



Peter Marschalck, Karl Heinz Wiedl. *Migration und Krankheit.* Osnabrück: V&R unipress, 2001. 347 S. ISBN 978-3-932147-23-4.

Reviewed by Michael G. Esch

Published on H-Soz-u-Kult (February, 2002)

P. Marschalck: Migration und Krankheit

Die Arbeiten des Instituts für Migrationsforschung und interkulturelle Studien der Universität Osnabrück (IMIS) zeichnen sich häufig dadurch aus, daß sie sozialwissenschaftliches und/oder historisches Interesse sehr unmittelbar mit aktuellen Frage- und Problemstellungen verknüpfen. Das IMIS und seine Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter intervenieren - von einer empirischen weitgehend gesicherten Basis aus - in aktuelle Diskussionen, wie jüngst sein Direktor Klaus J. Bade in die Auseinandersetzung um die Neufassung des Einwanderungsrechts.

Ein Bezug zum aktuellen politisch-öffentlichen Diskurs besteht auch bei dem hier zu besprechenden Sammelband. Er greift einen Themenkomplex auf, der in jüngster Zeit zunehmend das Interesse der verschiedenen Sozial- und Gesundheitswissenschaften erregt hat, nachdem er bereits seit Jahrzehnten immer wieder in der öffentlichen und halböffentlichen politischen Auseinandersetzung aufgetaucht ist: den Zusammenhang zwischen Migration und Gesundheit bzw. Krankheit. Und obwohl die Tagung, der nun der vorliegende Sammelband folgt, bereits im Jahre 1998 stattgefunden hat, haben die Darlegungen an Aktualität nichts verloren.

Wie die Herausgeber Peter Marschalck und Karl Heinz Wiedl in ihrer Einleitung deutlich machen, dient die Veröffentlichung des Tagungsbandes nicht zuletzt dazu, Vorurteile, Halbwahrheiten und bloße Vermutungen über spezifische Krankheitsbilder, -verläufe und -anfälligkeiten auszuräumen bzw. geradezurücken. Insbesondere beziehen sie sich hierbei auf den seu-

chenpolizeilichen Diskurs“, also die insbesondere in Deutschland politikbildende Angst vor der Einschleppung von Seuchen durch Zuwanderung, sowie auf die Legende, Einwanderer in ihrer Gesamtheit würden das öffentliche Gesundheitssystem über Gebühr belasten, ohne entsprechende Gegenleistungen zu erbringen. Den Nachweis, dass es sich hier um Präjudizien - wo nicht um bewusste Falschmeldungen - handelt, verbinden Marschalck und Wiedl mit einem Plädoyer für eine Wiederaufnahme bzw. Fortführung sozialmedizinischer Ansätze, wie sie seit der Unterbrechung durch den Siegeszug des eugenisch-biologischen Diskurses in Deutschland erst lange nach dem Krieg über die "Public health"-Diskussion wieder aufgegriffen worden sind. Diese Ansätze nehmen eher die materiellen und soziokulturellen Lebensbedingungen als krankheitsverursachend in den Blick als biologisch-rassistische Prädispositionen. Die Herausgeber betonen, "dass die Aufhebung der Benachteiligung von Migranten (in der Versorgung) kein Akt der Großzügigkeit ist, sondern der gesamten Gesellschaft zugute kommt." (S. 23) In ähnlichem Sinne argumentierte im vergangenen Jahr ein stärker auf die Praxis ausgerichteter Tagungsband der Akademie für Öffentliches Gesundheitswesen in Düsseldorf. Joachim Gardemann/Wolfgang Müller/Angelika Remmers (Hgg.), *Migration und Gesundheit: Perspektiven für Gesundheitssysteme und Öffentliches Gesundheitswesen. Dokumentation und Handbuch zur gleichnamigen Arbeitstagung von WHO und Akademie mit dem Bundesweiten Arbeitskreis Migration und Öffentliche Gesundheit*, 23.-25.3.2000, Hil-

den 2000 (Bericht und Materialien Bd. 17).

Der Band bleibt jedoch bei der Widerlegung von Vor- und Fehlurteilen sowie ihrer historischen Herleitung nicht stehen. Die Beteiligung praktisch aller mit gesundheitlichen oder sozialmedizinischen Fragestellungen befassten Disziplinen und die Einbindung in die aktuelle internationale Forschungsdiskussion (insbesondere bei der Rezeption des Adaptationsmodells von John Berry) erhebt auch den Anspruch, zwischen Empirie und dringend erforderlicher Theoriebildung zu vermitteln und in diesem Sinne weitere Forschungen und Überlegungen anzuregen. Dabei ist von besonderer Bedeutung, dass Migrantinnen und Migranten hier nicht als homogene Gruppe aufgefasst werden. Verschiedene komplexe Muster, Gruppen und Situationen müssen unterschieden werden. Ihre Beschreibung in einem einfachen theoretisch-analytischen Modell ist nicht möglich. Vor allem - und dies ist für die Migrationsforschung insgesamt bedeutsam - betonen die Autoren die Vielzahl von Faktoren, die jeweils zu berücksichtigen sind, bevor Aussagen darüber getroffen werden können, ob ein bestimmtes Phänomen für migrierte Populationen oder für Migrationseffekte spezifisch ist, d.h. ob es überhaupt mit Migration zusammenhängt oder andere Ursachen hat.

Die Aufsätze sind in vier Kapiteln angeordnet. Der erste Abschnitt thematisiert historische Vorbilder und Zugänge zum Bereich Migration und Gesundheit, genauer die Gesundheitsversorgung von Migrantinnen und Migranten, die Folgen der erzwungenen Migration jüdischer Ärzte nach 1933 und die medizinische Selektion von Gastarbeitern in den fünfziger und sechziger Jahren. Zunächst untersucht Eva Brinkschulte die soziale und medizinische Versorgung der Unterschichtenmigration im 19. Jahrhundert. Insbesondere zeigt sie, wie die spezifische gesundheitliche Situation der zugewanderten Handwerker und Dienstboten und die Angst vor eingeschleppten Krankheiten (vor allem der Krätze) seit dem Ende des 18. Jahrhunderts zur Einrichtung von Krankenkassen und mittelfristig zum Funktionswandel des Spitals von der Verwahr- zur Heilanstalt beitrugen. Gleichzeitig entfiel jedoch die Versorgung verarmter und wandernder Gesellen, da die neuen Krankenkassen auf beitragszahlende Erwerbstätige beschränkt blieben. Paul Weindling untersucht die (verzögerte) Integration und die gesundheitliche Situation jüdischer Ärzte, die während des Nationalsozialismus und der deutschen Besetzung nach Großbritannien flohen. Er betont, dass sich diese Flüchtlinge bei gesundheitlichen oder psychischen Problemen in al-

ler Regel an Ärzte gleicher Herkunft wandten, da diese als verständnisvoller und eher vertraut mit den gewohnten und angemessenen Behandlungsmethoden sein würden. Marschalck/Wiedl äußern die Vermutung, dies hänge mit der spezifischen Traumatisierung dieser Menschen zusammen. Hier wäre anzumerken, dass der gleiche Effekt häufig dort zu beobachten ist, wo Einwanderergruppen groß genug sind, um ein "eigenes" Dienstleistungsnetzwerk aufstellen zu können: Die hier beschriebenen Phänomene sind sicherlich nicht nur bei (jüdischen) Flüchtlingen, sondern bei Migrationspopulationen insgesamt sehr häufig aufzufinden. Ein Aufsatz Hisashi Yanos über medizinische Eingangsuntersuchungen an Gastarbeitern 1955-1965 schließt den historischen Teil ab: Hier wird vor allem der oben erwähnte "seuchenpolizeiliche Diskurs" thematisiert. Er führte dazu, dass neben der "gesundheitliche(n) Eignung für die zu besetzenden Arbeitsplätze" nach "infektösen und parasitären Krankheiten" gefahndet wurde (S. 66). Problematisch waren vor allem die auf dem "zweiten Weg", also individuell und ohne medizinische Selektion eingereisten Arbeitskräfte. Interessant ist hier, dass die Initiative zu einer nachträglichen ärztlichen Untersuchung, für die noch bis 1962 eine gesetzliche Grundlage fehlte, auf Anregung der Ortskrankenkassen hin erfolgte und von behördlicher Seite zunächst kaum aufgenommen wurde. Erst ab 1962 wurde die Erteilung einer Aufenthaltserlaubnis in immer mehr Bundesländern an die Vorlage eines ärztlichen Gutachtens gebunden: Die ideologisierte Angst vor dem Seuchenträger "Gastarbeiter" hatte sich über alle Bedenken hinweggesetzt. Dabei sollte sich 1965 herausstellen, dass der Gesundheitszustand der ausländischen Arbeiter durchschnittlich besser war als der der deutschen.

Dem historischen Teil schließt sich der Versuch einer Theoriebildung für empirische Untersuchungen an. Jürgen Schott versucht mit einer statistisch-demographischen Überlegung nachzuweisen, dass eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes der Gesamtbevölkerung infolge von Migration nicht nachgewiesen werden kann. Toni Faltermaier betont, dass epidemiologische Erklärungen für den unterschiedlichen Gesundheitszustand unterschiedlicher Migrantengruppen kaum in der Lage sind, Migrationseffekte zu bestimmen, da sie eine Vielzahl weiterer sozialer und sozioökonomischer sowie kultureller Faktoren berücksichtigen müssen, deren jeweiliger Einfluss kaum genau einzugrenzen ist. Der Autor schlägt daher ein erweitertes salutogenetisches (ge-

sundheitsverursachendes) Modell nach dem Ansatz Antonovskys vor, in dem neben üblichen medizinisch-anamnetischen Faktoren auch subjektive und soziale Aspekte berücksichtigt werden, das aber in seiner Komplexität für Migrationsforschung außerhalb der Gesundheitswissenschaften nur schwer anwendbar sein wird. Von allgemeiner Bedeutung ist sicherlich seine Feststellung, dass Verhaltensweisen und Prozesse (bis hin zur Anfälligkeit gegenüber und zum Umgang mit Krankheit), die bei Migrantinnen und Migranten beobachtet werden, nicht erklärt werden können, wenn nicht die Eigenheiten des sozialen und kulturellen Systems, dem die Betroffenen angehören, mit in die Betrachtung einbezogen werden. Gärer Okman Fišek untersucht gesundheitsrelevante Prozesse im Bereich der Familie, wobei sie sich an Carlos Sluzkis Vier-Phasen-Modell, insbesondere den beiden letzten Phasen Bruch/Überkompensation und Dekompensation/Krise, orientiert. Überraschend und diskussionswürdig ist sicherlich ihre Feststellung, dass die vergleichsweise rigiden Grenzziehungen innerhalb türkischer Familien, vor allem über die Funktion der Mutter als "buffer between the father's authority and the children's wishes" (S. 121), den Transitionsprozeß eher erleichtern und familiäre und soziale Autonomie nicht ausschließen, sondern erreichen helfen, soweit die Familie intakt ist. Paul G. Schmitz folgt in seinen Ausführungen dem Akkulturationsmodell von John W. Berry et al. Dieses beschreibt den Adaptationsvorgang des Migrierten anhand zweier Entscheidungsbereiche (Kontakt zur Herkunftskultur, Kontakt zur Aufnahmekultur), aus deren Kombination sich vier Akkulturationsstile (Integration, Assimilation, Segregation, Marginalisierung) ergeben. Dieses Modell ist sicherlich - und dies erhellt auch aus den Ergebnissen seiner Konzeptualisierung im vorliegenden Aufsatz - klassischen, lediglich auf die Assimilation in die Aufnahmegesellschaften abhebenden Modellen überlegen, wäre allerdings um die Dimension analoger Prozesse (Herausbildung interkultureller Kompetenzen, Rekonstruktion lokaler Identitäten unter Einbeziehung integrierter Einzelpersonen und/oder Gruppen) in der Aufnahmegesellschaft zu ergänzen. Zudem wäre kritisch anzumerken, dass die psychologische Auffassung des Modells in erster Linie auf Konfliktvermeidungsstrategien abhebt und damit ein grundlegendes kritisches Potential, wie es der Migrationsforschung im Grunde innewohnt, verfehlt. Dies gilt um so mehr, wenn - wie hier bei Schmitz - die Wahl der einzelnen "Akkulturationsstile" lediglich auf der Seite der Migrierten gesucht (und gefunden) wird. Tatsächlich ist aber die "Wahl" der Bewältigungsstrategien nicht nur abhängig von

der sozialen Lage der Betroffenen und individuellen genetisch-biologischen Prädispositionen der Migrantinnen und Migranten, sondern auch von den Dispositionsspielräumen, die die aufnehmende Gesellschaft in der sozialen und administrativen Praxis überhaupt zur Verfügung stellt. Letzteres nicht zu berücksichtigen ist sicherlich eine Schwäche, die aus dem Forschungsansatz der Individualpsychologie amerikanischer Provenienz und ihrer europäischen Rezeption selbst zu erklären ist.

Den dritten Abschnitt des Buches bilden sechs Fallstudien, die sich an den eben besprochenen theoretisch-analytischen Vorgaben orientieren: Sie untersuchen an jeweils anderen Fallbeispielen (Reihenuntersuchungen, Reiheninterviews, Krankenakten etc), wie sich die Adaptationskrise, die als Folge des Akkulturationsvorgangs entsteht, auf die Gesundheit der Migrierten auswirkt. Andrea Riecken beklagt in ihrer Studie über Aussiedler im Landeskrankenhaus Osnabrück, dass epidemiologische und methodische Lücken bestehen, die eine angemessene Behandlung psychiatrischer Erkrankungen bei Migrantinnen und Migranten erschweren. Claudia Offermann untersucht Essstörungen. Zwar werden diese als kulturbedingtes Phänomen gesehen; es gelingt jedoch der Autorin, deutlich zu machen, dass die Vielzahl der in Frage kommenden krankheitsauslösenden Faktoren (Selbstwertproblem, Schönheitsideale, Sozialdynamik etc.) die Frage, in welchem Maße die Migrationserfahrung Krankheitsentstehung und -verlauf beeinflusst, nicht ohne die Entwicklung geeigneter Erhebungsmethoden beantwortbar macht: zwar sei bekannt, dass sich Migrantinnen aus Ländern, in denen eher wohlgenährte Schönheitsideale üblich sind, in extremem Maße am westlichen, anämisch-mageren Frauenideal orientieren. Inwieweit dies jedoch ein erhöhtes Vorkommen von Essstörungen zur Folge hat, ist bislang unerforscht. Ebenso zeigt die Untersuchung Wolfgang Settertobultes über die gesundheitliche Befindlichkeit und das Risikoverhalten Jugendlicher aus Migrantenfamilien, dass die Eindeutigkeit des Migrationseffekts bei gesundheitlichen oder psychischen Problemen abnimmt, je mehr zusätzliche Faktoren (soziale Lage, Situation in Schule und Elternhaus, Integration in Cliquen &c.) in die Untersuchung einbezogen werden. Außerdem spielen lt. Settertobulte kulturell bedingte Unterschiede in der Definition von Krankheit eine wesentliche Rolle.

Mit den subjektiven Einschätzungen von Gesundheit und Krankheit befasst sich schließlich Fritz A. Muthny, der Unterschiede in der Auffassung von Herzinfarktsursachen und dem Verhalten nach einem Infarkt

zwischen Spaniern und Deutschen beschreibt. Josef Rogner, Ediz B  kli und Mathias Bartram befassen sich am Beispiel türkischer Einwanderer in Osnabrück mit der Häufigkeit körperlicher Beschwerden und emotionaler Belastungen, die unabhängig von der Aufenthaltsdauer, dafür aber geschlechtsspezifisch auftreten. Bernhard Nauck und Yasemin Niephaus untersuchen den Einfluß intergenerativer Konflikte und kommen - entgegen der in der historischen Migrationsforschung verbreiteten These, dass die zunehmende Akkulturation der "zweiten Generation" zu Entfremdung und Konflikt zwischen den Generationen führt - zu dem Ergebnis, dass ein harmonisches Verhältnis der Ehepartner zueinander sowohl integrative Prozesse als auch ein gutes Allgemeinbefinden fördert. Auch insgesamt betonen viele Aufsätze die große Bedeutung des Familienverbandes - neben der sozialen Lage - für Krankheitsresistenz und psychische Stabilität sowie die Bedeutung von Verständigungsschwierigkeiten auf sprachlicher wie auf subjektiv-semantischer Ebene für Krankheitsgenese und -verlauf.

Im vierten und letzten Abschnitt werden Konzepte für eine Neuorientierung der Behandlung und Versorgung von Migrantinnen und Migranten vorgestellt. In allen drei Aufsätzen wird die Forderung erhoben, interkulturelle Kompetenz auf Seiten des medizinischen Personals zu entwickeln bzw. zu fördern und Maßnahmen zu treffen, die jene Barrieren überwinden helfen, die eine Inanspruchnahme von Leistungen durch Migrantinnen und Migranten behindern: Angela Eberding und Arist von Schlippe thematisieren Kommunikationsproblemen zwischen Patientinnen und Patienten einerseits sowie dem medizinischem Personal andererseits, die aus den unterschiedlichen Bedeutungen und sprachlichen Ausdrucksformen im Bereich von Gesundheit und Krankheit resultieren. Im Aufsatz von Maria Dietzel-Papakyriakou und Elke Olbermann sind zwei Ergebnisse zu erwähnen: Zum einen lässt sich die relativ geringere Morbidität von Arbeitsmigrantinnen und -migranten damit erklären, dass viele Alte in ihre Heimat zurückkehren, ohne sich abzumelden, um nicht den Anspruch auf Rentenleistungen zu verlieren. Darüber hinaus zeigt sich gerade in der Gerontologie der Einfluss der in aller Regel härteren und gesundheitlich ungünstigeren Arbeitsbedingungen der Migrierten: Sie sind im Alter fast durchweg stärker hilfs- und pflegebedürftig als der Durchschnitt der Bevölkerung. Gleichzeitig verhindern Sprach- und kulturell bedingte Kommunikationsprobleme eine "bedarfsgerechte Inanspruchnahme"

von Sozialleistungen. Am Beispiel der Schwangeren- und Kinderversorgung stoßen Johannes Korporal und B  bel Dangel-Vogelsang auf Defizite etwa bei der Früherkennung von Behinderungen sowie auf eine erhöhte Mütter- und Säuglingssterblichkeit. Auch sie fordern interkulturelle, insbesondere sprachliche Kompetenzerweiterungen des Personals, gleichzeitig jedoch auch "nachgehende und aufsuchende" Angebote, deren Zweckmäßigkeit jedoch in Zweifel gezogen werden darf: Erfahrungsgemäß werden solche "Angebote" nicht völlig zu Unrecht als indiskrete und auf Verhaltenskontrolle ausgerichtete staatliche Einmischung empfunden werden.

Insgesamt bietet der Tagungsband eine Fülle von Material, das vor allem in der Diskussion um eine stärkere Anpassung des öffentlichen Gesundheitswesens in Deutschland an die soziokulturelle Realität der Bevölkerung dieses Landes eine bedeutende Rolle spielen wird. In der praktischen Anwendung psychologischer und soziologischer Akkulturationsmodelle - insbesondere des Krisen- und Phasenmodells von Berry et al. - ist der Band aber auch über diesen Rahmen hinaus von Interesse, bietet er doch empirisches Material, das allzu weitgehende Schematisierungen der komplexen Prozesse, die Migration begleiten bzw. in die das Migrationsgeschehen eingebettet ist, ver  tten helfen sollte. Auch der Tendenz, Migration als jeweils gleichförmiges, allenfalls noch durch die unterschiedliche juristische Lage in den Einwanderungsländern diversifiziertes Geschehen zu beschreiben, so etwa selbst in der ausgezeichneten Arbeit von Gérard Noiriel, *Le creuset français. Histoire de l'immigration XIXe-XXe siècle*, Paris : Seuil 1988, kann unter dem Hinweis auf die Vielzahl von krankheits- und gesundheitsbedingenden Faktoren, wie sie hier beschrieben werden, begegnet werden. Vor allem lässt sich so zeigen, dass die häufig in Arbeiten zur Migrationsforschung aufzufindende Verengung des Blickwinkels entweder auf eine Innensicht einer als hermetisch erscheinenden Einwanderergruppe und ihre Entwicklung oder auf die staatliche Rezeption und Kontrolle von Migration letzten Endes zu kurz greift, da beide Phänomene bzw. Prozesse in einem engen Wechselverhältnis stehen und eine sozialwissenschaftliche Betrachtung von Migrationsvorg  ngen ohne Berücksichtigung gesamtgesellschaftlicher Prozesse immer zu einer Schräglage der Ergebnisse führen muss. Von besonderem Wert ist, dass viele der Autorinnen und Autoren die Bedeutung der sozialen Situation der Betroffenen für ihre Verhaltensweisen (einschließlich ihrer Krankheitsanfälligkeit) be-

tonen. Kritisch anzumerken wäre - vom Blickwinkel der Historiographie aus - der fast ausschließlich positivistisch-pragmatische Ansatz, der in den meisten Aufsätzen vertreten wird. Der Band ist gleichwohl in jedem Falle eine anregende - wenn auch für Nicht-Gesundheitswissenschaftler mitunter schwierige - Lektüre für alle, die sich mit Migrationsforschung und aktueller Migrationsdiskussion beschäftigen. Ein entsprechend weitgefächter Kreis von Leserinnen und Lesern wäre ihm zu wünschen.

If there is additional discussion of this review, you may access it through the network, at:

<http://hsozkult.geschichte.hu-berlin.de/>

Citation: Michael G. Esch. Review of Marschalck, Peter; Karl Heinz Wiedl, *Migration und Krankheit*. H-Soz-u-Kult, H-Net Reviews. February, 2002.

URL: <http://www.h-net.org/reviews/showrev.php?id=16355>

Copyright © 2002 by H-Net, Clio-online, and the author, all rights reserved. This work may be copied and redistributed for non-commercial, educational purposes, if permission is granted by the author and usage right holders. For permission please contact H-SOZ-U-KULT@H-NET.MSU.EDU.