https://gen-ethisches-netzwerk.de/node/1575

Gen-ethischer Informationsdienst

Pro und Kontra „Migrationshintergrund“

Eine ambivalente Variable bei der Erhebung von Gesundheitsdaten

AutorIn
Thomas Brückmann

In der deutschen Gesundheitsforschung ist „Migrationshintergrund“ die neue Variable zur differenzierenden Erhebung von Gesundheitsdaten. Ist diese Forschung sinnvoll oder birgt sie die Gefahr biologischer Zuschreibungen? Eine Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen gibt darüber Aufschluss.

Das Vorhaben, die gegenwärtige Kontinuität von „Rasse“-Konzepten in den deutschen Lebenswissenschaften aus kritischer Perspektive zu betrachten, gestaltet sich in zweierlei Hinsicht schwierig. Einerseits schreibt sich das Konzept durch die Verwendung von Euphemismen wie „Metapopulation“, „Herkunft“, „Abstammung“ oder „Migrationshintergrund“ fort. Gerade im deutschen Kontext ist dies augenfällig, da Forschungen nie explizit mit dem Begriff „Rasse“ operieren. Andererseits sind Differenzkategorien auch notwendig. Denn nur auf der Grundlage statistischer Erkenntnisse kann auch der Zusammenhang zwischen sozialer Ungleichheit und Gesundheit sichtbar gemacht werden. Für die Epidemiologie, die mit statistischen Methoden die Verteilung von Krankheiten in der Bevölkerung erforscht, ist diese ambivalente Problematik zentral. International gibt es derzeit einen Boom von Studien mit Differenzierungen nach „race“ und „ethnicity“. Auch im deutschen Kontext häufen sich Studien, die systematisch nach dem „Migrationshintergrund“ unterscheiden. Diese Kategorie ersetzt nun fast überall die Kategorie „Ausländer“, seitdem das Statistische Bundesamt im Jahr 2005 in einem Mikrozensus diesen Begriffswechsel vollzogen hat.

Eine „migrationssensible“ Studie zu Kindern und Jugendlichen

EpidemiologInnen am Robert-Koch-Institut (RKI) entwickelten im Rahmen des großen Surveys KiGGS [1] ein „migrationssensibles“ Studiendesign. KiGGS ist ein repräsentativer Survey zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Der „Status“ des „Migrationshintergrundes“ wird hier bei allen ProbandInnen ermittelt und alle Daten nach dieser Kategorie differenziert präsentiert, so etwa, wenn es um die Häufigkeit allergischer Erkrankungen, die Inanspruchnahme medizinischer Leistungen oder die motorische Leistungsfähigkeit geht. Für dieses Vorgehen bringen die RKI-MitarbeiterInnen zwei Argumente vor. Zum einen sei die Bevölkerung mit Migrationshintergrund von früheren Studien nicht repräsentiert worden, da beispielsweise Menschen mit einem unsicheren Aufenthaltstatus skeptisch gegenüber behördlichen Anfragen reagieren. Zum anderen gebe es aufgrund von sozioökonomischen Ungleichheiten Unterschiede in der Gesundheit zwischen Menschen mit und ohne Migrationshintergrund.[2] Liane Schenk, die für die Entwicklung dieses Designs in KiGGS verantwortlich war, liefert eine klare Definition der

Kategorie „Migrationshintergrund“. Dieser liege vor, wenn eine Person selbst beziehungsweise deren Elternteil außerhalb von Deutschland geboren wurde oder sie selbst beziehungsweise ein Elternteil keine deutsche Staatsbürgerschaft hat.3 Damit wird für die deutsche Epidemiologie eine Kategorie präsentiert, die ein biographisches Ereignis in den Mittelpunkt stellt. Probleme, die US-amerikanische EpidemiologInnen haben, die mit „race“ und „ethnicity“ arbeiten - Kategorien, die mit Rassismus und der Essentialisierung von Unterschieden 4 in Zusammenhang stehen -, scheinen hier nicht aufzutreten. Zudem verweist Schenk darauf, dass „Migrationshintergrund“ für den deutschen Kontext passender sei als „Nationalität“, „Ethnizität“ oder „Rasse“. Denn in Deutschland habe es keine postkoloniale Migration gegeben. Gleichzeitig schreibt sie, dass alle Kategorien „nicht trennscharf und nur schwer oder gar nicht voneinander abgrenzbar” 5 seien. Vor dem Hintergrund dieser Überlegungen zur Verwobenheit von Kategorisierungen stellt sich hier die Frage, warum Schenk „Migrationshintergrund“ nicht auch als „ethnisch“, „rassisch“ oder „national“ gedachtes Konzept reflektiert. Der Grund dafür ist - so meine These -, dass LebenswissenschaftlerInnen den Problemen, die Kategorien wie „Rasse“, aber auch „Ethnizität“ aufwerfen 6, vordergründig allenfalls auf begrifflicher Ebene begegnen, sie jedoch nicht systematisch in ihre Forschungsarbeit einbeziehen.

„Rasse“ weiterhin präsent

In der näheren Betrachtung der Studie fällt auf, dass bei der Datenerhebung sowie der Interpretation der Daten letztendlich mit verschiedenen Verständnissen von „Migrationshintergrund“ gearbeitet wird, wobei der Einfluss der Migration an sich für Aspekte der Gesundheit an den wenigsten Stellen explizit diskutiert wird. Neben der Variable Migrationshintergrund taucht auch Nationalität als Kategorie im Kontext des migrationssensiblen Studiendesigns auf. Sie dient zum einen als Referenzpunkt aus pragmatischen Gründen. So beinhalten die Daten in den Einwohnermelderegistern, auf denen die Auswahl der ProbandInnen beruht, nicht den Migrationshintergrund sondern lediglich die Nationalität. Neben dieser pragmatischen Verwendung zur Datenerhebung tritt aber an verschiedenen Stellen in den auswertenden Teilen der Studie auch die nach Nationalität differenzierende Kategorie „Ausländer“ an die Stelle von „Migrationshintergrund“. Dies deutet darauf hin, dass beides innerhalb der Studie prinzipiell synonym gedacht wird. Aspekte eines biologischen „Rasse“-Verständnisses tauchen an verschiedenen Stellen in der Studie auf. Obwohl Schenk die Kategorie Migrationshintergrund als biographische Variable definiert, werden auch körperliche Merkmale danach ausgewertet. So unterscheiden Stolzenberg et al. 7 in ihrer Auswertung der Daten Körpergröße nach „Migrant“ und „Nicht-Migrant“ und liefern keine Begründung für dieses Vorgehen. An anderer Stelle berichten Lange et al. 8 davon, dass die Wiedervereinigung die einzigartige Möglichkeit bietet, dass zwei genetisch vergleichbare Populationen in verschiedenen Gesellschaftssystemen gelebt haben und miteinander verglichen werden können. Die AutorInnen denken die deutsche Bevölkerung somit als genetisch homogene Gruppe. Auch die Forschungen zu Vitamin-D-Mangel innerhalb von KiGGS verdeutlichen, wie mittels der Variable Migrationshintergrund nach körperlichen Unterschieden differenziert wird. Da sich ein Großteil von Vitamin D in der Haut durch UV-Licht bildet, wird davon ausgegangen, dass diese Krankheit häufiger bei Menschen mit dunklerer Hautpigmentierung auftritt. Um die erhobenen Daten nach Hautpigmentierung zu korrelieren, verwenden die EpidemiologInnen, die an KiGGS gearbeitet haben, auch diesbezüglich die Kategorie Migrationshintergrund, um ihre Daten zu differenzieren, und begründen dabei ihr Vorgehen nicht. 9

MigrantInnen als Risikogruppe?

Welchen analytischen Nutzen hat die Differenzierung von gesundheitlichen Daten nach der Kategorie Migrationshintergrund? Mit den Bevölkerungssurveys bietet die Epidemiologie ein Instrument, welches sich vordergründig allein mit der Erhebung von Daten beschäftigt. Prinzipiell gilt für die Surveys in der Epidemiologie, dass mit ihnen die Korrelation zwischen Unterschieden in der Gesundheit und Migrationshintergrund beobachtet, diese aber nicht ursächlich erklärt wird. Denn mit der Erforschung und Lehre von Krankheitsursachen beschäftigt sich die Ätiologie. Als epidemiologische Studie arbeitet KiGGS mit dem Begriff der „Risikogruppe“, wenn bei einer bestimmten Gruppe eine erhöhte Wahrscheinlichkeit

ermittelt wird, eine bestimmte Krankheit zu bekommen. Die KiGGS-Studie denkt für die „Risikogruppe“ der Kinder/Jugendlichen mit Migrationshintergrund dann intervenierende und präventive politische Strategien an, führt diese aber nicht weiter aus. Mittels des analytischen Zugangs der Risikogruppe werden somit gesellschaftliche Strukturen, die unterschiedliche Gesundheitszustände hervorbringen, zum Defizit einer bestimmten Gruppe von Menschen mit Migrationshintergrund erklärt. Offen bleibt jedoch die Frage, wie die gesellschaftlichen Verhältnisse, die bestimmte Menschen zu „MigrantInnen“ beziehungsweise „AusländerInnen“ machen, mit ihrer gesundheitlichen Situationen zusammenhängen.

Was macht krank?

TheoretikerInnen der Postkolonialen Theorie 10 haben in diesem Zusammenhang vor allem auf Rassismus hingewiesen, der für Gesundheitsunterschiede im Zusammenhang mit Migrationshintergrund verantwortlich ist. Doch wie können Gesundheit und Rassismus zusammengedacht werden? Während die deutsche Epidemiologie kein Verständnis eines strukturellen Rassismus entwickelt hat, diskutieren US-amerikanische EpidemiologInnen darüber seit Langem - insbesondere anlässlich der Kategorien „race“ und „ethnicity“. Die meisten Arbeiten denken den Zusammenhang zwischen Rassismus und Gesundheit als Frage des sozioökonomischen Status (SES): Rassismus hat Auswirkungen auf den SES, der wiederum gesundheitliche Effekte nach sich zieht.11 Darüber hinausgehend bietet die Epidemiologin Nancy Krieger mit ihrem Konzept des „embodiment“ ein komplexeres Modell an, mit welchem sie theoretisch zu fassen versucht, dass sich Rassismus auch aufgrund von Traumata und diskriminierenden Erfahrungen in den Körper einschreibt.12 Einige Arbeiten innerhalb der Postkolonialen Theorie haben sich bei der Analyse psychiatrischer Erkrankungen mit diesen epidemiologischen Ansätzen auseinandergesetzt. So schreibt Sallie Westwood wie einige andere, dass es gerade auf dem Gebiet der Psychiatrie die Tendenz zur Überdiagnostizierung gibt. Sie nennt eine Studie in Großbritannien, die zu dem Ergebnis kam, dass bei schwarzen Menschen 18-mal häufiger als bei weißen die Diagnose Schizophrenie gestellt wurde. Westwood dazu: Einerseits lassen Rassismuserfahrungen und Traumata tatsächlich häufiger an Schizophrenie erkranken, andererseits aber führen auch rassistische Vorurteile häufiger zu dieser Diagnose.13 Zudem haben einige Krankheitsdefinitionen eine dezidiert koloniale Geschichte wie etwa die „westindische Schizophrenie“ oder die „karibische Psychose“.14

Epidemiologie ohne „Risikogruppen“

Vor diesem Hintergrund ist die Variable „Migrationshintergrund“in der deutschen Epidemiologie ambivalent zu bewerten. Einerseits werden gesundheitliche Unterschiede, die letztendlich auf einen strukturellen Rassismus zurückzuführen sind, erst in den epidemiologischen Statistiken sichtbar. Auf der anderen Seite schreiben diese Studien die Kategorie Migrationshintergrund als gesellschaftliches Unterscheidungs- und Hierarchisierungsmerkmal auch fest - und bestätigen somit diese Differenz. Zu einer festschreibenden und tendenziell stigmatisierenden Zuschreibung wird diese Variable auf jeden Fall dann, wenn die epidemiologischen Forschungen nicht nach den gesellschaftlichen strukturellen Ursachen von Krankheit suchen, sondern einen bestimmten Gesundheitszustand zur Besonderheit von Gruppen mit Migrationshintergrund erklären und ihnen diesen als „Risiko“ auf den Leib schreiben.

- 1Siehe www.kiggs.de.
- 2Schenk, Liane 2002: Migrantenbericht. KiGGS. Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Berlin: Robert-Koch-Institut.
- 3Schenk, Liane/Neuhauser, Hanna 2005: Methodische Standards für eine migrantensensible Forschung in der Epidemiologie. In: Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz, Vol. 3, 2005, S. 279-286.
- 4Unter Essentialisierung wird in der Rassismusforschung ein Prozess beschrieben, der Menschengruppen wesenhafte und biologische Eigenschaften zuschreibt.
- 5Schenk, Liane 2007: Migration und Gesundheit - Entwicklung eines Erklärungs- und Analysemodells für epidemiologische Studien. In: International Journal of Public Health, Vol. 52, 88.

- 6Zahlreiche TheoretikerInnen der Rassismusforschung zeigen, dass „Rasse“ sowie „Ethnizität“ keine neutralen Begriffe sind, sondern stets mit kolonialer Geschichte und Rassismus in Verbindung stehen.
- 7Stolzenberg, H./Kahl, H./Bergemann, K. E. 2007: Körpermaße bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheitssurveys (KiGGS). In: Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz, Vol. 5/6, 2007, S.659-669.
- 8Lange, M./Kamtsiuris, P./Lange, C./Schaffrath Rosario, A./Stolzenberg, H./Lampert, T. 2007a: Messung soziodemographischer Merkmale im Kinder- und Jugendgesundheitssurvey (KiGGS) und ihre Bedeutung am Beispiel der Einschätzung des allgemeinen Gesundheitszustands. In: Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz, Vol. 5/6, 2007, S. 578-589.
- 9Thierfelder, W./Dortschy, R./Hintzpeter, B./Kahl, H./Scheidt-Nave, C. 2007: Biochemische Messparameter im Kinder- und Jugendgesundheitssurvey (KiGGS). In: Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz, Vol. 5/6, 2007, S. 757-770.
- 10Die Postkoloniale Theorie ist eine Strömung in den Geistes- und Sozialwissenschaften, die u.a. das Fortschreiben kolonialer Strukturen in gegenwärtige gesellschaftliche Verhältnisse erforscht.
- 11Vgl. u.a. Cooper, Richard/Kaufman, Jay 2001: Considerations for Use of Racial/Ethnic Classification in Etiologic Research: In: American Jounal of Epidemiology. Vol. 154, No. 4, S. 291-298.
- 12Krieger, Nancy 2003: Does Racism Harm Health? Did Child Abuse Exist Before 1962? On Explicit Questions, Critical Science, and Current Controversies: An Ecosocial Perspective. In: American Journal of Public Health, Vol. 93, No. 2, S. 194-198.
- 13Westwood, Sallie 1994: Racism, Mental Illness And The Politics of Identity. In: Rattansi, Ali/Westwood, Sallie (Hg.): Racism, Modernity & Identity on The Western Front. Cambridge: Polity Press.
- 14Mercer, Kobena 1986: Racism and transcultural psychiatry. In: Miller, Peter/Rose, Nicolas (Hg.): The Power of Psychiatry. Cambridge: Polity Press. Zum Problem der Rassifizierung von Krankheit vgl. Hutson in dieser Ausgabe.

Informationen zur Veröffentlichung

Erschienen in:
GID Ausgabe 197 vom Dezember 2009
Seite 18 - 20