

## Deutschland: (K)Ein Einwanderungsland

18-1  
175

**Prof. Norbert Schmacke, Universität Bremen**

Hohmann leitete 1997 einen Artikel zur gesundheitlichen Versorgung von Asylbewerbern mit dem Satz ein: „Ein wesentlicher Teil der geschriebenen Menschheitsgeschichte befasst sich mit den Ursachen und Folgen von Wanderungsbewegungen. Migration verändert nicht nur die wandernden Menschen, auch die sesshafte Bevölkerung erfährt auf dem Weg und am Ziel zum Teil ungewollte Veränderungen“ (Hohmann 1997, S. 7). Aus unterschiedlichen Gründen haben Politik und Gesellschaft nach dem zweiten Weltkrieg allzu lange versäumt, nicht nur die nach Beendigung der NS-Diktatur und infolge der DDR-Realitäten entstandene Flüchtlingsströme zu thematisieren und deren Integration als große soziale Leistung zu verstehen, sondern das Thema Migration global zu begreifen. Weder die Erinnerung an die großen Auswanderungswellen Deutscher in die USA noch etwa an die Integration der so genannten „Ruhrpolen“ (Bade, 1992) waren lebendig genug, um eine realistische Auseinandersetzung mit den neueren Wanderungsbewegungen nach dem zweiten Weltkrieg zu ermöglichen. Aus heutiger Sicht erscheint es nahezu unfassbar, mit welcher Schlichtheit dann ab 1960 – getrieben von industriellen Interessen – das Konzept des Gastarbeiters mental verankert werden konnte. Niemand sprach damals die kurz zurückliegende beklemmende Geschichte der Zwangsarbeiterrekrutierung aus zum Teil denselben Ländern an. Es bedarf fraglos immer noch einer genaueren sozialhistorischen Aufarbeitung der spezifischen Blockaden für eine besonnene Auseinandersetzung mit der Deutschland in den letzten Jahrzehnten betreffenden Migration. Das Strickmuster der Wahrnehmung war: willkommene von unwillkommenen MigrantInnen zu unterscheiden. Hilfsarbeiter für die Industrie waren willkommen, solange sie nicht unwillkommene „Nachzugsprobleme“ bereiteten oder solange sie sich in „nette“ Restaurant- oder Gelateria-Besitzer verwandelten. Besonders beliebt waren etwa koreanische Krankenschwestern, die ab 1965 gewissermaßen geräuschlos einen skandalisierten Pflegenotstand beheben halfen und für ihre hohe Anpassungsfähigkeit gelobt wurden. Eine Sonderrolle nahmen die vietnamesischen Boat-People ein, deren wohlwollende Aufnahme sich nicht vordergründig fraglos auch bestehenden antikommunistischen Ressentiments sondern in hohem Maß der Macht der Bilder ihres Elends und der dadurch ausgelösten humanistischen Initiative verdankte. Alles in allem dauerte es aber sehr lange, bis aus den vorsichtigen Anfängen der Arbeit der Ausländerbeauftragten (erster Funktionsinhaber war Heinz Kühn 1978-1980) ein verlässliches Instrument der Bundespolitik wurde, welche nun nicht länger davon

ausgeht, Wanderungsbewegungen beliebig definieren und steuern zu können. All dies ist von hoher Relevanz für das Thema „Migration und Gesundheit“. Einige der zentralen Dimensionen dieses Diskurses sollen nachfolgend kurz skizziert werden.

### **Migration und soziale Lage**

So sehr der Migrationsstatus an sich ein beachtliches Merkmal für die Wahrnehmung von Gesundheitschancen darstellt, so bedeutend ist vor allem die jeweilige soziale Lage der Betroffenen. MigrantInnen weisen zum Teil auch nach mehreren Generationen noch deutliche Binnenunterschiede in ihrem jeweiligen sozialen Status auf. Und es steht außer Frage, dass der Gesundheitsstatus eng mit dem Grad der formalen Bildung und dem Sozialstatus korreliert. Die PISA-Studien haben gezeigt, wie bedeutsam für Fragen der grundständigen wie kompensatorischen Bildung derartige Daten sind, und es hat lange gedauert, bis erste gesundheitsbezogene Daten unter Berücksichtigung des Migrationsstatus auf wünschenswert hohem Niveau generiert werden konnten (s. RKI, 2008). Derartige migrationssensible und nach Sozialstatus aufgeschlüsselte Daten werden dringend benötigt, um gesundheits- und bildungspolitische Diskurse zu entfalten und die erforderlichen Investitionen zielgerichteter als bisher tätigen zu können. Soweit hierbei nach wie vor methodische Probleme auftauchen (s. Schenk et al., 2006), muss nachhaltige Forschungsförderung einsetzen. Aus der Sicht von Public Health taucht am Ende vermutlich vor allem die Frage auf, wie Förderung von Bildungs-, Berufs- und Gesundheitschancen besser ineinander greifen können. Vergessene oder unbekannte Ansätze der frühkindlichen Förderung sind dann „nicht nur“ für Kinder mit Migrationshintergrund hilfreich. Es sei an die seit vierzig Jahren mittels adäquater Evaluation begleitete Perry-Preschool-Study erinnert, die gezeigt hat, dass eine qualifizierte zielgerichtete sozialkompensatorische Förderung sozial schwacher Kinder und ihrer Familien auch einen hohen gesamtgesellschaftlichen Nutzen aufweist ([www.highscope.org/Content.asp?ContentId=219](http://www.highscope.org/Content.asp?ContentId=219), generell zum Nutznachweis von Gesundheitsförderung Schmacke, 2009).

### **Gesundheitliche Bedarfe von MigrantInnen**

Ein wichtiger Ansatzpunkt für erfolgreiche Integration unter gesundheitlicher Betrachtung ist die Absenkung der Zugangsbarrieren zu gesundheitlichen Dienstleistungen. Sprachbarrieren stellen die offensichtlichste Behinderung dar, während Kommunikationsbarrieren infolge unterschiedlicher Sprachcodes eine über den Migrationsstatus weit hinausgehende Bedeutung haben. Insofern ist zum einen die Frage, wie groß

nach wie vor die Versorgungslücken im Bereich von kompetentem Dolmetschen sind; zum anderen ist die Frage, wie sehr Gesundheitsinformationen im System generell ober- und mittelschichtorientiert sind und wie sehr sich das professionelle System in der Alltagsversorgung um Rückversicherung der Verständlichkeit in der Kommunikation bemüht. Hier könnte Migration weit mehr als bisher Anstöße zu innovativen Projekten liefern, von denen wiederum „nicht allein“ MigrantInnen profitieren können. Es ist aber auch ein Trugschluss, die Probleme durch besonders engagiertes Predigen des Integrationsgebots lösen zu wollen. Kurzatmige Vorstellungen von Integration sind unrealistisch wie auch unnötig; es geht vielmehr um die Schaffung von mehr Chancengleichheit unabhängig vom Migrations- und Sozialstatus (Schmacke, 2002).

### **Gesundheitsbezogene Potenziale von MigrantInnen**

Das Thema Bedarfe ließe sich vermutlich systematischer als bisher mit dem Thema Potenziale von MigrantInnen verbinden. Es ist schon bemerkenswert, wie auf der einen Seite wie selbstverständlich gesundheitliche Dienstleistungen von MigrantInnen genutzt werden und es auf der anderen Seite an gezielter Förderung mangelt. So ist (ja keineswegs nur in Deutschland) Realität, dass personenbezogene Dienstleistungen gerade im Bereich Haushaltsführung und Pflege im Privatsektor in nennenswertem Umfang zu Niedrigpreisen eingeworben wird, und dies in nicht näher quantifizierbarem Umfang jenseits gesetzlicher und tariflicher Vereinbarungen. Dies gilt insbesondere für zeitaufwändige häusliche Pflege, bei denen die „favorisierten“ Pflegekräfte einem harten Wettbewerb unterliegen und insofern in relativ kurzen Abständen die „Rekrutierungsländer“ wechseln. Dies hat weltweit Tradition. Auf der anderen Seite tun sich Staat und Arbeitgeber schwer, die hier durchscheinenden fachlichen Kompetenzen auf dem ersten Arbeitsmarkt systematischer als bisher zu fördern und Arbeitskräfte aus anderen Ländern nicht doch wieder primär als Lückenbüller zu sehen, wenn sich in weniger attraktiven Arbeitsbereichen oder Regionen keine deutschen Fachkräfte finden lassen. Ein Blick in unsere Pflegeheime zeigt vielleicht besonders eindrucksvoll, wie sehr die Versorgung inzwischen von Frauen mit Migrationshintergrund abhängig geworden ist. Das darüber noch hinausgehende Thema des Abwerbens versus der Förderung von fachlicher Kompetenz ist fraglos außerordentlich kompliziert, weil es keine nationalen Insellösungen gibt. Es bedürfte aber größerer Ehrlichkeit und insofern auch besserer Daten, um eine Debatte führen zu können, dass Migration nicht ausschließlich unter der Defizitbetrachtung diskutiert wird (hierzu aus genereller Perspektive jüngst Forudastan, 2009). Es ist jedenfalls erstaunlich, wie wenig in den Einrichtungen des Gesund-

heitswesens bisher der Versuch unternommen wird, die vorhandenen Bildungs- und Sprachkompetenzen der verschiedenen Generationen der MigrantInnen zu nutzen. Man könnte dies auch im Kapitel "vertane Integrationschancen" abbuchen.

### **Illegalität als Härte-test**

Nur durch eine Erhöhung der allgemeinen Bereitschaft, über Probleme und Chancen der Migration im Kontext von Gesundheitsförderung und -sicherung zu diskutieren, ließe sich auch das Thema der Betreuung „illegaler“ MigrantInnen schrittweise befördern. Illegalität ist ein Faktum, das mit Wanderungsbewegungen einher geht und durch Verleugnen nicht besser zu bewältigen ist. Der Umgang mit diesem sicherlich besonders schwierigen Feld ist insofern gewissermaßen der Lackmustest für den sozialen Rechtsstaat. Dass hierbei das Datenthema besonders brisant ist, versteht sich von selbst.

### **Bilanz**

Im Rückblick auf die Zeit etwa ab 1960 lässt sich heute mit einem Schuss Zweckoptimismus die Aussage treffen, dass das Thema Migration und Gesundheit in der Mitte der Gesellschaft angekommen ist. Die heutige Tagung an diesem Ort legt jedenfalls davon Zeugnis ab. Gleichwohl könnte es so sein, dass die der Politik allzu lange zuzurechnende Aussage „Deutschland ist kein Einwanderungsland“ eine weithin nachklingende zusätzliche Bedeutung hat. Deutschland hat sich über Jahrzehnte gesträubt, die Wanderungsbewegungen in ihrer Vielschichtigkeit und auch in ihrer Unberechenbarkeit als historisches Faktum zu akzeptieren und hat insofern versäumt, rechtzeitig die Voraussetzungen für einen möglichst rationalen Umgang mit den Chancen und Problemen der Migration zu schaffen. Es fehlen insofern immer noch wichtige Merkmale eines Einwanderungslandes. Dazu gehört auch die Bereitschaft, unter Berücksichtigung der Belange des Datenschutzes die notwendigen migrationssensiblen Daten nachhaltig zu generieren.

### **Literatur**

Forudastan, F.: Wir sind nicht alle Fatma! Warum tun sich die Deutschen so schwer, Migranten differenziert zu betrachten? Eine Empörung. DIE ZEIT Nr. 32, 2009, S. 9

Hohmann, H.G.: Gewollte Entmündigung. Die Versorgung von Asylbewerbern durch den Staat. Gesundheitsrelevante Aspekte aus der Praxis. Jahrbuch für Kritische Medizin Bd 26, 1997, 7-22

RKI: Schwerpunktbericht der Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Migration und Gesundheit. 2008.  
([www.rki.de/cln\\_160/nn\\_199850/DE/Content/GBE/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloadsT/migration,templateId=raw,property=publicationFile.pdf/migration.pdf](http://www.rki.de/cln_160/nn_199850/DE/Content/GBE/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloadsT/migration,templateId=raw,property=publicationFile.pdf/migration.pdf))

Schenk, L.; Bau, A-M.; Borde, T.; Butler, J.; Lampert, T.; Neuhauser, H.; Razum, O.; Weilandt, C.: Mindestindikatorensatz zur Erfassung des Migrationsstatus. Empfehlungen für die epidemiologische Praxis. Bundesgesundheitsblatt-Gesundheitsforschung-Gesundheitsschutz 2006 49: 853-860

Schmacke, N.: Migration und Gesundheit: Ist Ausgrenzung unvermeidbar? Das Gesundheitswesen 2002; 53: 554-559

Schmacke, N.: Was bringt ein evidenzbasierter Ansatz in Prävention und Gesundheitsförderung? In: Kolip, P. und Müller, V. Qualität von Gesundheitsförderung und Prävention. Huber, Bern 2009, 61-72

### **Kontaktinformationen des Autors**

Prof. Dr. Norbert Schmacke  
Universität Bremen, Fachbereich 11,  
Public-Health / Gesundheitswissenschaften  
Grazer Str. 2  
28359 Bremen  
Tel.: 0421 218-8131  
[schmacke@uni-bremen.de](mailto:schmacke@uni-bremen.de)