

Erklärungsmodelle für den Zusammenhang zwischen Migration und Gesundheit

Oliver Razum

Prof. Dr. Oliver Razum ist Leiter der Abteilung Epidemiologie und International Public Health an der Fakultät für Gesundheitswissenschaften der Universität Bielefeld

Viele Migrantinnen und Migranten sind gegenüber der Mehrheitsbevölkerung des Landes, in das sie migriert sind, sozial und ökonomisch benachteiligt. Aus nicht migrierten Bevölkerungsgruppen ist bekannt, dass ein niedriger sozioökonomischer Status das Risiko für Erkrankung und vorzeitigen Tod erhöht. Dennoch weisen erwachsene Migrantinnen und Migranten aus vielen Herkunftsländern in europäischen Ländern und den USA eine vergleichsweise niedrige Mortalität auf. Der Vorteil hinsichtlich der Sterblichkeit relativ zur Allgemeinbevölkerung des Ziellandes der Migration kann in bestimmten Altersgruppen bis zu 50 % betragen (Razum 2006; Razum & Twardella 2002). Dieser Mortalitätsvorteil der Migranten wird in der Literatur als Healthy-migrant-Effekt bezeichnet, frei übersetzt das „Phänomen des gesunden Migranten“. Angesichts der erwähnten inversen Assoziation zwischen sozioökonomischem Status und Mortalität stellt der Healthy-migrant-Effekt ein Paradox dar (Razum 2006).

Der Umgang mit diesem Paradox wie auch die Untersuchung des Zusammenhangs zwischen Migration und Gesundheit wird durch das Fehlen explizit formulierter Erklärungsmodelle erschwert. Determinanten von Krankheit und Gesundheit bei Migrantinnen und Migranten werden häufig nicht benannt, was ihre systematische Untersuchung erschwert. Liane Schenk stellt im vorliegenden Heft ein Erklärungsmodell vor und leistet damit einen Beitrag zu einem besseren Verständnis solcher Determinanten (Schenk 2007). Sie kommt damit dem zunehmenden Interesse der Epidemiologie entgegen, Migrantinnen und Migranten in epidemiologische Studien einzubinden (Zeeb & Razum 2006).

Bereits ohne die Berücksichtigung des Migrationsstatus ist der Zusammenhang zwischen sozialer Ungleichheit und Gesundheit komplex. Offensichtlich ist, dass es Faktoren geben

muss, welche zwischen sozialer Ungleichheit (also der Makroebene) und schlechter Gesundheit (also der Mikroebene) vermitteln. Steinkamp postulierte 1993 eine „Mesoebene“, die materielle und soziale Lebensbedingungen umfasst (Steinkamp 1993). Nur ein Teil der hier angesiedelten Faktoren ist bekannt. Oft handelt es sich um komplexe Variablen wie z. B. „soziale Unterstützung“. Soziale Unterstützung gilt als wichtig für die Erklärung des Gesundheitszustands. Der Sozialepidemiologe Andreas Mielck kritisiert aber, dass es weitgehend ungeklärt ist, welche Rolle sie zur Erklärung gesundheitlicher Ungleichheit leisten kann (Mielck 2005). Dennoch wird soziale Unterstützung immer wieder als ad-hoc-Erklärung eingesetzt. Ihre salutogenetische Wirkung soll beispielsweise einen Teil der gesundheitlichen Vorteile von Migrantinnen und Migranten erklären. Ein praxisrelevantes Erklärungsmodell darf also seinen Schwerpunkt nicht nur auf Faktoren legen, die einen schlechteren Gesundheitszustand bedingen, sondern muss auch migrantenspezifische gesundheitliche Ressourcen und protektive Faktoren beinhalten.

Jedes migrantenspezifische Erklärungsmodell wird naturgemäß auch unter den Problemen leiden, die für die allgemeinen Modelle zur Erklärung des Zusammenhangs zwischen sozialer Ungleichheit und Gesundheit gelten. So ist beispielsweise bis heute unklar, wie „soziale Lage“ standardisiert und in ihrer Komplexität angemessen erfasst werden kann. Andreas Mielck, der selbst ein gängiges Erklärungsmodell dieser Art entwickelt hat, konzediert einen weiterhin großen Forschungsbedarf in der Sozialepidemiologie (Mielck 2005).

Notorisch schwierig ist in Migrantenstudien – und damit auch bei der Entwicklung eines Erklärungsmodells – das Identifizieren einer geeigneten Vergleichsgruppe. Die Unterschiede beispielsweise in der Mortalität zwischen

Migrantinnen und Migranten einerseits und der Mehrheitsbevölkerung andererseits ergeben sich teilweise durch Faktoren aus der Lebensgeschichte im Herkunftsland. Wer aus einem südlichen Mittelmeer-Anrainerland nach Deutschland migriert, bringt die dortige, im Vergleich zur deutschen Bevölkerung viel niedrigere Herzinfarkt-Sterblichkeit mit. Er wird sie aufgrund der langen Latenzzeiten zwischen Risiko-Exposition und Erkrankung selbst bei sozioökonomischer Benachteiligung noch für viele Jahre beibehalten. Will man zwischen genetischer Prädisposition und Lebensstileinflüssen unterscheiden, so ist vor allem der Vergleich mit der Bevölkerung des Herkunftslandes aussagekräftig. Die Interpretation von Vergleichen zwischen Migranten und Nicht-Migranten hingegen ist außerordentlich heikel – und das keineswegs nur aufgrund unterschiedlicher Ausgangsbedingungen und residualem „confounding“. Eine Handlungswissenschaft wie Public Health kann sich ja nicht damit begnügen, Unterschiede in der Mortalität von Bevölkerungsgruppen festzustellen bzw. zu quantifizieren. Sie muss auch eine Bewertung evtl. gefundener Unterschiede vornehmen, um Prioritäten setzen und Anleitung zum Handeln geben zu können. Eine Bewertung setzt das Vorhandensein akzeptierter Maßstäbe voraus. Ein heute intuitiv häufig angelegter Maßstab ist die Gleichheit, im vorliegenden Falle hinsichtlich der Gesundheitsrisiken. Gleichheit wird als Weg gesehen, um Gerechtigkeit zu schaffen, sie erhält somit einen Eigenwert (Krebs 2000). Ein solcher egalitaristischer Ansatz ist relational, d. h. es wird das Niveau, auf dem sich die Migrantinnen und Migranten befinden, mit dem Niveau der anderen Mitglieder einer Gesellschaft verglichen. Gleichheit wird also Grundlage und Maß für Gerechtigkeit. Im Umkehrschluss könnte dies zu der Annahme führen, dass eine Bevölkerungsgruppe, die relativ zur Bevölkerungs-majorität eine höhere Sterblichkeit aufweist, offenbar auch sozialen und ökonomischen Ungleichheiten ausgesetzt sein muss. Würde die Sterblichkeit der betroffenen Gruppe auf das Niveau der Mehrheitsbevölkerung gesenkt, so wäre dies als Zunahme an Gerechtigkeit zu bewerten. Einer solchen zunächst einleuchtenden Interpretation stehen im Falle der Migrationsforschung drei Probleme entgegen:

1. Eine niedrigere Mortalität von Migrantinnen und Migranten (aus egalitaristischer Sicht eine Erfüllung von Gleichheit) bedeutet nicht zwangsläufig die Anwesenheit von Gerechtigkeit (sie bedeutet auch nicht, dass die Prävalenz von Risikofaktoren niedrig ist und daher keine präventiven Interventionen erforderlich sind).
2. Bei anderen Todesursachen wird Gleichheit bezüglich der Mortalität aufgrund der Lebens- bzw. Expositionsgeschichte der Migranten in näherer Zukunft kaum

*erreichbar sein. Ein Beispiel ist Magenkrebs: Wer – wie es bei Migrantinnen und Migranten aus ärmeren Ländern häufig der Fall ist – unter ungünstigen hygienischen Bedingungen aufgewachsen ist, hat sich mit größerer Wahrscheinlichkeit mit dem Keim *Helicobacter pylori* infiziert und trägt damit ein erhöhtes Magenkrebs-Risiko (Razum & Twardella 2002). Ungleichheit ist in diesem Falle kein Ausdruck von Ungerechtigkeit.*

3. Schließlich kann das Paradox einer subjektiv empfundenen Gerechtigkeit ohne Gleichheit auftreten, wenn Migrantinnen und Migranten, z.B. aus Konfliktgebieten, die gesellschaftliche Lage in ihrem Herkunftsland mit der in Deutschland vergleichen.

Diese Beispiele belegen, wie schwierig die Beurteilung von Unterschieden in der Morbidität und Mortalität zwischen Migranten und Deutschen sein kann. Eine rein egalitaristische Interpretation kann hier zu Fehlschlüssen führen. Einem Vertreter der neuen Egalitarismuskritik, Harry Frankfurt, zu Folge kommt es vielmehr darauf an, „ob Menschen ein gutes Leben führen, und nicht, wie deren Leben relativ zu dem Leben anderer steht“ (Frankfurt 2000). Wichtig für das Wohlergehen von Menschen sei vor allem, dass sie mit Achtung behandelt würden. Gleichheit könne hierfür eine Voraussetzung sein; einen eigenständigen Wert stellt Gleichheit laut Frankfurt jedoch nicht dar. Auf die Fragen, ob Migrantinnen und Migranten ein gutes Leben führen und ob sie mit Achtung behandelt werden, geben nicht alle Morbiditäts- und Mortalitätsdaten zuverlässige Auskunft. Hierzu müssen ausgewählte Gesundheitsindikatoren wie z. B. die Müttersterblichkeit oder Studien zur psychischen Befindlichkeit und zur sozialen Lage von Migrantinnen und Migranten herangezogen werden.

Die geschilderten Probleme dürfen keinesfalls als Entschuldigung dafür dienen, sozialepidemiologische Forschung zur Gesundheit von Migrantinnen und Migranten vorwiegend „datenlastig“ zu betreiben. Das bestehende Theoriedefizit muss aufgearbeitet werden, sonst wird sich die Forschung weiterhin auf gesundheitliche Unterschiede konzentrieren, ohne ihre Ursachen aufzuklären. Daher ist das von Liane Schenk vorgeschlagene Erklärungsmodell ein wichtiger Schritt in die richtige Richtung, auch wenn es im Hinblick auf die Salutogenese sicher noch weiter differenziert werden muss und – wie die Autorin kritisch anmerkt – noch nicht in allen Aspekten ausreichend empirisch belegt ist.

Oliver Razum

References

- Frankfurt H* (2000). Gleichheit und Achtung: In: Krebs A, ed. Gleichheit oder Gerechtigkeit. Texte der neuen Egalitarismuskritik, Frankfurt am Main: Suhrkamp: 38–49.
- Krebs A* (2000). Die neue Egalitarismuskritik im Überblick: In: Krebs A, ed. Gleichheit oder Gerechtigkeit. Texte der neuen Egalitarismuskritik, Frankfurt am Main: Suhrkamp: 7–37.
- Mielck A* (2005). Soziale Ungleichheit und Gesundheit. Bern: Hans Huber.
- Razum O* (2006). Migration, Mortalität und der Healthy-migrant-Effekt. In: Richter M, Hurrelmann K, eds. Gesundheitliche Ungleichheit. Grundlagen, Probleme, Perspektiven. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften: 255–70.
- Razum O, Twardella D* (2002). Time travel with Oliver Twist – towards an explanation for a paradoxically low mortality among recent immigrants. *Trop Med Int Health* 7: 4–10.
- Schenk L* (2007). Migration und Gesundheit – Entwicklung eines Erklärungs- und Analysemodells für epidemiologische Studien. *Int J Public Health* 52(1): 87–96.
- Steinkamp G* (1993). Soziale Ungleichheit, Erkrankungsrisiko und Lebenserwartung: Kritik der sozialepidemiologischen Ungleichheitsforschung, *Soz Präventiv Med* 38: 111–22.
- Zeeb H & Razum O* (2006). Epidemiologische Studien in der Migrationsforschung - ein einleitender Überblick, *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz* 49: 845–52.

Address for correspondence

Prof. Dr. med. Oliver Razum, MSc
AG Epidemiologie & International Public Health
Fakultät für Gesundheitswissenschaften,
Universität Bielefeld
Postfach 10 01 31
D-33501 Bielefeld
Tel.: +49 521 106 3837
e-mail: oliver.razum@uni-bielefeld.de