

Diana Sahrai

Healthy Migrants oder besondere Risikogruppe?

Zur Schwierigkeit des Verhältnisses von Ethnizität,
Migration, Sozialstruktur und Gesundheit*

1. Einleitung

Die Untersuchung des Zusammenhangs zwischen Migration und Gesundheit in der Public Health-Diskussion ist wohl auch deshalb so schwierig, weil die fundierte Analyse aller Verursachungsfaktoren von Gesundheit und Krankheit aufgrund ihrer Vielfältigkeit, auch ohne die Berücksichtigung von Migration und Ethnizität, nahezu unüberschaubar erscheint. Zu diesen Faktoren gehören u.a. Schicht- bzw. Milieuzugehörigkeit, Geschlecht, die Berücksichtigung des Lebenslaufs oder des Lebensstils. Wenn nun migrations- bzw. ethnizitätsbedingte Einflüsse wie ethnisch-/kulturell-religiöse Differenzen im Gesundheitsverhalten, der Bildungsgrad im Herkunftsland, Aufenthaltsdauer und Aufenthaltsstatus im Immigrationsland, die Generationenfolge, der Grad der strukturellen und kulturellen Integration etc. mit berücksichtigt werden, wird der Gegenstand so komplex, dass eine Untersuchung im Rahmen gängiger wissenschaftlicher Verfahren kaum noch möglich erscheint.¹

Gleichzeitig wird aller Komplexität zum Trotz immer wieder konstatiert, dass Migration, Ethnizität und soziale Schicht einen gemeinsamen Einfluss auf die Gesundheit und Krankheit von Menschen mit Migrationshintergrund haben (RKI 2008a, b; Schenk 2007; Faltermeier 2005) und deshalb in Untersuchungen zur gesundheitlichen Ungleichheit berücksichtigt werden sollten. Bislang bleiben die vorliegenden Studien allerdings in einem Punkt defizitär: Denn in Untersuchungen zum gesundheitlichen Zustand von Migranten werden in der Regel *entweder* die sozial benachteiligte Lage *oder* kulturelle Differenzen und Migrationseffekte zur Erklärung von gesundheitlichen Ungleichheiten

* Der vorliegende Beitrag ist im Rahmen des Projekts BEEP (Bielefelder Evaluation von Elternedukationsprogrammen) unter der Leitung von Klaus Hurrelmann – gefördert durch das Bildungsministerium für Bildung und Forschung – entstanden. Weitere Informationen zum Projekt unter <http://uni-bielefeld.de/gesundhw/beep>. Für die hilfreiche Unterstützung und außergewöhnliche Betreuung bedanke ich mich ganz herzlich bei der Redaktion des JKMG sowie bei Petra Feldmann und Irene Moor.

von Migranten herangezogen. Das heißt, dass die konkreten Vermittlungsformen zwischen sozialer Lage, Ethnizität und Migration in aller Regel einseitig aufgelöst werden.

Im vorliegenden Beitrag soll es darum gehen, das *Verhältnis* dieser zunächst eigenständigen Erklärungsfaktoren aus unterschiedlichen Perspektiven genauer zu bestimmen. Der Beitrag kann und will kein integratives Modell aller relevanten Einflussfaktoren zur Analyse gesundheitlicher Ungleichheit bei Migranten und ethnischen Minderheiten liefern. Er soll aber verdeutlichen, wo genau die Probleme und Schwierigkeiten bei der Bestimmung migrationspezifischer und gleichzeitig migrationsunspezifischer sozial bedingter gesundheitlicher Ungleichheit liegen.

Ich werde zu diesem Zweck im folgenden Abschnitt kurz benennen, welche Sozialstrukturmodelle im Allgemeinen zur Erklärung des Zusammenhangs zwischen sozialer Ungleichheit und gesundheitlicher Ungleichheit herangezogen werden und inwieweit diese auch für Migranten Geltung beanspruchen können (2). Im Anschluss wird problematisiert, warum soziale Schichtzugehörigkeit zur Erklärung gesundheitlicher Ungleichheiten bei Migranten nicht ausreicht (3). Im vierten Abschnitt wird komplementär gezeigt, dass Modelle, die gesundheitliche Ungleichheiten von Migranten ohne Berücksichtigung ihrer sozialen Schichtzugehörigkeit nur auf Migrationseffekte und auf kulturelle Differenzen zurück führen, ebenfalls für sich genommen als Erklärung ungenügend sind (4). In einem abschließenden fünften Kapitel wird vor dem Hintergrund der Unzulänglichkeiten der dargestellten Modelle dafür plädiert, Migrationsforschung und Ethnizitätstheorie, Sozialepidemiologie und Ungleichheitsforschung im Kontext der Analyse gesundheitlicher Ungleichheiten stärker integrativ zu fassen.

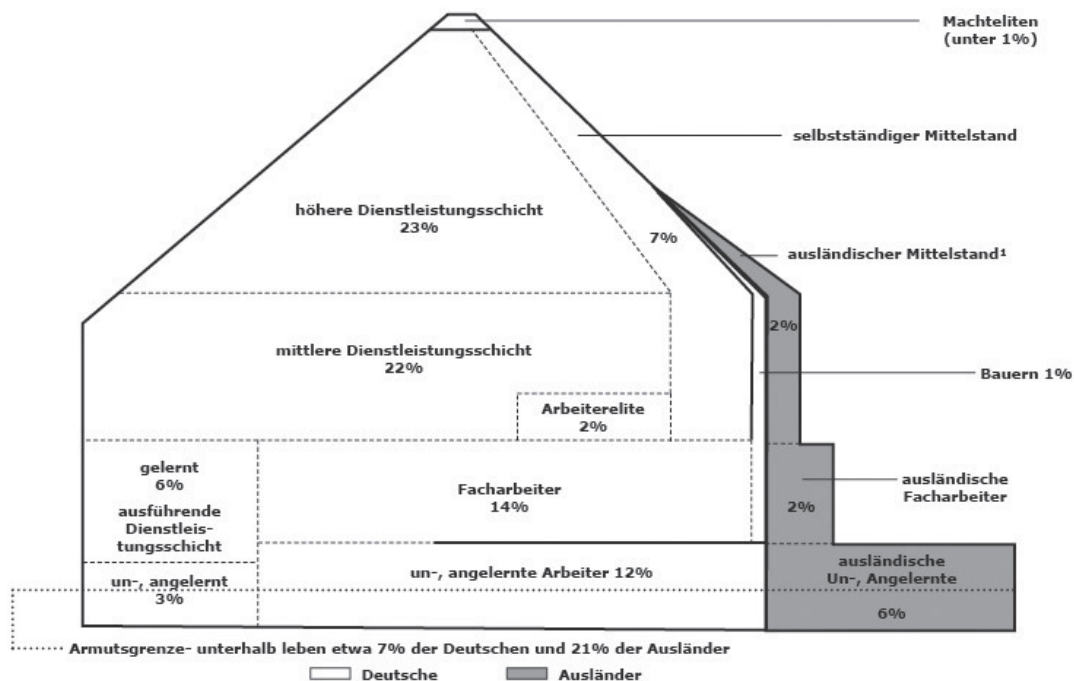
2. *Der Zusammenhang von sozialer Ungleichheit und gesundheitlicher Ungleichheit*

Zur Beschreibung der Gesellschafts- und Bevölkerungsstruktur werden in den Sozialwissenschaften unterschiedliche Begriffe und Konzepte verwendet. So wird in Zusammenhang mit der deutschen Gesellschaftsstruktur von Klassen (Kreckel 1997), Schichten (Dahrendorf 1968; Geißler 2002), soziale Lagen (Hradil 1987) oder Milieus (Vester et al. 2001) gesprochen.

In den Gesundheitswissenschaften werden zur Erklärung sozial bedingter gesundheitlicher Ungleichheiten Modelle bevorzugt, die die Bevölkerung der Bundesrepublik nach Schichten unterteilen. Reiner

Geißler beschreibt die Schichtung der Bevölkerung folgendermaßen: »Die Gliederung der Bevölkerung in verschiedene Schichten beruht einerseits auf den verschiedenen Funktionen der Gruppen im Herrschafts- und Wirtschaftssystem, andererseits fußt die Unterteilung auch auf soziopolitischen und soziokulturellen Mentalitäten, die typischerweise mit den verschiedenen Soziallagen zusammenhängen« (Geißler 2002: 117). Dabei konzentrieren sich Schichtmodelle auf »die traditionelle vertikale Dimension der sozialen Ungleichheit, auf Unterschiede nach Berufsposition, Qualifikation oder ökonomische Lage [...]« (Geißler 2002: 122). Geißler hat in Anlehnung an Dahrendorfs »Hausmodell« (1968) die soziale Schichtung der (west-)deutschen Bevölkerung für das Jahr 2000 in ein erweitertes »Hausmodell« übertragen (Abbildung 1). Daran wird deutlich, dass die deutsche Bevölkerung sich aus einer relativ schmalen, aber stabilen Unterschicht, einer breiten Mittelschicht und einer nach oben immer schmäler werdenden Oberschicht zusammensetzt (2002: 119)².

Abb. 1: Soziale Sicherung der westdeutschen Bevölkerung 2000



¹ Selbstständige, mittlere und höhere Dienstleister
Datenbasis: SOEP 2000; N=17.850; berechnet von Stefan Weick.

Rainer Geißler, *Die Sozialstruktur Deutschlands. Die gesellschaftliche Entwicklung vor und nach der Vereinigung*. 8., grundlegend überarbeitete Auflage, Wiesbaden, 2002, S. 119.

Quelle: Geißler 2002: 119

In sozialegpidemiologischen Untersuchungen, die sich mit sozialstrukturell bedingten gesundheitlichen Ungleichheiten einer Bevölkerung befassen, werden in aller Regel die drei Merkmale Bildung, Beruf und Einkommen als die wichtigsten Indikatoren zur Identifizierung von sozialen Gruppen herangezogen. In der Tat können diese klassischen Schichtindikatoren einen großen Teil gesundheitlicher Ungleichheiten in Mortalität und Morbidität erklären, und zwar sowohl als aggregierte als auch als Einzelindikatoren (Lahelma 2008). Als eines der gravierendsten Beispiele gilt noch immer die Lebenserwartung von Personengruppen nach Einkommen: In der Bundesrepublik haben Frauen aus dem untersten Einkommensviertel der Bevölkerung eine um fünf Jahre geringere Lebenserwartung als Frauen aus dem obersten Einkommensviertel. Bei Männern beträgt diese Differenz gar zehn Jahre (Mielck 2005). Somit beschreibt nach Schmitthenner/Urban »Der von vielen gerne ins 19. Jahrhundert verwiesene Slogan ›Wenn du arm bist, mußt du früher sterben‹ [...] leider auch noch die gesellschaftliche Realität zu Beginn des 21. Jahrhunderts« (Schmitthenner/Urban 1999, zit.n. Butterwegge 2008a: 2). Zu den weiteren Ursachen, die gesundheitliche Ungleichheiten bedingen können und mit der Schichtzugehörigkeit zusammenhängen, gehören u.a. das Armutrisiko, Arbeitslosigkeit, Überschuldung, unsichere Arbeitsverhältnisse, niedrige Entlohnung im Verhältnis zu geleisteter Arbeit (»Gratifikationskrise« Siegrist 2008), ungünstigere und ungesündere Arbeitsbedingungen, schlechtere Wohnverhältnisse etc.

So erklärungskräftig die Kategorie Schicht als Indikator zur Analyse sozial bedingter gesundheitlicher Ungleichheiten auch ist, steht sie nicht selten in der Kritik, weil sie weitere Faktoren, die ebenfalls maßgeblich die Gesundheit von Menschen beeinträchtigen können, nicht gebührend berücksichtigt. So wird nicht zu Unrecht die Kategorie Geschlechtzugehörigkeit – oder, genauer gesagt, die Kategorie *Gender* – als ein eigenständiger Faktor neben der Schichtzugehörigkeit zur Erklärung von gesundheitlichen Ungleichheiten herangezogen (Kuhlmann/Kolip 2008; Kolip in diesem Band).

Andere Studien kritisieren die »harten« Indikatoren Beruf, Bildung und Einkommen als zu starr für die Analyse gesundheitlicher Ungleichheiten, würden diese doch zu wenig die Lebenswelten und die Alltagskultur der betreffenden Gruppen berücksichtigen, und plädieren für die zusätzliche Berücksichtigung der »weichen« Faktoren auf der Ebene von Milieus oder Lebenswelten (Vester in diesem Band; Bauer/Bittlingmayer 2006). Eine differenziertere Betrachtung von Faktoren, die die Gesundheit und Krankheit von bestimmten Bevölkerungsgruppen beeinflussen, wird in der Sozialepidemiologie auch von der Lebenslaufperspektive

(Life-Course Approach) gefordert (Davey-Smith 2008; Spallek/Razum 2008; Blane et al. in diesem Band). Sie betont, dass Krankheit und Gesundheit nicht statisch in Form einer Momentaufnahme betrachtet werden können, sondern Ergebnis einer individuellen Geschichte sind. Denn gesundheitsrelevante Umweltbedingungen können während der Geburt oder frühen Kindheit ebenso wie habitualisierte Verhaltensweisen im Laufe des Lebens den Gesundheitszustand einer Person nachhaltig beeinflussen.

Trotz all der teilweise berechtigten Feinkritik an Schichtmodellen muss konstatiert werden, dass der unmittelbare Zusammenhang zwischen der sozio-ökonomischen Situation von Personen und Gruppen – gemessen an ihrer Schichtzugehörigkeit – und ihrer Gesundheit inzwischen mehr als ausreichend empirisch belegt ist (Richter et al. 2008). Das verfügbare Einkommen, das Bildungsniveau und die berufliche Position beeinflussen direkt oder indirekt (z.B. unterschiedliches Armuts- oder Arbeitslosigkeitsrisiko je nach Bildungsabschluss) die gesundheitlichen Chancen und die gesundheitlichen outcomes von Menschen.

Der empirische Nachweis des Zusammenhangs zwischen Migration, ethnischer Zugehörigkeit und Gesundheit bzw. gesundheitlicher Benachteiligung ist allerdings weniger eindeutig. Zwar gibt es auch für den Zusammenhang von Migration und einer schlechteren gesundheitlichen Situation inzwischen viele empirische Belege (RKI 2008a; RKI 2008b). Die *Erklärungen* für diesen Zusammenhang sind jedoch – im Gegensatz zum Zusammenhang zwischen der sozialen Schichtzugehörigkeit und gesundheitlicher Benachteiligung der autochthonen Bevölkerung – nicht eindeutig. Dies hat vermutlich zwei Gründe: *erstens* kollidiert der Faktor Migration mit den gängigen unabhängigen Variablen zur Erklärung gesundheitlicher Benachteiligung (z.B. Schichtzugehörigkeit) und *zweitens* ist die Operationalisierung der Kategorie Migration bzw. Migranten nicht unproblematisch, da unter diesem Begriff sehr viele heterogene Gruppen zusammengefasst werden. Migranten können sich z.B. aufgrund ihrer ethnischen Zugehörigkeit, des Aufenthaltsstatus und der Aufenthaltsdauer, der Generationenfolge (ob sie in der ersten, zweiten oder dritten Generation in der BRD leben), aber auch aufgrund ihrer sozio-ökonomischen Stellung im Emigrations- und Immigrationsland stark unterscheiden.

In der sozialwissenschaftlichen und gesundheitswissenschaftlichen Forschungsliteratur lassen sich verschiedene Ausgangspunkte ausmachen, die Unterschiede im Gesundheitszustand von Migrantengruppen im Verhältnis zu autochthonen Bevölkerung zu erklären:

(1) Auf der einen Seite gibt es Modelle, die gesundheitliche Ungleichheiten, aber auch Bildungsungleichheiten oder das Armutsrisiko bei

Migranten auf ihre allgemein niedrigere sozio-ökonomische Stellung zurückführen und den Faktoren Migration und Ethnizität keine bzw. kaum Erklärungskraft zusprechen.

(2) Auf der anderen Seite gibt es wiederum Theorien, die gesundheitliche Ungleichheit auf der Seite der Migranten eher auf Migrationseffekte bzw. ethnische Differenzen zurückführen und fast ohne den Bezug auf gesamtgesellschaftliche soziale Ungleichheiten auskommen.

In den folgenden Abschnitten (3 und 4) sollen diese beiden Erklärungsstränge erläutert und im Bezug auf ihre Erklärungskraft für gesundheitliche Ungleichheiten bei Migranten beleuchtet werden.

3. Benachteiligte soziale Lage als Erklärung gesundheitlicher Ungleichheiten bei Migranten

Soziologische und gesundheitswissenschaftliche Erklärungsansätze, die sich mit sozialstrukturell bedingten gesundheitlichen und sozialen Ungleichheiten beschäftigen, behandeln das Thema Migration und ethnische Differenzen eher stiefmütterlich³. Sozialkritische Klassen-, Schicht-, und Milieumodelle – und zwar sowohl die klassischen wie bei Marx, Geiger, Weber, als auch die aktuellen wie bei Hradil, Vester u.a. –, zeichnen zwar sehr sensibel die sozialstrukturellen Ungleichheiten in der Bevölkerung nach, behandeln aber kaum das Thema Migration und ethnische Differenzen. Wenn in Zusammenhang von sozialen Ungleichheiten im Bereich Bildung oder Ausbildungs- und Arbeitsmarktchancen Migranten überhaupt erwähnt werden, dann nur mit Bezug auf ihre schlechtere soziale Lage in der gesellschaftlichen Hierarchie (z.B. Kreckel 1997). Die Einordnung der Ausländer und Migranten in die deutsche Sozialstruktur geht dabei von so unterschiedlichen Thesen aus wie die der ethnischen Unterschichtung (1) (Vester et al. 2001: 57; Hauser 1995; Hoffmann-Nowotny 1973), der strukturellen Dualisierung (2) (Butterwegge 2008b) sowie der Eingliederung von Migranten entlang der gesamten Sozialstruktur (3) (Geißler 2002, s. auch Abb. 1). Im Folgenden werde ich diese drei Thesen kurz vorstellen und in Bezug auf ihre Relevanz für die Beschreibung und Erklärung gesundheitlicher Ungleichheiten bei Migranten diskutieren.

(1) Die These der ethnischen Unterschichtung bedeutet, dass Migranten zwar nicht vollständig die Gesellschaft unterschichten, der Anteil dieser Gruppe an den unteren Schichten und den gesellschaftlich und sozial Exkludierten im Verhältnis zur autochthonen Bevölkerung besonders hoch ist. Diese These ist für die deutsche Gesellschaft durchaus aussagekräftig, sind Migranten doch im stärkeren Maße benachteiligt, wie

sich dies an dem Anteil von Migranten an Sonder- und Hauptschulen, an den hohen Arbeitslosen- und Armutsquoten empirisch gut belegen lässt (Kronig 2003; Kreckel 1997).

(2) Eine zweite These, die versucht die sozialstrukturelle Position von Migranten im gesamtgesellschaftlichen Gefüge zu beschreiben, ist die der »strukturellen Dualisierung« der Migrantenbevölkerung in der BRD (Butterwegge 2008a). Damit ist gemeint, dass sich auf der einen Seite Migranten befinden, die als stark sozial benachteiligt gelten, die Schwierigkeiten in Schule und Beruf haben, nicht integriert sind und höhere Delinquenzraten aufweisen. Im gesundheitswissenschaftlichen Diskurs hat man häufig diese Gruppe im Sinn, wenn von einem schlechteren gesundheitlichen Zustand, höheren Übergewichtsprävalenzen oder der schweren Erreichbarkeit durch Präventionsprogramme und Gesundheitsförderprogramme die Rede ist. Diese Gruppe gilt nicht nur in wissenschaftlichen, sondern auch in politischen Diskussionen und in der Öffentlichkeit als Träger von Defiziten und Problemen. Auf der anderen Seite dieser strukturellen Dualisierung stehen Migranten, die als sogenannte »Hochqualifizierte«, Experten, Unternehmer oder Sportler und Künstler von der Bundesrepublik mit viel Mühe angeworben werden. Diese Gruppe ist in den öffentlichen, wissenschaftlichen und politischen Diskursen fast ausschließlich positiv besetzt; sie ist jene Gruppe – so die allgemeine Annahme –, die Arbeitsplätze schafft und somit die gesellschaftliche Wohlfahrt steigert. Diese Gruppe ist – ähnlich wie eine privilegierte autochthone Gruppe – selten Gegenstand gesundheitswissenschaftlicher Forschung. Aus dieser Perspektive existieren zwei unterschiedliche Gruppen von Migranten: auf der einen Seite eine stark privilegierte, positiv besetzte kleine Gruppe, auf der anderen Seite eine stark benachteiligte, negativ besetzte große Gruppe.

Auch wenn diese These den diskursiven Umgang mit und die diskursive Sicht auf Migranten in der Öffentlichkeit sehr gut darstellt, ist sie doch empirisch nicht ganz zutreffend. Denn es gibt inzwischen nicht nur eine breite ethnische Unterschicht und eine schmale ethnische Oberschicht, sondern bereits eine zwar schmale aber inzwischen etablierte Mittelschicht von Ausländern und Migranten in der BRD, die in diesem Befund wenig Berücksichtigung findet (Wiebke 2008; Geißler 2002).

(3) Ein drittes Modell, das im Übrigen der empirischen Realität am nächsten kommt, stellt die Verteilung der Migrantenpopulation in der gesamtgesellschaftlichen Schichtstruktur als Anbau an das »Hausmodell« dar (Abbildung 1; Geißler 2002). Nach diesem Modell unterschichten Migranten nicht die deutsche Bevölkerung, sondern ihre Verteilung erstreckt sich entlang der gesamten Sozialstruktur.

Die Angaben bei Geißler beziehen sich zwar auf das Jahr 2000 und berücksichtigen nur die ausländische Population und nicht die Eingebürgerten, die inzwischen mehr als die Hälfte der Menschen mit Migrationshintergrund ausmachen. Das Modell verdeutlicht aber, dass der Anteil der Ausländer in den unteren Segmenten der Gesellschaft zwar besonders hoch ist, diese Gruppe stärker von Armut betroffen ist – bei Ausländern liegt dieser Anteil bei 21 Prozent und bei den Deutschen bei 7 %⁴; von einer ethnischen Unterschichtung kann dennoch nicht ohne Weiteres gesprochen werden⁵.

Anhand dieses Modells wird am deutlichsten, dass Migranten keine *eigene* Schicht bilden, die unter oder teilweise über der autochthonen Bevölkerung liegt. Vielmehr sind sie in die sozialstrukturelle Hierarchie und Schichtstruktur der bundesdeutschen Bevölkerung eingegliedert, auch wenn sie überproportional in niedrigeren sozialen Schichten vertreten sind. Was bedeutet dies nun für die Erklärung gesundheitlicher Ungleichheit bei Migranten?

In sozialepidemiologischen Studien wird immer wieder darauf hingewiesen, dass der Anteil der Migranten an den unteren sozialen Schichten im Verhältnis zur autochthonen Bevölkerung höher ist als in den mittleren und oberen Schichten. So leben nach neuesten Daten des Robert Koch-Instituts, durchgeführt im Rahmen der KiGGS-Studie⁶, 53 Prozent der Kinder und Jugendlichen mit beidseitigem Migrationshintergrund in sozial benachteiligten Lagen, während dieser Anteil bei den Kindern und Jugendlichen ohne Migrationshintergrund bei 22,1 Prozent und bei denen mit einseitigem Migrationshintergrund bei 27 Prozent liegt. Kinder und Jugendliche aus der Türkei gehören zu 70,7 Prozent der untersten sozialen Schicht an (RKI 2008b: 119).

Wie bereits oben erwähnt, gibt es einen empirisch gut belegten Zusammenhang zwischen der sozialen Schichtzugehörigkeit, dem Gesundheitszustand und den Mortalitäts- und Morbiditätsraten einzelner Bevölkerungsgruppen der Einheimischen.

Wenn dieser Zusammenhang für die Erklärung gesundheitlicher Ungleichheiten bei Einheimischen so aussagekräftig ist, dann liegt es nahe, dieselbe Erklärung auch für die gesundheitlichen Ungleichheiten bei Migranten heranzuziehen. Dass eine sozial benachteiligte Lage für Migranten genauso gesundheitsschädigend ist wie für Einheimische ist selbstredend. Allerdings verkürzen Modelle, die zur Erklärung gesundheitlicher Ungleichheiten bei Migranten *nur* ihre soziale Schichtzugehörigkeit heranziehen, an zwei entscheidenden Punkten. *Erstens* wird aus dem signifikant höheren Anteil von Migranten an den unteren sozialen Schichten direkt auf eine ethnische Unterschichtung geschlossen (dies

jedoch meist nur implizit) und weniger die bereits sozialstrukturell ausdifferenzierte Migrantenpopulation in den verschiedenen gesellschaftlichen Segmenten in den Blick genommen. Wenn dann Zusammenhänge zwischen Migrationsstatus und bestimmten gesundheitlichen outcomes festgestellt werden, dann werden diese mit der schlechteren sozialen Lage erklärt (RKI 2008a; Hurrelmann 2006; Mielck 2005).

Zweitens wird davon ausgegangen, dass die Schichtzugehörigkeit, die auf der Grundlage derselben Indikatoren errechnet wurde wie bei der autochthonen Bevölkerung, dieselbe Aussagekraft für Migranten besitzt. Abgesehen davon, dass es hier Faktoren gibt, die bei Migranten eine zusätzliche Rolle spielen, kann selbst so ein scheinbar eindeutiger Indikator wie Bildung bei Migranten unscharf und deshalb problematisch werden. So ist z.B. bekannt, dass Migranten viel häufiger in Berufen tätig sind, die unterhalb ihrer Qualifikationen liegen als Einheimische. Häufig werden die aus den Herkunftsländern mitgebrachten formalen Qualifikationen nicht gleichwertig anerkannt. Jugendliche mit Migrationshintergrund haben bei gleicher Qualifikation und Schulausbildung schlechtere Chancen einen Ausbildungsplatz zu bekommen als Jugendliche ohne Migrationshintergrund (Baethge et al. 2007). Der Besitz gleicher Bildungsabschlüsse bedeutet also für Migranten und Nicht-Migranten nicht immer die gleiche sozio-ökonomische Lage. Dies gilt auch für weitere Indikatoren wie z.B. Wohnqualität. So belegen Studien für Großbritannien, dass sich der Besitz eines Eigenheims für die autochthone Bevölkerung gut als Indikator für eine gute Wohnqualität und hohem Wohlstand heranziehen lässt, bei Migranten dieses bei genauerem Hinsehen nicht der Fall ist. Migranten bekommen häufig z.B. aufgrund von rassistischen Einstellungen von Vermietern keine Wohnung und kaufen häufig notgedrungen Eigenheime. Meist handelt es sich bei diesen Häusern allerdings um Häuser, die sich in einem schlechten Zustand befinden, und fehlen den Käufern die finanziellen Mittel, um nötige Sanierungs- und Modernisierungsmaßnahmen vorzunehmen (Davey Smith et al. 2001). Es zeigt sich also, dass der Zusammenhang von Schichtzugehörigkeit und Gesundheit bei Migranten unschärfer ist als in der autochthonen Bevölkerung.

4. *Migration und ethnisch-kulturelle Zugehörigkeit als Erklärung gesundheitlicher Ungleichheiten bei Migranten*

Der lineare Zusammenhang zwischen Schichtzugehörigkeit und gesundheitlichen outcomes gilt bei vielen Krankheiten und der Lebenserwartung für Migranten nicht in derselben Weise wie bei der autochthonen

Bevölkerung. Das lenkt die Aufmerksamkeit auf besondere Charakteristika der Migrantenpopulation wie etwa kulturell differente Ernährungsgewohnheiten, unterschiedliche Krankheitskonzepte, unterschiedliche ökologische Bedingungen im Herkunftsland bei den Einwanderern oder unterschiedliche Lebensbedingungen aufgrund des Migrationsstatus. Im Folgenden sollen exemplarisch zwei Erklärungsansätze, die gesundheitlich differente outcomes weniger auf die niedrige soziale Schichtzugehörigkeit als vielmehr auf Migrations- und Ethnizitätseffekte zurückführen, skizziert werden.

Der Healthy-migrant-Effekt

Eine der klassischen Thesen im Zusammenhang des gesundheitlichen Zustands von Migranten ist die des »Healthy-migrant-Effekts«. Darunter wird ein »vorübergehender Mortalitätsvorteil von Migranten relativ zur Bevölkerung des Ziellandes verstanden« (Razum 2006: 256; Fennelly 2005). Migranten der ersten Generation weisen also trotz ihrer häufig schlechteren sozialen Lage und anderen gesundheitlichen Beeinträchtigungen durch die Migration, statistisch eine höhere Lebenserwartung auf als die autochthone Bevölkerung⁷. Vorübergehend ist dieser Zustand deshalb, weil im Laufe einiger Jahre, spätestens aber in der zweiten Generation dieser Mortalitätsvorteil schwindet und die Lebenserwartung der Migranten sich der der einheimischen Bevölkerung angleicht. Erklärt wird dieser Zusammenhang in der Regel damit, dass nur besonders gesunde Menschen eine Migration wagen. Oder dass aufgrund von Aufnahmeregelungen im Immigrationsland nur besonders gesunden Personen die Einreise und der Aufenthalt gewährt wird (auch bekannt als der »Healthy-worker-Effekt«) – wie etwa im Fall der Gastarbeiter in Deutschland (Yano 2005).

In der Bundesrepublik jedoch hält der Mortalitätsvorteil bei Migranten länger an als bei dem Healthy-worker-Effekt üblich. Razum beschreibt das Phänomen eines »neuen« Healthy-migrant-Effekt – dem gesundheitlichen Übergang: »Mit ›gesundheitlichem Übergang‹ wird der allmähliche Wechsel von einer hohen Gesamtsterblichkeit vorwiegend an Infektionskrankheiten sowie an mütterlichen und kindlichen Ursachen zu einer niedrigeren Sterblichkeit vorwiegend an nichtübertragbaren Krankheiten bezeichnet« (Razum 2006: 266). Industrienationen befinden sich demnach in einem höheren Stadium des gesundheitlichen Übergangs als ärmere Länder, in denen jeweils andere Risikofaktoren herrschen. Im Falle einer Migration von einem ärmeren in ein reicheres Land kommt es demnach zu einem abrupten Wechsel der Übergangsphase: »Migranten befinden sich also während ihres Lebenslaufs in verschiedenen Stadien

des gesundheitlichen Übergangs, sind damit auch den Risiken aus verschiedenen Phasen ausgesetzt. Sie erleben aber bei ihrer Migration zunächst eine schnelle Abnahme ›alter‹ Risiken, während die Zunahme der ›neuen‹ Risiken Zeit in Anspruch nimmt (Spallek/Razum 2008: 279). Dafür sprechen auch neueste Statistiken, denen zufolge Migranten noch immer eine geringere Sterblichkeit aufweisen, der Abstand zur einheimischen Bevölkerung sich aber im Laufe der letzten Jahre verringert hat (Kohls 2008b). Die Verringerung dieses Abstandes wird teilweise mit der sozial benachteiligten Lage der Migranten in Deutschland erklärt (Kohls 2008b).

Mit der Reduzierung des Krankheitsrisikos durch Infektionen (z.B. aufgrund besserer hygienischer Bedingungen, sauberem Trinkwasser etc.), der besseren medizinischen Versorgung im Immigrationsland (d.h. Minimierung von Risiken) auf der einen Seite und der zunehmenden Anpassung der Migranten an die hiesigen Lebensstile auf der anderen Seite soll sich langfristig also die Sterblichkeit von Migranten der Mehrheitsbevölkerung anpassen.

Wichtig ist in diesem Kontext, dass die sozial benachteiligte Lage von Migranten in zwei unterschiedlichen Formen zu Sprache kommt. Der bessere gesundheitliche Zustand von Migranten erster Generation stellt erst einmal ein »Paradox« dar, weil Migranten stärker sozial benachteiligt sind und ihre geringere Sterblichkeit somit dem bekannten Zusammenhang zwischen sozioökonomischer Benachteiligung und hoher Sterblichkeit widerspricht. Andererseits jedoch wird die soziale Benachteiligung von Migranten zur Erklärung der zunehmenden Anpassung der Sterblichkeitsraten von Migranten nach einigen Jahren bzw. in der zweiten und dritten Generation herangezogen.

Während also bei der ersten Generation die sozial benachteiligte Lage keinen Einfluss auf die höhere Mortalität ausübt, wirkt sich für die zweite und weitere Generationen von Einwanderern ihre sozial benachteiligte Lage auch auf ihre Mortalität aus, indem der in der ersten Generation bestehende Mortalitätsvorteil im Laufe der Zeit schwindet und die Effekte sozialer Benachteiligung an den Tag treten.

Diese statistische Anpassung in der Mortalität wird häufig auch als die Assimilation der Lebensstile von Migranten an die Mehrheitsbevölkerung gedeutet (Kohls 2008a; Elkeles/Mielck 1997). Impliziert wird bei diesen Erklärungen, die auf der Lebensstilebene argumentieren, dass Migranten »ursprünglich« einen gesünderen Lebensstil im Bereich Ernährung, Gesundheitsverhalten etc. haben als nach einer Assimilation. Aus dieser Perspektive – so könnte man schlussfolgern – ist eine Assimilation in die Mehrheitskultur für die Gesundheit von Migranten

eher von Nachteil. Theoretische Modelle jedoch, die die wissenschaftliche Legitimation für politische Forderung nach Assimilation in eine Mehrheitsgesellschaft bilden, gehen eher davon aus, dass Menschen *in Folge* einer Migration und aufgrund mangelnder Anpassung krankheitsanfälliger werden.

Diese Modelle sollen im nächsten Abschnitt am Beispiel von Akkulturationsmodellen etwas genauer diskutiert werden.

Akkulturationsmodelle

Gerade in der klassischen Migrationsforschung aus den USA sind die Themen Gesundheit und Krankheit von Migranten ausführlich diskutiert worden. Dabei geht es vor allem um die Frage, welche Folgen Migrationsprozesse auf die psychosoziale Gesundheit von Menschen haben, die migrieren. So wurde bereits im 17. Jahrhundert das Heimweh bei Menschen, die ihr gewohntes Umfeld verlassen, als psychisch belastend empfunden und als Heimwehkrankheit bezeichnet (David 2007). Georg Simmel hat soziologische Untersuchungen zum »Fremden« angestellt und die besonderen psychischen Belastungen analysiert, die durch das Leben in einer fremden Umgebung und die Ferne von dem bislang Gewohnten resultieren (Simmel 1908). In einigen Studien wurde die These vertreten, dass die Emigration aus der Umgebung, in der jemand aufgewachsen ist, zur Entwurzelung und in Folge dessen zur Orientierungslosigkeit, Unsicherheit, Entfremdungsgefühlen und schließlich zur Desozialisierung führt (Han 2000 sowie die darin zitierte Literatur).

Akkulturationsmodelle zur Erklärung der Gesundheit und Krankheit von Migranten gehen davon aus, dass Migrationserfahrung und die damit verbundenen Veränderungen und Lebensbedingungen im Aufnahmeland Auswirkungen auf die Gesundheit und Krankheit von Menschen haben können. Han definiert Akkulturation als einen allmählichen »Prozeß der Einführung der Einwandererminderheiten in die Kultur der dominanten Mehrheit des Aufnahmelandes« (Han 2000: 198). Dabei kann Akkulturation sowohl auf Gruppenebene stattfinden als auch auf individueller Ebene durch Veränderungen der psychischen Verfassung und des Verhaltens. Die im Laufe des Akkulturationsprozesses auftauchenden Probleme werden als Akkulturationsstress⁸ bezeichnet. Durch den Wechsel des kulturellen Umfeldes, der bekannten Umgebung und der veränderten Lebensbedingungen sind Migranten einem erhöhten Stress ausgesetzt, der bei ihnen somit häufiger zu psychosomatischen Erkrankungen führen kann (Lazarus/Folkman 1984).

Das bekannteste Akkulturationsmodell ist das von John W. Berry, der davon ausgeht, dass Migranten im Immigrationsland unterschiedliche

Akkulturationsstrategien wählen. Diese können verschiedene Ausgänge einnehmen, die im Folgenden kurz vorgestellt werden sollen.

Als eine erste und gleichzeitig gelungenste Form der Einpassung in eine Mehrheitsgesellschaft wird die *Integration* angesehen. Integration bedeutet nach Berry, dass ein Migrant sich in die Mehrheitskultur anpasst, gleichzeitig aber den Kontakt und den Bezug zur eigenen, ursprünglichen Kultur aufrechterhält. *Assimilation* als eine zweite Form der Einpassung bedeutet das völlige Aufgehen in die Mehrheitskultur und somit die Aufgabe der mitgebrachten Kultur. *Segregation* als eine dritte Form heißt im Gegensatz zu Assimilation, dass ein Migrant sich von der Mehrheitskultur distanziert und sich stark an der eigenen Minderheitenkultur orientiert. Als die vierte Form der Akkulturationsstrategie schließlich wird *Marginalisierung* genannt. Diese tritt ein, wenn Migranten sich sowohl von der eigenen ethnischen Gruppe als auch von der Mehrheitskultur distanzieren. Sie wird als die am wenigsten gelungene Form von Akkulturation angesehen (Berry 1992).

In den Gesundheitswissenschaften werden Akkulturationsmodelle in Verbindung mit Stressmodellen vor allem zur Erklärung psychischer und psychosomatischer Erkrankungen herangezogen. Paul G. Schmitz greift dieses Modell auf und untersucht damit den Zusammenhang zwischen den einzelnen Akkulturationsformen und dem Gesundheitszustand von Migranten. Er geht davon aus, dass sich der krankheitsverursachende Akkulturationsstress bei den unterschiedlichen Akkulturationsformen verschieden (stark) auswirkt (Schmitz 2005: 130).

Den Zusammenhang zwischen den Akkulturationsstilen und psychischen Krankheiten erläutert Schmitz wie folgt: »Aus Korrelationsanalysen wird deutlich, dass ›Integration‹ negativ mit den psychopathologischen Dimensionen zusammenhängt. Das bedeutet, dass Migranten, die einem Akkulturationsstreß unterliegen und die *Integration als Akkulturationsstil bevorzugen*, keine Anfälligkeit für psychopathologische Störungen aufweisen. Hingegen zeigen diejenigen, die ›Segregation‹ und ›Marginalisierung‹ als präferierte Akkulturationsstile angeben, psychopathologische Tendenzen (Schmitz 2005: 142, kursive Herv. D.S.). Er schlussfolgert: »Es kann angenommen werden, dass psychopathisches Verhalten manifest wird, wenn Migranten ein hohes Maß an akkulturativem Streß über eine längere Zeitspanne erleben und wenn sie *den Akkulturationsstil ›Marginalisierung‹ wählen*. In dieser Gruppe finden wir neben psychopathischem Verhalten auch Störungen aus dem schizophrenen Spektrum« (Schmitz 2005: 143, kursive Herv. D.S.).

Nach dieser Betrachtung bergen Akkulturationsstile, die nicht auf Anpassung an die Mehrheitskultur gerichtet sind (d. h. Marginalisierung

und Segregation), also stärkere gesundheitliche Risiken als solche, die eher auf Anpassung ausgerichtet sind (Assimilation und Integration). Diese Perspektive ist hoch problematisch und impliziert eine ganze Reihe an problematischen normativen Vorverständnissen von Kultur, Ethnizität und soziokulturellem Zusammenleben. So gehen solche Modelle automatisch von einer Einheitsmehrheitskultur der Aufnahmegesellschaft aus, die in dieser Form nicht existiert (Vester et al. 2001). Ferner werden Kulturen als Blöcke verstanden und essentialisiert, die, wenn überhaupt, nur nebeneinander existieren können (wie im Fall von Integration). Zudem wird davon ausgegangen, dass Migranten jeweils den Akkulturationsstil und somit auch ihre kulturelle und ethnische Zugehörigkeit *auswählen* können, was ebenfalls idealisierte Wahlentscheidungen unterstellt und empirisch nicht zutreffend ist. Gerade im Zusammenhang mit sozialer Benachteiligung können diese theoretischen Hintergrundannahmen schwerwiegende Auswirkungen auf die Betroffenen haben und ein *blaming the victim* provozieren (Bittlingmayer 2008). Demnach wäre ein Jugendlicher mit Migrationshintergrund und psychosomatischen Beschwerden, der eine Förderschule besucht hat, keinen Ausbildungsplatz bekommt, mit Jugendlichen aus seinem Umfeld Freundschaften pflegt und aufgrund seiner stigmatisierten Position auch den Zugang zu Menschen seiner eigenen ethnischen Gruppe nicht findet, deshalb in dieser Lage, weil er für sich den sehr ungünstigen Akkulturationsstil der Marginalisierung *gewählt* hat⁹.

Obwohl der Zusammenhang zwischen Gesundheit und der Form der Akkulturation selten so linear wie in der eben dargestellten Weise kurzgeschlossen wird, schwingt die Idee, dass die Art der kulturellen Anpassung an eine Mehrheitsgesellschaft bzw. kulturelle Differenzen und Migration die Gesundheit mit beeinträchtigen, in vielen Studien der Gesundheitswissenschaften direkt oder indirekt mit. So werden in vielen Studien erhöhte psychische und psychosomatische Beschwerden bei Migranten festgestellt, die auf kulturelle Differenzen und auf Folgen von Migration zurück geführt werden (Borde/David 2007; Schouler-Ocak 2007; David/Borde 2001).

Dabei können die belastenden Ursachen, die benannt werden, in zwei analytische Bereiche eingeteilt werden, ohne dass dies in den jeweiligen Studien immer explizit erfolgt: *Migration* auf der einen Seite und *kulturelle Differenzen* auf der anderen Seite. Unter Migration können unterschiedliche Faktoren genannt werden: z.B. die Trennung vom gewohnten Umfeld, Fremdheitserfahrungen, Aufenthaltsstatus, Diskriminierungserfahrungen etc. Diese gelten im oben dargestellten Modell in besonderem Maße als Stress verursachend und beeinträchtigen damit die Gesundheit

von Migranten stärker (David/Borde 2001). Der Einfluss kultureller Differenzen kann sich z.B. in unterschiedlichen Ernährungsgewohnheiten, verschiedenen Raucherprävalenzraten, der Inanspruchnahme von präventiven und kurativen Angeboten oder differenten Krankheits- und Gesundheitskonzepten ausdrücken (Ilkic 2004). So kann der sehr unterschiedlich ausfallende Alkoholkonsum von jugendlichen Spätaussiedlern und von Jugendlichen mit einem muslimischen Glauben auf den kulturell differenten Sozialisationshintergrund im Umgang mit Alkohol interpretiert werden.

Kulturelle Differenzen und Migrationserfahrung können also durchaus erklärungskräftig für gesundheitliche Ungleichheit von Migranten sein. Es ist gut nachvollziehbar, dass z.B. biografische Unsicherheiten als Folge einer Kettenduldung und die Angst, u.U. in eine Kriegsregion ausgewiesen zu werden, mit großen psychischen Belastungen verbunden sind. Ebenfalls können kulturelle Differenzen im Bereich Gesundheit ungleichheitsgenerierend sein, beispielsweise dann, wenn von der Mehrheitsbevölkerung abweichende Konzepte von Krankheit in der Behandlung nicht genügend ernst genommen werden.

Allerdings wird die Erklärungskraft dieser Faktoren überzogen, wenn Migration, kulturelle Differenz oder die Unangepasstheit an eine wie auch immer definierte Mehrheitskultur per se als krankheitsverursachend identifiziert werden. Die These, dass das Zusammentreffen von zwei Kulturen oder Ethnien oder die Begegnung mit dem »Fremden« oder »Anderen« an sich (für die immigrierte Gruppe bzw. für eine kulturelle Minderheit) psychischen Stress und in dessen Folge Krankheit verursacht, ist historisch und empirisch nicht ohne Weiteres verallgemeinerbar (vgl. hierzu Bader 1995). Bemerkenswert ist, dass sich die oben dargestellten Erklärungsvarianten von gesundheitlichen Ungleichheiten durch Kultur- und Migrationseffekte (Healthy-migrant-Effekt und Akkulturationsmodell) konträr zueinander verhalten. So weisen bei dem ersten Modell Migranten einen besseren gesundheitlichen outcome auf, bei dem letzteren einen schlechteren. Bei dem einen Modell ist Assimilation schlecht, bei dem anderen gut oder gar Bedingung für Gesundheit.

Dies bedeutet jedoch nicht, dass beide oder mindestens eines dieser Modelle zur Erklärung gesundheitlicher Ungleichheiten bei Migranten untauglich sind. Vielmehr kann man diese konträren Ergebnisse dahingehend interpretieren, dass jedes Modell für bestimmte Bereiche eine gewisse Erklärungskraft aufweist. Dies bedeutet wiederum gleichzeitig, dass keines dieser Modelle als alles umfassende Erklärung gesundheitlicher Ungleichheiten bei ethnischen Minderheiten und Migranten herangezogen werden kann. So kann eine gewisse Anpassung an eine

Mehrheitskultur in einigen Bereichen gesundheitsförderlich, in anderen jedoch auch schädlich sein. Ziel einer politisch orientierten Gesundheitsforschung könnte bspw. sein, die gesundheitsfördernden und gesundheitsschädigenden Elemente unterschiedlicher Formen des Kulturkontaktes zwischen Mehrheit und Minderheiten präziser zu identifizieren.

5. *Migration und kulturelle Differenz als Strukturierungsprinzipien sozialer und gesundheitlicher Ungleichheit: Konsequenzen für Forschung, Gesundheits- und Sozialpolitik*

Neben sozialer Benachteiligung und den eher inner-individuellen ethnischen und migrationsbedingten Faktoren können institutionelle Faktoren wie z.B. gesetzliche Regelungen oder eingeschliffene institutionelle Normen in Form von direkter oder indirekter Diskriminierungen einen Einfluss auf die Gesundheit haben (für den Bereich Schule Gomolla/Radtke 2003). Das nächstliegende Beispiel für eine direkte institutionelle Diskriminierung sind Versorgungsungleichheiten bei bestimmten Migrantengruppen, wie z.B. Asylbewerber mit einer so genannten Duldung. Menschen mit einem solchen Aufenthaltsstatus haben nur teilweise Zugang zur medizinischen und kurativen Versorgung, nur die notwendigsten Behandlungen werden durchgeführt, ein stationärer Aufenthalt ist nur in dringenden Fällen möglich, ganz zu schweigen von der Inanspruchnahme präventiver oder gesundheitsfördernder Angebote. Illegale Migranten sind beinahe vollständig von medizinischer Versorgung ausgeschlossen. Diese Formen der Ungleichbehandlung aufgrund der Zugehörigkeit bzw. Nicht-Zugehörigkeit zu einer bestimmten Gruppe (hier z.B. staatsbürgerliche Zugehörigkeit) sind schwer zu legitimierende Verstöße gegen Gleichheitsprinzipien (vgl. Remmers 2009; Gerdes 2008)¹⁰.

Indirekte institutionelle Diskriminierung liegt dann vor, wenn z.B. Arztpraxen und Krankenhäuser für Patienten, die der deutschen Sprache nicht mächtig sind, keinen Dolmetscher zu Verfügung stellen. Als eine indirekte institutionelle Diskriminierung kann die Tatsache betrachtet werden, dass auch Präventionsprogramme die Bedarfe einiger Zielgruppen (meist die von autochthonen Mittelschichten) in ihren Angeboten berücksichtigen und von anderen nicht. Zur Behebung bzw. Reduzierung dieser Formen der Diskriminierung sind in den letzten Jahren auch in der Bundesrepublik Konzepte von Diversity Management auch im Gesundheitsbereich adaptiert worden (Altgeld et al. 2006).

Die Zugehörigkeit zu einer bestimmten ethnischen Gruppe geht – analog zu der Zugehörigkeit zu einem Milieu – einher mit bestimmten

gemeinsamen Sozialisationsbedingungen und einer bestimmten gemeinsamen Geschichte innerhalb einer sozialen Gruppe (Weber 1976). Aufgrund dieser gemeinsamen Sozialisationsbedingungen entwickeln Menschen einen ähnlichen Habitus, in diesem Fall einen »ethnischen Habitus« (Bader 1998), der auch das Gesundheitsverhalten stark prägt. Die entsprechenden Unterschiede gegenüber anderen sozialen oder ethnischen Gruppen können sich auf die Krankheits- und Gesundheitskonzepte, auf die Ernährungsgewohnheiten, auf die Körperkonzepte, auf die Erziehungsvorstellungen oder auf die Einstellungen zu und die Inanspruchnahme von präventiven Weiterbildungsangeboten erstrecken.

Ferner kann im Zusammenhang mit der individuellen und familialen Migrationgeschichte die Generationenfolge und in diesem Kontext auch die Art der Integration Auswirkungen auf die gesundheitliche Lage haben. So sind Migranten erster Generation sicherlich in ihrem allgemeinen Lebensstil stärker von ihrem Herkunftsland beeinflusst als Menschen mit Migrationshintergrund aus der zweiten oder dritten Generation. Gerade bei diesen ist eine besonders differenzierte Betrachtung interessant. Inwieweit nun in der zweiten oder dritten Generation die über die Familie vermittelten Einflüsse im Gesundheitsverhalten denjenigen aus dem Herkunftsland der Eltern ähneln, inwieweit eine gewisse Lebensstilassimilation in bestimmte Milieus der hiesigen Gesellschaft bereits stattgefunden hat oder inwieweit sich sogar neue Lebensstile herausgebildet haben, die sich von beiden Bezugsgruppen unterscheiden, ist eine bislang offene Forschungsfrage.

Kulturelle Differenzen bilden zunächst keine Ungleichheiten ab, sondern können vielmehr als auf der Mikroebene nebeneinander existierende *differente* kulturelle Konzepte verstanden werden. Allerdings können Differenzen Auslöser strukturierter sozialer Ungleichheit werden, wenn sie in einer Gesellschaft ungleich anerkannt und akzeptiert werden bzw. die Normen und Werte einer Mehrheitskultur hegemoniale Ansprüche stellen (z.B. die »Leitkultur«-Debatte).

Auch wenn gesundheitliche Ungleichheiten *primär* durch soziale Ungleichheiten zu erklären sind, darf das nicht zu einer Vernachlässigung der Untersuchung ethnischer Differenzen oder von Migrationseffekten führen. Denn eine solche Vernachlässigung kann selbst soziale und somit gesundheitliche Ungleichheit erzeugen, wie die oben genannten Beispiele der direkten oder indirekten institutionellen Diskriminierungen verdeutlicht haben sollten.

Wenn sich die Bevölkerungsstruktur einer Gesellschaft innerhalb kürzester Zeit so gravierend ändert, wie dies in den letzten fünfzig Jahren in der Bundesrepublik als Folge verschiedener Migrationsbewegungen

der Fall war, dann müssen sich auch die Sozialstrukturanalyse, die soziale Ungleichheitsforschung, die Gesundheitswissenschaften und die Sozialepidemiologie entsprechend anpassen (Spallek/Razum 2008; Schenk 2007; Kawachi et al. 2005; Navarro 1990). Für den bundesdeutschen Forschungsraum hat sich in den letzten Jahren im Bereich der statistischen Erfassung von Menschen mit Migrationshintergrund viel getan. So wird im Mikrozensus seit 2005 der Migrationshintergrund mit erhoben. Zudem hat das Robert Koch-Institut im Rahmen der neuesten KiGGS-Studie Migranten in ihren Stichproben ganz besonders berücksichtigt.

Woran es allerdings bislang mangelt, sind integrative *theoretische* Modelle, die bei der Erklärung gesundheitlicher und sozialer Ungleichheiten von Migranten die Dimensionen Schicht, Ethnizität und Migration hinreichend differenziert berücksichtigen.

In der kritischen Ungleichheitsforschung haben sich zunehmend theoretische Modelle durchgesetzt, die zur Beschreibung und Erklärung sozialer Ungleichheiten zusätzlich zu den (so genannten »harten«) Schichtindikatoren die Lebensstile und die Alltagskultur der sozialen Gruppen mit aufnehmen. Paradoxe Weise scheinen sich aber auch diejenigen, die zur Erklärung und Beschreibung sozialstrukturell bedingter Ungleichheiten bei der autochthonen Bevölkerung neben der Schicht- und Klassenzugehörigkeit auch die Milieuzugehörigkeit und die damit verbundenen Mentalitäten und Einstellungen und somit die alltäglichen kulturellen Faktoren mit berücksichtigen, bei der Erklärung der gesundheitlichen Ungleichheiten bei Migranten *nur* mit den Indikatoren Schicht- bzw. Klassenzugehörigkeit zu begnügen.

Vermutlich liegt diesen Studien implizit die Annahme zu Grunde, dass die sozialstrukturelle Eingliederung von Migranten in eine bestimmte Schicht mit einer gleichzeitigen alltagskulturellen Anpassung in den Mentalitäten und Einstellungen einhergeht. An dieser Stelle lohnt es sich aber, zwischen einer strukturellen und einer kulturellen Integration zu unterscheiden. Migranten werden zwar unvermeidlich in die hierarchische Sozialstruktur des Immigrationslandes eingegliedert, in dem sie eine bestimmte Berufsposition einnehmen oder von Arbeitslosigkeit und Armut betroffen sind. Eine *kulturelle* Assimilation, die für das gesundheitliche Verhalten genauso relevant ist wie die objektive soziale Lage, verändert sich jedoch viel langsamer. Sind Migranten nach der Migration einer bestimmten Position im gesamtgesellschaftlichen sozialen Gefüge ausgesetzt, auf die sie selbst kaum Einfluss haben, sind kulturelle Eigenschaften inkorporiert und habitualisiert und können auch durch objektive äußerliche Veränderungen und auch nicht durch den eigenen

Willen ohne Weiteres verändert werden. Eine intergenerationale kulturelle Assimilation in die jeweiligen Segmente oder Milieus der Mehrheitsbevölkerung, der Migranten durch ihre soziale Lage strukturell zugehören, ist natürlich nicht unwahrscheinlich (Portes/Rumbaut 2005). Diese Formen der Angleichung bedürfen jedoch einer gesonderten Forschung, eben unter Berücksichtigung der kulturellen Herkunft und der lebensweltlichen Bedingungen und Prozesse, unter denen solche Formen der Anpassung vollzogen werden.

Zur Erklärung von sozialen und gesundheitlichen Ungleichheiten bei Migranten – so kann schlussfolgernd gesagt werden – sind ein Theoriegerüst und eine Forschung notwendig, die die durch rein sozioökonomische Faktoren bedingten Ungleichheiten bei Migranten mit den ethnisch-kulturell bedingten und anderen durch Migration bedingten Faktoren miteinander verbinden. Als Orientierung könnten etwa die Modelle von Michael Vester (Vester et al. 2001) und Pierre Bourdieu (1982) dienen, die für die deutsche bzw. französische Sozialstruktur die objektive soziale Lage mit den milieuspezifischen Mentalitäten in Verbindung bringen.

Wenn die genannten sozialen und gesundheitlichen Ungleichheiten politisch bekämpft werden sollen, dann müssen erst die Ursachen der auf der Makroebene zwar gleichen, aber in den Ursachen selbst differenten Ungleichheiten bei Menschen mit Migrationshintergrund identifiziert und analysiert werden, damit daraus politische Handlungen überhaupt erst folgen können. Aus dieser Perspektive ist also eine migrationspezifische und ethnisch-kultursensible Herangehensweise notwendig, denn für die Gruppen von Migranten, die gesundheitlich benachteiligt sind, können in bestimmten Bereichen die Ursachen von denen der Einheimischen sehr verschieden sein. Um das oben genannte Beispiel noch mal aufzugreifen: Selbst wenn deutsche Staatsbürger wie z.B. Obdachlose »aus dem System herausgefallen« sind und keine Ansprüche auf die vollen medizinischen Leistungen haben, hat die systemische Verweigerung der vollen Leistungsansprüche andere Ursachen, als bei einem Asylbewerber, dem die gleichen Rechte verweigert werden. Diese beiden Fälle haben unterschiedliche Ursachen und verlangen daher jeweils andere politische Konsequenzen.

Für eine Gesundheits- und Sozialpolitik bedeutet dies, dass sie gesundheitliche Benachteiligungen von Migranten immer unter Berücksichtigung sozioökonomischer *und* ethnisch-kultureller Faktoren angehen sollte. Will man die Ungleichheiten reduzieren und abschaffen, müssen die Ursachen der sozialen Benachteiligung – »the causes of the causes«, wie Marmot (2005) sie nennt –, identifiziert werden. Denn

erst dann können wirksame Strategien entwickelt werden, um diese zu beheben bzw. zu reduzieren. So ist strukturell bedingten gesundheitlichen Ungleichheiten bei sozial benachteiligten Migranten nicht durch Kultursensibilität alleine – etwa durch den Einsatz von eigenethnischen Gesundheitsbildnern o.Ä. – zu begegnen; gesamtgesellschaftliche strukturelle Faktoren, die die Gesundheit von Bevölkerungsgruppen beeinträchtigen, dürfen nicht kulturell umgedeutet werden.

Für die theoretische Diskussion der Themen Migration, Ethnizität, strukturierte soziale Ungleichheiten und Gesundheit bedeutet dies, dass dieses Thema weder nur mit sich auf der Makroebene beziehenden Theorien sozialer Ungleichheit noch mit ethnologischen bzw. kulturalistischen Theorien auskommt. Vielmehr erscheint hier eine Herangehensweise sinnvoll, in der Theorien sozialer Ungleichheit das Thema Migration und ethnische Differenzen mit in ihren Forschungsgegenstand aufnehmen, denn Migration und Ethnizität sind empirisch schon lange relevante Aspekte von strukturierten sozialen Ungleichheiten. Kritische soziologische Ungleichheitstheorien haben das richtige »Rüstzeug«, um strukturierte Ungleichheiten auch im Migrationsprozess besser zu beschreiben, zu erklären und zu verstehen, ohne die eine Migrationsforschung sich schnell in Kulturalismus und Kulturalisierung verstricken kann. Andererseits können besonders Disziplinen wie die Ethnologie, Sozialanthropologie und die Migrationsforschung dazu beitragen, ethnisch bedingte *strukturelle* soziale und gesundheitliche Ungleichheiten im Kontext der Ungleichheitsforschung besser zu verstehen.

Korrespondenzadresse:

Diana Sahrai, M.A.

Universität Bielefeld

Fakultät für Gesundheitswissenschaften

Postfach 100131

33501 Bielefeld

diana.sahrai@uni-bielefeld.de

Anmerkungen

- 1 Die Schwierigkeit fängt bei der Operationalisierung der zu untersuchenden Gruppe bereits an. Für die Bestimmung der sozialen Schichtzugehörigkeit von Personen und Gruppen gelten die Dimensionen Bildung, Beruf und Einkommen als relativ sichere Indikatoren. Anhand welcher Kriterien nun Menschen, die auf irgend eine Art und Weise nicht den Autochthonen zugeordnet werden können, bestimmt werden, ist weniger eindeutig. Das Kriterium der Unterscheidung kann z.B. die rechtliche Kategorie »Staatszugehörigkeit« sein. Dann zählen alle Ausländer zum

- Analysegegenstand. Ist das Unterscheidungskriterium »Kultur«, dann sind die Bezugsgruppe jene Menschen mit Migrationshintergrund. Allein der Anteil dieser beiden Gruppen an der Gesamtbevölkerung unterscheidet sich zwischen knapp 10 Prozent (bei den Ausländern) oder knapp 20 Prozent (bei den Menschen mit Migrationshintergrund) (Statistisches Bundesamt 2007; Sahrai 2008).
- 2 Datenbasis bildete das sozioökonomische Panel aus dem Jahr 2000.
 - 3 Dies gilt speziell für den bundesdeutschen Forschungsraum. Im angloamerikanischen Raum sind die Kategorien race und ethnicity (aber auch gender) längst integraler Teil von Theorien strukturierter sozialer Ungleichheiten (z.B. Portes und Rumbaut 2005; Kawachi et al. 2005; Graham 2001; Davey Smith et al. 2001; Wilson 1987).
 - 4 Das Armutsrisiko ist in den letzten Jahren für Menschen mit und ohne Migrationshintergrund deutlich gestiegen. Nach den Mikrozensusdaten aus dem Jahr 2005 waren 28,2 Prozent der Menschen mit Migrationshintergrund und 11,6 Prozent der Menschen ohne Migrationshintergrund einem Armutsrisiko ausgesetzt (RKI 2008a: 22).
 - 5 In diesem Modell werden die oben erwähnten so genannten hochqualifizierten Migranten, die erst in den letzten Jahren in der Migrationsforschung an Bedeutung gewonnen haben, aber nicht berücksichtigt.
 - 6 Kinder- und Jugendgesundheitsurvey des Robert Koch-Instituts.
 - 7 Auf methodische Schwierigkeiten und Probleme kann an dieser Stelle nicht eingegangen werden. Vgl. zu einer guten methodisch-kritischen Auseinandersetzung mit der These des Healthy-migrant-Effekt Kohls 2008a und 2008b.
 - 8 »Die innerfamilialen und sozialen Konflikte und psychischen Belastungen, die während des Akkulturationsprozesses auf der individuellen Ebene (>psychological acculturation<) auftreten und psychosomatische Probleme verursachen, bezeichnet man als Akkulturationsstreß« (Han 2000: 199).
 - 9 Nach Schmitz gehen Schul- und Berufserfolg mit gelungener Akkulturation einher, während eine nicht gelungene Akkulturation mit erhöhtem Drogenmissbrauch, Delinquenz etc. zusammenhängen kann (Schmitz 2005: 125/126).
 - 10 Solche massiven Verstöße gegen Gleichheits- und Gerechtigkeitsnormen unterliegen dabei zum Teil einem bedenklichen »Domino-Effekt«: Eine Verkürzung medizinischer Leistungen auf ein Minimum begann vor Jahren bei Migranten mit einem prekären Aufenthaltsstatus – also bei den schwächsten Mitgliedern der Gesellschaft. Im Laufe der letzten Jahre wurden Leistungskürzungen auf immer weitere Kreise ausgeweitet. Vor dem Hintergrund der Entwicklungen in der Sozial- und Gesundheitspolitik könnte der Umgang mit den strukturell schwachen Migranten als der Beginn eines Trends angesehen werden, der sich auch auf andere Bevölkerungsgruppen auswirken und künftig möglicherweise weiter um sich greifen könnte. In Zusammenhang mit den am stärksten marginalisierten Gruppen einer Gesellschaft jedoch kann Sozialabbau am leichtesten begonnen, legitimiert und somit erst einmal überhaupt denkbar gemacht werden.

Literatur

- Altgeld, Th.; Bächlein, B.; Deneke, Chr. (Hg.) (2006): Diversity Management in der Gesundheitsförderung. Nicht nur die leicht erreichbaren Zielgruppen ansprechen! Frankfurt am Main: Mabuse-Verlag.
- Bader, V-M. (1998): Ethnizität, Rassismus und Klassen. In: V-M. Bader; A. Benschop; M.R. Krätke; W.v. Treeck, (Hg.), Die Wiederentdeckung der Klassen. Hamburg: Argument, 96-125.

- Bader, V-M. (1995): Rassismus, Ethnizität, Bürgerschaft. Soziologische und philosophische Überlegungen. Münster: Westfälisches Dampfboot.
- Bauer, U. (2005): Das Präventionsdilemma. Wiesbaden: VS.
- Bauer, U; Bittlingmayer, U.H. 2006: Zielgruppenspezifische Gesundheitsförderung. In: K. Hurrelmann; U. Laaser; O. Razum (Hg.): Handbuch Gesundheitswissenschaften. Weinheim: Juventa, 781-818.
- Bauer, U.; Bittlingmayer, U.H.; Richter, M. (2008): Determinanten und Mechanismen gesundheitlicher Ungleichheit. Die Herausforderung einer erklärenden Perspektive. In: Dies. (Hg.): Health Inequalities. Determinanten und Mechanismen gesundheitlicher Ungleichheit. Wiesbaden: VS, 13-58.
- Baethge, M.; Solga, H.; Wieck, M. (2007): Berufsbildung im Umbruch. Signale eines überfälligen Aufbruchs. Berlin: Friedrich-Ebert-Stiftung.
- Berry, J. (1992): Acculturation and Adaptation in a new society. *International Migration*, 30: 69-85.
- Bittlingmayer, U.H. (2008): Blaming, Producing und Activating the Victim. Materialistisch inspirierte Anmerkungen zu verdrängten Dimension sozial bedingter gesundheitlicher Ungleichheit. In: G. Hensen; P. Hensen (Hg.): Gesundheitswesen und Sozialstaat. Gesundheitsförderung zwischen Anspruch und Wirklichkeit. Wiesbaden: VS, 293-258.
- Borde, T.; David, M. (2007): Migration und psychische Gesundheit. Belastungen und Potenziale. Frankfurt am Main: Mabuse.
- Bourdieu, P. (1982): Die feinen Unterschiede. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Butterwegge, C. (2008a) Globalisierung, Migration und (Des-)Integration. In: Heinrich Böll-Stiftung. http://www.migration-boell.de/web/integration/47_759.asp (Zugriff: 11.11.2008)
- Butterwegge, C. (2008b): Globalisierung, Sozialstaatsentwicklung und Kinderarmut. <http://www.gesundheitberlin.de/index.php4?request=themen&topic=766&type=infotext> (Zugriff 11.11.2008).
- Davey-Smith, G. (2008): Die Bedeutung einer Lebenslaufperspektive für die Erklärung gesundheitlicher Ungleichheit. In: U. Bauer; U.H. Bittlingmayer; M. Richter (Hg.): Health Inequalities. Determinanten und Mechanismen gesundheitlicher Ungleichheit. Wiesbaden: VS, 291-330.
- Davey-Smith, G; Charsley, K.; Lambert, H.; Paul, S.; Fenton, S; Ahmad, W.; (2001): Ethnicity, health and the meaning of socio-economic position. In: H. Graham (Hg.): *Understanding Health Inequalities*. Buckingham: Open University Press.
- David, M. (2007): Die Heimwehkrankheit. Medizinhistorische Anmerkungen. In: T. Borde; M. David (Hg.): Migration und psychische Gesundheit. Belastungen und Potentiale. Frankfurt am Main: Mabuse-Verlag, 13-23.
- David, M.; Borde, T. (2001): Kranksein in der Fremde. Türkische Migrantinnen im Krankenhaus. Frankfurt am Main: Mabuse.
- Dahrendorf, R. (1968): Gesellschaft und Demokratie in Deutschland. München: Piper.
- Elkeles, T.; Mielck, A. (1997): Entwicklung eines Modells zur Erklärung gesundheitlicher Ungleichheiten. In: *Das Gesundheitswesen* 59: 137-143.
- Faltermeier, T. (2005): Migration und Gesundheit: Fragen und Konzepte aus einer salutogenetischen und gesundheitspsychologischen Perspektive. In: P. Marschalck; K.H. Wiedl (Hg.): Migration und Krankheit. IMIS-Schriften 10. Osnabrück: V&R Unipress, 93-112.
- Fennelly, K. (2005): The ›healthy migrant‹ effect. *Healthy Generations* 5/3: 1-4.
- Geißler, R. (2002): Die Sozialstruktur Deutschlands. 3. überarb. Auflage. Wiesbaden: Westdeutscher Verlag.

- Gerdes, J. (2008): Die Rechte von MigrantInnen. In: Heinrich Böll-Stiftung. http://www.migration-boell.de/web/migration/46_1728.asp (Zugriff 15.11.2008).
- Gomolla, M.; Radtke, F.-O. (2002): Institutionelle Diskriminierung. Die Herstellung ethnischer Differenz in der Schule. Opladen: Leske & Budrich.
- Graham, H. (2001): The challenge of health inequalities. In: H. Graham (Hg.): *Understanding Health Inequalities*. Buckingham: Open University Press.
- Han, P. (2000): *Soziologie der Migration*. Stuttgart: Lucius & Lucius.
- Hauser, R. (1995): Das empirische Bild der Armut in der Bundesrepublik Deutschland – ein Überblick. *Aus Politik und Zeitgeschichte* 31/32: 3-13.
- Hoffmann-Nowotny, H.-J. (1973): *Soziologie des Fremdarbeiterproblems: eine theoretische und empirische Analyse am Beispiel der Schweiz*. Stuttgart: Enke.
- Hradil, S. (1987): *Sozialstrukturanalyse in einer fortgeschrittenen Gesellschaft. Von Klassen und Schichten zu Lagen und Milieus*. Opladen: Leske + Budrich.
- Hurrelmann, K. (2006): *Gesundheitssoziologie. Eine Einführung in sozialwissenschaftliche Theorien von Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung*. Weinheim, München: Juventa.
- Ilkilic, I. (2004): *Gesundheitsverständnis und Gesundheitsmündigkeit in der islamischen Tradition*. Zentrum für medizinische Ethik. Bochum: Medizinische Materialien, Heft 152.
- Kawachi, I.; Daniels, N.; Robinson D. E. (2005): Health Disparities by Race And Class: Why Both Matter. In: *Health Affairs* 24, November 2: 343-352.
- Kohls, M. (2008a) : *Leben Migranten wirklich länger? Eine empirische Analyse der Mortalität von Migranten in Deutschland*. Working Paper 16, Nürnberg: BAMF.
- Kohls, M. (2008b): *Healthy-Migrant-Effect, Erfassungsfehler und andere Schwierigkeiten bei der Analyse der Mortalität von Migranten. Eine Bestandsaufnahme*. Working Paper 15, Nürnberg: BAMF.
- Kuhlmann, E.; Kolip, P. (2008): Die »gemachten« Unterschiede – Geschlecht als Dimension gesundheitlicher Ungleichheit. In: U. Bauer; U.H. Bittlingmayer; M. Richter (Hg.): *Health Inequalities. Determinanten und Mechanismen gesundheitlicher Ungleichheit*. Wiesbaden: VS, 191-219.
- Kreckel, R. (1997): *Politische Soziologie der sozialen Ungleichheit*. Frankfurt, New York: Campus Verlag.
- Kronig, W. (2003): Das Konstrukt des leistungsschwachen Immigrantenkinds. *Zeitschrift für Erziehungswissenschaft* 6, 126-143.
- Lahelma, E. et al. (2008): Die Mehrdimensionalität der sozioökonomischen Lage – Konsequenzen für die Analyse gesundheitlicher Ungleichheit. In: U. Bauer; U.H. Bittlingmayer; M. Richter (Hg.): *Health Inequalities. Determinanten und Mechanismen gesundheitlicher Ungleichheit*. Wiesbaden: VS, 143-166.
- Lazarus, R. S.; Folkman, S. (1984): *Stress, Appraisal and Coping*. New York: Springer.
- Marmot, M. (2005): Social determinants of health inequalities. *The Lancet* 365: 1099-1104.
- Mielck, A. (2005): *Soziale Ungleichheit und Gesundheit. Einführung in die aktuelle Diskussion*. Bern: Hans Huber.
- Navarro, V. (1990): Race or class versus race and class: mortality differentials in the United States. *The Lancet* 336: 1238-1240.
- Portes, A.; Rumbaut, R. G. (2005): The second generation and the children of immigrants longitudinal study. *Ethnic and Racial Studies*, 28/6: 983-999.
- Razum, O. (2006): Migration, Mortalität und der Healthy-migrant-Effekt. In: M. Richter; K. Hurrelmann (Hg.): *Gesundheitliche Ungleichheit. Grundlagen, Probleme, Perspektiven*. Wiesbaden: VS, 255-270.

- Remmers H. (2009): Ethische Aspekte der Verteilungsgerechtigkeit gesundheitlicher Versorgungsleistungen. In: U. H. Bittlingmayer; D. Sahrai; P.-E. Schnabel (Hg.): Normativität und Public Health. Vergessene Dimensionen gesundheitlicher Ungleichheit. Wiesbaden: VS (im Erscheinen).
- Richter M.; Hurrelmann, K.; Klocke, A.; Melzer, W.; Ravens-Sieberer, U. (Hg.): (2008): Gesundheit, Ungleichheit und jugendliche Lebenswelten: Ergebnisse der zweiten internationalen Vergleichsstudie im Auftrag der Weltgesundheitsorganisation WHO. Weinheim: Juventa.
- Richter, M; Hurrelmann, K. (Hg.) (2006): Gesundheitliche Ungleichheit. Grundlagen, Probleme, Perspektiven. Wiesbaden: VS.
- Robert Koch-Institut (2006): Gesundheit in Deutschland. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Berlin: Robert Koch-Institut.
- Robert Koch-Institut (2008a): Migration und Gesundheit. Schwerpunktbericht der Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Berlin: Robert Koch-Institut.
- Robert Koch-Institut (2008b): Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS) 2003-2006: Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund in Deutschland. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Berlin: Robert Koch-Institut.
- Sahrai, D. (2008): Normativität in der Migrationsforschung. In: J. Ahrens; R. Beer; U.H. Bittlingmayer; J. Gerdes (Hg.): Beschreiben und/oder Bewerten? Normativität in sozialwissenschaftlichen Forschungsfeldern. Münster, New York: Lit, 131-158.
- Schmitz, P.G. (2005): Akkulturation und Gesundheit. In: P. Marschalck; K.H. Wiedl (Hg.): Migration und Krankheit. IMIS-Schriften 10. Osnabrück: V&R Unipress, 123-144.
- Schenk, L. (2007): Migration und Gesundheit – Entwicklung eines Erklärungs- und Analysemodells für epidemiologische Studien. In: International Journal of Public Health 52: 87-96.
- Schouler-Ocad, M. (2007): Sind Migrantinnen und Migranten anders depressiv? In: Th. Borde; M. David (Hg.): Migration und psychische Gesundheit. Belastungen und Probleme. Frankfurt am Main: Mabuse, 83-94.
- Siegrist, J. (2008): Soziale Anerkennung und gesundheitliche Ungleichheit. In: U. Bauer; U.H. Bittlingmayer; M. Richter (Hg.): Health Inequalities. Determinanten und Mechanismen gesundheitlicher Ungleichheit. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, 220-235.
- Simmel, G. (1908): Exkurs über den Fremden. In: Soziologie. Untersuchungen über die Formen der Vergesellschaftung. Berlin: Dunker & Humblot, 685-691.
- Spallek, J.; Razum, O. (2008): Erklärungsmodelle für die gesundheitliche Situation von Migrantinnen und Migranten. In: U. Bauer; U.H. Bittlingmayer; M. Richter (Hg.): Health Inequalities. Determinanten und Mechanismen gesundheitlicher Ungleichheit. Wiesbaden: VS, 271-290.
- Statistisches Bundesamt (Hg.) (2007), Bevölkerung und Erwerbstätigkeit. Bevölkerung mit Migrationshintergrund. Ergebnisse des Mikrozensus 2005. Wiesbaden.
- Vester, M.; Oertzen, P. von; Geiling, H.; Hermann, Th.; Müller, D. (2001): Soziale Milieus im gesellschaftlichen Strukturwandel. Zwischen Integration und Ausgrenzung. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Weber, M. (1976): Wirtschaft und Gesellschaft. Tübingen, J.C.B. Mohr.
- Wiebke, G. (2008): Gleiche Ziele – gleiche Chancen? Lebensziele, Lebenschancen und das Zusammenleben von Jugendlichen unterschiedlicher Herkunft: Sozialstrukturelle Analyse von Alltagskulturen bei türkischen und deutschen Jugendlichen. Bielefeld: unveröff. Dissertation.

- Wilson, W. J. (1987): *The Truly Disadvantaged*. Chicago and London: The University of Chicago Press.
- Yano, H. (2005): Anwerbung und ärztliche Untersuchung von ›Gastarbeitern‹ zwischen 1955 und 1965. In: P. Marschalck; K.H. Wiedl (Hg.): *Migration und Krankheit*. IMIS-Schriften 10. Osnabrück: V&R Unipress, 65-83.