

Handbuch Migration und Gesundheit

Jacob Spallek
Hajo Zeeb
(Hrsg.)

Grundlagen, Perspektiven
und Strategien

Handbuch Migration und Gesundheit

Handbuch Migration und Gesundheit

Jacob Spallek, Hajo Zeeb (Hrsg.)

Wissenschaftlicher Beirat Programmbereich Gesundheit

Ansgar Gerhardus, Bremen; Klaus Hurrelmann, Berlin; Petra Kolip, Bielefeld;
Milo Puhan, Zürich; Doris Schaeffer, Bielefeld

Jacob Spallek
Hajo Zeeb
(Hrsg.)

Handbuch Migration und Gesundheit

Grundlagen, Perspektiven und Strategien

unter Mitarbeit von

Birgit Babitsch
Anand Bhopal
Louise Biddle
Heidrun Biedermann
Kayvan Bozorgmehr
Tilman Brand
Gracia Braun
David Brinkmann
Patrick Brzoska
Heide Castañeda
Esperanza Diaz
Nico Dragano
Sonja Entringer
Emine Ergin-Akkoyun
Christiane Falge
Johannes Graf
Monika Habermann
Patricia Hänel
Thomas Hegemann
Wiebke Hübner
Ilhan Ilkic

Heike Jacobi-Wanke
Eva Jansen
Katja Kajikhina
Ahmet Kimil
Ulrike Kluge
Özlem Konar
Silke Kuhn
Bernadette N. Kumar
Thomas Lampert †
Martin Mlinarić
Zahra Mohammadzadeh
Lea-Marie Mohwinkel
Mike Mösko
Yudit Namer
Petra Narimani
Princella Nerlinger
Albert Nienhaus
Jannis Panagiotidis
Simone Penka
Lisa Peppler
Jenny Phillimore

Lisa Rau
Oliver Razum
Anna Reeske-Behrens
Ramazan Salman
Silja Samerski
Florence Samkange-Zeeb
Claudia Santos-Hövenner
Mihaela Savin
Anja Schablon
Liane Schenk
Florian Schimböck
Laura Scholaske
Maria Schumann
Marie Tallarek
Hanna-Sophie Ulrich
Nazan Ulusoy
Morten Wahrendorf
Tanja Wirth
Michael T. Wright
Tülan Yildirim
Heike Zurhold



Univ.-Prof. Dr. Jacob Spallek

FB Gesundheitswissenschaften
Brandenburgische TU Cottbus-Senftenberg
Universitätsplatz 1
01968 Senftenberg
Deutschland
E-Mail: jacob.spallek@b-tu.de

Prof. Dr. med. Hajo Zeeb

Leibniz-Institut für Präventionsforschung und Epidemiologie – BIPS GmbH
Abt. Prävention und Evaluation
Achterstraße 30
28359 Bremen
Deutschland
E-Mail: zeeb@leibniz-bips.de

Wichtiger Hinweis: Der Verlag hat gemeinsam mit den Autoren bzw. den Herausgebern große Mühe darauf verwandt, dass alle in diesem Buch enthaltenen Informationen (Programme, Verfahren, Mengen, Dosierungen, Applikationen, Internetlinks etc.) entsprechend dem Wissensstand bei Fertigstellung des Werkes abgedruckt oder in digitaler Form wiedergegeben wurden. Trotz sorgfältiger Manuskripterstellung und Korrektur des Satzes und der digitalen Produkte können Fehler nicht ganz ausgeschlossen werden. Autoren bzw. Herausgeber und Verlag übernehmen infolgedessen keine Verantwortung und keine daraus folgende oder sonstige Haftung, die auf irgendeine Art aus der Benutzung der in dem Werk enthaltenen Informationen oder Teilen davon entsteht. Geschützte Warennamen (Warenzeichen) werden nicht besonders kenntlich gemacht. Aus dem Fehlen eines solchen Hinweises kann also nicht geschlossen werden, dass es sich um einen freien Warennamen handelt.

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://www.dnb.de> abrufbar.

Dieses Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtes ist ohne Zustimmung des Verlages unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Kopien und Vervielfältigungen zu Lehr- und Unterrichtszwecken, Übersetzungen, Mikroverfilmungen sowie die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Anregungen und Zuschriften bitte an:

Hogrefe AG
Lektorat Gesundheit
Länggass-Strasse 76
3012 Bern
Schweiz
Tel. +41 31 300 45 00
info@hogrefe.ch
www.hogrefe.ch

Lektorat: Susanne Ristea, Sibylle Khoumeri
Bearbeitung: Thomas Koch-Albrecht, Münchwald/Hunsrück
Herstellung: René Tschirren
Umschlag: Claude Borer, Riehen
Satz: Claudia Wild, Konstanz
Druck und buchbinderische Verarbeitung: Multiprint OOD, Kostinbrod
Printed in Bulgaria

1. Auflage 2021

© 2021 Hogrefe Verlag, Bern

(E-Book-ISBN_PDF 978-3-456-95995-5)

(E-Book-ISBN_EPUB 978-3-456-75995-1)

ISBN 978-3-456-85995-8

<http://doi.org/10.1024/85995-000>

Dank

Besonderer Dank gilt den Ko-Editor*innen, die die Kapiteleinleitungen und gemeinsam ein zusammenfassendes Schlusswort für dieses Werk erstellt haben.

Buchteil I: Phänomen Migration – Politik und Geschichte

Zahra Mohammadzadeh, Ahmet Kimil

Buchteil II: Forschung und Theorien

Florence Samkange-Zeeb, Martin Mlinarić

Buchteil III: Arbeitswelt

Martin Mlinarić, Nazan Ulusoy

Buchteil IV: Versorgung und Praxis

Ahmet Kimil, Zahra Mohammadzadeh und Tülan Yildirim

Buchteil V: Themen und Gruppen der Migration

Florence Samkange-Zeeb, Emine Ergin-Akkoyun und Princesella Nerlinger

Buchteil VI: Prävention und Gesundheitsförderung

Tülan Yildirim, Marie Tallarek

Schlusswort: Zur partizipativen Entstehung dieses Handbuchs – Rückblick und Empfehlungen

Emine Ergin-Akkoyun, Martin Mlinarić, Zahra Mohammadzadeh, Florence Samkange-Zeeb, Marie Tallarek, Nazan Ulusoy, Tülan Yildirim

Nutzungsbedingungen

Der Erwerber erhält ein einfaches und nicht übertragbares Nutzungsrecht, das ihn zum privaten Gebrauch des E-Books und all der dazugehörigen Dateien berechtigt.

Der Inhalt dieses E-Books darf von dem Kunden vorbehaltlich abweichender zwingender gesetzlicher Regeln weder inhaltlich noch redaktionell verändert werden. Insbesondere darf er Urheberrechtsvermerke, Markenzeichen, digitale Wasserzeichen und andere Rechtsvorbehalte im abgerufenen Inhalt nicht entfernen.

Der Nutzer ist nicht berechtigt, das E-Book – auch nicht auszugsweise – anderen Personen zugänglich zu machen, insbesondere es weiterzuleiten, zu verleihen oder zu vermieten.

Das entgeltliche oder unentgeltliche Einstellen des E-Books ins Internet oder in andere Netzwerke, der Weiterverkauf und/oder jede Art der Nutzung zu kommerziellen Zwecken sind nicht zulässig.

Das Anfertigen von Vervielfältigungen, das Ausdrucken oder Speichern auf anderen Wiedergabegeräten ist nur für den persönlichen Gebrauch gestattet. Dritten darf dadurch kein Zugang ermöglicht werden.

Die Übernahme des gesamten E-Books in eine eigene Print- und/oder Online-Publikation ist nicht gestattet. Die Inhalte des E-Books dürfen nur zu privaten Zwecken und nur auszugsweise kopiert werden.

Diese Bestimmungen gelten gegebenenfalls auch für zum E-Book gehörende Audio-dateien.

Anmerkung

Sofern der Printausgabe eine CD-ROM beigelegt ist, sind die Materialien/Arbeitsblätter, die sich darauf befinden, bereits Bestandteil dieses E-Books.

Inhaltsverzeichnis

Dank	5
Vorwort	21
<hr/>	
Buchteil I: Phänomen Migration – Politik und Geschichte	23
Einführung	25
<i>Zahra Mohammadzadeh, Ahmet Kimil</i>	
1 Kritische Betrachtung des Begriffes und der Definitionen eines „Migrationshintergrundes“	29
<i>Ulrike Kluge, Lisa Rau</i>	
1.1 Einleitung	29
1.2 Differenzierung zwischen Migration, Ethnie und Kultur	32
1.3 Bedeutung für die Praxis in Klinik und Forschung	34
1.4 Fazit	34
2 Zur Geschichte der Migration nach und aus Deutschland und Europa seit dem 19. Jahrhundert	37
<i>Jannis Panagiotidis</i>	
2.1 Einleitung	37
2.2 Europäische Migration vor dem Ersten Weltkrieg	38
2.3 „Europe on the move“: Das Zeitalter der Weltkriege	38
2.4 Nachkriegsmigration: Süd-Nord statt Ost-West	40
2.5 Migration nach dem Kalten Krieg: Süd-Nord und Ost-West	41
2.6 2015 im Kontext von globaler Fluchtmigration	43
3 Health policy and systems responses to forced migration: the case of Norway	47
<i>Bernadette N. Kumar, Anand Bhopal, Esperanza Diaz</i>	
3.1 Introduction	47

3.2	Norway	48
3.2.1	Migration to Norway	48
3.2.2	Health impacts of migration	49
3.2.3	Integration policies and attitudes to migration	49
3.3	Health policy objectives and frameworks	49
3.3.1	Health system	49
3.4	Steering mechanisms	50
3.4.1	Surveillance and complaint mechanisms	50
3.4.2	A national strategy on immigrant health 2013–2017	50
3.5	Rights and entitlements to health care	51
3.5.1	Regular migrants	51
3.5.2	Asylum seekers	51
3.5.3	Undocumented migrants	52
3.6	Forced migration and detention	52
3.6.1	Barriers to obtaining entitlement	53
3.7	Implications for public health	53
3.8	Healthcare for undocumented migrants	54
3.9	How can these challenges be addressed?	54
4	Soziodemografie der Bevölkerung mit Migrationshintergrund und rechtliche Grundlagen des Aufenthalts ausländischer Staatsangehöriger	57
	<i>Özlem Konar, Johannes Graf</i>	
4.1	Bevölkerung mit Migrationshintergrund	57
4.2	Ausländische Bevölkerung	62
5	Kommunikation und Ethik in interkulturellen Behandlungssituationen	67
	<i>Ilhan Ilkilic</i>	
5.1	Einführung	67
5.2	Interkulturalität in Behandlungssituationen	68
5.3	Interkulturelle Kommunikation im Gesundheitswesen	69
5.3.1	Formen und Charakter der Sprachbarrieren	70
5.3.2	Erforderliche Kompetenzen von Dolmetscher*innen in interkulturellen Behandlungssituationen	72
5.3.3	Filtern und Zensur der Informationen durch Patient*innenangehörige als ethisches Problem	73
5.4	Fazit	75

Buchteil II: Forschung und Theorien	77
Einführung	79
<i>Florence Samkange-Zeeb, Martin Mlinarić</i>	
6 Epidemiologische Erklärungsmodelle für den Zusammenhang zwischen Migration und Gesundheit	81
<i>Jacob Spallek, Oliver Razum</i>	
6.1 Einleitung	81
6.2 Gesundheit von Migrant*innen – Erklärungsmodelle	81
6.2.1 Paradox des/der gesunden Migrant*in	81
6.2.2 Modell des gesundheitlichen Übergangs	82
6.2.3 Lebenslaufmodell zu Migration und Gesundheit	83
6.2.4 Die zweite und folgende Generationen	84
6.3 Soziale Determinanten	86
6.3.1 Migration und die soziale Position	86
6.3.2 Soziale Kohäsion	86
6.3.3 Soziales und biologisches Geschlecht	87
6.4 Fazit	88
7 Was wissen wir aus empirischen Studien und was nicht?	91
<i>Hajo Zeeb, Tilman Brand</i>	
7.1 Einleitung	91
7.2 Gesundheit, Krankheit und Migration: empirische Studien	91
7.3 Daten zur Mortalität	93
7.4 Studien bei Kindern und Jugendlichen	95
7.5 Ältere Menschen mit Migrationshintergrund	96
7.6 Empirische Studien zur Versorgung und Rehabilitation	96
7.7 Fazit	98
8 Vielfalt planen? Methodische Grundlagen eines diversitätssensiblen Forschungsdesigns	101
<i>Liane Schenk</i>	
8.1 Einleitung	101
8.2 Ansätze zur Teilnehmer*innenauswahl und -gewinnung	102
8.3 Erreichbarkeit und (Nicht-)Teilnahmemotive	103
8.4 Repräsentativität und Validität	104
8.5 Operationalisierung des Migrationsstatus	105
8.6 Herausforderungen und Ressourcen	106
8.6.1 Fragebogenübersetzung	107

9	„Intersektionalität“ als De-Zentrierung und kritischer Perspektivwechsel in der sozialepidemiologischen Migrationsforschung	111
	<i>Martin Mlinarić, Hanna-Sophie Ulrich</i>	
9.1	Einleitung	111
9.2	Was ist „Intersektionalität“? Kategorien, Machtverhältnisse und Institutionen	113
9.3	Das analytische „Brennglas“ einer intersektionalen Methodologie	114
9.4	Potenziale für eine intersektionale Sozialepidemiologie aus quantitativer Perspektive	115
9.5	Methodische Barrieren, zukünftige Entwicklungen und Kritik	116
9.6	Diskussion und Fazit	117
10	„Categorical fetishism“ and „othering“ in (and through) migration research	123
	<i>Yudit Namer</i>	
10.1	Categorical fetishism and othering	123
10.2	Categorical fetishism and othering in migration and health research	125
10.3	Ethics of the other: Avoiding categorical fetishism and othering in migration and health research	127
11	Akkulturation und Diskriminierung: Fallstricke und Potenziale zweier Konzepte in der Gesundheitsforschung	133
	<i>Katja Kajikhina, Maria Schumann</i>	
11.1	Einleitung	133
11.2	Akkulturation	134
11.3	Anwendung, Operationalisierung und Messung des Konstrukts in der epidemiologischen Forschung	135
11.4	Bewertung des Konzepts und Einsatz in der epidemiologischen Forschung	136
11.5	Was ist Diskriminierung?	137
11.6	Diskriminierung und Gesundheit	138
11.7	Erhebung von Diskriminierung in der Gesundheitsforschung	139
11.8	Fazit	141
12	Migration und Generation(en)	147
	<i>Lisa Pepler</i>	
12.1	Einleitung	147
12.2	„Erste“ und „zweite Generation“: Auf- und Niedergang einer Klassifizierung	148
12.3	Generation als Analysekategorie im Migrationskontext am Beispiel der türkisch-deutschen Medizinermigration seit den 1960er-Jahren	150

12.3.1 Die migrierte Generation	151
12.3.2 Die türkisch-deutsche Medizinermigration im generationellen Wandel und die (west-) deutsche Gesundheitsversorgung	153
<hr/>	
Buchteil III: Arbeitswelt	157
Einführung	159
<i>Martin Mlinarić, Nazan Ulusoy</i>	
13 Ergebnisse rehabilitativer Versorgung bei Menschen mit Migrationshintergrund in Deutschland	161
<i>Patrick Brzoska, Oliver Razum</i>	
13.1 Einleitung	161
13.2 Inanspruchnahme rehabilitativer Versorgung	162
13.3 Zufriedenheit mit der rehabilitativen Versorgung	163
13.4 Versorgungsergebnisse	163
13.5 Barrieren in der Versorgung	166
13.6 Umsetzung einer diversitätssensiblen Versorgung in der Rehabilitation	167
14 Arbeit und Gesundheit bei Beschäftigten mit Migrationshintergrund in Deutschland	171
<i>Nico Dragano, Morten Wahrendorf</i>	
14.1 Einleitung	171
14.1.1 Gegenstand: Arbeit und Gesundheit	172
14.1.2 Beschäftigte mit Migrationshintergrund: Besonderheiten	172
14.2 Studien zu spezifischen Arbeitsbelastungen	174
14.3 Studien zu Indikatoren der Arbeitsgesundheit (Beanspruchung)	175
14.4 Stand der Forschung und offene Fragen	176
14.5 Eigene Auswertungen des European Working Conditions Survey	176
14.6 Fazit und Ausblick	178
15 Interkulturelle Kompetenz in der beruflichen Pflegeausbildung: Herausforderungen und Empfehlungen für die pädagogische Praxis	181
<i>Marie Tallarek, Heike Jacobi-Wanke, Florian Schimböck</i>	
15.1 Einleitung	181
15.2 Rechtliche Regelungen zur Ausbildung in den Pflegeberufen	182
15.3 Pädagogische Diskurse zum Umgang mit Diversität	182
15.4 Modelle und Theorien zu trans- bzw. interkultureller Kompetenz in der Pflege (-ausbildung)	183

15.4.1	Transkulturelle Kompetenz in der Pflege nach Domenig	183
15.4.2	Das „Heuristische Modell zur Interpretation interkultureller Begegnungen“ nach Auernheimer	183
15.5	Handlungsempfehlungen	188
15.6	Fazit	190
16	Belastungen und Beanspruchungen von Pflegekräften mit und ohne Migrationshintergrund: eine quantitative Analyse in der Altenpflege	195
	<i>Nazan Ulusoy, Tanja Wirth, Anja Schablon, Albert Nienhaus</i>	
16.1	Einleitung	195
16.2	Ziele und Methoden	196
16.3	Ergebnisse	197
16.3.1	Studienpopulation	197
16.3.2	Ergebnisse der COPSOQ-Skalen	197
16.4	Diskussion	200
17	Integration migrierter Ärzt*innen in die deutsche „Gesundheitsversorgung“ am Beispiel von Rehabilitationskliniken	207
	<i>Eva Jansen, Patricia Hänel</i>	
17.1	Einleitung	207
17.2	Projekte zur Integration von ÄiM in Rehabilitationseinrichtungen	208
17.3	Ergebnisse aus der empirischen, qualitativen Studie	209
17.3.1	Herausforderungen und Chancen von ÄiM in deutschen Rehabilitationseinrichtungen	209
17.3.2	Soziale Integration von ÄiM in rehabilitativen Einrichtungen	210
17.3.3	Zusammenarbeit und Führung im interkulturellen Team	211
17.4	Entwicklung und Evaluation: Maßnahmen der strukturierten Transition	212
<hr/>		
	Buchteil IV:	
	Versorgung und Praxis	217
	Einführung	219
	<i>Ahmet Kimil, Zahra Mohammadzadeh, Tülan Yildirim</i>	
18	Health and superdiversity: new ways of thinking about migration and health	221
	<i>Jenny Phillimore</i>	
18.1	Introduction	221
18.2	Understanding diversity and healthcare	222
18.3	The emergence of superdiversity	223

18.4	Healthcare for the diverse	224
18.5	Challenges of superdiversity	225
18.6	Superdiversity and the implications of the diversification of diversity	226
18.7	Researching the diversification of diversity and fragmentation	227
18.8	Where next?	228
19	Mehrsprachigkeit in der Gesundheitsversorgung	233
	<i>Mike Mösko</i>	
19.1	Einleitung	233
19.2	Mehrsprachigkeit	233
19.3	Sprachbarrieren in der Versorgung aufseiten der Patient*innen	234
19.4	Sprachbarrieren und Sprachkompetenzen aufseiten der Behandler*innen	235
19.5	Ansätze zur Überwindung der Sprachbarrieren	236
19.6	Qualifiziertes Dolmetschen im Gesundheitswesen	237
19.7	Zugang zu professionellen Dolmetscher*innen	238
19.8	Qualifikation von Dolmetscher*innen	239
19.9	Fazit	240
20	Das Jahr 2015 und die Reaktion des Gesundheitssystems: Bilanz aus einer Resilienzperspektive	245
	<i>Kayvan Bozorgmehr, Louise Biddle, Oliver Razum</i>	
20.1	Einleitung	245
20.2	Deutschland – ein Einwanderungsland	247
20.3	Fluchtmigration nach Deutschland 1990–2010: zwei Dekaden verpasster Chancen	247
20.4	Das Jahr 2015: von Absorption und Adaption zur Transformation	249
	20.4.1 Bereitschaft des Systems und absorptive Kapazitäten	250
	20.4.2 Adaptive Kapazitäten	252
	20.4.3 Transformative Kapazitäten	253
20.5	Fazit	254
21	Auf dem Weg zu einem diversitätssensiblen Gesundheitsmonitoring	259
	<i>Claudia Santos-Hövenner, Thomas Lampert</i>	
21.1	Einleitung	260
21.2	Bisherige Einbeziehung von Menschen mit Migrationshintergrund im Rahmen des Gesundheitsmonitorings des RKI	260

21.2.1	Maßnahmen im Rahmen der Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland (KiGGS)	260
21.2.2	Maßnahmen im Rahmen der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1) und der Studie Gesundheit in Deutschland aktuell (GEDA)	262
21.3	Weitere Herausforderungen in der Datenlage zu Migration und Gesundheit . . .	262
21.4	Entwicklung von Strategien	262
21.4.1	Erreichbarkeit von Menschen mit Migrationshintergrund in Befragungs- und Untersuchungssurveys	263
21.4.2	Anpassung und Weiterentwicklung von inhaltlichen Konzepten	264
21.4.3	Ausbau der Gesundheitsberichterstattung	265
21.4.4	Gewährleistung von Diversity-Sensibilität	267
21.4.5	Vernetzung mit Akteur*innen und Partizipation von Menschen mit Migrationshintergrund	267
21.5	Ausblick auf den nächsten Befragungs- und Untersuchungssurvey am RKI . . .	268
21.6	Fazit	268
22	Pflegeversorgung von Menschen mit Migrationshintergrund	273
	<i>Monika Habermann, Heidrun Biedermann</i>	
22.1	Einleitung	273
22.2	Pflegebedarf von Menschen mit Migrationshintergrund	275
22.3	Interkulturelle Öffnung	277
22.4	Fazit	279
23	Interkulturelle Kompetenz in der psychosozialen Versorgung	283
	<i>Thomas Hegemann</i>	
23.1	Einführung	283
23.2	Psychiatrie und Kultur	284
23.3	Anforderungen an eine kultursensible Psychiatrie	285
23.4	Persönliche interkulturelle Kompetenz	286
23.4.1	Gesundheit und Krankheit	286
23.4.2	Soziale Rollen	287
23.4.3	Eigene kulturelle Traditionen	287
23.4.4	Soziale Lebenswirklichkeit	288
23.5	Institutionelle interkulturelle Kompetenz	288
23.5.1	Migrationssensible und kulturorientierte Organisationsentwicklung . .	289
23.5.2	Auf diverse Patient*innengruppen zugeschnittene Serviceangebote . .	291
23.5.3	Pflege des Kontakts zu den Communities und Aufbau von Netzwerken	291
23.5.4	Kulturorientierte Personalentwicklung	292
23.6	Fazit	292

Buchteil V:**Themen und Gruppen der Migration** 295**Einführung** 297*Florence Samkange-Zeeb, Emine Ergin-Akkoyun, Princella Nerlinger***24 Migration, Substanzkonsum und andere Suchtproblematiken** 299*Silke Kuhn und Heike Zurhold*

24.1 Einleitung 299

24.2 Alkohol 301

24.3 Illegale Substanzen 303

24.3.1 Opiate und Opioide 303

24.3.2 Khat 304

24.4 Pathologisches Spielen 305

24.5 Suchthilfe 306

24.5.1 Menschen mit Migrationshintergrund im deutschen Suchthilfesystem 306

24.5.2 Kulturspezifisches Suchtverständnis 308

25 Psychische Gesundheit von Migrantinnen und Migranten in Deutschland . . . 313*Simone Penka, Mihaela Savin*

25.1 Einleitung 313

25.2 Psychische Erkrankungen bei Menschen mit Migrationshintergrund
in Deutschland 314

25.2.1 Die Prävalenz psychischer Störungen insgesamt 314

25.2.2 Die Prävalenz ausgewählter psychischer Störungsbilder
bei Menschen mit Migrationshintergrund 317

25.3 Schlussfolgerungen 319

**26 Praktische Relevanz des intersektionalen Ansatzes für die Gesundheits-
versorgung am Beispiel von unbegleiteten minderjährigen Geflüchteten** . . . 327*Hanna-Sophie Ulrich, Martin Mlinarić*

26.1 Einleitung 327

26.2 Makroebene der Förderung intersektionaler Gesundheitsversorgung 328

26.3 Implementierung eines intersektionalen Ansatzes auf Mikroebene 330

26.4 Trauma 330

26.5 Identität 331

26.6 Diskriminierung 332

26.7 Praxisrelevanz von Konzepten, Kategorien und Kultur
in der Gesundheitsversorgung 333

26.8	Interaktion und Kommunikation in der Versorgung	334
26.9	Zusammenfassung	335
27	Migration und Geschlecht	339
	<i>Birgit Babitsch</i>	
27.1	Einleitung	339
27.2	Migration – Eckdaten zu Deutschland	340
27.3	Gesundheit von Migrant*innen	341
27.4	Zusammenspiel von Migration und Geschlecht: Konsequenzen für Erklärungsansätze auch gesundheitlicher Unterschiede	344
27.5	Ungleichheiten im intersektoralen Gewand – Konsequenzen für Forschung und Praxis	347
28	Intergenerationale Übertragung von Migrationserfahrungen und fetale Programmierung von Krankheit und Gesundheit	351
	<i>Laura Scholaske, Jacob Spallek, Sonja Entringer</i>	
28.1	Einleitung	351
28.2	Gesundheit im Kontext von Schwangerschaft, Geburt und frühen Lebensjahren bei Müttern und Kindern mit Migrationshintergrund	352
	28.2.1 Mütterliche Gesundheit in der Schwangerschaft	352
	28.2.2 Geburtsmodus, Frühgeburtlichkeit und Geburtsgewicht	354
	28.2.3 Gesundheit in frühen Lebensjahren	355
28.3	Mechanismen der intergenerationalen Übertragung von Gesundheitsdisparitäten	356
28.4	Fazit	358
29	Migrant*innen ohne Dokumente	369
	<i>Heide Castañeda</i>	
29.1	Einleitung	369
29.2	Strukturelle Faktoren, die den Zugang zur Gesundheitsversorgung beeinflussen	370
29.3	Prekarität und Unsicherheit	370
29.4	Strategien	372
29.5	Die Situation in Deutschland	373
30	Gesundheitliche Situationen von unbegleiteten minderjährigen Flüchtlingen	377
	<i>Lea-Marie Mohwinkel</i>	
30.1	Einleitung	377

30.2	Aktuelle Forschungsergebnisse zur physischen Gesundheit von unbegleiteten minderjährigen Flüchtlingen	378
30.2.1	Infektionen, übertragbare Erkrankungen	378
30.2.2	Nicht übertragbare Erkrankungen und sonstige Versorgungsbedarfe . .	380
30.3	Aktuelle Forschungsergebnisse zur psychischen Gesundheit von unbegleiteten minderjährigen Flüchtlingen	382
30.3.1	Posttraumatische Belastungsstörungen (PTBS)	382
30.3.2	Depressionen und Angststörungen	383
30.3.3	Verhaltensauffälligkeiten, Suizidalität und sonstige Indikatoren der psychischen Gesundheit	383
30.3.4	Entwicklung der psychischen Gesundheit im Aufnahmeland, Ressourcen und Schutzfaktoren	384
30.4	Implikationen für die Praxis	385
31	Gesundheitliche Dimensionen von Rassismus und Diskriminierung	389
	<i>Gracia Braun, Hajo Zeeb</i>	
31.1	Einleitung	389
31.2	Was bedeutet Rassismus und rassistische Diskriminierung?	390
31.3	Rassistische Diskriminierung im Gesundheitswesen	390
31.4	Einfluss rassistischer Diskriminierung auf die Gesundheit	392
31.5	Fazit	394
32	Medizinethnologie im Anwendungskontext: theoretische und methodische Orientierungen im Stadtteillabor Bochum	397
	<i>Christiane Falge</i>	
32.1	Einleitung	397
32.2	Medizinethnologie im Anwendungskontext: theoretische und methodische Orientierungen im Stadtteillabor Bochum-Hustadt	398
32.3	Ergebnisse aus dem Stadtteillabor Bochum	400
32.4	Fazit	404
33	Gesundheitsversorgung von Flüchtlingen	407
	<i>Zahra Mohammadzadeh</i>	
33.1	Der rechtliche Rahmen für die Gesundheitsversorgung von Flüchtlingen	407
33.2	Das Problem der Kommunikation	410
33.3	Eine weitergehende Gesundheitsversorgung der Flüchtlinge ist trotzdem möglich	410
33.4	Das Bremer Modell der Gesundheitsversorgung für Flüchtlinge	411

Buchteil VI:

Prävention und Gesundheitsförderung	417
Einführung	419
<i>Tülan Yildirim, Marie Tallarek</i>	
34 Health Literacy und Empowerment	421
<i>Silja Samerski</i>	
34.1 Einleitung	421
34.2 Theoretischer Rahmen	423
34.2.1 Der Begriff „Health Literacy“	423
34.2.2 Gesundheitskompetenz als soziale Praxis	424
34.3 Lebensweltorientierte Gesundheitskompetenz	425
34.3.1 Die soziale Dimension von Health Literacy: Wissen und soziale Beziehungen	425
34.3.2 Gesundheitswissen hat heterogene Quellen und ist multidimensional	427
34.3.3 Gesundheitsinformation und somatisches Wissen	427
34.4 Lebensweltorientierte Gesundheitskompetenz	428
34.5 Fazit	429
35 Diversity-Mainstreaming in der kommunalen Gesundheitsförderung: Aspekte der Kultursensibilität in der Ausgestaltung lebensweltorientierter Gesundheitsförderung	433
<i>Anna Reeske-Behrens</i>	
35.1 Einleitung	433
35.2 Lebensweltbezogene Gesundheitsförderung zur Stärkung der gesundheitlichen Chancengleichheit	434
35.3 Aspekte der Umsetzung kultursensibler kommunaler Gesundheitsförderung	435
35.3.1 Förderung von Kooperation und Vernetzung der lokalen Akteure und Institutionen	435
35.3.2 Unterstützung von Prozessen des niederschweligen Zugangs	437
35.3.3 Förderung der partizipativen Einbindung von Migrant*innen	438
35.3.4 Kultursensible Gesundheitskommunikation und Angebote	439
35.3.5 Entwicklung einer gesamtkommunalen Gesundheits- förderungsstrategie	440
35.4 Fazit	440
36 Partizipation in der Gesundheitsförderung und Prävention mit Migrant*innen	445
<i>Petra Narimani, Michael T. Wright</i>	
36.1 Einleitung	445
36.2 Die Anwendung des Partizipationsmodells im Bereich Gesundheit und Migration	445

36.3	Der Mehrwert der Partizipation für die Gesundheitsförderung und Prävention mit Migrant*innen	449
36.3.1	Die kritische Reflexion von Begrifflichkeiten und Kategorien	450
36.3.2	Die Neu-Definition von Gruppen und das Erkennen unterschiedlicher Bedarfe	450
36.3.3	Die Offenlegung von Ungleichbehandlung und Ausgrenzung	451
36.3.4	Die Entwicklung wirksamer Präventionskonzepte in unterschiedlichen „Sprachen“	451
36.4	Schritte in Richtung Partizipation	452
37	Capacity Building „mit Migrant*innen für Migrant*innen“ – Das MiMi-Programm zur interkulturellen Gesundheitsförderung bei zugewanderten Bevölkerungsgruppen	455
	<i>Ahmet Kimil, David Brinkmann, Ramazan Salman</i>	
37.1	Einleitung	455
37.2	Capacity Building in der Gesundheitsförderung	456
37.3	„Mit Migranten für Migranten“ – Capacity Building und Empowerment zur Stärkung der Gesundheitskompetenz	456
37.4	„MiMi“ als bundesweites Capacity-Building- und Präventionsprogramm – die MiMi-Gesundheitsinitiative Deutschland	458
37.5	Standardisierung, Qualitätssicherung und Evaluation	458
37.6	Verbreitung, Impact, Forschung und Nachhaltigkeit	459
37.7	Übertragbarkeit und Weiterentwicklung	461
37.8	Fazit	461
38	Sensible und spezifische Ansätze zur Prävention und Gesundheitsförderung bei Menschen mit Migrationshintergrund	465
	<i>Wiebke Hübner</i>	
38.1	Individuelle Gesundheitsprofile, Teilnahme an Prävention und die Notwendigkeit gezielter Gesundheitsförderung	465
38.2	Migrationssensibilität und -spezifität	467
38.3	Präventionsprogramme für Menschen mit Migrationshintergrund – eine Bestandsaufnahme	469
	Zur partizipativen Entstehung dieses Handbuchs: Rückblick und Empfehlungen	473
	<i>Emine Ergin-Akkoyun, Martin Mlinarić, Zahra Mohammadzadeh, Florence Samkange-Zeeb, Marie Tallarek, Nazan Ulusoy, Tülan Yildirim</i>	
	Abkürzungsverzeichnis	475
	Autorenverzeichnis	479
	Sachwortverzeichnis	487

Vorwort

Deutschland ist ein Einwanderungsland. Die Zu- und Abwanderung von Menschen gehört seit jeher zur Normalität und Identität Deutschlands. Migration beeinflusst alle Aspekte der Gesellschaft und ist damit auch ein zentrales Thema von Public Health. Das Themenfeld Migration und Gesundheit wurde erstmalig umfassend in einem vom Robert Koch-Institut herausgegebenen Band im Jahr 2008 bearbeitet. Seitdem hat es viel neue Forschung, aber auch Veränderungen und neue Entwicklungen bei Zuwanderung und demografischem Wandel gegeben. Und auch gesundheitliche Versorgung, Prävention und Gesundheitsförderung samt der zugrunde liegenden Strategien haben sich vielfach neuen Aufgaben gestellt und Antworten entwickelt: teils erfolgreich, teils auch noch nicht.

Migration und Gesundheit müssen nicht reflexhaft zusammen gedacht werden: Das grundsätzliche Recht auf Gesundheit wird aber oft durch die volatilen Umstände einer Migration über Grenzen hinweg (manchmal jedoch auch bei Binnenmigration) infrage gestellt, es entstehen Barrieren, Gesundheit wird akut oder dauerhaft gefährdet oder zumindest nicht wie für die nicht migrierten Bevölkerungsgruppen gesichert und gefördert. Gleichzeitig misst sich gerade am Umgang mit vulnerablen Gruppen, wie sie manche Migrant*innenpopulationen darstellen, auch die Qualität und Gerechtigkeit eines Sozial- und Gesundheitswesens.

Das vorliegende Handbuch soll vielschichtige Perspektiven auf das Themenfeld eröffnen, neue Einsichten hervorbringen, aber auch neue

Fragen aufwerfen und Nichthaltbares über Bord befördern. Dies kann nur durch eine breite Autor*innenschaft gelingen, die ihre Expertise und Reflexion in das Projekt eines so umfassenden wie lesenswerten Handbuches einbringt. Dabei haben wir als Herausgeber keine engen fachlichen Grenzen gesetzt: Autor*innen verschiedener Disziplinen – und beileibe nicht nur aus den Gesundheitswissenschaften – kommen zu Wort. Für einige Themenfelder schien zudem eine internationale Sichtweise entscheidend, und so haben wir einige englischsprachige Beiträge in das Handbuch aufgenommen. Wir hoffen, dass dies für Interessierte keine allzu hohe Hürde ist: Dass Sprache aber eine solche sein kann, davon weiß man gerade im Kontext Migration und Gesundheit ein mehrstimmiges Lied zu singen.

Sprache, Kultur, Geschichte, Perspektive – um diesen Diversitätsaspekten im vorliegenden Werk von vornherein strukturell Rechnung zu tragen, wurde das Handbuch auf besondere Weise editiert. Jedes Kapitel hat Ko-Editor*innen, die selbst einen Migrationshintergrund haben und zudem auf verschiedene Weise zum Thema Gesundheit, oft auch in Verbindung mit Migration, arbeiten: als Forscher*innen, in der Praxis, als Beratende oder Lehrende usw. Alle Einzelartikel wurden von Ko-Editor*innen gegengelesen und kritisch kommentiert: Dabei stand insbesondere die Frage „werden Migrant*innen in diesem Beitrag angemessen dargestellt, wird ihre Perspektive berücksichtigt?“ im Vordergrund. Doch die Ko-Editor*innen haben im Redaktionsprozess noch viel mehr geleistet: so wurden zum Teil vertiefte in-

haltliche Diskussionen angestoßen, Querverbindungen herausgearbeitet oder angemerkt, und so nebenbei auch manche sprachliche und fachliche Ungenauigkeit identifiziert, die in Überarbeitungen der Texte dann Berücksichtigung fand.

Als Herausgeber haben wir in der Entstehung des Buches an vielen Stellen Neues gelernt und an manchen unsere Herangehensweise hinterfragen und korrigieren müssen. Durch die Vielzahl an Akteur*innen mit unterschiedlichen Perspektiven entstanden spannende Diskussionen und Aushandlungsprozesse: Wie kann, darf und soll man Migrant*innen überhaupt definieren? Ist es angemessen, Migrant*innen als anders, besonders oder gar hilfsbedürftig darzustellen? Was bedeutet die Zuschreibung von Vulnerabilität und was ist der Unterschied von Verletzlichkeit und Verletzbarkeit? Wie kann man Intersektionalität mit dem epidemiologischen Streben nach Kategorien in Einklang bringen? Müsste das Buch nicht insgesamt eine europäische Perspektive haben? Wie lange wollen wir noch von Migrant*innen reden und wie würde in einer postmigrantischen Gesellschaft an das Thema herangegangen werden? War 2015 eine unerwartete Herausforderung oder sogar Krise für Public Health (und die Gesellschaft) oder nicht vielmehr eine etwas größere Amplitude einer völlig normalen Frequenz, die sich länger angekündigt hatte? Warum wird Migration überhaupt als Krise oder Herausforderung wahrgenommen, auch in Public Health?

Im Buch finden sich diese und viele weitere Fragen wieder. Manchmal gibt es eine eindeutige Antwort, manchmal mehrere, sich vermeintlich widersprechende Antworten, oft zeigt sich der Bedarf nach weiterer Forschung und neuen Ideen. In den Einführungen zu den sechs Buchabschnitten kommen die Ko-Editor*innen zu Wort. Wir legen den Leser*innen diese Einführungen als Einstieg in die Themen

des Buches besonders ans Herz. Das Buch zeigt die Vielfalt, die Herausforderungen, aber auch die Normalität des Themas. Dies so eindrucksvoll in einem Buch abbilden zu können, ist die Leistung der Autor*innen und Ko-Editor*innen. Wir möchten uns bei ihnen dafür bedanken, dass sie mit uns zusammen den etwas ungewöhnlichen Weg bei der Entstehung dieses Buches konstruktiv gegangen sind. Namentlich gilt ein besonderer Dank Marie Tallarek, die unermüdlich und unaufgeregt die Fäden zusammengehalten hat.

Das Thema Migration wird ein zentrales Thema Europas wie auch global bleiben. Dauerhafte allgemeingültige Aussagen lassen sich dabei nur schwer formulieren, da Migration wie die Menschen vielfältig ist und steten Änderungen unterworfen bleibt. Eine generelle Aussage kann man aber treffen: Migration ist seit jeher ein grundlegendes Merkmal der Menschheit und wird unsere Gesellschaften – die der Zielländer wie die der Herkunftsländer – auch zukünftig stets begleiten. Diese Tatsache anzuerkennen, sich darauf einzustellen und nicht bei jeder größeren Migrationsbewegung erneut überrascht und unvorbereitet zu sein – wie 2015 und jetzt wieder 2020 –, ist daher eine logische und vernünftige Konsequenz für jede demokratische Gesellschaft.

Kurz vor Erscheinen des Buches ist zu unserer Bestürzung und größtem Bedauern unser geschätzter Freund, Kollege und langjähriger Wegbegleiter Thomas Lampert unerwartet früh verstorben. Mit großer Wertschätzung für seine wissenschaftliche Arbeit sind wir dankbar, dass er sein breites Wissen und seine Expertise in dieses Werk mit einbringen konnte. Dieses Werk soll somit auch dem Andenken an ihn und seinen unermüdlichen Einsatz für gesundheitliche Chancengleichheit dienen.

Jacob Spallek, Hajo Zeeb
Senftenberg und Bremen im Oktober 2020

Buchteil I: Phänomen Migration – Politik und Geschichte

Einführung

Zahra Mohammadzadeh, Ahmet Kimil

Oberflächlich betrachtet ist Migration das Resultat eines urwesentlichen Bedürfnisses des Menschen, nämlich der Mobilität, um sich an einem anderen als dem bisherigen Ort niederzulassen, gleich ob dauerhaft oder nur für eine gewisse Zeit. In der menschlichen Geschichte ist von allen Entwicklungen die Herausbildung politischer Strukturen diejenige, die wahrscheinlich am meisten dieses Bedürfnis gefördert und es gleichzeitig behindert hat. Die freie Bewegung von Menschen über nationale Landesgrenzen hinweg betrifft wesentliche Merkmale der von modernen Staaten ausgeübten Herrschaft unmittelbar, und so sind alle politischen Systeme bemüht, Migration einzuzugrenzen, zu kontrollieren und zu regulieren bzw. gar zu verhindern. Dafür nutzen sie nicht nur eng auf die Wanderungsbewegungen selbst bezogene Gesetze, die auch die Anwendung von physischer Gewalt einschließen können, sondern auch die Gestaltung der Rahmenbedingungen, unter denen sich Menschen innerhalb ihres Herrschaftsbereichs niederlassen können. Aber Migration birgt nicht nur Risiken für den Einzelnen oder die aufnehmende Gesellschaft, sondern bietet gleichzeitig auch vielfältige Chancen. Migrant*innen besitzen viele Potenziale und Ressourcen (z. B. Sprach-, Kultur-, Bildungs- und soziales Kapital). Die daraus resultierenden Chancen rücken aber leider in der gesellschaftlichen Wahrnehmung in krisenhaften Zeiten zugunsten der Risiken in den Hintergrund. Dies hat auch Auswirkungen auf die gesundheitliche Chancengleichheit und die Integration der Migrant*innen in das Sozial- und Gesundheitswesen. Ohne eine Reflexion die-

ser politischen und historischen Kontexte kann die Entwicklung von nachhaltigen Lösungen und Konzepten für diese gesundheitlichen Herausforderungen erheblich erschwert werden. Die folgenden Artikel beleuchten daher unterschiedliche Aspekte dieses Themas und bieten den Leser*innen wichtige Hintergrundinformationen dahingehend, wie sie aktuelle Entwicklungen und Prozesse differenzierter verstehen und einordnen können.

In ihrer *Kritischen Betrachtung des Begriffes und der Definitionen eines „Migrationshintergrundes“* (Kap. 1) geben Ulrike Kluge und Lisa Rau Einblicke in die vielfältige Weise, in der schon die Definition der Betroffenen im gesellschaftlichen und politischen Diskurs zu einer repressiven Gestaltung dieser Rahmenbedingungen beiträgt. Sie richten dabei den Fokus auf den Begriff des Migrationshintergrundes. Dieser Begriff wird in der gegenwärtig in Deutschland etablierten Definition bis in die dritte Generation eingewanderter Familien angewandt. Die Autorinnen erkennen darin eine ethnisch begründete „Differenzmarkierung“, die letztlich eine ausgrenzende Funktion erfüllt. In der englischsprachigen Literatur wird dafür häufig der Begriff des „Othering“ verwendet. Nicht nur sei damit eine wertfreie Differenzierung der unterschiedlichen Bevölkerungsgruppen in der Gesellschaft verbunden, sondern eine Wertung per se. Das „Eigene“, befinden Kluge und Rau, werde als positiv und das „Andere“ als negativ konnotiert. Wie in anderen Rassismen auch, beeinflusse eine solche Konnotation der Minderheit durch die Gesellschaft auch die Selbstwahrnehmung der so

Markierten. Das wiederum führe, wie die Autorinnen anhand von Beispielen verdeutlichen, zu re-ethnisierenden Gegenreaktionen bis hin zur Tendenz bei Migrant*innen aus dem Nahen und Mittleren Osten der dritten Generation, „die sich stärker mit dem Islam identifizieren als ihre Eltern“. Kluge und Rau hinterfragen den empirischen und praktischen Nutzen der Kategorie des Migrationshintergrundes für die Gesundheitsversorgung und plädieren für eine stärkere Berücksichtigung sozialer und individueller Einflüsse neben den migrations- und kulturbedingten.

Einen Überblick über die *Geschichte der Migration nach und aus Deutschland und Europa seit dem 19. Jahrhundert* gibt Jannis Panagiotidis (Kap. 2). Darin beschreibt er, wie sich die Bevölkerungsmobilität insbesondere in den vergangenen anderthalb Jahrhunderten entwickelt hat. In dieser Zeit sei Europa von einem Kontinent der Auswanderung zu einem der Einwanderung geworden. Parallel dazu habe sich in Deutschland die gleiche Entwicklung vollzogen. Gleichzeitig sei eine Richtungsänderung der Bevölkerungsbewegungen feststellbar, von einer primären Ost-West-Migration vor dem Zweiten Weltkrieg hin zu einer vorwiegenden Süd-Nord-Migration in der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts. Im späten 20. Jahrhundert habe dann wieder eine Ost-West-Migration Bedeutung gewonnen. Vor dem Hintergrund dieser globalen Bewegungen fragt Jannis Panagiotidis nach der migrationshistorischen Einordnung der sogenannten „Flüchtlingskrise“ von 2015. Er kommt zu dem Schluss, dass die „Flüchtlingskrise“ den bis dahin etablierten Umgang mit dem Thema Migration in Europa ins Wanken gebracht habe und zur Folge hatte, dass die „bereits länger andauernde humanitäre Krisensituation jenseits von Mittelmeer und Ägäis ins europäische Bewusstsein“ gerückt sei.

Özlem Konar und Johannes Grafs Beitrag *Soziodemografie der Bevölkerung mit Migrationshintergrund und rechtliche Grundlagen des Aufenthalts ausländischer Staatsangehöriger* (Kap. 4) gibt einen fundierten Überblick über die Be-

völkerungsgruppe „mit Migrationshintergrund“ (zur Problematik des Begriffs siehe Kluge und Rau im ersten Beitrag dieses Buchteils). Sachlich und klar stellen die Autor*innen die zentralen demografischen, sozialen und politischen Fakten zusammen, die einen gewichtigen Einfluss auf die Gesundheitsversorgung der Migrant*innen in Deutschland haben. Der Beitrag beschreibt auch die wichtigsten Rechtsgrundlagen, die wesentlicher Teil der Rahmenbedingungen von Zuwanderung nach Deutschland sind.

In ihrem Beitrag *Health Policy and Systems Responses to Forced Migration – Influencing policy: the Norwegian Experience* (Kap. 3) beschreiben Bernadette N. Kumar, Anand Bhopal und Esperanza Diaz, welchen Einfluss die Migration (insbesondere die erzwungene infolge von Kriegen, Umweltzerstörungen, Genozide etc.) auf die Gesundheitspolitik in Norwegen hat und wie das Gesundheitssystem auf diese Entwicklungen in den letzten Jahren reagiert hat. Die Autor*innen machen deutlich, dass die norwegischen Erfahrungen der letzten Jahre angesichts der jüngsten Entwicklungen (z. B. Krieg in Syrien) einen wichtigen Einfluss auf die gesellschaftliche Entwicklung und damit auch auf die Politikentwicklung gehabt haben. Sie beschreiben sehr dezidiert, welche Faktoren die Gesundheit von Migrant*innen in Norwegen begünstigen und welche sie behindern. Systematisch analysieren und bewerten sie das norwegische Gesundheitssystem (Politik und Praxis) im Hinblick darauf, wie die Leistungserbringer sich mit der Gesundheit von Migrant*innen befassen und diese versorgen. Gleichzeitig stellen sie wichtige politische Leitlinien und Ziele im Kontext der Migration vor, an denen sich die norwegische Gesundheitspolitik in den letzten Jahren orientiert hat. Der Artikel bietet den Leser*innen aus dem deutschsprachigen Raum eine gute Vergleichsmöglichkeit in Bezug auf den aktuellen Standpunkt deutscher Gesundheitspolitik zum Thema Migration.

Im Kapitel *Kommunikation und Ethik in interkulturellen Behandlungssituationen* (Kap. 5) erörtert Ilhan Ilkic die Gegenseitigkeit des

Kommunikationsgeschehens zwischen Ärzt*innen einerseits und Patient*innen andererseits. Der Autor legt dar, dass die Verständigung nicht nur über Beschwerden und wie man sie behandeln könnte, sondern auch über Werte und Präferenzen, die den Erfolg einer Behandlung beeinträchtigen können, aus verschiedenen, keineswegs zu vernachlässigenden Gründen beeinträchtigt werden kann. Auswege aus der allgegenwärtigen Sprachbarriere seien häu-

fig nicht professionell, beklagt der Autor, sondern werden mit wenig bis gar nicht qualifizierten Hilfspersonen bewerkstelligt, was oft keine authentische Kommunikation zulasse. Die erforderliche und dem vorhandenen Bedarf entsprechende professionelle Sprach- und Kulturmittlung sei in Deutschland, so Ilklic, bisher nicht realisiert, trotz guter, auch versorgungsethischer Gründe, sie flächendeckend zu etablieren.

1 Kritische Betrachtung des Begriffes und der Definitionen eines „Migrationshintergrundes“

Ulrike Kluge, Lisa Rau

Überblick

- Wie haben sich Kategorisierungen von Menschen mit und ohne Migrationsgeschichte in den letzten Jahrzehnten verändert und welche Chancen und Schwierigkeiten ergeben sich daraus für die Gesundheitswissenschaften?
- Welche inkludierenden und exkludierenden Prozesse entstehen dadurch und warum könnte auch von einer inkludierenden Exklusion bei der Verwendung des Begriffspaares „Personen mit Migrationshintergrund“ gesprochen werden?

1.1 Einleitung

Die 2017 in Kraft getretene Änderung der Definition des Migrationshintergrundes im Mikrozensusgesetz definiert: „Eine Person hat einen Migrationshintergrund, wenn sie selbst oder mindestens ein Elternteil nicht mit deutscher Staatsangehörigkeit geboren wurde. Im Einzelnen umfasst diese Definition zugewanderte und nicht zugewanderte Ausländer, zugewanderte und nicht zugewanderte Eingebürgerte, (Spät-)Aussiedler sowie die als Deutsche geborenen Nachkommen dieser Gruppen“ (Statistisches Bundesamt, 2018, S. 4). Dabei wird zwischen einem Migrationshintergrund „im engeren“ und „im weiteren Sinne“ (im Folgenden abgekürzt mit i.e.S. und i.w.S.) unter-

schieden.¹ Laut Statistischem Bundesamt lebten im Jahr 2018 rund 20,8 Millionen Personen mit Migrationshintergrund i.w.S. in Deutschland, was zu diesem Zeitpunkt ca. 25,5% der gesamten deutschen Bevölkerung entsprach (Statistisches Bundesamt, 2018). Abb. 1-1 zeigt die Anteile der verschiedenen Subgruppen der Personen mit Migrationshintergrund und verdeutlicht damit bereits die Heterogenität der hier anhand der zwei Dimensionen Staatsbürgerschaft und Migrationserfahrung definierten Gruppen. Diese Kategorisierung nach dem Schema einer Vierfelder-Tafel wurde in der Fachserie von 2018 nur für den Migrationshintergrund i.e.S. veröffentlicht, wodurch die unterschiedlichen Zahlen (Migrationshintergrund i.e.S. haben 19,6 Millionen, i.w.S. 20,8 Millionen Menschen) im Text und in der Abbildung zustande kommen.

Der Begriff Migrationshintergrund wurde allerdings bereits Ende der 1990er-Jahre in Expert*innendiskussionen im Bereich der Jugendhilfe verwendet (Deutscher Bundestag, 1998). Im Jahr 2000 wurde das Programm zur internationalen Schülerbewertung (PISA: Programme for International Student Assessment) der OECD für den Vergleich schulischer Leis-

1 Die Differenz zwischen Migrationshintergrund im engeren und weiteren Sinne besteht darin, dass für ersteren nur die Angaben zu den Eltern genutzt werden, die auch im selben Haushalt leben. Für die Bestimmung eines Migrationshintergrundes im weiteren Sinne werden alle Informationen über die Eltern genutzt.

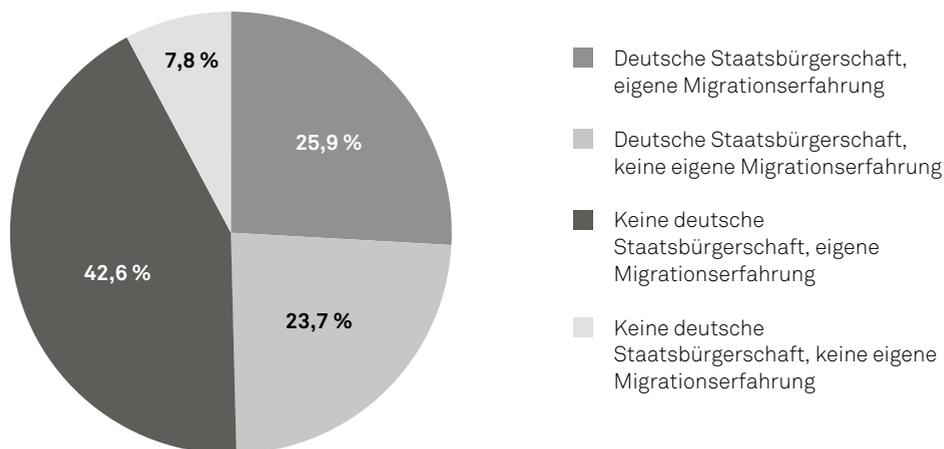


Abb. 1-1: Anteile Menschen mit Migrationshintergrund i.e.S. (N=19,6 Mio.) (Statistisches Bundesamt, 2018).

tungen zwischen verschiedenen Gruppen von Schüler*innen ins Leben gerufen. Der englische PISA-Report verwendete erstmals systematisch den Begriff „migration background“ als Vergleichskategorie zu der Gruppe „native“ (übersetzt: einheimisch) (Will, 2019). Mit der Einführung des Begriffes durch den Erlass des Mikrozensusgesetzes 2004 (in Kraft trat das Gesetz 2005) wurde beabsichtigt, Entwicklungen und Auswirkungen von Migration auch in den Folgegenerationen der Migrant*innen ebenso wie Einbürgerungen in der Statistik kenntlich zu machen (Will, 2018).

Bis dato erfolgte eine derartige Kategorisierung und statistische Erfassung von deutschen Staatsbürger*innen und „Ausländer*innen“ entlang der Staatsbürgerschaft, unabhängig von der Migrationserfahrung. Auch im Gesundheitsbereich wurde bis in die 2000er-Jahre vornehmlich von „ausländischen Patienten“ (Zimmermann, 2000) gesprochen, wenn es um die Betrachtung von kulturellen, ethnischen oder migrationsspezifischen Differenzen und deren Auswirkungen in Gesundheitsverhalten, Compliance, Erklärungsmodellen, epidemiologischen Untersuchungen etc. ging. Zu dieser Gruppe der „Ausländer*innen“ wurden dann auch vielfach Personen, die in

Deutschland als Ausländer in der zweiten Migrant*innengeneration geboren wurden subsumiert. Wie Abb. 1-1 zeigt, gehören zu dieser Gruppe der Ausländer*innen aktuell allerdings lediglich 50,4 % (keine deutsche Staatsbürgerschaft). Mit dem Mikrozensusgesetz von 2005 wurde aus dem Vergleich zwischen deutschen Staatsbürger*innen und „Ausländer*innen“ ein Vergleich zwischen Menschen mit und ohne Migrationshintergrund. Schauen wir noch einmal in Abb. 1-1: Die Anzahl von Menschen, die einen Migrationshintergrund haben (alle abgebildeten Subgruppen), ist doppelt so hoch wie die Anzahl der Menschen, die als „Ausländer*innen“ kategorisiert werden (Subgruppen mit dem Merkmal „keine deutsche Staatsbürgerschaft“). Dass die Kategorie Migrationshintergrund jedoch immer noch mit der Kategorie „Ausländer*innen“ assoziiert wurde, zeigte ein mittlerweile behobener Fehler auf der Internetseite des Statistischen Bundesamtes zur Fachserie 2016, in der Menschen mit Migrationshintergrund im Vergleich zur *deutschen* Bevölkerung analysiert wurden (Will, 2018). Hier wird die Bedeutungsverwebung der Begriffe Migrationshintergrund und „Ausländer*in“ deutlich, die zur Folge hat, dass Menschen mit Migrationshintergrund stärker

„ausländisch“ als „deutsch“ im öffentlichen Diskurs wahrgenommen werden.

Wir können uns fragen, was diesen neuen Begriff und seine Definition nötig erscheinen ließ. Man könnte argumentieren, dass mit der veränderten Wahrnehmung und der erstarken Anerkennung Deutschlands als Einwanderungs- bzw. Migrationsland in den 2000er-Jahren der Begriff „Ausländer*in“ nicht mehr adäquat war und sukzessive vom Begriff der „Migranten“ abgelöst wurde. Für den Gesundheitsbereich schien das nur allzu überfällig, zeigte doch die Forschung, dass eine Migrationserfahrung und ein diverser kultureller Hintergrund zentrale Einflussfaktoren für die (see-lische) Gesundheit sein können, die mit der Staatsbürgerschaft zwar konfundieren können, diese aber allein kein trennscharfes Kriterium ist, weder hinsichtlich der Migrationserfahrung noch hinsichtlich der Auswirkungen des kulturellen Hintergrundes. Transgenerationale Auswirkungen der Migration beispielsweise ließen sich mit einer Einteilung der Gruppen nach Staatsbürgerschaft nicht kategorisieren. So wurde das Inkrafttreten des neuen Mikrozensusgesetzes im Jahr 2005 willkommen geheißen und der Terminus der Personen mit Migrationshintergrund zu Beginn auch im Gesundheitsbereich zumeist unkritisch verwandt.

Bis 2017 wurde im Mikrozensus noch die folgende Definition genutzt: Einen Migrationshintergrund haben „alle nach 1949 auf das heutige Gebiet der Bundesrepublik Deutschland Zugewanderten, sowie alle in Deutschland geborenen Ausländer und alle in Deutschland als Deutsche Geborenen mit zumindest einem zugewanderten oder als Ausländer in Deutschland geborenen Elternteil“ (Statistisches Bundesamt, 2015, S. 5).

Zur Gegenüberstellung hier noch einmal die zu Beginn bereits angeführte geänderte, aktuelle Definition: „Eine Person hat einen Migrationshintergrund, wenn sie selbst oder mindestens ein Elternteil nicht mit deutscher Staatsangehörigkeit geboren wurde. Im Einzelnen umfasst diese Definition zugewanderte

und nicht zugewanderte Ausländer, zugewanderte und nicht zugewanderte Eingebürgerte, (Spät-)Aussiedler sowie die als Deutsche geborenen Nachkommen dieser Gruppen“ (Statistisches Bundesamt, 2018, S. 4). Laut Mikrozensus könne mit der neuen Definition besser zwischen den Gruppen Ausländer*innen, Eingebürgerte, (Spät-)Aussiedler*innen und Asylbewerber*innen unterschieden werden.

Es lohnt sich jedoch noch einmal einen genaueren Blick auf explizite und implizite Ziele der Definition(en) zu werfen. Welche Konzepte, welche Verhältnisse und Zusammenhänge zwischen Staatsbürgerschaft, Migrationserfahrung, Kultur und Ethnie werden suggeriert, konzipiert und festgeschrieben? Kinder deutscher Eltern, die im Ausland geboren wurden, werden z. B. (auch in der geänderten Definition von 2017) nicht als Menschen mit Migrationshintergrund definiert, obgleich zu fragen ist, ob nicht auch bei dieser Personengruppe eine Migrationserfahrung eine identitätsrelevante, für den uns hier interessierenden Bereich, gesundheitsrelevante Komponente ist. Eine weitere zentrale Änderung 2017 war, dass die Definition nicht mehr vom Zeitpunkt der Zuwanderung (ursprüngliche Formulierung: „nach 1949“) abhängt. Versuchen wir zu verstehen, welches Verständnis von Migration im Verhältnis zu Ethnie und Kultur mit der Definition festgeschrieben ist, ist hier besonders interessant, dass diese zeitliche Markierung alle Vertriebenen des Zweiten Weltkrieges und ihre Nachkommen (eine der größten Gruppen der Migrant*innen auf das deutsche Bundesgebiet nach 1945) bis zur Änderung 2017 in dieser Setzung implizit ausschloss. Seit der Änderung ist dies explizit formuliert: „Die Vertriebenen des Zweiten Weltkrieges und ihre Nachkommen gehören nicht zur Bevölkerung mit Migrationshintergrund“ (Statistisches Bundesamt, 2017, S. 4). Die Begründung ist dieselbe wie die oben stehende für Kinder, die von deutschen Eltern außerhalb des Bundesgebietes geboren wurden, und zwar da sie und ihre Eltern „mit deutscher Staatsangehörigkeit geboren sind“ (ebd.). Der Umstand, dass z. B. ein großer

Teil der „Sudetendeutschen“ ohne deutsche Staatsangehörigkeit geboren sind, bleibt dabei unberücksichtigt.

1.2 Differenzierung zwischen Migration, Ethnie und Kultur

Spätestens an dieser Stelle wird die ethnisierte Komponente der Definition deutlich: Es geht offensichtlich nicht vordergründig darum, das Ereignis der Migration – wie der Begriff suggeriert – zu erfassen, sondern um die vermeintliche ethnische Zugehörigkeit, bzw. eine „Staatsbürgerschaft“ im Sinne des *Ius sanguinis* (Will, 2018). Neben dem Versuch, dem Ansinnen einen Begriff, eine Definition zu schaffen, die die Personengruppe der Migrant*innen differenziert in Gesellschaft, Forschung und Praxis berücksichtigt, beinhaltet eine solche Differenzmarkierung aber auch (z.T. bis in die dritte Generation) eine Ausweitung eines ethnischen „Otherings“ (Spivak, 1985)² auf eine immer größer werdende Gruppe.

Wir alle kennen Personen, die sich bis zur Etablierung des Begriffes ihres eigenen Migrationshintergrundes in keiner Weise bewusst waren, weil sie z.B. als Sohn eines deutschen Vaters und einer polnischen Mutter in Deutschland aufwuchsen und sich selbst als Deutsche

definieren. Für einige von ihnen war die familiäre Migrationsgeschichte im Alltag und in ihren eigenen Zugehörigkeitskategorien nicht präsent. Konfrontiert mit dem neuen Begriff, stellten sie fest, dass sie einen Migrationshintergrund haben, und das „Deutsch-Sein“ stand erstmals infrage.

Es ist also festzuhalten, dass die Definition des Begriffes Migrationshintergrund über die Staatsbürgerschaft und die Migrationserfahrung einen Migrationshintergrund mit der Zugehörigkeit zu einer vermeintlich differenten Gruppe/Ethnie gleichsetzt oder etwas polemischer formuliert, die Nutzung des Begriffes Migrationshintergrund beinhaltet – trotz u.U. intendierter inkludierender Intentionen – die Gefahr, dass er zur exkludierenden Markierung differenter Gruppen/Ethnien führt. Kijan Espahangizi und Pinto de Magalhães, der schweizer Initiative *Second@s Plus Schweiz* bezeichneten diesen Vorgang bei einem Vortrag 2015 am Berliner Institut für empirische Integrations- und Migrationsforschung (BIM) als *inkludierende Exklusion*.

Denn er beinhaltet eine ethnisch konnotierte Vorstellung von „Uns“ und den „Anderen“ (Menschen mit Migrationshintergrund). Zugleich beinhaltet die Definition ein Konzept von „deutsch sein“, das weiterhin nur vererbt werden kann. Der Begriff Migrationshintergrund macht es quasi unmöglich „deutsch zu werden“: Entweder man ist es von Geburt oder man wird es nie (Will, 2018). Seit der Änderung des Staatsangehörigkeitgesetzes im Jahr 2000 kann eine Person im staatsbürgerschaftlichen Sinne „deutsch werden“. In der Logik der Definition des Migrationshintergrundes ist dies allerdings erschwert, denn dieser bleibt zuweilen bis in die dritte Generation festgeschrieben. Diese Vorstellung von „deutsch sein“ erinnert stark an einen genetisch gedachten „Rassen“begriff und wirft die Frage auf, ob wir hier nicht mit einer (unbewussten) Wiederkehr vermeintlich abgelegter Weltbilder konfrontiert sind (Kluge & Bostanci, 2012; Bock & Kluge, 2016). Parallel können wir eine Gleichsetzung

2 Was genau verstehen wir unter „Othering“? Es beinhaltet zwei Prozesse: die Versicherung der Zugehörigkeit zum „Eigenen“ und die Betonung der Distanz zum „Anderen“. Das „Eigene“ wird als positiv und das „Anderere“ als negativ konnotiert (Spivak, 1985, Bock & Kluge, 2016). Dies führt u.a. auch dazu, dass die als „anders“ Markierten diese negative Konnotation zu einem Teil ihrer Selbstwahrnehmung machen, wenn sie sich als „unterlegen, schlecht gebildet, exotisch, anders, fremd“ (Brodén, 2007) beschreiben (Bock & Kluge, 2016). Dieser Prozess beinhaltet, dass die Gruppen durch eine Art selbsterfüllende Prophezeiung zu dem werden, was schon immer von ihnen erwartet wurde (siehe Kap. 10).

von einem ethnisierenden Migrationsbegriff (erinnern wir uns an den Ausschluss der Migrationsgeschichten der Vertriebenen nach dem Zweiten Weltkrieg) und Kultur feststellen. Das wird besonders deutlich in einer Vielzahl von (medizinischen und psychologischen) Publikationen, in denen ein Migrationshintergrund mit dem Aufgewachsensein in einem anderen kulturellen Kontext gleichgesetzt und damit implizit mit differenten kulturellen Konzepten, Vorstellungen, Werten assoziiert wird. Dieser Kurzschluss basiert auf einer essenzialisierenden Vorstellung von „Kultur“, die an nationalstaatliche Grenzen gebunden ist. Welche „Kultur“ man „hat“, ist in dieser Vorstellung an ein ethnisch determiniertes Verständnis von Staatsbürgerschaft gebunden und unausweichlich (Kluge, 2016). Vor dem Hintergrund, dass die Migrationserfahrung in der Definition des Migrationshintergrundes an die nationalstaatlichen Grenzen gekoppelt wird, werden Dynamiken und Prozesse und historische Veränderbarkeit sowie Hybridisierungen im Sinne von Kreolisierungen und Mischformen nicht mitkonzipiert (Schlehe, 2006). Zwei Beispiele sollen die Relevanz der Differenzierung zwischen Migration, Ethnie und Kultur im Gesundheitsbereich verdeutlichen.

Beispiel 1. Eine junge Frau wird nach der Mikrozensus-Definition als Person mit Migrationshintergrund erfasst. Ihr Vater ist Deutscher, ihre Mutter ist Tochter italienischer Migrant*innen, die im Laufe ihres Aufwachsens in Deutschland eingebürgert wurde. Die Mutter hatte also nicht von Geburt an die deutsche Staatsbürgerschaft, weshalb auch ihre Tochter einen Migrationshintergrund hat. Das tatsächliche Migrationsereignis liegt jedoch zwei Generationen zurück, während die Einordnung als „anders“ bzw. Mensch mit Migrationshintergrund quasi dominant vererbt wird. Wenn wir in Routineuntersuchungen oder in Basisdokumentationen die Kategorie „Person mit Migrationshintergrund“ einführen und

dies entsprechende Konsequenzen, differente Standardprozedere in Versorgung und Behandlung nach sich zöge, könnte das einerseits zu migrationssensiblen Zugängen beitragen, für die oben beschriebene junge Frau aber andererseits auch zu irritierenden Interaktionen führen, da sie als „anders“ kategorisiert würde und damit einer besonderen Behandlung bedürfe, die sie für sich vermutlich nicht als gegeben sehen würde. Anschließend könnten wir fragen, welche potenziellen gesundheitlichen bzw. psychischen Folgen es hat, wenn Menschen in ihrem Geburtsland immer wieder auch als „fremd“ wahrgenommen werden.

Beispiel 2. Eine Marokkanerin berichtet in ihrer Psychotherapie von Problemen mit ihrem Ehemann. Die Therapeutin behandelt die Patientin vor dem Hintergrund, dass es sich für sie um eine Patientin mit Migrationshintergrund handelt, und führt diese Probleme in einer migrations- und kultursensiblen Behandlungssintension auf die „patriarchalen Strukturen des Islam“, den Herkunftskontext der Patientin und ihres Ehemannes zurück. Die Patientin fühlt sich unverstanden und die Kommunikation zwischen Therapeutin und Patientin ist gestört. Die Patientin erlebt die Therapeutin als stigmatisierend und wenig differenziert, während die Therapeutin ihre Interventionen als migrations- und kultursensibel beschreibt. Dieses kurze Beispiel ist symptomatisch für ein weiteres gesellschaftliches Phänomen, das ebenso in der Gesundheitsversorgungspraxis zu finden ist: Die vielfach stattfindende Konstruktion des Islam als etwas „dem Deutschen“ Gegenteiliges und Negatives, die Umetikettierung von Ausländer*innen/Menschen mit Migrationshintergrund zu Muslimen*Muslimas (Spielhaus, 2006). Denn noch immer herrscht ein gesellschaftlicher Diskurs, bei dem wir, wenn wir von Menschen mit Migrationshintergrund sprechen, weniger an die französischen Student*innen als vielmehr an deutsch-türkische Jugendliche denken.

1.3 Bedeutung für die Praxis in Klinik und Forschung

Das letzte Beispiel verdeutlicht, wie sich die Kategorisierung in „mit“ und „ohne“ Migrationshintergrund trotz der inkludierenden Intention dieses Begriffes im Vergleich zur Kategorie der „Ausländer*innen“ in der klinischen Praxis auswirken kann. Obwohl eine sensible inkludierende Haltung intendiert ist, kann sie dazu führen, dass Symptome, Erklärungsmodelle, Verhalten und Gefühle von Patient*innen mit Migrationshintergrund weiterhin vornehmlich vor dem Hintergrund des Differenten betrachtet und interpretiert werden. Diese „kulturalistische Brille“ stört die Ärzt*in/Therapeut*in-Patient*innen-Kommunikation, weil, wie im zweiten Beispiel, die Therapeutin nicht „hören“ kann, dass ihre Patientin über einen Konflikt über Nähe und Distanz zwischen sich und ihrem Ehemann sprechen möchte, der individuell, beziehungs-dynamisch, aber nicht notwendigerweise kultur- oder migrationsdynamisch zu interpretieren ist. Die Zuordnung zu einer bestimmten Vorstellung von dem „Anderen“ beinhaltet die Illusion, damit die Normen und Wertvorstellungen dieses „Anderen“ zu erkennen und somit keine verstehende, explorierende Haltung im klinischen Gespräch einnehmen zu müssen. Die Störung der Kommunikation zwischen Patient*in und Therapeut*in beeinträchtigt den Beziehungsaufbau negativ (Wohlfahrt, Hodzic & Özbek, 2006), was wiederum den Therapieerfolg einschränken kann (Kinnen & Döpfner, 2013).

Das erste Beispiel der Patientin mit einer Mutter mit Eltern italienischer Staatsbürgerschaft sollte deutlich machen, dass eine ethnisierende Vorstellung von Migrationshintergrund in Versorgungskontexten eine Markierung als „anders“ überdeterminieren kann. Menschen mit Migrationshintergrund können eine sehr stabile bikulturelle Identität leben, die vielfach nicht anerkannt wird, wenn in Versorgungskontexten der Migrationshintergrund und damit das „Differenten“ als entscheidende Kategorie in

den Vordergrund gerückt werden. Im Geburtsland nicht als zugehörig wahrgenommen zu werden und immer wieder stigmatisiert und diskriminiert zu werden, kann zu negativen Affekten, Gefühlen von Ärger und Traurigkeit führen (Ayduk et al., 2000). Im DJI-Übergangspanel 2008 gaben fast 40 % der befragten Jugendlichen mit Migrationshintergrund an, sich als „Deutsche zweiter Klasse“ zu fühlen (Gaupp, Lex, Reißig & Braun, 2008). Es ist bekannt, dass wahrgenommene Diskriminierung positiv mit psychischer Belastung korreliert (Ziegler & Beelmann, 2009). Die Aktualisierung dieser alltäglichen Erfahrung und daraus resultierender Konflikte im therapeutischen Setting trägt potenziell zu einem Kreislauf aus Diskriminierung und negativen Affekten in ärztlichen und therapeutischen Beziehungen bei, im schlimmsten Fall zu einem Verlust des Vertrauens in Ärzt*in/Therapeut*in, aber auch in das Versorgungssystem im Allgemeinen.

1.4 Fazit

Im Jahr 2018 hatten rund 25,5% der Gesamtbevölkerung einen Migrationshintergrund (Statistisches Bundesamt, 2018). Diese Zahl stieg seit 2005 kontinuierlich an (Statistisches Bundesamt, 2005, 2013, 2018). In Frankfurt a.M. haben aktuell 70 % der unter 6-Jährigen einen Migrationshintergrund (Stadt Frankfurt am Main, 2019). Welche Information, welche Differenzierungsmöglichkeiten und welchen Zugewinn an Information bietet eine Kategorie, der die Mehrheit angehört, und welche Gefahren liegen darin, eine so heterogene Gruppe mit einem homogenisierenden Begriff zusammenzufassen?

Für die empirische Forschung sind Erhebungseinheiten zentral, die ohne einen Informationsverlust relevante Gruppen so weit als möglich zusammenfassen. Die Kategorie der Personen mit Migrationshintergrund ist sehr heterogen bezüglich entscheidender Faktoren wie Migrationsgeschichte, Aufenthaltstitel, Aufenthaltsdauer, Sprachkenntnissen, Dis-

kriminierungserfahrungen, etc., sodass sie ohne ergänzende Subkategorien für differenzierte Fragestellungen in der Forschung wenig nützlich ist.

In der empirischen Forschung bedarf es der Differenzmarkierung, Kategorisierung, der Typenbildung. Allerdings müssen wir fragen und reflektieren, welchen empirischen und praktischen Nutzen ein Begriff, eine Kategorie hat. Wenn man der Realität einer Migrationsgesellschaft bzw. einer postmigrantischen Gesellschaft (Foroutan et al., 2014) mit der damit einhergehenden heterogenen und hybriden Normalisierung von Identitäten und Lebensrealitäten auch in den Gesundheitswissenschaften gerecht werden möchte, sollten wir zukünftig nationalstaatliche, migrations- und kulturbedingte Einflussfaktoren von weiteren sozialen und individuellen Einflussfaktoren diskriminieren und je nach Fragestellung und klinischem Setting entscheiden, welchen Mehrwert die Kategorie Migrationshintergrund dafür hat.

Zusammenfassung

- Dieses Kapitel diskutiert die Definitionen von „Personen mit Migrationshintergrund“ von 2000 bis 2020 mit Bezug zu Gesundheitswissenschaften.
- Wichtige Aspekte dabei sind Prozesse des Otherings und „ethnisierender Inklusion“.

Diskussionsanregungen

- Ist eine Kategorisierung von Menschen mit und ohne Migrationsgeschichte für die Gesundheitsversorgung und gesundheitswissenschaftliche Forschung relevant?
- Wie wäre eine solche vorzunehmen, welche Kriterien müssten dabei Eingang finden?
- Ist die aktuelle Definition für „Personen mit Migrationshintergrund“ dafür hilfreich?

Literatur

- Ayduk, O., Mendoza-Denton, R., Mischel, W., Downey, G., Peake, P.K. & Rodriguez, M. (2000). Regulating the interpersonal self: strategic self-regulation for coping with rejection sensitivity. *Journal of personality and social psychology*, 79(5), 776. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.79.5.776>
- Bock, T. & Kluge, U. (2016). Der sich und Anderen helfende Mensch. In K. Dörner, U. Plog, T. Bock, P. Breiger, A. Heinz & F. Wendt (Hrsg.), *Irren ist menschlich. Lehrbuch der Psychiatrie und Psychotherapie* (S. 31–91). Köln: Psychiatrie Verlag.
- Brodén, A. (2007). Normalität des Rassismus: Messen mit zweierlei Maß. *Überblick*, 13(2), 9–13.
- Deutscher Bundestag. (1998). *Unterrichtung durch die Bundesregierung. Bericht über die Lebenssituation von Kindern und die Leistungen der Kinderhilfen in Deutschland – Zehnter Kinder- und Jugendbericht – mit der Stellungnahme der Bundesregierung*. Berlin: BMFSFJ.
- Foroutan, N., Canan, C., Arnold, S., Schwarze, B., Beigang, S. & Kalkum, D. (2014). *Deutschland postmigrantisch I. Gesellschaft, Religion, Identität. Erste Ergebnisse*. Berlin: Humboldt-Universität zu Berlin.
- Gaupp, N., Lex, T., Reißig, B. & Braun, F. (2008). *Von der Hauptschule in Ausbildung und Erwerbsarbeit: Ergebnisse des DJI-Übergangspanels*. Bonn, Berlin: Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF).
- Kinnen, C. & Döpfner, M. (2013). Zusammenhang von Therapeutischer Beziehung mit Symptomminderung und Behandlungszufriedenheit. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 41, 133–144. <https://doi.org/10.1024/1422-4917/a000220>
- Kluge, U. (November, 2016). *Identitäten in Zeiten von Flucht, Vertreibung, Postmigration und Hybridität*. Vortrag präsentiert auf der Tagung „Seele und Geld – Chancen und Risiken einer vielstimmigen Identität“, Lindau, Internationale Gesellschaft für Tiefenpsychologie e. V.
- Kluge, U. & Bostanci, S. (2012). MigrantInnen als Bedrohung – Die neue Diskursfähigkeit einst abgelegter Weltbilder. In A. Heinz & U. Kluge (Hrsg.), *Einwanderung – Bedrohung oder Zukunft? Mythen und Fakten zur Integration* (S. 16–35). Frankfurt/New York: Campus Verlag.
- Schlehe, J. (2006). Kultur, Universalität und Diversität. In E. Wohlfahrt & M. Zaumseil (Hrsg.), *Trans-*

- kulturelle Psychiatrie – Interkulturelle Psychotherapie* (S. 51–57). Heidelberg/Berlin: Springer.
- Spielhaus, R. (2006). Religion und Identität – Vom deutschen Versuch, „Ausländer“ zu „Muslimen“ zu machen. *Internationale Politik*, 3, 28–36.
- Spivak, G. C. (1985). The Rani of Sirmur: An essay in reading the archives. *History and Theory*, 24(3), 247–272. <https://doi.org/10.2307/2505169>
- Stadt Frankfurt am Main. (2019). *Statistisches Jahrbuch Frankfurt am Main 2019. Kapitel 2: Bevölkerung*. Frankfurt a. M.: Stadt Frankfurt a. M.
- Statistisches Bundesamt. (2005). *Fachserie 1 Reihe 2.2 Ergebnisse des Mikrozensus 2005*. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt.
- Statistisches Bundesamt. (2013). *Fachserie 1 Reihe 2.2 Ergebnisse des Mikrozensus 2013*. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt.
- Statistisches Bundesamt. (2015). *Fachserie 1 Reihe 2.2 Ergebnisse des Mikrozensus 2014*. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt.
- Statistisches Bundesamt. (2017). *Fachserie 1 Reihe 2.2 Ergebnisse des Mikrozensus 2017*. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt.
- Statistisches Bundesamt. (2018). *Fachserie 1 Reihe 2.2 Ergebnisse des Mikrozensus 2018*. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt.
- Will, A.-K. (2018). *Wie werden Zuwanderer und ihre Nachkommen in der Statistik erfasst?* Berlin: Mediendienst Integration.
- Will, A.-K. (2019). The German statistical category „migration background“: Historical roots, revisions and shortcomings. *Ethnicities*, 19(3), 535–557. <https://doi.org/10.1177/1468796819833437>
- Wohlfahrt, E., Hodzic, S. & Özbek, T. (2006). Transkulturelles Denken und transkulturelle Praxis in der Psychiatrie und Psychotherapie. In E. Wohlfahrt & M. Zaumseil (Hrsg.), *Transkulturelle Psychiatrie – Interkulturelle Psychotherapie* (S. 143–167). Heidelberg/Berlin: Springer.
- Ziegler, P. & Beelmann, A. (2009). Diskriminierung und Gesundheit. In A. Beelmann & K.J. Jonas (Hrsg.), *Diskriminierung und Toleranz* (S. 357–378). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Zimmermann, E. (2000). *Kulturelle Missverständnisse in der Medizin. Ausländische Patienten besser versorgen*. Göttingen: Hogrefe.

2 Zur Geschichte der Migration nach und aus Deutschland und Europa seit dem 19. Jahrhundert

Jannis Panagiotidis

Überblick

- Was ist Migration? Welche Typen von Migration gibt es?
- Wie hat sich Migration nach und aus Deutschland und Europa in den letzten ca. 150 Jahren entwickelt?
- Wie lässt sich die „Flüchtlingskrise“ von 2015 migrationshistorisch einordnen?

2.1 Einleitung

In Texten zur Geschichte der Migration wird Migration häufig als Konstante der Menschheitsgeschichte identifiziert, „als Konstituens der *Conditio humana*“ (Bade, 2002, S. 21). Diese Aussage ist ein Stück weit irreführend, denn nicht jede menschliche Bewegung wird in der Forschung und/oder in der Öffentlichkeit als Migration klassifiziert (Nieswand & Drotbohm, 2014). In der gegenwärtigen Forschung wird unter Migration üblicherweise die grenzüberschreitende Bewegung von Menschen verstanden, die auf einen längerfristigen Aufenthalt in einem anderen Land abzielt oder darin resultiert. Meistens geht es dabei um die politischen Grenzen von Nationalstaaten. Mobilität innerhalb staatlicher Grenzen (Binnenmigration) wird hingegen in der Regel separat betrachtet. Manche Forscher*innen erweitern diese Definition um die – unter Umständen für die Migrant*innen relevantere – Überschreitung kultureller und sprachlicher Grenzen (Hoerder, Lucassen & Lucassen, 2007). Je

nach Ursache, Zweck, Dauer oder rechtlichem Status der Migration kann man dann weitere Differenzierungen vornehmen und es entstehen Kategorien wie (saisonale) Arbeitsmigration, Verbesserungsmigration, Siedlungsmigration, Fluchtmigration, Zwangsmigration, Gewaltmigration, Transmigration, illegale Migration, Heiratsmigration u.v.m. (Hoerder et al., 2007; Oltmer, 2016).

Dieser Beitrag wird einen groben Überblick über verschiedene Typen von Migration im Laufe der letzten ca. 150 Jahre geben. Der Fokus wird dabei auf dem euroatlantischen Raum und auf Deutschland liegen, wobei immer wieder globale Bezüge hergestellt werden. Dies geschieht insbesondere in dem Maße, in dem Europa Ziel von Migration von anderen Kontinenten und vor allem aus den ehemaligen Kolonien des globalen Südens wurde. Daraus sollte nicht gefolgert werden, dass Migration primär ein europäisches Phänomen sei oder dass sich die Mehrzahl globaler Migrant*innen nach Europa orientiere. Dies ist nicht der Fall. Der Fokus auf Deutschland und Europa ist eine Konzession an Platzbeschränkungen und das Eingeständnis der Tatsache, dass es nicht ohne Weiteres möglich ist, *die* Geschichte der Migration zu schreiben.

Langfristig betrachtet, hat sich Europa von einem Auswanderungs- in einen Einwanderungskontinent verwandelt und parallel dazu Deutschland von einem Auswanderungs- in ein Einwanderungsland. Dies ging einher mit der Änderung der überwiegenden Migrationsrichtung von Europäer*innen innerhalb und außerhalb Europas und von Menschen aus anderen

Erdteilen nach Europa. Bis zum Zweiten Weltkrieg war die innereuropäische Migration und die transkontinentale Migration von Europäer*innen primär Ost-West-Migration (und in geringerem Maße West-Ost-Migration). In der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts wurde die Süd-Nord-Migration bedeutsamer, sowohl innerhalb Europas als auch hinsichtlich der außereuropäischen Zuwanderung nach Europa aus dem globalen Süden. Nach dem Ende des Kalten Krieges gewann auch die Ost-West-Migration wieder an Bedeutung, insbesondere im Zuge postsowjetischer Migrationen und der EU-Osterweiterung ab 2004.

2.2 Europäische Migration vor dem Ersten Weltkrieg

Im 19. Jahrhundert war Europa primär ein Abwanderungskontinent (Oltmer, 2016). Schon zuvor hatten Europäer*innen auf dem amerikanischen Kontinent neue Staaten gegründet, die vor allem ab Mitte des 19. Jahrhunderts zum Ziel massenhafter europäischer Zuwanderung wurden. Nach Berechnungen des Migrationshistorikers Adam McKeown migrierten zwischen 1846 und 1940 55–58 Millionen Europäer*innen nach Nord- und Südamerika, davon gut zwei Drittel in die USA (McKeown, 2004). Bis in die 1870er-Jahre war die Emigration nach Nordamerika vor allem britisch und nordeuropäisch geprägt, einschließlich einer bedeutenden deutschsprachigen Emigration. Danach wurden auch Ost- und Südosteuropa verstärkt in das euroatlantische Migrationssystem mit einbezogen: Zu Beginn des 20. Jahrhunderts waren das Habsburger Reich, das Russische Reich sowie Italien die wichtigsten Herkunftsländer von Migrant*innen auf den amerikanischen Kontinent (Oltmer, 2016; Zahra, 2016). Auch Australien und in geringerem Maße Afrika waren Ziel europäischer Siedlungsmigration.

Im Rahmen der östlichen Expansion des Russischen Reiches wanderten während desselben Zeitraums aber auch mehrere Millionen

Bewohner*innen des europäischen Russlands nach Sibirien – keine grenzüberschreitende Migration im engeren Sinne, aber doch Teil der europäischen Expansionsgeschichte (Oltmer, 2016; Treadgold, 1957). Im Russischen Reich ging die dominante Migrationsrichtung also von Westen nach Osten. Am euroatlantischen Migrationssystem partizipierten v.a. die jüdischen Untertan*innen des Zaren, die unter dem Eindruck von Antisemitismus und Pogromen, aber auch und ganz entscheidend wegen struktureller Armut massenhaft nach Übersee und nach Westeuropa emigrierten (Klier, 1996; Brinkmann, 2013).

2.3 „Europe on the move“: Das Zeitalter der Weltkriege

Der Erste Weltkrieg brachte die Massenmigration aus Europa abrupt zum Erliegen. Nach Ende des Konflikts setzte zunächst erneut eine umfangreiche Abwanderung auf den amerikanischen Kontinent ein. Mitte der 1920er-Jahre begannen die USA aber, Immigration gemäß nationaler Herkunft zu quotieren und zahlenmäßig einzuschränken. In gewisser Hinsicht war dies die Fortsetzung eines bereits im Zeitalter der Massenmigration entstandenen Trends zur Migrationskontrolle und Abschottung (Zolberg, 1997). Spätestens mit der Weltwirtschaftskrise von 1929 wurden Zuwanderungsbeschränkungen in vielen Ländern immer schärfer und die internationale Migration innerhalb Europas und aus Europa hinaus nahm deutlich ab. Zum Vergleich: Während im ersten Jahrzehnt nach dem Ersten Weltkrieg noch 7 Millionen Europäer*innen nach Übersee emigrierten, waren es im zweiten Jahrzehnt nur noch 1,2 Millionen (Oltmer, 2016). Auch veränderten sich die Migrationsziele: Ein größerer Anteil der Migrant*innen ging nun nach Kanada, Argentinien, Brasilien, Australien und Neuseeland (Oltmer, 2016; Wolff, 2014).

Dies heißt aber nicht, dass in der Zeit nach dem Ersten Weltkrieg keine Migration mehr

stattfind, im Gegenteil: ein berühmtes Buch des russisch-jüdisch-amerikanischen Migrationshistorikers Eugene Kulischer (1948), das Migration im Zeitraum von 1917 bis 1947 und damit im „Zeitalter der Weltkriege“ behandelt, trug den Titel „Europa in Bewegung“ (*Europe on the Move*). Diese Bewegung war zum einen Binnenmigration, z.B. im Zuge der Urbanisierung und forcierten Industrialisierung der Sowjetunion (Kulischer, 1948; Siegelbaum & Page Moch, 2014). Ein zunehmend wichtiger Teil des Migrationsgeschehens war zum anderen aber auch Zwangsmigration. Krieg, Bürgerkrieg und Revolution führten zu bedeutenden Bevölkerungsbewegungen in und aus Russland bzw. der Sowjetunion (Kulischer, 1948; Gatrell, 1999). Die „weiße Emigration“ aus Russland wie auch die Flucht von Überlebenden des türkischen Genozids an den Armenier*innen führten zur Entstehung eines ersten internationalen Flüchtlingsproblems, für das internationale Lösungen gesucht und z. B. in Form des sogenannten Nansen-Passes erprobt wurden (Gatrell, 2013). Antisemitismus und Judenverfolgung verursachten im Laufe der 1920er-Jahre die Abwanderung von Juden und Jüdinnen aus osteuropäischen Staaten sowie ab 1933 auch aus Deutschland und später aus Österreich und der Tschechoslowakei, als diese vom Deutschen Reich annektiert wurden. Während die ersten Flüchtlinge der späten 1920er- und frühen 1930er-Jahre noch in Palästina Zuflucht fanden, blieben für die späteren die meisten Türen innerhalb und außerhalb Europas verschlossen, mit katastrophalen Folgen (Wasserstein, 2012).

Der Zweite Weltkrieg führte zu massiven Bevölkerungsverschiebungen innerhalb des europäischen Kontinents, deren Konsequenzen bis in die Nachkriegszeit zu spüren waren (Ahonen et al., 2008). Hierfür war vor allem die rassistische Expansionspolitik NS-Deutschlands verantwortlich, bekannt unter dem Sammelbegriff „Generalplan Ost“. Die ab 1939 im Rahmen der von Hitler postulierten „neuen Ordnung der ethnografischen Verhält-

nisse“ stattfindende „Heim ins Reich“-Siedlung von „Volksdeutschen“ setzte ein „Domino“ von Umsiedlungen, Deportationen und Vertreibungen in Gang, das nach Ansicht mancher Autor*innen zum Holocaust beitrug (Aly, 1995). In diesem Kontext kann die Verschleppung von Millionen Jüdinnen und Juden in Ghettos und Konzentrationslager (KZ) als eine Form von Zwangsmigration gelesen werden, als eine sich immer weiter radikalisierende Politik der Abschiebung, die in Massenvernichtung mündete. NS-Deutschland rekrutierte weiterhin Millionen von Zwangsarbeiter*innen aus verschiedenen europäischen Ländern für seine Kriegswirtschaft. Während des Zweiten Weltkriegs arbeiteten insgesamt ca. 13,5 Millionen ausländische Zivilarbeiter*innen, Kriegsgefangene und KZ-Häftlinge im „Großdeutschen Reich“ (Spoerer, 2001).

Nach dem Krieg gehörten die Überlebenden der KZs und die befreiten Zwangsarbeiter*innen zu den 8-10 Millionen sogenannten Displaced Persons (DPs) unter alliierter Obhut (Cohen, 2012). Hinzu kamen Menschen aus Osteuropa, die vor den neuen kommunistischen Machthabern flohen, darunter auch frühere NS-Kollaborateur*innen und Kriegsverbrecher*innen. Die DP-Frage wurde zum Gegenstand internationaler Verhandlungen und stand am Anfang der Schaffung des modernen Flüchtlingsregimes, das mit der Genfer Flüchtlingskonvention von 1951 institutionalisiert wurde (Gatrell, 2013). Diejenigen, die nicht in ihre Heimatländer repatriert wurden, wurden in den meisten Fällen in Übersee neu angesiedelt, im Fall jüdischer DPs meist im neu gegründeten Staat Israel (Cohen, 2012).

Das Ende des Krieges und die darauffolgende „violent peacetime“ (Gatrell, 2011) sahen aber auch massenhafte Bevölkerungsverschiebungen auf Grundlage nationaler bzw. ethnischer Zugehörigkeit. Diese, in Winston Churchills Worten, „Entwirrung“ (*disentanglement*) der Bevölkerung war gewissermaßen die Fortsetzung des von NS-Deutschland in Gang gesetzten „Dominos“ (Ther, 2011). Auch

Grenzverschiebungen waren in diesem Prozess von Relevanz. Deutsche aus den Ostgebieten des Deutschen Reichs, die gemäß dem Potsdamer Vertrag zu Polen bzw. der Sowjetunion kamen, wurden vertrieben bzw. nach ihrer Flucht an der Rückkehr gehindert. Gleichzeitig wurde der polnische Staat nach Westen „verschoben“ – die Flüchtlinge und Umsiedler*innen aus den nun zur Sowjetunion gehörenden polnischen Ostgebieten „ersetzen“ die Deutschen in den neuen polnischen Westgebieten (Piskorski, 2013). Die deutsche Minderheit in der Tschechoslowakei wurde fast vollständig zwangsumgesiedelt. Insgesamt nahmen die beiden deutschen Nachkriegsstaaten über 12 Millionen Flüchtlinge aus den Ostgebieten und Osteuropa auf. Ihre Eingliederung gehörte sowohl in der Bundesrepublik als auch in der DDR zu den großen Herausforderungen der Nachkriegszeit (Beer, 2011; Ther, 1998).

2.4 Nachkriegsmigration: Süd-Nord statt Ost-West

In den Nachkriegsjahrzehnten – der Zeit des sogenannten Kalten Krieges – wurde Süd-Nord-Migration prägend für das Migrationsgeschehen innerhalb und nach Europa. Dies hatte verschiedene Gründe: Zum einen unterband der „Eiserne Vorhang“, den die Staaten des sowjetisch kontrollierten Ostblocks errichteten, die traditionelle Migration von Ost nach West. Ersetzt wurde sie durch Arbeitsmigration aus dem Mittelmeerraum in die Industriestaaten West- und Nordeuropas. Zum anderen kam der Prozess der Dekolonisierung zum Tragen, mit dem signifikante postkoloniale Migration aus Afrika, Asien und der Karibik in die ehemaligen „Mutterländer“, v.a. Frankreich, Großbritannien, die Niederlande, Belgien und Portugal, einherging (Oltmer, 2017).

Am Beispiel Deutschlands lässt sich jener Übergang von Ost-West- zu Süd-Nord-Migration gut zeigen. Traditionell bezog Deutsch-

land Arbeitskräfte aus den benachbarten Staaten Osteuropas bzw. auch den industriell weniger entwickelten deutschen Ostgebieten. So entstand noch während des Kaiserreichs eine größere polnischsprachige migrantische Kolonie in Westdeutschland, die sogenannten „Ruhrpolen“ (Kleßmann, 1978). Nach dem Zweiten Weltkrieg wurde der westdeutsche Arbeitsmarkt zunächst durch den Zustrom von Deutschen aus der DDR mit Arbeitskräften versorgt, zusätzlich zu den ca. acht Millionen Heimatvertriebenen. Dieser Zustrom fiel durch den Bau der Berliner Mauer 1961 weg (Herbert, 2001). Parallel dazu hatte die Bundesrepublik aber auch schon 1955 ein erstes Abkommen zur Anwerbung von Arbeitskräften mit Italien geschlossen. Dieses Vorgehen war nicht gänzlich neu, auch NS-Deutschland hatte schon italienische „Fremdarbeiter“ beschäftigt. Die Anwerbung von Arbeitskräften aus dem erweiterten Mittelmeerraum wurde in den folgenden Jahren immer wichtiger: Es folgten Anwerbeabkommen mit Spanien, Griechenland (1960), der Türkei (1961), Marokko (1963), Portugal (1964), Tunesien (1965) und Jugoslawien (1968). Hinzu kam ein außereuropäisches Abkommen für Pflegekräfte aus Südkorea im Jahr 1963, das den damals schon bestehenden Pflagenotstand im bundesdeutschen Gesundheitswesen beheben sollte (Herbert, 2001; Friedrich-Ebert-Stiftung, 2016).

Diese nun oft „Gastarbeiter*innen“ genannten Arbeitskräfte sollten sich nicht auf Dauer im Land ansiedeln, sondern absehbar in ihre Heimatländer zurückkehren. Dies entsprach auch den Migrationsprojekten vieler dieser Migrant*innen, von denen die meisten tatsächlich nach einigen Jahren der Arbeit zurück gingen. Dennoch etablierte sich in Westdeutschland nach dem Anwerbestopp von 1973 eine ausländische Wohnbevölkerung (Herbert, 2001). Da sie rechtlich kaum die Möglichkeit zur Einbürgerung hatten, blieben sie und ihre – oft später durch Familienzusammenführung nachgeholten – Kinder auch über längere Zeit Ausländer*innen im rechtlichen

Sinne und konnten entsprechend an ihrem Wohnort nicht politisch partizipieren. Zugleich wurde die Frage ihrer „Integration“ zunehmend kontrovers diskutiert. Ursprünglich war eine Integration gar nicht vorgesehen gewesen, eben weil die „Gastarbeiter*innen“ Gäste auf Zeit bleiben sollten. Nun wurde sie dafür umso vehementer gefordert – der Beginn einer Debatte, die in unterschiedlichen Variationen bis heute immer wiederkehrt. Die Einbürgerung von Ausländer*innen wurde erst durch das reformierte Staatsangehörigkeitsgesetz im Jahr 2000 erleichtert (Herbert, 2001; Klusmeyer & Papademetriou, 2009).

In Frankreich – als Beispiel eines postkolonialen Staates – koexistierten die Anwerbung von Arbeitskräften aus dem europäischen Süden (v. a. Italien, Spanien und Portugal) und die Zuwanderung von ehemals kolonialen Subjekten, sowohl aus dem Maghreb als auch aus dem subsaharischen Afrika. Der vermeintlich integrativere Ansatz Frankreichs und anderer ehemaliger Kolonialmächte gegenüber diesen Zuwanderern wurde und wird oft kontrastiert mit der eben geschilderten restriktiven bundesdeutschen Politik (z. B. Brubaker, 1992). Die Konstruktion eines solchen strikten Gegensatzes lässt sich bei näherer Betrachtung aber kaum aufrechterhalten, zumal er das Nachwirken des kolonialen Rassismus in den „Mutterländern“ unterschlägt. Und während die Bundesrepublik Deutschland ihr einst restriktives Staatsbürgerrecht im Laufe der Zeit öffnete, gingen z. B. Frankreich und Großbritannien den umgekehrten Weg und erschwerten zunehmend die Einbürgerung und Aufnahme von postkolonialen und anderen Migrant*innen (Gosewinkel, 2001; Hansen, 2000).

Auch auf der anderen Seite des „Eisernen Vorhangs“ gab es Arbeitsmigration. Diese fand einerseits innerhalb Europas statt, wobei hier durchaus traditionelle Migrationspfade etwa aus Polen nach Deutschland – in diesem Fall in die hochindustrialisierte DDR – reproduziert wurden. Die sogenannten „Vertragsarbeiter“ kamen in den 1970er- und 1980er-Jahren aber

auch zunehmend aus sozialistischen Staaten des globalen Südens wie Vietnam, Mosambik, Angola und Kuba (Poutrus, 2015).

2.5 Migration nach dem Kalten Krieg: Süd-Nord und Ost-West

Ab den 1980er-Jahren trafen zunehmende Migrationen aus dem globalen Süden nach Europa auf erneute Zuwanderung aus dem sich zunächst langsam, dann abrupt öffnenden Osteuropa nach Westeuropa. In Deutschland war damals die Rede von einer „Asylkrise“, da Süd-Nord-Migration zu diesem Zeitpunkt vor allem als Asylummigration stattfand, mangels anderer legaler Zuwanderungswege (Poutrus, 2019). Immigration aus Osteuropa kam in größerer Zahl ab Ende der 1980er-Jahre hinzu. Hierbei handelte es sich in vielen Fällen um Menschen aus Polen, Rumänien und der Sowjetunion, die ihren Status als „deutsche Volkszugehörige“ geltend machen konnten und als sogenannte Spätaussiedler*innen zunächst problemlos Zugang zur Bundesrepublik erhielten (Panagiotidis, 2015). Weiterhin war bis zur Wiedervereinigung 1990 der Zustrom von DDR-Bürger*innen nach Westdeutschland ein großes Thema. Ab 1991 kamen dann Bürgerkriegsflüchtlinge aus dem zerfallenden Jugoslawien hinzu.

Ergebnis dieser Hochkonjunktur von Zuwanderung war der sogenannte „Asylkompromiss“ von 1992/93. Diesem war massive fremdenfeindliche Gewalt im wiedervereinigten Deutschland vorausgegangen, die sich auch in der Folge fortsetzen sollte (Herbert, 2001). Der „Kompromiss“ bestand in einer Verschärfung der Zugangsbedingungen für verschiedene Migrant*innengruppen, die jeweils von Regierung und Opposition besonders unterstützt wurden: Die oppositionelle SPD stimmte der von der Regierung geforderten Einschränkung des verfassungsmäßigen Grundrechts auf Asyl zu, während die regierende CDU/CSU auch den Zuzug von deutschen Spätaussiedler*innen er-

schwerte (was sie freilich auch schon zuvor sukzessive getan hatte, trotz ihres rhetorischen Bekenntnisses zum „offenen Tor“ für diese Menschen). Als dritte Komponente sollte eine umfassende Zuwanderungspolitik entwickelt werden; diese verblieb jedoch im Status des Ungefähren. Der Kompromiss bestand also in Restriktionen für alle – ein in jeglicher Hinsicht „fauler“ Kompromiss (Panagiotidis, 2014).

Trotz der zunehmend erschwerten Zugangsbedingungen für Spätaussiedler*innen wurde Ost-West-Migration wieder zu einem wichtigen Bestandteil des deutschen wie auch des europäischen Migrationsgeschehens. Neben den über drei Millionen Spätaussiedler*innen, die ab 1987 bis heute in die Bundesrepublik kamen (in den dreieinhalb Jahrzehnten zuvor waren es gut 1,4 Millionen gewesen), wurde auch Arbeitsmigration aus Osteuropa wieder relevant. Traditionelle deutsche Ängste vor der „Billigkonkurrenz“ aus dem Osten verhinderten jedoch zunächst einen leichteren Zugang von Osteuropäer*innen zum deutschen Arbeitsmarkt (Thränhardt, 1996). Dies galt selbst nach der EU-Osterweiterung von 2004, bei der den Bürger*innen der neuen osteuropäischen Mitgliedsstaaten Estland, Lettland, Litauen, Polen, Tschechien, Slowakei, Ungarn und Slowenien für eine Übergangsfrist von sieben Jahren der freie Zugang zum deutschen Arbeitsmarkt verweigert wurde (Malta und Zypern, die ebenfalls beitraten, waren hiervon ausgenommen).

Die einzigen „alten“ EU-Staaten, die keine solche Übergangsfrist in Anspruch nahmen, waren Großbritannien, Irland und Schweden. Entsprechend setzte bald eine umfangreiche Arbeitsmigration vor allem aus Polen in diese Staaten ein. Nach dem EU-Beitritt Rumäniens und Bulgariens 2007 und dem Ende der entsprechenden Übergangsfristen wurden auch diese Länder zu wichtigen „Exporteuren“ von Arbeitskräften (Glorius, Grabowska-Lusinska & Kuvik, 2013). Von den zehn Ländern mit der höchsten Mobilitätsrate in Europa sind heute sieben osteuropäische, nämlich Rumänien, Li-

tauen, Lettland, Kroatien, Bulgarien, Polen und Estland (Haase, 2018).

Nach dem Ende der Übergangsfristen wurde auch Deutschland zum wichtigen Ziel-land osteuropäischer EU-Bürger*innen. Insgesamt waren 2017 zwei Drittel aller EU-Migrant*innen (3,4 von 5,1 Millionen) aus den neuen Beitrittsländern, wobei dies auch die bereits früher zugewanderten und eingebürgerten Spätaussiedler*innen miteinschließt. Weitere 2,75 Millionen Zuwanderer*innen kamen aus der ehemaligen Sowjetunion, die meisten von ihnen Spätaussiedler*innen und ihre Angehörigen. Damit kommt fast die Hälfte aller Immigrant*innen der ersten Generation in der Bundesrepublik Deutschland aus Osteuropa (Statistisches Bundesamt, 2018). Inzwischen werden sie teilweise auch gezielt aus neuen EU-Ländern und aus Drittstaaten angeworben, etwa um Lücken im Gesundheitswesen zu stopfen. Man sieht: Die Ost-West Migration hat wieder ihren wichtigen Platz im bundesdeutschen Migrationsgeschehen eingenommen.

Für außereuropäische Migration blieben seit dem „Asylkompromiss“ nur wenige legale Zugangsmöglichkeiten nach Deutschland. Das Dublin-System, das Asylsuchende zwang, Asylanträge im Land ihrer Erstaufnahme zu stellen, isolierte Deutschland (wie auch andere Länder Zentral- und Nordeuropas) von der Zuwanderung über das Mittelmeer. Auf diese Weise wurden die Anrainerstaaten Griechenland, Italien und Spanien zum Ziel anhaltender Migration vom afrikanischen Kontinent sowie aus dem Nahen Osten und Asien, die wiederum im Zuge einer verschärften europäischen Abwehrpolitik bekämpft wurde (Carr, 2015). Die deutsche Politik richtete sich lange in diesem bequemen Zustand ein. Als Italien bereits 2011 um Unterstützung bei der Bewältigung des anhaltenden Zustroms von Menschen über das Mittelmeer bat, wies der damalige Innenminister Hans-Peter Friedrich (CSU) das Ansinnen brüsk zurück und ließ verlautbaren, dass „Italien [...] sein Flüchtlingsproblem selbst regeln“ müsse (Spiegel, 2011). Die heute besonders von

Deutschland immer wieder geforderte europäische Lösung der Flüchtlingsfrage war damals nicht im deutschen Interesse.

2.6 2015 im Kontext von globaler Fluchtmigration

Die „Flüchtlingskrise“ von 2015 ist nur vor dem Hintergrund der Versäumnisse der europäischen Flüchtlings- und Migrationspolitik der vorherigen Jahre und Jahrzehnte zu verstehen. Sie war das Ergebnis nationaler Egoismen und mangelnder europäischer Koordination in Anbetracht der quantitativ neuen Dimension eines eigentlich bekannten Problems. Global betrachtet war die Zahl der Flüchtlinge (einschließlich Binnenvertriebener) seit dem Jahr 2013 deutlich angestiegen, von knapp 36 Millionen Ende 2012 auf fast 43 Millionen Ende 2013, 55 Millionen 2014 und 64 Millionen 2015 (<http://popstats.unhcr.org>). Bis Ende 2017 war diese Zahl auf über 71 Millionen angewachsen. Hierbei ist zu betonen, dass der Großteil dieser Menschen sich zu keinem Zeitpunkt in Europa befand, sondern viele Zuflucht in benachbarten Ländern gefunden haben, die häufig selbst auch zur Gruppe der Entwicklungs- und Schwellenländer gehören und selber unter großen wirtschaftlichen und sozialen Problemen leiden. Das europäische Krisenszenario ergab sich dadurch, dass sich ein großer Teil dieses Zuwachses in relativer Nähe zu Europa abspielte, bedingt durch den syrischen Bürgerkrieg, aber auch die verschärfte Lage im Irak durch den Vormarsch des Islamischen Staats (IS). Die Zuwanderung insbesondere über die sogenannte Balkanroute entwickelte eine Dynamik, gegen die die herkömmliche Abschottungspolitik der „Festung Europa“ nicht mehr ankam.

Da das europäische Freizügigkeitsregime mit seinen offenen Grenzen nach innen von eben dieser Abschottung nach außen abhing, geriet infolge des verstärkten Flüchtlingszustroms auch die innere Freizügigkeit unter

Druck. In diesem Sinne ist auch die anhaltende Rede von der „Grenzöffnung“ durch die Bundesregierung zu verstehen: Unter dem mit dem Schengener Abkommen assoziierten Regime der offenen Grenzen war die Grenze nach Österreich bereits seit Jahren geöffnet. Die Bundesregierung beschloss lediglich, sie in Anbetracht der bevorstehenden Ankunft Tausender Flüchtlinge nicht zu schließen (Thym, 2018). Bald darauf wurden die seit Jahren ausgesetzten Grenzkontrollen wieder eingeführt.

Das aus europäischer Sicht Krisenhafte der „Flüchtlingskrise“ ergab sich also daraus, dass diese das auf Binnenintegration einerseits und Abschottung nach außen andererseits basierende europäische Migrationsregime ins Wanken brachte. Dies war tatsächlich neu und brachte auch die damit verbundene, bereits länger andauernde humanitäre Krisensituation jenseits von Mittelmeer und Ägäis ins europäische Bewusstsein. Global betrachtet ist diese die Spitze eines „Eisbergs“ von Zwangsmigration (engl.: forced migration), der seit Jahren wächst, meist aber weit weg von Europas Grenzen und daher jenseits des europäischen Wahrnehmungshorizonts. Perspektivisch wird Europa nicht umhinkommen, außereuropäischen Migrant*innen aus dem globalen Süden legale Zugangswege zu eröffnen, denn von einem Abnehmen des Migrationsdrucks ist in der nahen Zukunft – bei aller Vorsicht, die man gegenüber Makroprognosen jeglicher Art walten lassen muss – nicht auszugehen.

Zusammenfassung

- Unter Migration wird üblicherweise die grenzüberschreitende Bewegung von Menschen verstanden, die auf einen längerfristigen Aufenthalt in einem anderen Land abzielt oder darin resultiert. Je nach Ursache, Zweck, Dauer oder rechtlichem Status der Migration kann man weitere Differenzierungen vornehmen.

- Langfristig betrachtet, hat sich Europa von einem Auswanderungs- in einen Einwanderungskontinent verwandelt und parallel dazu Deutschland von einem Auswanderungs- in ein Einwanderungsland.
- Bis zum Zweiten Weltkrieg war die innereuropäische Migration und die transkontinentale Migration von Europäern primär Ost-West-Migration.
- Der Zweite Weltkrieg führte zu massiven Bevölkerungsverschiebungen innerhalb des europäischen Kontinents, deren Konsequenzen bis in die Nachkriegszeit zu spüren waren.
- In der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts wurde die Süd-Nord-Migration bedeutsamer, sowohl innerhalb Europas als auch hinsichtlich der außereuropäischen Zuwanderung nach Europa aus dem globalen Süden. Nach dem Ende des Kalten Krieges gewann auch die Ost-West-Migration wieder an Bedeutung, insbesondere im Zuge postsowjetischer Migrationen und der EU-Osterweiterung ab 2004.
- Die „Flüchtlingskrise“ von 2015 war das Ergebnis nationaler Egoismen und mangelnder europäischer Koordination in Anbetracht einer quantitativ neuen Dimension des eigentlich bekannten Problems globaler Fluchtmigration. Die Zuwanderung insbesondere über die sogenannte Balkanroute entwickelte eine Dynamik, gegen die die herkömmliche Abschottungspolitik der „Festung Europa“ nicht mehr ankam.

Diskussionsanregungen

- Was ist Migration? Ist jede Form menschlicher Mobilität Migration?
- Wie lässt sich die Entwicklung der Migration nach und aus Deutschland und Europa seit Mitte des 19. Jahrhunderts beschreiben?
- Wieso war Europa im „Zeitalter der Weltkriege“ ein Kontinent „in Bewegung“?
- Erscheint es sinnvoll, die Bevölkerungsverschiebungen des Zweiten Weltkrieges unter dem Stichwort „Migration“ zu diskutieren?
- Welche Auswirkungen hatte der Kalte Krieg auf das europäische Migrationsgeschehen? Welche Auswirkungen hatte sein Ende?
- Hätte die „Flüchtlingskrise“ von 2015 vermieden werden können?
- Inwiefern haben historische Aspekte der Migration eine Relevanz für das Thema „Migration und Gesundheit“ bzw. für das Gesundheitssystem in Deutschland heute?

Literatur

- Ahonen, P., Corni, G., Kochanowski, J., Schulze, R., Stark, T. & Stelzl-Marx, B. (2008). *People on the move. Forced population movements in Europe in the Second World War and its aftermath*. Oxford: Berg.
- Aly, G. (1995). „Endlösung“. *Völkerverschiebung und der Mord an den europäischen Juden*. Frankfurt a.M.: Fischer.
- Bade, K.J. (2002). Historische Migrationsforschung. *IMIS-Beiträge*, 20, 21–44.
- Beer, M. (2011). *Flucht und Vertreibung der Deutschen. Voraussetzungen, Verlauf, Folgen*. München: Beck. <https://doi.org/10.17104/9783406614071>
- Brinkmann, T. (Ed.). (2013). *Points of passage: Jewish transmigrants from Eastern Europe in Scandinavia, Germany, and Britain 1880–1914*. New York: Bergahn Books.
- Brubaker, R. (1992). *Citizenship and nationhood in France and Germany*. Cambridge, Mass.: Harvard University Press.
- Carr, M. (2015). *Fortress Europe. Inside the war against immigration*. London: Hurst & Company.
- Cohen, G.D. (2012). *In war's wake. Europe's displaced persons in the postwar order*. New York: Oxford University Press.

- Friedrich-Ebert-Stiftung. (2016). *Ankommen, Anwerben, Anpassen? Koreanische Krankenpflegerinnen in Deutschland – Erfahrungen aus fünf Jahrzehnten und neue Wege für die Zukunft*. Zugriff am 16. Mai 2019 unter <http://library.fes.de/pdf-files/wiso/13373.pdf>
- Gatrell, P. (1999). *A whole empire walking. Refugees in Russia during World War I*. Bloomington: Indiana University Press.
- Gatrell, P. (2011). Trajectories of population displacement in the aftermaths of two world wars. In J. Reinisch & E. White (Eds.), *The disentanglement of populations. Migration, expulsion and displacement in post-war Europe, 1944–9* (pp. 3–26). Basingstoke: Palgrave Macmillan.
- Gatrell, P. (2013). *The making of the modern refugee*. Cambridge: Cambridge University Press. <https://doi.org/10.1093/acprof:oso/9780199674169.010001>
- Glorius, B., Grabowska-Lusinska, I. & Kuvik, A. (2013). *Mobility in transition. Migration patterns after EU Enlargement*. Amsterdam: Amsterdam University Press. <https://doi.org/10.1515/9789048515493>
- Goswinkler, D. (2001). Staatsangehörigkeit in Deutschland und Frankreich im 19. und 20. Jahrhundert. In C. Conrad & J. Kocka (Hrsg.), *Staatsbürgerschaft in Europa. Historische Erfahrungen und aktuelle Debatten* (S. 48–62). Hamburg: Körber-Stiftung.
- Haase, M. (2018). *Binnenmigration in der Europäischen Union*. Zugriff am 16. Mai 2019 unter <https://www.bpb.de/gesellschaft/migration/dossier-migration/247576/eu-binnenmigration>
- Hansen, R. (2000). *Citizenship and immigration in post-war Britain. The institutional origins of a multi-cultural nation*. Oxford: Oxford University Press.
- Herbert, U. (2001). *Geschichte der Ausländerpolitik in Deutschland. Saisonarbeiter, Zwangsarbeiter, Gastarbeiter, Flüchtlinge*. München: Beck.
- Hoerder, D., Lucassen, J. & Lucassen, L. (2007). Terminologien und Konzepte in der Migrationsforschung. In K.J. Bade, P.C. Emmer, L. Lucassen & J. Oltmer (Hrsg.), *Enzyklopädie Migration in Europa: Vom 17. Jahrhundert bis zur Gegenwart* (S. 28–53). Paderborn, München, Wien, Zürich: Schöningh/Wilhelm Fink.
- Kleßmann, C. (1978). *Polnische Bergarbeiter im Ruhrgebiet 1870–1945. Soziale Integration und nationale Subkultur einer Minderheit in der deutschen Industriegesellschaft*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht. <https://doi.org/10.13109/9783666359828>
- Klier, J.D. (1996). Emigration mania in late-imperial Russia. Legend and reality. In A. Newman & S.W. Massil (Eds.), *Patterns of emigration, 1850–1914* (pp. 21–30). London: Jewish National Society of England.
- Klusmeyer, D.B. & Papademetriou, D.G. (2009). *Immigration policy in the Federal Republic of Germany. Negotiating membership and remaking the nation*. New York: Berghahn.
- Kulischer, E. (1948). *Europe on the move. War and population changes, 1917–47*. New York: Columbia University Press.
- McKeown, A. (2004). *Global migration, 1846–1940*. *Journal of World History*, 15(2), 155–189.
- Nieswand, B. & Drotbohm, H. (2014). Einleitung: Die reflexive Wende in der Migrationsforschung. In B. Nieswand & H. Drotbohm (Hrsg.), *Kultur, Gesellschaft, Migration. Die reflexive Wende in der Migrationsforschung* (S. 1–37). Wiesbaden: Springer VS.
- Oltmer, J. (2016). *Globale Migration. Geschichte und Gegenwart*. München: Beck. <https://doi.org/10.17104/9783406701771>
- Oltmer, J. (2017). *Migration. Geschichte und Zukunft der Gegenwart*. Darmstadt: Theiss.
- Panagiotidis, J. (2014). Kein fairer Tausch. Zur Bedeutung der Reform der Aussiedlerpolitik im Kontext des Asylkompromisses. In S. Luft & P. Schimany (Hrsg.), *20 Jahre Asylkompromiss – Bilanz und Perspektiven* (S. 105–126). Bielefeld: transcript Verlag.
- Panagiotidis, J. (2015). *Aussiedler/Spätaussiedler*. Zugriff am 01. Februar 2018 unter <https://ome-lexikon.uni-oldenburg.de/p32717>
- Piskorski, J.M. (2013). *Die Verjagten. Flucht und Vertreibung in Europa des 20. Jahrhunderts*. München: Siedler.
- Poutrus, P.G. (2015). Aufnahme in die „geschlossene Gesellschaft“. Remigranten, Übersiedler, ausländische Studierende und Arbeitsmigranten in der DDR. In J. Oltmer (Hrsg.), *Handbuch Staat und Migration in Deutschland seit dem 17. Jahrhundert* (S. 967–995). Berlin, Boston: de Gruyter Oldenbourg.
- Poutrus, P.G. (2019). *Umkämpftes Asyl. Vom Nachkriegsdeutschland bis in die Gegenwart*. Berlin: Ch. Links.
- Siegelbaum, L. & Page Moch, L. (2014). *Broad is my native land. Repertoires and regimes of migration in Russia's twentieth century*. Ithaca: Cornell University Press.

- Spiegel. (2011). *Innenminister Friedrich Brüskiert Berlusconi*. Zugriff am 16. Mai 2019 unter <https://www.spiegel.de/politik/ausland/streit-ueber-fluechtlinge-innenminister-friedrich-brueskiert-berlusconi-a-756132.html>
- Spoerer, M. (2001). *Zwangsarbeit unter dem Hakenkreuz. Ausländische Zivilarbeiter, Kriegsgefangene und Häftlinge im Deutschen Reich und im besetzten Europa 1939–1945*. Stuttgart: Deutsche Verlags-Anstalt.
- Statistisches Bundesamt. (2018). *Bevölkerung und Erwerbstätigkeit. Bevölkerung mit Migrationshintergrund – Ergebnisse des Mikrozensus 2017*. Zugriff am 16. Mai 2019 unter https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Bevoelkerung/MigrationIntegration/Migrationshintergrund2010220167004.pdf?__blob=publicationFile
- Ther, P. (1998). *Deutsche und polnische Vertriebene. Gesellschaft und Vertriebenenpolitik in der SBZ/DDR und in Polen 1945–1956*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht. <https://doi.org/10.13109/9783666357909>
- Ther, P. (2011). *Die dunkle Seite der Nationalstaaten. „Ethnische Säuberungen“ im modernen Europa*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Thränhardt, D. (1996). European migrations from East to West. Present patterns and future directions. *New Community*, 22(2), 227–242.
- Thym, D. (2018). *Der Rechtsbruch-Mythos und wie man ihn widerlegt*. Zugriff am 16. Mai 2019 unter <https://verfassungsblog.de/der-rechtsbruch-mythos-und-wie-man-ihn-widerlegt/>
- Treadgold, D. (1957). *The great Siberian migration. Government and peasant in resettlement from emancipation to the First World War*. Princeton: Princeton University Press.
- Wasserstein, B. (2012). *On the eve. The Jews of Europe before the Second World War*. London: Profile Books.
- Wolff, F. (2014). Global walls and global movement: New destinations in Jewish migration, 1918–1939. *EEJA*, 44(2-3), 187–204.
- Zahra, T. (2016). *The great departure. Mass migration from Eastern Europe and the making of the free world*. New York: W. W. Norton.
- Zolberg, A. (1997). Global movements, global walls. Responses to migration 1885–1925. In G. Wang (Ed.), *Global history and migrations* (pp. 279–307). Boulder, CO: Westview Press.

3 Health policy and systems responses to forced migration: the case of Norway

Bernadette N. Kumar, Anand Bhopal, Esperanza Diaz

Overview

- What is the specific situation for migrants and their health in Norway given recent developments in migrant and health policies?
- What are Norway's enabling and disabling factors for migrant health, including the health system, policies and practices and how care providers engage with migrant health?
- What are sensible recommendations to address some of these issues, putting a focus on forced migration?

3.1 Introduction

Migration is an age-old phenomenon with forced displacement being an important dimension. The World Bank predicts that nearly half of the world's poor will live in fragile and conflict-affected states by 2030 (World Bank, 2019). In 2018, the highest levels of forced displacement were recorded by the United Nations constituting over 68 million persons. Among those forcibly displaced are nearly 25.4 million refugees, with over half of these under the age of 18, and many being unaccompanied minors (United Nations High Commissioner for Refugees, 2018). The scale and patterns of forced migration constantly change, in recent years many low- and middle-income countries (LMIC) are hosting a disproportionate number of those displaced (United Nations High Com-

missioner for Refugees, 2018). With the rise of protracted conflicts more people are spending longer in a „transit“ phase, where they might be housed in informal or temporary settings for many years at a time, with little or no recourse to work, public funds, healthcare or education (World Bank, 2019). Public health policy and practice must address the health needs of forced migrants in order to advance quality of life and meet the commitment of the 2030 Agenda and Sustainable Development Goals – to „leave no one behind“.

Definitions

Key terms and definitions

- **Migrant:** While there is no formal legal definition of an international migrant, most experts agree that an international migrant is someone who changes his or her country of usual residence, irrespective of the reason for migration or legal status. Generally, a distinction is made between short-term or temporary migration, covering movements with a duration between 3 and 12 months, and long-term or permanent migration, referring to a change of country of residence for a duration of one year or more. The term is sometimes wrongly applied to the offspring of migrants born in the country of settlement. An error of the opposite kind is made when people born abroad, but with ancestry in the country of settlement, are not referred to as migrants (e.g. „Aus-siedler“ in Germany, descendants of colonists, or possibly expelled from other countries).

- **Forced migration:** A migratory movement in which an element of coercion exists, including threats to life and livelihood, whether arising from natural or man-made causes (e.g. movements of refugees and internally displaced persons, people displaced by natural or environmental disasters, chemical or nuclear disasters, famine, or development projects, slavery or trafficking).
- **Asylum seeker:** A person seeking asylum i.e. leaves to stay in a foreign country on the grounds of fear of persecution or actual persecution/serious harm in the country of origin. Often erroneously used as a synonym for refugee, but having a different legal status in most cases.
- **Irregular migrant:** A person who, (for example) owing to unauthorized entry, breach of a condition of entry, failure to gain asylum, or the expiry of his or her visa, lacks legal authorization to reside in the country where they are living. Synonyms in use include clandestine/undocumented migrant or migrant in an irregular situation.
- **Refugee:** A person who, owing to a well-founded fear of persecution for reasons of race, religion, nationality, membership of a particular social group or political opinions, is living outside the country of his nationality. In the European Union this term is used for a person who has specifically sought and received legal asylum.
- **Discrimination:** A failure to treat all persons equally for no objective reason, or failure to treat them differently when necessary to avoid injustice. Discrimination is prohibited under international law in respect of „race, colour, sex, language, religion, political, or other opinion, national or social origin, property, birth or other status“ (Art. 2, Universal Declaration of Human Rights, 1948).

3.2 Norway

Norway is one of Europe's most northerly and least densely populated countries with a population of 5.3 million people, of which 80 % reside in the cities (Statistics Norway, 2019a). The country is a parliamentary democratic constitutional monarchy with a unicameral parliament, divided administratively into 21 counties and 428 municipalities, each with their own elected council. The primary exports are natural gas, oil and fish, and around three-quarters of Norway's trade is currently with the European Union (EU). The country has an extremely high GDP per capita of \$75,500, 46 % above the European average in 2017. Norway joined the European Economic Area (EEA) in 1994, accepting the „four freedoms“ (free movement of goods, persons, services and capital) prior to joining the Schengen area (passport-free travel) in 1996.

3.2.1 Migration to Norway

Over the last 40 years, Norway has transitioned from a relatively homogenous population to an increasingly diverse, multi-ethnic society with 17.8 % being of migrant origin. The proportion of foreign-born persons has risen from 1.5 % in 1970 to 14.3 % in 2019. Migrants are widely distributed across Norway with clusters in the main urban centres (Statistics Norway, 2019b). For centuries Norway has received migrants from other northern European nations, however, immigration from Low and Middle Income Countries is a recent phenomenon. Today, 47% of the migrants in 2019 came from non EU/EFTA countries (Statistics Norway, 2019c), coinciding with Norway's new-found wealth following the discovery of oil. The quest for economic prosperity brought the first group of migrants from Pakistan to Norway in 1967. Migrants from Pakistan and later Turkey arrived to meet an increasing need for industrial labour in the 1970s (Pettersen & Østby, 2013).