *zivilgesellschaftliche Organisationen* und ihnen nahestehende Akteur/innen dar. Die bedeutendsten zivilgesellschaftlichen Akteur/innen in den beiden nationalen Kontexten stellen die DAH in Deutschland und der THT in Großbritannien dar. Ihre Legitimation zur Teilnahme am

⁴¹ „NDPBs have a role in the process of national government but are not part of a government department.“ (Cabinet Office [undatiert])

⁴² Als Exekutivagentur des DOH ist die PHE diesem direkt unterstellt. Die PHE berät seit 2013 das HO bei der Verwaltung des *Pre-entry-Screening*-Programms. Das HO hat die Verwaltung des Programms inne, da die UKBA als zwischenzeitliche Exekutivagentur des HO ebenfalls 2013 aufgelöst und als *UK Visas and Immigration* wieder zu einer einfachen Abteilung des HO wurde.

Diskurs ergibt sich aus ihrem Status als etablierte Interessenvertretungen für Menschen, die mit HIV/Aids leben. In dieser Funktion kritisieren sie in den untersuchten Diskursen Ansätze bzw. im deutschen Kontext konkrete Maßnahmen, die eine verpflichtende Testung von Migrant/innen auf diese Infektionskrankheit vorsehen. Dabei nehmen sie zwar teilweise auf wissenschaftliche Daten Bezug, argumentieren aber hauptsächlich mit dem Verweis auf die aus ihrer Sicht zu schützenden Rechte der Betroffenen sowie internationale Empfehlungen (wie beispielsweise der WHO und UNAIDS), die Freiwilligkeit, Beratung und Versorgung im Zusammenhang mit HIV-Testungen betonen. Darüber hinaus verweisen sie auf entsprechende nationale Empfehlungen, wie sie vom NAB in Deutschland bzw. der APPGA in Großbritannien herausgegeben wurden. NAB und APPGA können wiederum als zivilgesellschaftlichen Organisationen nahestehende Akteur/innen betrachtet werden. Diese Nähe ergibt sich nicht nur im Hinblick auf die Positionen dieser Akteur/innen, sondern vielmehr auch in personeller Hinsicht. So bestand der NAB nicht zuletzt aus Vertreter/innen⁴³ zivilgesellschaftlicher Organisationen, während sich die APPGA von Vertreter/innen des THT und anderen Organisationen beraten ließ. Die Legitimation von NAB und APPGA zur Teilnahme am Diskurs ergibt sich aus ihrem Status als durch die Regierung bzw. das Parlament eingesetzte Expert/innen-Gremien. Diese politisch legitimierte Rolle verhilft ihnen zu einer hohen Wirkmächtigkeit in den jeweiligen Diskursen, was sich daran zeigt, dass zivilgesellschaftliche Akteur/innen wiederum auf sie verweisen, um ihre Positionen zu begründen.

Die Beteiligung der zivilgesellschaftlichen Organisationen und der ihnen nahestehenden Akteur/innen am Diskurs beschränkt sich weitestgehend auf den Kontext HIV/Aids. Tatsächlich gibt es weder in Deutschland noch in Großbritannien vergleichbare Interessenvertretungen für von Tuberkulose betroffene Menschen. Dieser Umstand ist möglicherweise darauf zurückzuführen, dass die Betroffenheit von Tuberkulose mit einer erfolgreichen Behandlung endet, während eine HIV-Infektion auch unter Behandlung in chronifizierter Form bestehen bleibt, sodass die Menschen, die mit dieser Infektion leben, weiterhin einer möglichen Stigmatisierung ausgesetzt sind.

⁴³ Zu nennen wären hier beispielsweise Silke Klumb in ihrer Funktion als Geschäftsführerin der DAH oder auch Rolf Rosenbrock als Vorsitzender des Paritätischen Wohlfahrtsverbands, der in Kapitel 5 als individueller Akteur zitiert wurde.

Bemerkenswerterweise ergibt sich jedoch bei einem nuancierteren Vergleich der Positionen des THT und der DAH ein Unterschied im Hinblick auf die Reichweite der jeweiligen Forderungen. So beschränkt sich der THT auf den Kontext HIV/Aids und fordert explizit eine Abgrenzung der diesbezüglichen Diskussion gegenüber dem Kontext Tuberkulose. Die DAH nimmt demgegenüber die Kritik an der verpflichtenden Testung zum Ausgangspunkt für eine umfassendere Kritik an der medizinischen Versorgung sowie den Lebensbedingungen von Geflüchteten in Deutschland insgesamt. Angesichts der oben beschriebenen Positionen des RKI und der HPA ergibt sich hier eine bemerkenswerte Koinzidenz. In Großbritannien, wo die HPA bereits eine grundsätzliche Kritik an Screeningverfahren, insbesondere zu Tuberkulose, vertritt, hält sich der THT mit einer solchen eher zurück. In Deutschland hingegen, wo eine vergleichbar deutliche Kritik an Screening im Allgemeinen durch das RKI nicht stattfindet, übernimmt die DAH diese Rolle und scheint gleichsam eine Lücke im Diskurs zu füllen.

Schließlich sind auch eine Reihe *internationaler bzw. überstaatlicher Organisationen* im Hinblick auf die in dieser Arbeit vollzogene Analyse relevant. Nicht alle dieser Organisationen sind jedoch gleichermaßen am Diskurs beteiligt. Während die WHO bzw. das *WHO-Regionalbüro für Europa*, UNAIDS und das ECDC sich aktiv im Diskurs äußern und so Sprecherrollen besetzen, sind die Europäische Kommission und IOM insbesondere im Hinblick auf die administrative Infrastruktur, also das Dispositiv, relevant (siehe 8.2). Es wurde deutlich, dass die Positionen von WHO und UNAIDS insbesondere für die Kritik an einer verpflichtenden Testung von Migrant/innen auf HIV/Aids als Referenz dienen. Die WHO bzw. das *WHO-Regionalbüro für Europa* tritt zusätzlich im jüngsten Diskurs zum Screening von Migrant/innen in Europa als Sprecher/in in Erscheinung. Die Legitimation dieser Akteur/innen ergibt sich aus ihrer Zugehörigkeit⁴⁴ zur Organisation der *Vereinten Nationen* (UN), die wiederum durch völkerrechtliche Vereinbarungen legitimiert ist. Es wurde deutlich, dass die WHO in ihren Äußerungen dafür plädiert, das Screening von Migrant/innen nach humanitären und menschenrechtlichen Gesichtspunkten zu gestalten, und insbesondere die Versorgung der Betroffenen in den Vordergrund stellt. Ihre Forderungen lassen sich schließlich in Teilen auch in den Positionen des ECDC erkennen.

⁴⁴ Während es sich bei UNAIDS um ein Projekt der UN handelt, stellt die WHO eine Sonderorganisation der UN dar.

Während die WHO jedoch eher die Rolle einer international anerkannten Autorität im Bereich der Humanität sowie der Menschenrechte einnimmt, hat das ECDC einen deutlich stärkeren Praxisbezug. Seine Legitimität ergibt sich, ebenso wie seine Rolle im Diskurs, über seinen Status als zentrale epidemiologische Einrichtung in Europa, die der Europäischen Kommission unterstellt ist. Trotz dieser Rolle als fachliche Instanz, deren Kompetenzbereich sich primär auf die Beratung in technischen Fragen erstreckt, wirkt das ECDC in seinen Empfehlungen auffallend stark sensibilisiert für mögliche politische Implikationen seiner Empfehlungen.

8.2 Vergleichende Betrachtung der Dispositivstrukturen

Das Screening von Migrant/innen auf Tuberkulose in Großbritannien wurde in der Literatur bereits als Machtwirkung eines Diskurses im Zusammenhang mit der entsprechenden Gesundheitsberichterstattung beschrieben (z. B. Scott et al. 2017, S. 23). Die Analyse im Rahmen der vorangegangenen Kapitel hat gezeigt, dass sich seit Beginn des neuen Millenniums sowohl in Großbritannien als auch in Deutschland und auf europäischer Ebene jeweils ein eigener Diskurs zu Screening selbst beobachten lässt. Diese Diskurse haben bisherige Praktiken verändert bzw. neue Praktiken hervorgebracht. Um die entsprechenden Zusammenhänge zu beschreiben, wurde auf den Begriff des Dispositivs zurückgegriffen, da Dispositive aus Perspektive der Wissenssoziologischen Diskursanalyse als Instanzen der Vermittlung zwischen Diskursen und Praxisfeldern gelten können (Keller 2007, [45]). Im vorliegenden Fall ist dabei das Zusammenspiel von juristischer, administrativer und materieller Infrastruktur von entscheidender Bedeutung. Da dieses in den vorangegangenen Kapiteln für die jeweiligen Kontexte bereits eingehender beschrieben wurde, werden im Folgenden lediglich die zentralen Aspekte zusammengefasst und miteinander verglichen.

Für den deutschen Kontext wurden sowohl das AsylVfG als auch das IfSG als zentrale Elemente der juristischen Infrastruktur für das Screening von Migrant/innen beschrieben. Gemeinsamer Bezugspunkt beider Gesetze ist die Unterbringung von Geflüchteten in Gemeinschaftsunterkünften. Das in Deutschland etablierte „Lagersystem“ (Pieper 2008), also die Unterbringung von Geflüchteten in Sammelunterkünften, so genannten Erstaufnahmeeinrichtungen, unmittelbar nach ihrer Ankunft stellt somit das entscheidende Moment der materiellen Infrastruktur des Screenings von Migrant/innen dar.

Entscheidend für das Screening von Geflüchteten im Rahmen der so genannten gesundheitlichen Erstuntersuchung ist allein die in AsylVfG und IfSG erwähnte Form der Unterbringung. Epidemiologische Parameter, wie beispielsweise Krankheitshäufigkeiten in Herkunftsländern, spielen dabei keine Rolle. Auch die Revision der Screeningmaßnahmen durch das RKI im Jahr 2015 ändert nichts an diesem Umstand, wenngleich zusätzlich zur gesundheitlichen Erstuntersuchung das so genannte Vorscreening eingeführt wird, das abseits der gesetzlichen Grundlage durchgeführt wird und zur Identifikation lediglich akuter Versorgungsbedürfnisse dient. Die ausschließlich juristische Begründung eines Screenings von Migrant/innen in Deutschland, ohne Berücksichtigung epidemiologischer Aspekte, wurde von Janina Kehr bereits als „Legalismus“ beschrieben (Kehr 2012, S. 256).

Die gesetzliche Grundlage steht jedoch nicht nur in einem engen Zusammenhang mit der materiellen Infrastruktur eines Lagersystems, sondern wirkt sich auch im Hinblick auf die administrative Infrastruktur des Screenings von Migrant/innen in Deutschland aus. So räumen sowohl AsylVfG als auch IfSG, im Sinne des Föderalismus, den einzelnen Bundesländern weitreichende Kompetenzen zur inhaltlichen Ausgestaltung der gesundheitlichen Erstuntersuchung ein. Dieser Umstand macht es überhaupt erst möglich, dass Bayern, im Unterschied zu allen anderen Bundesländern, auf einer verpflichtenden Testung von Geflüchteten auf HIV/Aids beharren kann. Gleichzeitig ist das föderalistische Moment der Gesetzesgrundlage, wie erwähnt, eine mögliche Erklärung dafür, dass Kritik an dieser Vorgehensweise zwar seitens zivilgesellschaftlicher Organisationen und ihnen nahestehender Akteur/innen geäußert wird, weniger jedoch von einer Bundesbehörde wie dem RKI.

Als zusätzliche juristische Koordinate des Screening-Dispositivs in Deutschland kann das *Asylbewerberleistungsgesetz* (AsylbLG) gelten. Dieses steht zwar in keinem direkten Zusammenhang mit dem Screening von Migrant/innen selbst, stellt jedoch den Referenzpunkt für Forderungen einer Verbindung von Screening und Versorgung dar, wie sie von zivilgesellschaftlichen Akteur/innen, zunehmend aber auch seitens des RKI, formuliert werden. Hier ergibt sich ein bemerkenswerter Kontrast zum britischen Kontext. Während besagte Akteur/innen in Deutschland bemängeln, dass das AsylbLG den Zugang zu medizinischer Versorgung zu stark beschränken würde, ist es in Großbritannien gerade der im Rahmen des NHS offene Zugang zu Versorgung, der als Argument für einen restriktiveren Screeningansatz in Form des *Pre-entry-Screenings* dient.

Während das Screening von Migrant/innen in Deutschland über AsylVfG und IfSG sowohl migrations- als auch gesundheitsrechtlich verankert ist, ist das Screening von Migrant/innen in Großbritannien ausschließlich Bestandteil migrationsrechtlicher Verfahren. Wenngleich das *Pre-entry-Screening*-Programm und das Screening von Geflüchteten im Rahmen der Kontingentprogramme GPP und VPRS zunächst formal getrennt erscheinen, teilen sie dieselbe juristische, administrative und materielle Infrastruktur. Beide Ansätze sehen das Screening als integralen Bestandteil der Visumsvergabe vor und werden von den britischen Grenzbehörden⁴⁵ betreut. Das Screening im Rahmen beider Ansätze erfolgt zudem in durch die IOM betreuten Kliniken in den jeweiligen Herkunfts- bzw. Nachbarländern und beruht somit auf derselben materiellen Infrastruktur. Der globale Charakter dieser Infrastruktur stellt einen wesentlichen Unterschied zwischen dem deutschen und dem britischen Screening-Dispositiv dar. Befinden sich die von Screening betroffenen Personen in Deutschland bereits im Bundesgebiet, erfolgt die Testung im Rahmen der britischen Screeningprogramme im Ausland. In der Organisation der britischen Screeningprogramme zeigt sich, was in der Literatur auch als Externalisierung von Migrationsmanagement (Zaiotti 2016) beschrieben wird, nämlich die Verwaltung und Bearbeitung von Migration außerhalb des jeweiligen Staatsgebiets, bisweilen auch in Kooperation mit nicht- bzw. überstaatlichen Organisationen. Diese Externalisierung von Migrationsmanagement erfolgt im Hinblick auf die britischen Screeningprogramme jedoch nicht nur in Zusammenarbeit mit der IOM, sondern vielmehr auch im Rahmen der *Five Country Conference*, weshalb die Ansätze im weiteren Kontext dessen verortet werden können, was in Kapitel 6 als anglosphärisches Screeningdispositiv beschrieben wurde. Historisch betrachtet ist es durchaus bemerkenswert, dass sich Großbritannien als letztes Mitglied der *Five Country Conference* dem Screeningansatz der anderen Staaten angeschlossen hat. So hat die Rezeption des Forschungsstands zu den historischen Entwicklungen (siehe 2.1) gezeigt, dass ein Screening von Migrant/innen vor ihrer Einreise nach Großbritannien bereits in den Debatten der 1950er- und 60er-Jahre in Erwägung gezogen, jedoch angesichts des zu erwartenden organisatorischen und finanziellen Aufwands letztlich

⁴⁵ Zunächst durch die UKBA, später, aufgrund der bereits erwähnten Neuorganisation, durch das HO. Die Berichte zum *Pre-entry-Screening* werden zwar seit dem Ende der Pilotphase des Programms von PHE herausgegeben. Dieses hat aber lediglich beratende Funktion bei der Durchführung: „Pre-entry screening is administered through the UK Home Office. Public Health England (PHE) collaborates with Home Office to support these activities through quality assurance activities.“ (PHE 2013, S. 4)

verworfen wurde. Bei der Einführung des aktuellen *Pre-entry-Screenings* wurde nun gerade der Umstand, dass eine entsprechende Infrastruktur bereits durch die Partnerländer und die IOM errichtet wurde, als Argument für die Implementierung des Ansatzes herangezogen. Bezeichnend ist schließlich auch, dass es sich bei der Staatenkooperation der *Five Country Conference* um eine sicherheitspolitische Zusammenarbeit handelt. Der Umstand, dass diese Zusammenarbeit sich auch auf ein Screening von Migrant/innen auf Tuberkulose erstreckt, scheint den von verschiedenen Autor/innen beschriebenen und im Rahmen von Kapitel 7 besprochenen globalen Trend einer sicherheitspolitischen Bearbeitung von Infektionskrankheiten zu bestätigen.

Ebendieser Trend kann auch im Hinblick auf die Dispositivstruktur auf europäischer Ebene beobachtet werden. Zwar werden konkrete Screeningmaßnahmen für Migrant/innen von den jeweiligen Nationalstaaten organisiert, weshalb auf Ebene der EU keine diesbezügliche materielle Infrastruktur existiert. Gleichwohl konnte in Kapitel 7 gezeigt werden, dass sich der Diskurs zum Screening von Migrant/innen durchaus auch im europäischen Kontext manifestiert. Die spezifische Verteilung von Zuständigkeiten lässt hier die Beschreibung einer administrativen Infrastruktur zu. So handelt das ECDC, als prominentester Akteur im europäischen Diskurs zu Screening, im Auftrag der Europäischen Kommission. Diese wiederum bearbeitet den Themenkomplex Migration und Gesundheit (und damit auch das Screening von Migrant/innen) im Rahmen des HSC, das mit der Abwehr von ‚health security threats‘ beauftragt ist. Erst dieser Auftrag, der sich aus den entsprechenden Vereinbarungen zur Zusammenarbeit der Mitgliedstaaten im Rahmen der EU ergibt, begründet eine partielle Zuständigkeit von Organen des Staatenbundes in dieser Angelegenheit, die sonst im Souveränitätsbereich der Nationalstaaten organisiert wird. Insofern führt erst der Trend zur sicherheitspolitischen Bearbeitung von Infektionskrankheiten dazu, dass das Screening von Migrant/innen auch auf europäischer Ebene verhandelt wird. Vor diesem Hintergrund ist es besonders bemerkenswert, dass die Empfehlungen des ECDC nicht grundsätzlich in einem sicherheitsorientierten, sondern primär in einem versorgungsorientierten Zusammenhang erscheinen (siehe 8.4).

8.3 Das Evidenz-Diskriminierungs-Dilemma und der Stellenwert wissenschaftlichen Wissens

Im Hinblick auf die Frage, welche Rolle wissenschaftliches Wissen in den in dieser Arbeit untersuchten Diskursen spielt, lässt sich zunächst festhalten, dass die beteiligten Akteur/innen verschiedentlich auf den Begriff Evidenz und damit auf ein zentrales wissenschaftliches Konzept im Bereich der Medizin Bezug nehmen. Nicht zuletzt hat auch das ECDC-Projekt den Anspruch, explizit evidenzbasierte Empfehlungen zum Screening von Migrant/innen auf Infektionskrankheiten zu erarbeiten. Bevor näher darauf eingegangen werden kann, wie Evidenz in den hier vorliegenden Kontexten hergestellt wird, muss zunächst geklärt werden, was gemeinhin in der Medizin unter diesem Begriff verstanden wird. Das *Deutsche Netzwerk Evidenzbasierte Medizin* (DNEbM) weist darauf hin, dass der Begriff Evidenz in der Medizin auf unterschiedlichste Weise interpretiert wird, unternimmt jedoch den Versuch einer allgemeinen Definition ausgehend von der Etymologie des Begriffs. Während das lateinische Wort *evidentia Augenscheinlichkeit* bedeutet und somit implizieren würde, dass etwas nicht mehr hinterfragt werden muss (DNEbM 2011), hat der Begriff Evidenz aus Sicht des DNEbM in der Medizin eine völlig andere Bedeutung:

„Hier leitet er sich vom englischen Wort ‚evidence‘ (= Aussage, Zeugnis, Beweis, Ergebnis, Unterlage, Beleg) ab und bezieht sich auf die Informationen aus wissenschaftlichen Studien und systematisch zusammengetragenen klinischen Erfahrungen, die einen Sachverhalt erhärten oder widerlegen.“ (DNEbM 2011)

Diese Definition von Evidenz rekurriert also auf wissenschaftliches Wissen bzw. klinische Erfahrungen. Sie benennt jedoch nicht, welche Kriterien dabei zur Anwendung kommen. Angela Raffle und Muir Gray (2009) beschreiben im Zusammenhang mit der Evidenz von Screeningmaßnahmen *Sensitivität und Spezifität* eines Tests sowie *positiven und negativen Vorhersagewert* als wesentliche Messgrößen (S. 134). Sensitivität beschreibt die Fähigkeit eines Testverfahrens, eine Erkrankung zu erkennen. Spezifität beschreibt demgegenüber die Fähigkeit eines Tests, eine Erkrankung auszuschließen (ebd.). In Kapitel 6 wurde gezeigt, dass die Kritik an dem von Großbritannien eingeführten Verfahren des *Pre-entry-Screenings* sich teilweise auch auf die aus Sicht der entsprechenden Akteur/innen (beispielsweise der HPA) mangelhafte Sensitivität bzw.

Spezifität der Röntgenuntersuchung des Thorax als Testverfahren bezieht (siehe 6.2). Auch das ECDC zieht Sensitivität und Spezifität der jeweiligen Testverfahren als Kriterien für die Evidenz seiner Empfehlungen heran. Im Hinblick auf die Röntgenuntersuchung des Thorax geht es allerdings davon aus, dass die Sensitivität dieses Verfahrens verhältnismäßig hoch ist, räumt jedoch ein, dass die Spezifität (also der Ausschluss der Infektion) ergänzungsbedürftig ist und daher eine Laboruntersuchung angezeigt erscheint: „CXR is highly sensitive to detect active TB but to increase specificity must be confirmed with a culture for TB.“ (ECDC 2018, S. 17; siehe auch Abb. 1) Sensitivität und Spezifität von HIV-Tests, sowohl Labor- wie auch Schnelltestverfahren, werden ebenfalls als verhältnismäßig hoch beschrieben (ebd., S. 26; siehe auch Abb. 2). Während also Sensitivität und Spezifität der angewandten Testverfahren eher wenig Einfluss auf die Empfehlungen des ECDC haben, hat das Kriterium des positiven bzw. negativen Vorhersagewerts wesentlich deutlichere Auswirkungen.

Als Messgröße für die Evidenz einer Screeningmaßnahme beschreibt der Vorhersagewert eines Tests die Wahrscheinlichkeit, dass jemand mit einem positiven Ergebnis wirklich erkrankt ist bzw. jemand mit einem negativen Ergebnis tatsächlich nicht erkrankt ist (Raffle und Gray 2009, S. 134). Dabei spielt es eine entscheidende Rolle, mit welcher statistischen Häufigkeit die jeweilige Erkrankung in der untersuchten Population auftritt:

„Positiver und negativer Vorhersagewert werden hochgradig von der Prävalenz der Erkrankung oder Veränderung in der untersuchten Gruppe beeinflusst, d.h. vom Risiko oder der ‚Vor-Test-Wahrscheinlichkeit‘ der untersuchten Person. Derselbe Test wird erheblich bessere Vorhersagewerte produzieren, wenn er in einer Gruppe mit hoher Prävalenz, im Vergleich zu einer Gruppe mit niedriger Prävalenz, angewandt wird.“ (Raffle und Gray 2009, S. 135)

Was zunächst wie eine statistische Banalität anmuten mag, ist ein entscheidendes Kriterium für die Bestimmung der Evidenz einer Screeningmaßnahme und hat insbesondere im Kontext des Screenings von Migrant/innen weitreichende Folgen. So macht das ECDC seine Empfehlung für das Screening von Migrant/innen auf Tuberkulose und HIV/Aids davon abhängig, dass die jeweiligen Personen aus Ländern mit einer verhältnismäßig hohen Erkrankungshäufigkeit stammen (ECDC 2018, S. 17, S. 26; siehe auch

Abb. 1 und 2), und beschreibt dies als Voraussetzung für die Evidenz entsprechender Maßnahmen. Gleichzeitig betont das ECDC in seinen Äußerungen im Anschluss an die Positionen der WHO, dass das Screening von Migrant/innen nicht diskriminierend sein sollte (ECDC 2016, S. 9). Ungeachtet dieses eher politischen Anspruchs muss das ECDC, um einem wissenschaftlichen Anspruch nach Evidenz zu genügen, in seinen Empfehlungen jedoch eine Unterscheidung (also eine Diskriminierung im Sinne des Wortes) im Hinblick auf die Wahrscheinlichkeit für das Vorliegen einer Erkrankung voraussetzen. Angesichts der immer wieder als unzureichend beschriebenen Datenlage zu Gesundheitszuständen von Migrant/innen, dient letztlich die Herkunft einer Person als entscheidender Anhaltspunkt für diese Wahrscheinlichkeit. Die Krankheitshäufigkeit im jeweiligen Herkunftsland wird damit für alle Personen aus selbigem gleichermaßen angenommen. Individuelle Lebensumstände vor, während oder nach der Migration spielen dabei keine bzw. eine untergeordnete⁴⁶ Rolle. Ulrich Bröckling (2008) weist darauf hin, dass Vorbeugung zwar systematische Wissensproduktion impliziert, dieses Wissen aber stets lückenhaft bleibt und daher auf Wahrscheinlichkeitsaussagen zurückgreifen muss (S. 42f.). Der präventive Blick, so konstatiert er, „generalisiert deshalb den Verdacht und sucht Indizien aufzuspüren, die auf künftige Übel hindeuten und an denen die vorbeugenden Maßnahmen ansetzen können“ (ebd., S. 43). Als ein solches Indiz dient im vorliegenden Fall die Herkunft einer Person. Nicholas King (2003) beschreibt die Orientierung an der Herkunft im Zusammenhang mit Infektionskrankheiten wie Tuberkulose und HIV/Aids als essenzialisierende Perspektive (S. 41). Es zeigt sich, dass auch der Versuch einer wissenschaftlichen Fundierung eines Screenings von Migrant/innen auf Infektionskrankheiten seitens des ECDC auf die Kategorie der Herkunft zurückgreift und insofern einen ähnlich essenzialisierenden Effekt hat. In ihrem Plädoyer für eine Soziologie des Screenings begründen Natalie Armstrong und Helen Eborall (2012) das soziologische Interesse an Screeningmaßnahmen damit, dass diese zu ethischen, rechtlichen und sozialen Dilemmata führen können (S. 164), ohne diese jedoch eingehender zu beschreiben. Im Hinblick auf das Screening von Migrant/innen auf Infektionskrankheiten lässt sich in diesem Sinne von einem Evidenz-Diskriminierungs-Dilemma sprechen. Dieses ergibt sich aus der Diskrepanz von politischem Anspruch und wissenschaftlichen Anforderungen. So sollen die Empfehlungen des ECDC

⁴⁶ So wird im Zusammenhang mit der Empfehlung bezüglich eines Screenings auf HIV/Aids über die Herkunft hinaus zusätzlich auch die Prävalenz in der „community“ im Aufnahmeland genannt (ECDC 2018, S. 26; siehe auch Abb. 2).

für ein Screening von Migrant/innen, dem Anspruch nach, nicht diskriminierend sein. Die Empfehlungen sollen aber gleichzeitig evidenzbasiert sein. Die Voraussetzung für Evidenz ist jedoch eine bestimmte Krankheitshäufigkeit in der zu testenden Ausgangspopulation. In Ermangelung differenzierterer Daten wird die Krankheitshäufigkeit in bestimmten Ländern verallgemeinernd für alle aus diesen einreisenden Personen angenommen und so eine essenzialisierende Perspektive (King 2003, S. 41) beibehalten. So hat das vom ECDC vorgeschlagene Screening, das dem Anspruch nach nicht diskriminierend, sondern vielmehr wissenschaftlich begründet sein soll, selbst wiederum einen diskriminierenden Effekt, insofern es zur Herstellung von Evidenz auf die Herkunft der Betroffenen abstellen muss.

Betrachtet man die Äußerungen in den hier untersuchten Diskursen, fällt auf, dass Evidenz immer auch im Zusammenhang mit Kosteneffektivität thematisiert wird. Diese wird explizit gefordert bzw. in Frage gestellt (HPA 2006, S. 106), diskutiert (UKBA 2012, S. 4), gegen Evidenz aufgewogen (RKI 2015b, S. 2) oder als zusätzliches Kriterium bei der Evidenzfindung angeführt (ECDC 2018, S. 17, 26). Dass Prävention im Allgemeinen immer auch an Kosten-Nutzen-Kalküle gekoppelt ist, hat Ulrich Bröckling (2008) konstatiert (S. 46). Im Hinblick auf das Screening von Migrant/innen auf Infektionskrankheiten scheint dies jedoch in besonderem Maße zuzutreffen. So wurde in Kapitel 6 deutlich, dass das Screening von Migrant/innen als biopolitische Strategie eine stark ökonomische Komponente beinhaltet, wie sie im Hinblick auf Biopolitik im Allgemeinen bereits in den Arbeiten von Michel Foucault selbst (2014a), insbesondere aber in der Rezeption durch Niklas Rose (Rose 2014, S. 429) dargestellt wird. In der Gesamtschau zeigt sich, dass in allen in dieser Arbeit untersuchten Kontexten die Frage nach der Evidenz, also der Verhandlung wissenschaftlichen Wissens, immer auch ökonomische Überlegungen einschließt. Während sich diese im britischen Diskurs um das *Pre-entry-Screening* jedoch insbesondere auf die möglichen Kosten für eine Behandlung infizierter Personen beziehen, stehen im deutschen und europäischen Diskurs eher die Kosten für das Screening selbst im Vordergrund.

Auch wenn Evidenz und Kosteneffektivität eine zentrale Rolle in den in dieser Arbeit untersuchten Diskursen spielen, stellen sie weder die alleinigen noch die ausschlaggebenden Faktoren bei der Implementierung von Screeningmaßnahmen in den jeweili-

gen nationalen Kontexten dar. Deutlich wird dies etwa, wenn die verantwortlichen Akteur/innen in Großbritannien die Erkennungsraten des *Pre-entry-Screenings* und die Einsparungspotenziale für Behandlungskosten als gering beschreiben, gleichzeitig jedoch ein Unterlassen dieser Maßnahme mit Rücksicht auf die öffentliche Wahrnehmung als kontraintuitiv bezeichnen (UKBA 2012, S. 19). Auch im deutschen Kontext beschreibt das RKI seine Empfehlungen für das Screening von Migrant/innen auf Tuberkulose explizit als nicht evidenzbasiert, sondern als pragmatisch bzw. an vorhandenen Ressourcen auf lokaler Ebene ausgerichtet (RKI 2015b, S. 2). Schließlich begründet auch die Bayerische Landesregierung das verpflichtende Screening von Geflüchteten auf HIV/Aids letztlich nicht mit dem Verweis auf wissenschaftliche Erkenntnisse, sondern vielmehr mit ‚organisatorischen‘ Gesichtspunkten (Bayerischer Landtag 2014, S. 2). Im Zusammenhang mit den frühen Debatten um die Einführung des *Pre-entry-Screenings* Großbritanniens wurde bereits verschiedentlich vermutet, dass es sich hierbei weniger um eine konsistente Public-Health-Strategie, sondern eher um eine migrations- bzw. asylpolitische Maßnahme handeln würde (Welshman und Bashford 2006, S. 284; Coker 2003, 2004). Auch Gushulak und MacPherson (2006a) haben darauf hingewiesen, dass Screening in migrationspolitischen Kontexten oftmals zu eher administrativen Zwecken eingesetzt wird und sich in diesem Zusammenhang nicht notwendigerweise an Kriterien orientiert, die aus einer epidemiologischen bzw. Public-Health-Perspektive geboten erscheinen würden (S. 121).

Die Analyse in den Kapiteln 5 und 6 hat gezeigt, dass sich sowohl für den britischen als auch für den deutschen Kontext davon ausgehen lässt, dass es sich bei den jeweiligen Screeningmaßnahmen um integrale Bestandteile verschiedener Migrationspolitiken (Asyl- und Flüchtlingspolitik bzw. Visumsvergabe) handelt. Den Maßnahmen kommt dabei eine eher administrative oder, wie im Zusammenhang mit dem britischen *Pre-entry-Screening* beschrieben, eine symbolpolitische Bedeutung zu. Diese migrationspolitische Komponente lässt die Rezeption wissenschaftlichen Wissens bisweilen in den Hintergrund treten. Zwar findet sowohl im deutschen als auch im britischen Kontext eine Konsultation der Wissenschaft statt. So wird das RKI in Deutschland angesichts der vermehrten Ankunft Geflüchteter im Jahr 2015 um eine fachliche Neubewertung bisheriger Verfahren gebeten und in Großbritannien, am Ende der Pilotphase des *Pre-entry-Screening*, durch die UKBA Gutachten der HPA sowie des DOH angefordert. Bei

der Weiterführung bzw. Implementierung von Screeningmaßnahmen ist das generierte bzw. zusammengetragene wissenschaftliche Wissen schließlich jedoch nicht allein ausschlaggebend.

8.4 Zwischen Sicherheits- und Versorgungsorientierung

Als Schlüsselkategorien der Analyse der in dieser Arbeit besprochenen Diskurse haben sich *Sicherheitsorientierung* und *Versorgungsorientierung* herausgebildet, da sich sowohl die untersuchten Praktiken als auch die sie begleitenden Äußerungen einer von beiden Kategorien bzw. teilweise beiden zuordnen lassen. Nach Bröckling (2008) bilden „Sicherheitsbedürfnisse den Antrieb und markieren Sicherheitsfiktionen den Fluchtpunkt aller präventiven Anstrengungen“ (S. 42). Im Kontext des Screenings von Migrant/innen auf Infektionskrankheiten bedeutet dies, dass entsprechende Maßnahmen dazu dienen sollen, eine Einschleppung bzw. Weiterverbreitung von Infektionen zu verhindern. Die Rezeption des Forschungsstands zu historischen Entwicklungen in diesem Bereich hat gezeigt, dass Screeningmaßnahmen für Migrant/innen sowohl in Deutschland wie auch in Großbritannien in der Vergangenheit vor allem den Schutz der Gesundheit der einheimischen Bevölkerung zum Ziel hatten (siehe 2.1). In Großbritannien wurde diese Zielsetzung seit Ende des Zweiten Weltkriegs zudem mit dem Schutz des wohlfahrtsstaatlichen Versorgungssystems vor einer Inanspruchnahme durch Migrant/innen verbunden (Bivins 2015, S. 22). Diese Muster lassen sich heute noch in den jeweiligen nationalen Kontexten nachvollziehen.

Im deutschen Diskurs wird der Schutz der einheimischen Bevölkerung jedoch kaum mehr explizit als Zielsetzung der Maßnahmen hervorgehoben. Jedoch weist das RKI darauf hin, dass die gesundheitliche Erstuntersuchung von Geflüchteten eben keine Maßnahme ist, die der Versorgung der Betroffenen, sondern vielmehr dem Infektionsschutz dient (RKI 2015b, S. 1). Nichtsdestotrotz ist im deutschen Diskurs zunehmend eine Versorgungsorientierung in den Äußerungen der beteiligten Akteur/innen erkennbar. So verbinden sowohl wissenschaftliche als auch zivilgesellschaftliche Akteur/innen ihre Äußerungen zum Screening von Migrant/innen mit Forderungen bezüglich einer Aufhebung der Beschränkung dieser Maßnahme auf Infektionskrankheiten (Spallek und Razum 2007, S. 452) und einer besseren gesundheitlichen Versorgung der Betroffenen (DAH 2014). Gerade das RKI erscheint in diesem Zusammenhang zu-

nehmend politisiert und schließt mit seiner impliziten Kritik am Asylbewerberleistungsgesetz an Forderungen an, die bis dahin in erster Linie durch Akteur/innen aus dem Bereich der Zivilgesellschaft vertreten wurden. Dieser Trend einer zunehmenden Versorgungsorientierung im deutschen Diskurs um das Screening von Migrant/innen drückt sich schließlich auf der Ebene der Praktiken aus. So führt die vermehrte Ankunft Geflüchteter in Deutschland während des Jahres 2015 zur Einführung des so genannten Vorscreening, das primär die Identifikation von akuten Versorgungsbedürfnissen Geflüchteter zum Ziel hat. Bedingungen und Zielsetzung der gesundheitlichen Erstuntersuchung bleiben jedoch, trotz einer Revision durch das RKI, zunächst unverändert bestehen.

In Großbritannien führt die Neuausrichtung des Screenings von Migrant/innen seit Beginn des neuen Millenniums zur Herausbildung von zwei parallelen Ansätzen mit unterschiedlichen Zielsetzungen. Das *Pre-entry-Screening* folgt ausschließlich der Logik einer Sicherheitsorientierung und soll sowohl dem Schutz der einheimischen Bevölkerung vor der Einschleppung von Infektionen dienen als auch Kosten für die Behandlung von infizierten Personen reduzieren. Die Sicherheitsorientierung dieser Maßnahme zeigt sich auch im Hinblick auf die Dispositivstruktur. So wird das Programm von den britischen Grenzschutzbehörden betreut und steht im Kontext einer explizit sicherheitspolitischen Zusammenarbeit im Rahmen der *Five Country Conference*. Das von mir in Kapitel 6 beschriebene anglosphärische Screeningdispositiv lässt sich in dieser Hinsicht einem übergeordneten und verschiedentlich bereits beschriebenen globalen Trend der ‚securitization‘ von Infektionskrankheiten (McInnes 2015; Pereira, 2008) zuordnen. An dieser Stelle sei explizit darauf hingewiesen, dass eine sicherheitspolitische Bearbeitung von Infektionskrankheiten keine Voraussetzung für eine Sicherheitsorientierung von Screeningmaßnahmen darstellt. Sicherheitsorientiert meint zunächst nur, dass die entsprechende Maßnahme eben nicht den individuellen Gesundheitsbedürfnissen der Betroffenen, sondern der Abwehr von vermeintlichen ‚Gefahren‘ bzw. ‚Belastungen‘ dient. Die sicherheitspolitische Bearbeitung, also das explizite Verständnis von Infektionskrankheiten als Sicherheitsrisiko bzw. die Nutzung von sicherheitspolitischen Infrastrukturen und Kooperationen, lässt den Grundgedanken einer Sicherheitsorientierung lediglich deutlicher hervortreten.

Das Screening von Geflüchteten im Rahmen der Kontingentprogramme GPP und VPRS lässt sich seiner Zielsetzung entsprechend zunächst einer Versorgungsorientierung zu rechnen. Allerdings dient die Screeningmaßnahme im Rahmen dieser Programme nicht nur zur Identifikation von aufgrund ihrer Vulnerabilität ‚geeigneten‘ Kandidat/innen bzw. ihres Behandlungsbedarfs, sondern gleichzeitig explizit dem Schutz der einheimischen Bevölkerung in Großbritannien vor der Einschleppung übertragbarer Krankheiten. Zudem werden diese Programme von den britischen Grenzschutzbehörden betreut und nutzen die gleiche Infrastruktur wie das *Pre-entry-Screening*-Programm. Insofern lässt sich im Hinblick auf das Screening von Geflüchteten im Rahmen der Kontingentprogramme neben einer Versorgungsorientierung auch von einer Sicherheitsorientierung sprechen.

Ähnlich uneindeutig stellt sich die Verhandlung des Screenings von Migrant/innen auf europäischer Ebene dar. Zunächst schließt der Diskurs zu Screening hier an Diskurse zu Migration und Gesundheit bzw. Gesundheit und Menschenrechten an. Insbesondere seitens der WHO lässt sich der Versuch erkennen, die historisch eher sicherheitsorientierten Praktiken in den jeweiligen nationalen Kontexten zum ersten Schritt in einer Versorgungskette umzudeuten. Screening soll demnach nicht mehr primär dem Infektionsschutz, sondern vielmehr der Identifikation von diversen Versorgungsbedürfnissen von Migrant/innen dienen und damit zur Erfüllung beziehungsweise Gewährleistung eines Menschenrechts auf Gesundheit beitragen. An diese Perspektive anschließend plädiert das ECDC in seinen Empfehlungen zu Screenings von Migrant/innen dafür, Barrieren im Hinblick auf den Zugang zu gesundheitlicher Versorgung abzubauen. Gleichzeitig erfolgt jedoch die Bearbeitung des Themenkomplexes Migration und Gesundheit innerhalb der EU im Zuständigkeitsbereich des HSC, weshalb sich auch die Arbeit des ECDC zu Screenings von Migrant/innen letztlich auf Infektionskrankheiten als potenzielle ‚health threats‘ beschränkt. Während hier also auf diskursiver Ebene eine Versorgungsorientierung in der Auseinandersetzung zu Screenings von Migrant/innen dominiert, lässt sich im Hinblick auf die administrative Infrastruktur des Dispositivs dennoch eine Sicherheitsorientierung erkennen, die mit der von Pereira (2008) beschriebenen sicherheitspolitischen Bearbeitung von Infektionskrankheiten in ‚westlichen‘ Ländern in Verbindung gebracht werden kann.

Die sicherheitspolitische Dimension des Screenings von Migrant/innen, wie sie sich im britischen, aber auch im gesamteuropäischen Kontext beobachten lässt, wirkt sich auch auf die Subjektivierung von Migrant/innen aus. Zunächst erscheinen Sicherheits- und Versorgungsorientierung, wie sie im Hinblick auf die hier untersuchten Diskurse deutlich wurden, analog zu der in der Literatur beschriebenen Subjektivierung von Migrant/innen als ‚a risk‘ bzw. ‚at risk‘ (Scott et al. 2017). In dem Maße, in dem Infektionskrankheiten Teil einer sicherheitspolitischen Agenda werden, verliert diese Unterscheidung jedoch an Bedeutung. So weist Ricardo Pereira darauf hin, dass Infektionskrankheiten stets nur in Gestalt von infizierten Personen in Erscheinung treten: „It is relevant to clarify that pathogenic agents only appear as menacing human beings [...]. Thus, those agents as such do not pose any threat.“ (Pereira 2008, S. 4) Sicherheitspolitische Interventionen können sich demnach nur an Menschen ausrichten: „If one perceives detection, prevention, care and eventual cure of populations as the major measures against disease, one defines as security objective the contention, if not the abolition, of the multiplication of the number of people carrying the agent.“ (ebd.) Die Betroffenen erscheinen in dieser Logik als Sicherheitsrisiko gerade weil sie selbst einem vermeintlichen oder tatsächlichen Risiko ausgesetzt sind: „The securitized people are depicted as those ‚at risk‘, ‚vulnerable‘ [...].“ (ebd.) Unter sicherheitspolitischen Gesichtspunkten fällt die duale Konzeptualisierung von Migrant/innen als Gruppe, von der ein erhöhtes Risiko ausgeht und die gleichzeitig einem erhöhten Risiko ausgesetzt ist, in eins. Das heißt, dass die Definition von bestimmten Infektionskrankheiten als Sicherheitsrisiko implizit die potenziellen Überträger/innen der Krankheit als Bedrohung, gleichsam als „carriers of disease“ (von Unger et al. 2019), qualifiziert. Diese Logik, so lässt sich im Anschluss an Pereira (2008) konstatieren, steht keineswegs im Gegensatz dazu, Migrant/innen als eine Gruppe zu begreifen, die selbst einem erhöhten Risiko ausgesetzt ist. Es ist im Gegenteil gerade ihre Vulnerabilität im Hinblick auf Infektionskrankheiten, die sie zum Gegenstand sicherheitspolitischer Interventionen macht. Insofern ergibt sich auch hier ein Dilemma im Hinblick auf die Rolle der Europäischen Kommission und des ECDC. Zwar sind diese Akteur/innen darauf bedacht, zu betonen, dass sie Migrant/innen nicht als ‚health threat‘ begreifen (ECDC 2015, S. 2). Gleichzeitig findet ihre Arbeit zum Komplex Migration und Gesundheit jedoch aufgrund der entsprechenden Zuständigkeitsvereinbarungen im Rahmen der EU im Kontext des HSC statt, das Infektionskrankheiten als ebensolche ‚health threats‘ und damit

implizit auch Migrant/innen als Sicherheitsrisiko bearbeitet. Dennoch ergibt sich ein deutlicher Unterschied zur Subjektivierung von Migrant/innen im britischen Kontext, wo selbige im Zusammenhang mit dem *Pre-entry-Screening* auch auf diskursiver Ebene als Risiko dargestellt werden.

Darüber hinaus lässt sich im Hinblick auf die Subjektivierung von Migrant/innen noch ein weiterer Unterschied zwischen den Empfehlungen des ECDC und den in Deutschland und Großbritannien dominanten Positionen im Diskurs bzw. Praktiken erkennen. Dieser liegt darin begründet, dass das ECDC Screening als freiwilliges Angebot befürwortet und nicht, wie es in den untersuchten nationalen Kontexten erfolgt, als verpflichtende Maßnahme. Im Zusammenhang mit den Positionen des ECDC lässt sich so die von Ulrich Bröckling (2008) beschriebene Gleichzeitigkeit von Dezentrierung und Rezentrierung des Subjekts in der vorbeugenden Praxis erkennen, die zunächst den Begriff des Subjekts zugunsten der Betonung von Risikofaktoren auflöst, schließlich aber auch die Eigenverantwortlichkeit der Subjekte einfordert (S. 45). Während ein verpflichtendes Screening, wie es bislang in Deutschland und Großbritannien üblich ist, Migrant/innen lediglich zum Gegenstand präventiver Maßnahmen macht, richtet sich ein freiwilliges Angebot, wie es vom ECDC gefordert wird, an rationale und selbstverantwortliche Subjekte, räumt diesen eine diesbezügliche Handlungsmacht ein und stellt letztlich die Anrufung eines „präventiven Selbst“ (Lengwiler und Madarász 2010) dar.

Angesichts des verpflichtenden Charakters des Screenings von Migrant/innen in Deutschland und Großbritannien erscheint das Verständnis dieser Maßnahme als biopolitische Strategie, wie es in der Analyse dieser Arbeit zugrunde gelegt wurde, erklärungsbedürftig. So zeichnet sich Biopolitik doch gerade dadurch aus, dass sie sich nicht auf die individuellen Körper richtet, sondern stattdessen auf die Regulierung der Bevölkerung als Gesamtheit zielt (Foucault 2014b, S. 69). Die in dieser Arbeit untersuchten Praktiken des Screenings richten sich jedoch sehr wohl auf die individuellen Körper von Migrant/innen und scheinen eher den kontrollierenden bzw. überwachenden Techniken einer Disziplinarmacht zu entsprechen. Dieser scheinbare Widerspruch findet seine Auflösung in der von Michel Foucault selbst beschriebenen Sonderrolle der Medizin im Kontext der Biomacht, nachdem diese als Macht-Wissen sich zugleich auf die Körper wie die Bevölkerung erstreckt und somit gleichzeitig disziplinierende und

regulierende Wirkungen hat (Foucault 2014a, 2014b). Analog dazu stellt das Screening von Migrant/innen auf Infektionskrankheiten zwar eine Technik der Überwachung und Kontrolle dar, die sich auf die individuellen Körper richtet, gleichzeitig jedoch der Regulierung von Krankheit und Gesundheit innerhalb der Bevölkerung als Ganzes dient. Im Sinne einer Sicherheitsorientierung tut sie dies, indem sie infizierte Individuen identifiziert und so eine Einschleppung von Krankheiten bzw. eine Weiterverbreitung selbiger verhindern soll. Auch wenn dabei die Herkunft der jeweiligen Personen eine entscheidende Rolle spielt, erscheint Screening jedoch nicht als biopolitische Technik im Sinne eines „Staatsrassismus“ (Foucault 2014a). Anders als bei den von Ralser (2013, 2016) in diesem Zusammenhang beschriebenen Verfahren der psychiatrischen Gutachten bei Homosexualität als Fluchtgrund, DNA-Analysen bei Familiennachzug und Handwurzelknochentests zur Altersfeststellung geht es beim Screening von Migrant/innen auf Infektionskrankheiten nicht darum, die Legitimität der Flucht, des Aufenthalts oder des rechtlichen Status in Frage zu stellen. Zwar können die Screenings auf Infektionskrankheiten in Deutschland und Großbritannien ebenfalls als um den Körper zirkulierende aufenthaltsrechtliche Verfahren betrachtet werden, die mit einer Reduktion der menschlichen Existenz auf das biologische Leben einhergehen (Ralser 2016, S. 75). Jedoch verfügen sie nicht darüber, „wer erneut dem Risiko des Todes ausgesetzt wird“ (ebd.). So werden Geflüchtete in Deutschland nicht aufgrund ihres gesundheitlichen Status ausgewiesen. Das *Pre-entry-Screening* Großbritanniens findet nicht im Zusammenhang mit Flucht, also mittelbarer oder unmittelbarer Lebensgefahr, sondern im Rahmen des Visumsverfahrens statt. Zwar kann auch beim Screening im Kontext der Kontingentprogramme GPP und VPRS die Einreise nach Großbritannien aufgrund des gesundheitlichen Status versagt werden. Jedoch befinden sich die Betroffenen zu diesem Zeitpunkt bereits in der Obhut der UNHCR. Wohl aber handelt es sich bei Screenings von Migrant/innen auf Infektionskrankheiten um die von Rose (2014) erwähnten epidemiologischen Strategien zur Handhabung von ‚Hochrisikogruppen‘, also Strategien eines Risikomanagements (S. 431). Wie dieses Risikomanagement gestaltet wird, ob dabei im Sinne einer Sicherheitsorientierung das vermeintliche Risiko für die einheimische Bevölkerung oder im Sinne einer Versorgungsorientierung jenes für Migrant/innen im Vordergrund steht, scheint nicht zuletzt eine Frage des politischen Willens zu sein. Diese Frage wird derzeit nach wie vor in

erster Linie auf Ebene der Nationalstaaten verhandelt, ist jedoch zunehmend auch Gegenstand internationaler Diskurse.

9 Fazit und Ausblick

Die Analyse im Rahmen der vorliegenden Arbeit hat gezeigt, dass sich im Hinblick auf den Diskurs zu Screenings von Migrant/innen auf Infektionskrankheiten in Deutschland und Großbritannien ähnliche Muster, aber auch deutliche Unterschiede ausmachen lassen. Diese Unterschiede hängen stark mit historisch gewachsenen Konzepten und Strukturen zusammen. In Deutschland betrifft dies etwa das Konzept des Infektionsschutzes in Gemeinschaftsunterkünften, das bereits 1961 mit dem BSeuchG etabliert, seither in der Gesetzgebung zu Migration und Gesundheit fortgeschrieben wurde und auch heute noch den Ausgangspunkt für Screenings von Geflüchteten darstellt. In Großbritannien ist es die Idee, Migrant/innen bereits vor ihrer Einreise auf übertragbare Krankheiten zu testen, die bereits in den frühen Debatten der 1950er und 60er Jahre aufgekommen war (Welshman 2006), schließlich im Rahmen der Kontingentprogramme und des *Pre-entry Screening* umgesetzt wurde und somit den grundlegenden Gedanken hinter den heutigen Screeningverfahren ausmacht. Dieses Konzept, so ließe sich mutmaßen, hängt auch stark mit den geographischen Voraussetzungen Großbritanniens als Inselstaat zusammen und spielte vielleicht auch aus diesem Grund keine Rolle in Überlegungen zum Umgang mit Migrant/innen in Deutschland. Im Hinblick auf die historisch gewachsenen Strukturen, sind es vor allem die ungleich organisierten Gesundheitsversorgungssysteme die zu Unterschieden in den jeweiligen Diskursen führen und Migrant/innen in Großbritannien aus Sicht mancher Akteur/innen als ökonomisches Risiko für den NHS erscheinen lassen.

Auf europäischer Ebene stellen die durch das ECDC entwickelten Empfehlungen den vorläufigen Kulminationspunkt der Auseinandersetzung um Screenings von Migrant/innen dar. Ob und inwieweit sich diese Empfehlungen auf die in den jeweiligen Mitgliedstaaten etablierten Praktiken auswirken bleibt abzuwarten. Der Kompetenzbereich des ECDC ist in dieser Hinsicht stark eingeschränkt und die Organisation von Screeningmaßnahmen für Migrant/innen nach wie vor Gegenstand nationalstaatlichen Hoheitsrechts. Nicht zuletzt aufgrund dieses Umstands äußerten sich auch die Expert/innen mit denen ich gesprochen habe skeptisch im Hinblick auf Reichweite und

nachhaltige Effekte der Empfehlungen des ECDC (Interview vom 04.01.2016, Interview vom 12.02.2016 und Interview vom 15.04.2016). Mit der Kooperation im Rahmen der *Five Country Conference* hat Großbritannien bereits vor seinem geplanten Austritt aus der EU gezeigt, dass es in Fragen der Migration eher die Zusammenarbeit mit außereuropäischen Partnern sucht. Das allgemeine politische Klima in Europa, wie es auch während des ECDC Projekts immer wieder thematisiert wurde, lässt auch die Kooperationsbereitschaft der anderen EU Mitgliedstaaten im Hinblick auf den Umgang mit Migrant/innen gegenwärtig eher gering erscheinen. Die von WHO und ECDC vorgeschlagene Transformation eines sicherheitsorientierten Screenings auf Infektionskrankheiten, hin zu einem versorgungsorientierten und menschenrechtlich informierten Screening, das sich an umfassenden gesundheitlichen Bedürfnissen von Migrant/innen orientiert, wird auf Ebene der Nationalstaaten offenbar nicht von allen relevanten Akteur/innen vorbehaltlos geteilt. Während die vorliegende Arbeit dies für Deutschland und Großbritannien zeigen konnte, würden sich für eine weiterführende Forschung Diskursanalysen zu anderen Mitgliedstaaten der EU anbieten. Als besonders aufschlussreich könnten sich dabei Studien zu südlichen und östlichen Ländern der Union erweisen, in denen eine vergleichsweise hohe Anzahl an neuankommenden Geflüchteten zu verzeichnen ist. Eine derart starke Fokussierung auf einzelne Nationalstaaten, so ließe sich einwenden, läuft Gefahr, einem methodologischen Nationalismus (Wimmer und Glick-Schiller 2003) anheimzufallen. Auch der im Rahmen dieser Arbeit vollzogene Ländervergleich, sowie die Analyse überstaatlicher Zusammenhänge, haben den nationalstaatlichen Rahmen als relativ statische Bezugseinheit vorausgesetzt. Dem Verdacht eines methodologischen Nationalismus muss jedoch entgegengehalten werden, dass das Screening von Migrant/innen primär in nationalstaatlichen bzw. multilateralen Kontexten verhandelt wird. Zudem wurde gezeigt, dass die spezifischen historischen Entwicklungen und strukturellen Bedingungen in den jeweiligen Nationalstaaten von entscheidender Bedeutung sind, sowohl für die Praktiken, als auch für die sie begleitenden Diskurse.

Literatur- und Quellenverzeichnis

- Abubakar, Ibrahim, Robert Aldridge, Delan Devakumar, Miriam Orcutt, Rachel Burns, Mauricio Barreto, Poonam Dhavan, Fouad Fouad, Nora Groce, Yan Guo, Sally Hargreaves, Michael Knipper, Jaime Miranda, Nyovani Madise, Bernadette Kumar, Davide Mosca, Terry McGovern, Leonard Rubenstein, Peter Sammonds, Susan Sawyer, Kabir Sheikh, Stephen Tollman, Paul Spiegel und Cathy Zimmerman. 2018. The UCL-Lancet Commission on Migration and Health: the health of a world on the move. *Lancet* 392: 2606–2654
- Allgemeine Erklärung der Menschenrechte (AEMR). 1948. *Resolution der Generalversammlung der Vereinten Nationen* 217 A (III).
- All-Party Parliamentary Group on AIDS (APPGA). 2003. *Migration and HIV: Improving Lives in Britain. An Inquiry into the Impact of the UK Nationality and Immigration System on People Living with HIV*. London: APPGA.
- Armstrong, David. 2012. Screening: mapping medicine's temporal spaces. *Sociology of Health & Illness* 34(2):177-193.
- Armstrong, Natalie, und Helen Eborall. 2012. The sociology of medical screening: past, present and future. *Sociology of Health & Illness* 34(2):161-176.
- Aspinall, Peter. 2002. Collective Terminology to Describe the Minority Ethnic Population: The Persistence of Confusion and Ambiguity in Usage. *Sociology* 36(4):803-816.
- Asylverfahrensbeschleunigungsgesetz. 2015. *Bundesgesetzblatt* 40:1722-1735.
- Bayerischer Landtag. 2014. Schriftliche Anfrage der Abgeordneten Dr. Simone Strohmayr SPD vom 25.07.2014. *17. Wahlperiode* 17/3017:1-3.
- Berger, Peter, und Thomas Luckmann. 1980. *Die gesellschaftliche Konstruktion der Wirklichkeit. Eine Theorie der Wissenssoziologie*. Frankfurt a. M.: Fischer. [1966]
- Bivins, Roberta. 2015. *Contagious Communities. Medicine, migration, & the NHS in post war Britain*. Oxford: Oxford University Press.
- Blumer, Herbert. 1981. Der methodologische Standort des Symbolischen Interaktionismus. In *Alltagswissen, Interaktion und gesellschaftliche Wirklichkeit*, Hrsg. Arbeitsgruppe Bielefelder Soziologen, 80-146. Wiesbaden: Springer. [1969]

- Böhm, Andreas. 2012. Theoretisches Codieren: Textanalyse in der Grounded Theory. In *Qualitative Forschung. Ein Handbuch*, Hrsg. Uwe Flick, Ernst von Kardoff und Ines Steinke, 475-485. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt.
- British High Commission Singapore. 2013. Five Country Conference visa application centre opens in Singapore. <https://www.gov.uk/government/news/five-country-conference-visa-application-centre-opens-in-singapore> (Stand: März 2013). [Zugriff: 09.03.2019]
- Bröckling, Ulrich. 2008. Vorbeugen ist besser... Zur Soziologie der Prävention. *Behemoth. A Journal on Civilisation* 1:38-48.
- Bührmann, Andrea, und Werner Schneider. 2008. *Vom Diskurs zum Dispositiv: Eine Einführung in die Dispositivanalyse*. Bielefeld: transcript Verlag.
- Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (BAMF). 2016. *Das Bundesamt in Zahlen 2015. Asyl, Migration und Integration*. Nürnberg: BAMF.
- Cabinet Office. [undatiert]. Classification of Public Bodies: Guidance for Departments. https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/519571/Classification-of-Public-Bodies-Guidance-for-Departments.pdf. [Zugriff 04.03.2019]
- Carballo, Manuel. 2007. Communicable Diseases. In *Health and Migration in the European Union: Better Health for All in an Inclusive Society*, Hrsg. Ana Fernandes und José Pereira Miguel, 53-69. Lissabon: Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge.
- Clarke, Adele. 2012. *Situationsanalyse. Grounded Theory nach dem Postmodern Turn*. Wiesbaden: Springer VS.
- Clarke, Adele. 2015. From Grounded Theory to Situational Analysis: What's New? Why? How? In *Situational Analysis in Practice. Mapping Research with Grounded Theory*, Hrsg. Adele Clarke, Carrie Friese und Rachel Washburn, 84-118. Walnut Creek: Left Coast Press.
- Coker, Richard. 2003. *Migration, public health and compulsory screening for TB and HIV*. London: ippr.
- Coker, Richard. 2004. Compulsory screening of immigrants for tuberculosis and HIV. *BMJ* 328:298-300.
- Conservative Party. 2003. *Before It's Too late: A new agenda for public health*. London: Conservative Party.

- Department of Health (DOH). 2012. Department of health analysis of IOM data. Pre-entry screening of UK visa applicants for tuberculosis. In *Screening for tuberculosis and the immigration control*, Hrsg. UKBA, 26-42. https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/117948/tb-screening-review.pdf. [Zugriff: 09.03.2019]
- Deutsche AIDS-Hilfe (DAH). 2014. Deutsche AIDS-Hilfe: HIV-Zwangstests in Bayern jetzt abschaffen! <https://www.aidshilfe.de/meldung/deutsche-aids-hilfe-hiv-zwangstests-bayern-abschaffen> (Stand: August 2014). [Zugriff: 18.01.2018]
- Deutsche AIDS-Hilfe (DAH). 2015. Sachsen: Keine routinemäßigen HIV-Tests für Asylbewerber mehr. <https://www.aidshilfe.de/meldung/sachsen-keine-routinemassigen-hiv-tests-fur-asylbewerber-mehr> (Stand: September 2015). [Zugriff: 03.01.2019]
- Deutsche Netzwerk Evidenzbasierte Medizin (DNEbM). 2011. Definitionen. <https://www.ebm-netzwerk.de/was-ist-ebm/grundbegriffe/definitionen/> (Stand: Dezember 2011). [Zugriff 04.03.2019]
- Europäische Kommission. [Website (undatiert)]. Health Security Committee members. https://ec.europa.eu/health/preparedness_response/risk_management/hsc/members_en. [Zugriff: 09.03.2019]
- Europäische Kommission. 2009. Health Security in the European Union and Internationally. https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/preparedness_response/docs/commission_staff_healthsecurity_en.pdf (Stand: November 2009). [Zugriff: 09.03.2019]
- European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC). 2015. *Evidence-based guidance: Prevention of infectious diseases among newly arrived migrants in the EU/EEA. Meeting Report*. Stockholm: ECDC.
- European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC). 2016. *2nd Advisory group meeting to develop evidence-based guidance on prevention of infectious diseases among newly arrived migrants in the EU/EEA. Meeting Report*. Stockholm: ECDC.
- European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC). 2018. *Public health guidance on screening and vaccination for infectious diseases in newly arrived migrants within the EU/EEA*. Stockholm: ECDC.

- Fleck, Ludwig. 1980. *Entstehung und Entwicklung einer wissenschaftlichen Tatsache: Einführung in die Lehre von Denkstil und Denkkollektiv*. Frankfurt a.M.: Suhrkamp. [1935]
- Flick, Uwe. 2012. Triangulation in der qualitativen Forschung. In *Qualitative Forschung. Ein Handbuch*, Hrsg. Uwe Flick, Ernst von Kardoff und Ines Steinke, 309-318. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt.
- Foucault, Michel. 1978. *Dispositive der Macht*. Berlin: Merve.
- Foucault, Michel. 2014a. In Verteidigung der Gesellschaft. In *Biopolitik. Ein Reader*, Hrsg. Andreas Folkers und Thomas Lemke, 88-114. Berlin: Suhrkamp. [1976]
- Foucault, Michel. 2014b. Recht über den Tod und Macht zum Leben. In *Biopolitik. Ein Reader*, Hrsg. Andreas Folkers und Thomas Lemke, 65-87. Berlin: Suhrkamp. [1977]
- Frewer, Andreas, und Heiner Bielefeldt (Hrsg.). 2016. *Das Menschenrecht auf Gesundheit. Normative Grundlagen und aktuelle Diskurse*. Bielefeld: transcript Verlag.
- Gehring, Petra. 2006. *Was ist Biomacht? Vom zweifelhaften Mehrwert des Lebens*. Frankfurt a. M.: Campus.
- Gensini, Gian Franco, Magdi Yacoub und Andrea Conti. 2004. The concept of quarantine in history: from plague to SARS. *Journal of Infection* 49(4):257–261.
- Gesetz zur Modernisierung der epidemiologischen Überwachung übertragbarer Krankheiten. 2017. *Bundesgesetzblatt* 49:2615-2639.
- Gesetz zur Neuregelung des Asylverfahrens. 1992. *Bundesgesetzblatt* 1:1126-1146.
- Gesetz zur Verhütung und Bekämpfung übertragbarer Krankheiten beim Menschen (Bundes-Seuchengesetz) (BSeuchG). 1961. *Bundesgesetzblatt* 1:1012-1029.
- Gesetz zur Verhütung und Bekämpfung von Infektionskrankheiten beim Menschen (Infektionsschutzgesetz) (IfSG). 2000. *Bundesgesetzblatt* 33:1045-1077.
- Gesetz über das Asylverfahren (Asylverfahrensgesetz) (AsylVfG). 1982. *Bundesgesetzblatt* 1:946-954.
- Glaser, Barney, und Anselm Strauss. 2014. *The Discovery of Grounded Theory: Strategies for Qualitative Research*. New Brunswick: Aldine Transaction. [1967]
- Grove, Natalie, und Anthony Zwi. 2006. Our health and theirs: Forced migration, othering, and public health. *Social Science & Medicine* 62:1931-1942.
- Gushulak, Brian, und Douglas MacPherson. 2006a. *Migration, Medicine and Health. Principles and Practice*. Hamilton: BC Decker.

- Gushulak, Brian, und Douglas MacPherson. 2006b. The basic principles of migration health: Population mobility and gaps in disease prevalence. *Emerging Themes in Epidemiology* 3:3. [doi:10.1186/1742-7622-3-3]
- Health Protection Agency (HPA). 2006. *Migrant Health: Infectious diseases in non-UK born populations in England, Wales and Northern Ireland. A baseline report – 2006*. London: HPA.
- Health Protection Agency (HPA). 2012. Tuberculosis screening at Ports of Entry. In *Screening for tuberculosis and the immigration control*, Hrsg. UKBA, 43-86. https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/117948/tb-screening-review.pdf. [Zugriff: 09.03.2019]
- Hellenic Centre for Disease Control and Prevention (HCDCP/KEELPNO). 2014. Public health benefits of screening for infectious diseases among newly arrived migrants to the EU/EEA. <http://www.keelpno.gr/Home/tabid/124/ctl/Details/mid/761/ItemID/162/language/en-US/Default.aspx> (Stand: April 2014). [Zugriff: 28.11.2018]
- Hess, Sabine, Bernd Kasperek, Stefanie Kron, Mathias Rodatz, Maria Schwertl und Simon Sontowski (Hrsg.). 2016. *Der lange Sommer der Migration. Grenzregime III*. Berlin und Hamburg: Assoziation A.
- Home Office (HO). 2005. *Controlling our borders: Making migration work for Britain. Five year strategy for asylum and immigration*. Norwich: The Stationery Office.
- Home Office (HO). 2012. Migrant tuberculosis screening. <https://www.gov.uk/government/speeches/migrant-tuberculosis-screening> (Stand: Mai 2012). [Zugriff: 04.03.2019]
- Home Office (HO). 2013. UNHCR Resettlement Handbook Country Chapter GBR. United Kingdom of Great Britain and Northern Ireland. https://www.resettlement.eu/sites/icmc/files/UNHCR%20Resettlement%20Handbook_Country%20Chapters_UK.pdf (Stand: Juni 2013). [Zugriff: 09.03.2019]
- Home Office (HO). 2015. Syrian Vulnerable Person Resettlement (VPR) Programme. Guidance for local authorities and partners. <https://www.gov.uk/government/publications/syrian-vulnerable-person-resettlement-programme-fact-sheet#history> (Stand: Oktober 2017). [Zugriff: 09.03.2019]

- Home Office (HO). 2017. Syrian Vulnerable Persons Resettlement Scheme (VPRS) Guidance for local authorities and partners. https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/631369/170711_Syrian_Resettlement_Updated_Fact_Sheet_final.pdf (Stand: Juli 2017). [Zugriff: 09.03.2019]
- Jäger, Margarete, und Siegfried Jäger. 2007. *Deutungskämpfe. Theorie und Praxis kritischer Diskursanalyse*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Jayaweera, Hiranthi. 2019. The health of migrants in the UK: evidence and implications for health care. In *Ethical, Legal and Social Aspects of Health Care for Migrants. Perspectives from the UK and Germany*, Hrsg. Katja Kuehlmeier, Corinna Klingler und Richard Huxtable, 33-46. Abingdon und New York: Routledge.
- Joint Tuberculosis Committee of the British Thoracic Society (BTS). 2000. Control and prevention of tuberculosis in the United Kingdom: Code of Practice 2000. *Thorax* 55:887-901.
- Kärki, Tommi, Christian Napoli, Flavia Riccardo, Massimo Fabiani, Maria Grazia Dente, Manuel Carballo, Teymur Noori und Silvia Declich. 2014. Screening for Infectious Diseases among Newly Arrived Migrants in EU/EEA Countries – Varying Practices but Consensus on the Utility of Screening. *International Journal of Environmental Research and Public Health* 11:11004-11014.
- Kehr, Janina. 2010. Geographien der Gefahr. Wie Tuberkulose in Deutschland zu einer Migrantenkrankheit wird. In *Medizin im Kontext. Krankheit und Gesundheit in einer vernetzten Welt*, Hrsg. Hansjörg Dilger und Bernhard Hadolt, 161-179. Frankfurt a. M.: Peter Lang.
- Kehr, Janina. 2012. Blind spots and adverse conditions of care: screening migrants for tuberculosis in France and Germany. *Sociology of Health & Illness* 34(2):251-265.
- Keller, Reiner. 2007. Diskurse und Dispositive analysieren. Die Wissenssoziologische Diskursanalyse als Beitrag zu einer wissensanalytischen Profilierung der Diskursforschung. *Forum Qualitative Sozialforschung (FQS)* 8(2):19.
- Keller, Reiner. 2011a. *Diskursforschung. Eine Einführung für SozialwissenschaftlerInnen*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Keller, Reiner. 2011b. *Wissenssoziologische Diskursanalyse. Grundlegung eines Forschungsprogramms*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Kenny, Michael, und Nick Pearce. 2016. After Brexit. The Eurosceptic dream of an Anglosphere. *Juncture* 22(4):304-307.

- King, Nicholas. 2003. Immigration, Race and Geographies of Difference in the Tuberculosis Pandemic. In *The Return of the White Plague. Global Poverty and the 'New' Tuberculosis*, Hrsg. Matthew Gandy und Alimuddin Zumla, 39-54. London und New York: Verso.
- Klinkhammer, Gisela, und Heike Korzilius. 2014. Asylleistungen in Deutschland: Flüchtlinge sind Patienten dritter Klasse. *Deutsches Ärzteblatt* 111(13):540-543.
- Knoblauch, Hubert. 2001. Fokussierte Ethnographie. *Sozialer Sinn* 1:123-142.
- Krennerich, Michael. 2016. Das Menschenrecht auf Gesundheit. Grundzüge eines komplexen Rechts. In *Das Menschenrecht auf Gesundheit. Normative Grundlagen und aktuelle Diskurse*, Hrsg. Andreas Frewer und Heiner Bielefeldt, 57-92. Bielefeld: transcript Verlag.
- Lengwiler, Martin, und Jeannette Madarász. 2010. Präventionsgeschichte als Kulturgeschichte der Gesundheitspolitik. In *Das präventive Selbst. Eine Kulturgeschichte moderner Gesundheitspolitik*, Hrsg. Martin Lengwiler und Jeannette Madarász, 11-28. Bielefeld: transcript Verlag.
- Link, Jürgen. 2006. Zum Anteil der medialen Kollektivsymbolik an der Normalisierung der Einwanderung. In *Bilder als Diskurse – Bilddiskurse*, Hrsg. Sabine Maasen, Torsten Mayerhauser und Cornelia Renggli, 53-70. Weilerswist: Velbrück Wissenschaft.
- Littmann, Martina, Jeanette Sinha, Micha Löbermann. 2018. Infektionskrankheiten: Meldepflicht, Epidemiologie, Klinik, Labordiagnostik, Therapie, Prävention. Handbuch für den öffentlichen Gesundheitsdienst. Wiesbaden: mhp Verlag.
- Maglen, Krista. 2014. *The English System. Quarantine, immigration and the making of a Port Sanitary zone*. Manchester und New York: Manchester University Press.
- Mannheim, Karl. 2015. *Ideologie und Utopie*. Frankfurt a. M.: Klostermann. [1929]
- McGough, James, und Stephen Faraone. 2009. Estimating the Size of Treatment Effects. *Psychiatry (Edgmont)* 6(10):21–29.
- McInnes, Colin. 2015. The many meanings of health security. In *Routledge Handbook of Global Health Security*, Hrsg. Simon Rushton und Jeremy Youde, 7-17. Abingdon und New York: Routledge.
- Meuser, Michael, und Ulrike Nagel. 1991. ExpertInneninterviews – vielfach erprobt, wenig bedacht: ein Beitrag zur qualitativen Methodendiskussion. In *Qualitativ-*

- empirische Sozialforschung: Konzepte, Methoden, Analysen*, Hrsg. Detlef Garz und Klaus Kraimer, 441-471. Opladen: Westdeutscher Verlag.
- Mohammadzadeh, Zahra. 2000. HIV-Test und Ausgrenzung – Migration, Einreise- und Aufenthaltsbestimmungen. In *HIV-Test 2000. Bestandsaufnahme und Perspektiven*, Hrsg. Deutsche AIDS-Hilfe, 27-32. Berlin: Deutsche AIDS-Hilfe.
- National Audit Office (NAO). 2016. The Syrian Vulnerable Persons Resettlement programme. <https://www.nao.org.uk/wp-content/uploads/2016/09/The-Syrian-Vulnerable-Persons-Resettlement-programme.pdf> (Stand: September 2016). [Zugriff: 09.03.2019]
- Nationaler AIDS-Beirat (NAB). 2015. Votum 47: HIV-Diagnostik in der Erstuntersuchung von Asylsuchenden. https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/N/Nationaler_AIDS-Beirat/Votum_47_HIV-Diagnostik_in_der_Erstuntersuchung_von_Asylsuchenden.pdf (Stand: Oktober 2015). [Zugriff: 08.02.2018]
- Odukoya, Dennis, Hella von Unger und Penelope Scott. 2016. Screening auf HIV und Tuberkulose bei Migrant/innen in Deutschland und Großbritannien. *HIV&more* 1:40-43.
- Odukoya, Dennis. 2009. Westend urban_lab. Stigmatisierung und Instrumentalisierung von Migration in Debatten um das Münchner Westend. In *Crossing Munich. Beiträge zur Migration aus Kunst, Wissenschaft und Aktivismus*, Hrsg. Natalie Bayer, Andrea Engl, Sabine Hess und Johannes Moser, 24-27. München: Verlag Silke Schreiber.
- Oliver, David. 2018. Health tourism, immigration, and the NHS. *BMJ* 361:k2536
- Padilla, Beatriz und José Pereira Miguel. 2007. Health and Migration in the European Union: Building a Shared Vision for Action. In *Health and Migration in the European Union: Better Health for All in an Inclusive Society*, Hrsg. Ana Fernandes und José Pereira Miguel, 15-22. Lissabon: Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge.
- Peiro, María-José und Roumyana Benedict. 2010. Migrant health policy. The Portuguese and Spanish EU Presidencies. *Eurohealth* 16(1):1-4.
- Pereira, Ricardo. 2008. Processes of Securitization of Infectious Diseases and Western Hegemonic Power: A Historical-Political Analysis. *Global Health Governance* 2(1):1-15.

- Pieper, Marianne, Thomas Atzert, Serhat Karakayali, Vassilis Tsianos (Hrsg.). 2007. *Empirie und die biopolitische Wende. Die internationale Diskussion im Anschluss an Hardt und Negri*. Frankfurt a. M.: Campus.
- Pieper, Tobias. 2008. *Die Gegenwart der Lager: Zur Mikrophysik der Herrschaft in der deutschen Flüchtlingspolitik*. Münster: Westfälisches Dampfboot.
- Platts-Fowler, Deborah, und David Robinson. 2011. *An Evaluation of the Gateway Protection Programme. A Report Commissioned by the Home Office*. Sheffield: Centre for Regional Economic and Social Research.
- Public Health England (PHE). 2013. *UK pre-entry tuberculosis screening brief report 2013*. London: PHE.
- Public Health England (PHE). 2015. *UK pre-entry tuberculosis screening report 2014*. London: PHE.
- Public Health England (PHE). 2016. *UK pre-entry tuberculosis screening report 2015*. London: PHE.
- Raffle, Angela, und Muir Gray. 2009. *Screening. Durchführung und Nutzen von Vorsorgeuntersuchungen*. Bern: Hans Huber.
- Ralser, Michaela. 2013. Die Bio-Politik der Migrationsregime und die Normalität des Rassismus. In *Migrationsforschung als Kritik? Konturen einer Forschungsperspektive*, Hrsg. Paul Mecheril, Susanne Arens, Claus Melter, Oscar Thomas-Olalde und Elisabeth Romaner, 277-287.
- Ralser, Michaela. 2016. Die Illegitimen. Grenz- und Migrationsregime in biopolitischer Perspektive. *Österreichische Zeitschrift für Soziologie* 41:63-77.
- Rechel, Bernd, Philipa Mladovsky, Walter Devillé, Barbara Rijks, Roumyana Petrova-Benedict und Martin McKee (Hrsg.). 2011. *Migration and Health in the European Union*. Berkshire: Open University Press.
- Robert Koch-Institut (RKI). 2000. *Epidemiologisches Bulletin* 11:85-91.
- Robert Koch-Institut (RKI). 2002. *Epidemiologisches Bulletin* 11:86-96.
- Robert Koch-Institut (RKI). 2003. *Bericht zur Epidemiologie der Tuberkulose in Deutschland für 2001*. Berlin: RKI.
- Robert Koch-Institut (RKI). 2015a. Thorax-Röntgenuntersuchungen bei Asylsuchenden gemäß § 36 Absatz 4 IfSG. Stellungnahme des Robert Koch-Instituts.

- https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/T/Tuberkulose/Tuberkulose_Roentgen-Untersuchungen_Asylysuchende.html (Stand: Oktober 2015). [Zugriff: 03.03.2019]
- Robert Koch-Institut (RKI). 2015b. Vorscreening und Erstaufnahmeuntersuchung für Asylsuchende. https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GesundAZ/Content/A/Asylsuchende/Inhalt/Erstaufnahmeuntersuchung.pdf?_blob=publicationFile (Stand: November 2015). [Zugriff: 03.03.2019]
- Robert Koch-Institut (RKI). 2015c. Asylsuchende und Infektionsschutz. Allgemeine Hinweise zu Infektionsgefährdung und Schutzmaßnahmen. https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GesundAZ/Content/A/Asylsuchende/Inhalt/Infektionsschutz_allgemein.html (Stand: 20.11.2015). [Zugriff: 03.03.2019]
- Robert Koch-Institut (RKI). 2015d. *Epidemiologisches Bulletin* 27:239-260.
- Robert Koch-Institut (RKI). 2016 Informationen zum Ebolafieber-Ausbruch in Westafrika 2014/2015. https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/E/Ebola/Kurzinformation_Ebola_in_Westafrika.html (Stand: März 2016). [Zugriff: 03.03.2019]
- Robert Koch-Institut (RKI). 2017a. *Abschlussbericht der Studie „KABP-Studie mit HIV- und STI-Testangebot mit in Deutschland lebenden Migrant/innen aus Subsahara-Afrika (MiSSA)“*. Berlin: RKI.
- Robert Koch-Institut (RKI). 2017b. Das Leitbild des Robert Koch-Instituts. https://www.rki.de/DE/Content/Institut/Leitbild/Leitbild_node.html (Stand: September 2017). [Zugriff: 18.01.2018]
- Rose, Nikolas .2014. Die Politik des Lebens selbst. In *Biopolitik. Ein Reader*, Hrsg. Andreas Folkers und Thomas Lemke, 420-467. Berlin: Suhrkamp.
- Rosenbrock, Rolf. 2000. Der HIV-Test in der politischen Auseinandersetzung – ein persönlicher Rückblick. In *HIV-Test 2000. Bestandsaufnahme und Perspektiven*, Hrsg. Deutsche AIDS-Hilfe, 19-25. Berlin: Deutsche AIDS-Hilfe.
- Rushton, Simon, und Jeremy Youde (Hrsg.). 2015. *Routledge Handbook of Global Health Security*. Abingdon und New York: Routledge.
- Sanogo, Antje. 2011. Systematischer HIV-Test bei Flüchtlingen. *HIV&more* 2:49-51

- Schönwälder , Karen. 2001. Einwanderung und ethnische Pluralität. Politische Entscheidungen und öffentliche Debatten in Großbritannien und der Bundesrepublik von den 1950er bis zu den 1970er Jahren. Essen: Klartext.
- Schücking, Prosper. 2000. Zur Zulässigkeit von HIV-Antikörpertests und vergleichbaren Diagnosemethoden ohne Einwilligung der Patient(inn)en. In *HIV-Test 2000. Bestandsaufnahme und Perspektiven*, Hrsg. Deutsche AIDS-Hilfe, 123-125. Berlin: Deutsche AIDS-Hilfe.
- Schwab-Trapp, Michael. 2001. Diskurs als soziologisches Konzept. Bausteine für eine soziologisch orientierte Diskursanalyse. In *Handbuch sozialwissenschaftliche Diskursanalyse. Band 1: Theorien und Methoden*, Hrsg. Reiner Keller, Andreas Hirsland, Werner Schneider, Willy Viehöver, 261-285. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Schwab-Trapp, Michael. 2003. Methodische Aspekte der Diskursanalyse. Probleme der Analyse diskursiver Auseinandersetzungen am Beispiel der deutschen Diskussion über den Kosovokrieg. In *Handbuch sozialwissenschaftliche Diskursanalyse. Band 2: Forschungspraxis*, Hrsg. Reiner Keller, Andreas Hirsland, Werner Schneider, Willy Viehöver, 169-196. Opladen: Leske + Budrich.
- Scott, Penelope, Hella von Unger und Dennis Odukoya. 2017. A tale of two diseases: Discourses on TB, HIV/AIDS and im/migrants and ethnic minorities in the United Kingdom. *Social Theory & Health* 15(3):261-284.
- Sing, Andreas, und Wolfgang Hierl. 2015. Gesundheitsuntersuchungen nach dem Asylverfahrensgesetz. *Bayrisches Ärzteblatt* 9:422-423.
- Spallek, Jacob, und Oliver Razum. 2007. Gesundheit von Migranten: Defizite im Bereich der Prävention. *Medizinische Klinik* 6:451-456.
- Staatssekretärausschuß „AIDS“ der Bayerischen Staatsregierung. 1987. *Konzept der Bayerischen Staatsregierung zur Bekämpfung der Immunschwächekrankheit AIDS*. München: Bayerisches Staatsministerium des Innern.
- Stingelin, Martin (Hrsg.). 2003. *Biopolitik und Rassismus*. Frankfurt a. M.: Suhrkamp.
- Strauss, Anselm. 2004. Methodologische Grundlagen der Grounded Theory. In *Methodologie interpretativer Sozialforschung. Klassische Grundlagentexte*, Hrsg. Jörg Strübing und Bernt Schnettler, 429-451. [1987]

- Strübing, Jörg. 2008. *Grounded Theory. Zur sozialtheoretischen und epistemologischen Fundierung des Verfahrens der empirisch begründeten Theoriebildung*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Strübing, Jörg. 2013. *Qualitative Sozialforschung. Eine komprimierte Einführung für Studierende*. München: Oldenbourg Verlag.
- Taylor, Rosemary. 2013. The politics of securing borders and the identities of disease. *Sociology of Health & Illness* 35(2):241-254.
- Tempest, Matthew. 2003. Tories defend health tests for immigrants. *The Guardian* (04.08.2003) <https://www.theguardian.com/society/2003/aug/04/asylum.immigrationasylumandrefugees> [Zugriff: 03.03.2019]
- Terrence Higgins Trust (THT). 2006. Comments from Terrence Higgins Trust. <http://nuffieldbioethics.org/wp-content/uploads/Terrence-Higgins-Trust.pdf> (Stand: September 2006). [Zugriff: 03.03.2019]
- UK Border Agency (UKBA). 2010. Report of a PRIVACY IMPACT ASSESSMENT conducted by the UK Border Agency in relation to the HIGH VALUE DATA SHARING PROTOCOL amongst the immigration authorities of the FIVE COUNTRY CONFERENCE. https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/257229/pia.pdf. [Zugriff: 09.03.2019]
- UK Border Agency (UKBA). 2012. Screening for tuberculosis and the immigration control. https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/117948/tb-screening-review.pdf. [Zugriff: 09.03.2019]
- von Unger, Hella, Dennis Odukoya und Penelope Scott. 2016. Kategorisierung als diskursive Praktik: Die Erfindung der „Ausländertuberkulose“. In *Perspektiven wissenschaftssoziologischer Diskursforschung*, Hrsg. Saša Bosančić und Reiner Keller, 157-176. Wiesbaden: Springer VS.
- von Unger, Hella, Penelope Scott und Dennis Odukoya. 2018. Using SKAD to analyse classification practices in public health: methodological reflections on the research process. In *The Sociology of Knowledge Approach to Discourse. Investigating the Politics of Knowledge and Meaning-making*, Hrsg. Reiner Keller, Anna-Katharina Hornidge und Wolf Schünemann, 169-185. Abingdon und New York: Routledge.

- von Unger, Hella, Penelope Scott und Dennis Odukoya. 2019. Constructing im/migrants and ethnic minority groups as 'carriers of disease': Power effects of categorization practices in tuberculosis health reporting in the UK and Germany. *Ethnicities* [doi.org/10.1177/1468796819833426].
- Voß, Lieselotte. 2000a. HIV-Testpolitik und -Praxis in Deutschland. In *HIV-Test 2000. Bestandsaufnahme und Perspektiven*, Hrsg. Deutsche AIDS-Hilfe, 70-86. Berlin: Deutsche AIDS-Hilfe.
- Voß, Lieselotte. 2000b. HIV-Testpolitik und Testpraxis in Deutschland – eine Bestandsaufnahme. *Bundesgesundheitsblatt (Gesundheitsforschung und Gesundheitsschutz)* 9(43):683-693.
- Wellings, Ben, und Helen Baxendale. 2015. Euroscepticism and the Anglosphere: Traditions and Dilemmas in Contemporary English Nationalism. *Journal of Common Market Studies* 53(1):123-139.
- Welshman, John, und Alison Bashford. 2006. Tuberculosis, migration, and medical examination: lessons from history. *Journal of Epidemiology and Community Health* 60:282-284.
- Welshman, John. 2000. Tuberculosis and ethnicity in England and Wales, 1950-70. *Sociology of Health & Illness* 22(6):858-882.
- Welshman, John. 2003. Tuberculosis, 'Race', and Migration, 1950-70. *Medical Historian: The Bulletin of the Liverpool Medical History Society* 15:36-53.
- Welshman, John. 2006. Compulsion, Localism, and Pragmatism: The Micro-Politics of Tuberculosis Screening in the United Kingdom, 1950 – 1965. *Social History of Medicine* 19(2):295-312.
- Weltgesundheitsorganisation (WHO) Regionalbüro für Europa. [Website (undatiert)]. Zentrale Fragen für Migration und Gesundheit. <http://www.euro.who.int/de/health-topics/health-determinants/migration-and-health/migrant-health-in-the-european-region/migration-and-health-key-issues>. [Zugriff: 04.03.2019]
- Weltgesundheitsorganisation (WHO) Regionalbüro für Europa. 2015. Stepping up action on refugee and migrant health. Towards a WHO European framework for collaborative action. http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0008/298196/Stepping-up-action-on-refugee-migrant-health.pdf. [Zugriff: 09.03.2019]

- Wiedemann, Peter. 1991. Gegenstandsnahe Theoriebildung. In *Handbuch Qualitative Sozialforschung: Grundlagen, Konzepte Methoden und Anwendungen*, Hrsg. Uwe Flick, Ernst von Kardorff, Heiner Keupp, Lutz von Rosenstiel, Stephan Wolff, 440-445. München: Psychologie Verlags Union.
- Wiedl, Karl Heinz, und Peter Marschalck. 2001. Migration, Krankheit und Gesundheit: Probleme der Forschung, Probleme der Versorgung – eine Einführung. In *Migration und Krankheit*, Hrsg. Peter Marschalck und Karl Heinz Wiedl, 9-36. Osnabrück: Universitätsverlag Rasch.
- Wimmer, Andreas, und Nina Glick Schiller. 2003. Methodological Nationalism, the Social Sciences, and the Study of Migration: An Essay in Historical Epistemology. *International Migration Review* 37(3):576-610.
- Wörmann, Tanja, und Alexander Krämer. 2011. Communicable diseases. In *Migration and Health in the European Union*, Hrsg. Bernd Rechel, Philipa Mladovsky, Walter Devillé, Barbara Rijks, Roumyana Petrova-Benedict und Martin McKee, 121-138. Berkshire: Open University Press.
- Yano, Hisashi. 2001. Anwerbung und ärztliche Untersuchung von ›Gastarbeitern‹ zwischen 1955 und 1965. In *Migration und Krankheit*, Hrsg. Peter Marschalck und Karl Heinz Wiedl, 65-86. Osnabrück: Universitätsverlag Rasch.
- Zaiotti, Ruben (Hrsg.). 2016. *Externalizing Migration Management. Europe, North America and the spread of 'remote control' practices*. Abingdon und New York: Routledge.