

## AUSWIRKUNGEN DER MIGRATION AUF DEN GESUNDHEITZUSTAND

Leyla Ercan\*

**ÖZET:** Bu makalede göçün insan sağlığına etkisi üzerinde durulmaktadır. Bu yazıda Almanya'da uzun yıllardan beri yaşamakta olan Türklerin karşılaştığı sorunlar incelenmiş; göçün sonuçları olarak kültürel problemler, dil yetersizliği, uyum güçlükleri ve işsizlik gibi sorunların insanın ruh ve beden sağlığına etkisi bazı teorilerle açıklanmıştır.

**ANAHTAR SÖZCÜKLER :** Göç, İnsan, Sağlık.

**ABSTRACT:** In this article, the effects of immigration on human health has been dealt with. The problems that the Turks who have been experiencing in Germany for along time are being analyzed in details. It is claimed, in this article, that cultural problems, lack of communication, unemployment as a result of immigration effect the human psychology and body health all the claims are being bestowed on scientific theories.

**KEY WORDS:** Immigration, human being, health

In den 60er und 70er Jahren wurden bei den Anwerbestellen in den Herkunftsländern der Migranten sogenannte Voruntersuchungen durch Beauftragte der ärztlichen Kommissionen, in den meisten Fällen deutsche Ärzte, durchgeführt.[12,13]

Diese Untersuchungen sollten offiziell dem seuchenhygienischen Schutz der Bevölkerung der Bundesrepublik dienen.[6]

In Einzelfällen, in denen gesundheitliche Schäden übersehen wurden und dann erst "nachträglich bei der Arbeit in Deutschland in Erscheinung traten", übernahmen die Arbeitsämter sogar die Rückreisekosten. [6]

Da die ausländischen Arbeitnehmer vornehmlich mit körperlicher Arbeit belastet wurden, stand die Prüfung des Stütz- und Bewegungsapparates im Vordergrund.[13]

Bei den Bewerbern wurden außerdem Untersuchungen des Seh- und Hörvermögens, des Herz-Kreislauf-Systems, Röntgenaufnahmen der Lunge, Urin- und Blutuntersuchungen usw. vorgenommen. [13]

Über die Voruntersuchungen in der Türkei schrieb Esenkove, daß die Ärzte der deutschen Verbindungsstellen "strenge, oft vernichtende, übertriebene und demütigende Untersuchungen durchführen." [12,15]

43% aller eingereisten ausländischen Arbeitnehmer wurden im Jahre 1969 auf gleicher Weise untersucht. In den ersten 15 Jahren der Anwerbung und Vermittlung

ausländischer Arbeitnehmer wurden insgesamt 2004700 ausländische Bewerber in ihren Heimatländern von deutschen Ärzten untersucht. Nach Salowsky wurden davon 9% aus gesundheitlichen Gründen abgelehnt. [15]

Nach einer Statistik der Bundesanstalt für Arbeit 1973 waren die häufigsten Ablehnungsgründe Röntgenbefunde der Lunge und pathologische Laborwerte, Störungen des Herz- und Kreislaufsystems, Schäden am Stütz- und Bewegungsapparat. Chronische oder psychische Krankheiten, aber auch Schwangerschaft galten ebenfalls als Ablehnungsgründe.[3]

Voraussetzung für eine Aufenthaltserlaubnis war eine Unbedenklichkeitbescheinigung der zuständigen Gesundheitsbehörde.[3]

Während die ausländischen Arbeitnehmer in den Anfangsjahren niedrigere Krankenstandsquoten aufwiesen, stieg ihr Krankenstand in den nächsten Jahren ständig an. [9]

Nach einer Statistik der deutschen Verbindungsstelle des Bundesverbandes der Ortskrankenkassen waren am Stichtag 1.10.81 5.9% aller Pflichtmitglieder arbeitsunfähig krank (einschließlich der ausländischen Mitglieder).[3,7]

Wenn dieser Anteil mit dem Krankenstand der ausländischen Versicherten verglichen wird, so zeigen diese höhere Krankenstände.[7]

9,1% der italienischen; 8,64% der türkischen und 8,26% der griechischen Arbeitnehmer waren am Erhebungstag arbeitsunfähig krank.[7]

Obwohl in den sechziger und siebziger Jahren nur die "gesündesten Gastarbeiter" angenommen wurden, hat damals keiner daran gedacht, daß ein Leben in der Fremde krank machen kann.

Heute weisen viele ausländische Arbeitnehmer in der Bundesrepublik Krankheiten und Krankheitsbilder auf, die sich auf ihre durch die Migration veränderten Lebensverhältnisse zurückführen lassen. Der Wechsel der sozialen und ökonomischen Bedingungen, den die Migranten auf sich nehmen, vollzieht sich unter enormen Veränderungen ihrer Lebensbedingungen, ihrer Lebensgewohnheiten, der Normen und Werte, die ihr Leben bestimmen.[2,6]

Die Krankheit deckt die Widersprüche des Migranten auf : Einer der Hauptwidersprüche ist das Verhältnis des Migranten zu seinem Körper.[4]

\* Gazi Üniversitesi Eğitim Fakültesi Öğretim Görevlisi

Die Migration hat in seinen Augen und denen seiner Umwelt nur einen Sinn durch die Arbeit.[4]

Die Krankheit ist die Negation des Migranten. Benna ni spricht in diesem Zusammenhang vom "corps suspect", vom "verdächtigen Körper" des Migranten. Der Migrant erkrankt nicht nur körperlich, sondern auch in seinem Migrantenstatus.[4]

Natürlich werden nicht alle Ausländer krank, aber daß Migranten an ihren sozialen Bedingungen leiden, ist unbestritten.

Die Folgen sind vielfältige Krankheiten und Beschwerden. Körperliche Probleme werden mit Problemen im sozialen und kulturellen Bereich eng verknüpft.[4]

Mit der Migration in ein fremdes Kultursystem häufen sich die Belastungsfaktoren:

- Anpassungsschwierigkeiten,
- Verständigungsschwierigkeiten,
- harte Arbeitsbedingungen,
- nicht gewährleistete Sicherung des Arbeitsplatzes,
- schlechte Wohnsituation,
- rechtliche und politische Benachteiligung,
- fehlender Familiennachzug,
- Leben in zwei Kulturen,
- Freizeitgestaltung und Gesundheitsprobleme.[2,6]

Die türkischen Arbeitnehmer sind besonders im Einwanderungsland Bundesrepublik Deutschland eine benachteiligte soziale Gruppe, die aufgrund der vielzähligen Belastungsfaktoren ein höheres psy-chiatrisches und psychosomatisches Krankheitsrisiko aufweisen.[2,6]

Folgende Theorien versuchen die erhöhte Morbiditätsrate zu erklären:

1. Selektionstheorie
2. Kulturschocktheorie
3. Kultur- und Identitätskonflikt
4. Arbeitssituation

### 1. Selektionstheorie

Die Theorie versucht, gewisse Besonderheiten von Erkrankungen der Migranten zu erklären. Die Selektionstheorie unterstellt, daß sich die Migranten von den Zuhause gebliebenen unterscheiden. Nach dieser Theorie seien Auswanderer schon in der Heimat schlecht angepaßte Menschen gewesen, durch psychische Instabilität und Neurotisierung zu Konflikten prädisponiert und daher in der akkulturativen Situation verstärkt psychisch anfällig.[6]

Nach Cochrane emigrieren Psychischgestörte vor allem dann, wenn in dem Auswanderungsland keine großartigen Umstellungen verlangt werden und die Ausreiseprozedur keine hohen Anforderungen stellt.[6]

Wenn im Einzelfall die Selektionstheorie hin und wieder zutreffen mag:

Im Allgemeinen müßte man die Theorie umdrehen, um nämlich zu erklären, warum Migranten seltener an psychischen Störungen erkranken als die eingeborene Bevölkerung.

Diesbezüglich gab es in der Tat eine eher positive Auswahl oder Selektion, nämlich durch die ärztliche Untersuchung vor der Emigration in die Bundesrepublik.[9]

Haavio u.a. verglichen Arbeitsmigranten mit einer Kontrollgruppe aus dem Herkunftsland, wobei die Auswanderer eine bessere psychische Gesundheit nachwiesen.[5]

So kann man auch eine positive Selektionstheorie aufstellen:

"Nach dieser würden sich die Emigranten in Bezug auf Intelligenz, psychische Robustheit und Risikobereitschaft auszeichnen; alles Voraussetzungen, die den ungewissen Schritt in die Emigration erleichtern" (Binder, 1978, s.353) [5]

Nach Garcia bewirkte die finanzielle Motivation zur Auswanderung eine positive Selektion in einem anderen Sinn [9] :

Die ausländische Population in der Bundesrepublik zeigt verglichen mit der deutschen Bevölkerung eine erheblich jüngere Alterspyramide. So erklären sich Eigentümlichkeiten, wie das seltenere Auftreten von Alterserkrankungen bei Migranten. [9]

### 2. Kulturschocktheorie

Diese Theorie geht davon aus, daß aufgrund der großen kulturellen Unterschiede (Normen, Sitten, Sprache, Verhaltensweisen usw.) zwischen Heimatland und Einwanderungsland die fremde Umgebung dem Migranten bedrohlich und undurchsichtig erscheint und sich deshalb vor allem unmittelbar nach der Migration große Anpassungsschwierigkeiten ergeben.[9]

Die Kulturschocktheorie besagt weiter, daß die Anpassungsschwierigkeiten umso größer sind, je größer die soziale kulturelle Distanz von Herkunfts- und Migrationskontext ist.[9]

Migranten aus ländlichen Gebieten in städtischen Gebieten müssen mit größeren Schwierigkeiten rechnen als Migranten, die bereits schon in Städten gelebt haben.[8]

Risso bestätigt mit seinen Arbeiten die Kulturschocktheorie[13] :

Er fand heraus, daß Südtaliener aus völlig traditionellen, isolierten Dörfern besonders häufig an psychischen Störungen erkranken.

Türkische Migranten zeigen auch viele Störungen, die sich mit dem Kulturschock erklären lassen.

Ein türkischer Landarbeiter aus Anatolien kommt z.B. mit seiner Familie nach Berlin, der zuvor noch nie die Großstädte seines Heimatlandes (wie Ankara, Istanbul, Izmir) gesehen hat.

Im Verlauf der Jahre sinkt die Erkrankungshäufigkeit mit der Assimilation bzw. Adaptation der Einwanderungskultur.

Ungenügende Sprachkenntnisse führen zur Verunsicherung, vielleicht in dem einen oder anderen Fall zu tiefgreifenden Irritationen, die ein unscharfes Wahrnehmungsfeld verursachen.

Es entstehen unrealistische Erwartungen und Ängste, die sich leicht vom Mißtrauen in Beziehungs- und Verfolgungsängste umwandeln können.

Nach Ziegeler können diese Reaktionen oft von geringfügig erscheinenden zusätzlichen Belastungen ausgelöst werden wie z.B. eine verspätete Nachricht aus der Heimat. [18]

### 3. Kultur- und Identitätskonflikt

Diese Theorie nimmt an, daß die Anpassung an die Kultur des Einwanderungslandes dem Individuum große kollektive Anpassungsleistungen abverlangt. Migranten haben die Phase der Enkulturation abgeschlossen und ihre kulturellen Rollen sowie ihr kulturelles Über-Ich im Heimatland gefestigt. [18] Da aber das kulturelle Über-Ich nur Gültigkeit auf eine Kultur, nämlich jene des Heimatlandes hat, bedingt der Kulturwechsel eine Infragestellung des Über-Ich und damit Krisen in der Persönlichkeitsstruktur und im Identitätsaufbau. [18]

Normen und Werte im Herkunftsland erworben, können in der Bundesrepublik in Frage gestellt werden. Die Normen im Umgang der Geschlechter miteinander unterscheiden sich wesentlich von jenen der Türken, Italiener und Spanier. [9]

Die Werte, Verhaltensmuster und sozialen Rollen, die der Migrant im Heimatland internalisiert hat, greifen nicht mehr. [9,18]

Für den Migrant stellt sich eine Situation, in der das Aufeinandertreffen zweier Kulturen verarbeitet werden muß.

Von einer "Umstrukturierung" der Identität des Migranten geht De Almeida aus, die es ihm ermöglichen soll, in der neuen Umgebung zu überleben. [1,6]

Er unterscheidet dabei 3 Phasen:

1. die Anpassung (Adaptation)
2. die Phase der Integration und
3. die Phase der Assimilation.

Dafür muß aber die Aufnahmegesellschaft Identifikationsmodelle anbieten, die für den Migrant akzeptabel und erreichbar sind, d.h. daß sie den Fremden in seiner

Fremdheit in toleranter und valorisierender Art akzeptiert. Die Aufnahmegesellschaft erwartet jedoch nur einen einseitigen Anpassungsprozeß des Migranten, dessen Nichtgelingen diesem wiederum angelastet wird. [1]

Die zwangsweise Anpassung scheitert, was zur oberflächlichen Nachahmung oder zur Ablehnung, zur Abkapselung, zur konservativen Fixierung auf die eigenen kulturellen Werte und zur Überidentifikation mit diesem führt. [1]

Die Kultur der Migranten befindet sich im Widerspruch zu den Werten der Aufnahmegesellschaft, weil sie die Kultur einer benachteiligten sozialen Gruppe ist. [10]

Der Migrant gerät zwangsläufig in den Akkulturationsprozeß, der eine nach abgeschlossener Enkulturation erfolgende Anpassung an die veränderten Lebensbedingungen in einem neuen Kulturraum bezeichnet. [10]

Die Ergebnisse der Akkulturation werden erst nach vielen Jahren stabil, meist um dann wieder neue Veränderungen zu erwirken. [1,10]

Wahrscheinlich handelt es sich bei der Problematik der Migranten in der Bundesrepublik um die ersten noch hoch instabilen Auswirkungen einer solchen Akkulturation. [1,10]

Dies wird unter anderem durch die Tatsache belegt, daß je länger Migranten der ersten Generation in der Bundesrepublik bleiben, umso mehr sich ihre Probleme, hier gesundheitliche Störungen, denen der deutschen Bevölkerung angleichen. [1,10]

Dagegen erfahren die Lebensumstände der zweiten und dritten Generation teils ebenfalls eine Angleichung an die deutsche Situation, teils aber unerwartete Umwandlungen, wie z.B. das neuerdings stärker werdende Interesse mancher junger Türken und Türkinnen an ihrer ursprünglichen Kultur und Sprache. [1]

So hat man den Zusammenprall kultureller Werte und Einstellungen, eine erste Folge der Akkulturation, verantwortlich gemacht für die Entstehung von kultureller Desorientiertheit, Entwurzelungsgefühlen, Isolation, Wertkonflikten, Verlust des Selbstwertgefühls, zwischen Anpassungswille und Loyalität zur eigenen Kultur entstandene Zerrissenheit und hat darin krankmachende Faktoren gesehen.

Krankheit wird hier zur Flucht vor den Anforderungen der Akkulturation. [1]

### LITERATUR :

- [1] Abadan-Unat, N. (1964): Batı Almanya'daki Türk İşçileri ve sorunları. Ankara.
- [2] Alexander, F. (1951): Psychosomatische Medizin. Berlin.
- [3] Ausländererlab: Der Senator für Inneres, Berlin, Amtsblatt für Berlin, Nr.58/1980 und Nr.38/1982.

- [4] Bade, K, J: Vom Auswanderungsland zum Einwanderungsland Deutschland. 1880-1980 Berlin 1983
- [5] Binder, J. u.a.: Sozialpsychiatrie der Gastarbeiter. In : Fortschr. Neurol. Psychiatrie. (1978/46) s. 342- 359
- [6] Böker, W. (1975): Psychiatrie der Gastarbeiter. Bd. 3.
- [7] Bundesverband der Betriebskrankenkassen: Die Betriebskrankenkassen im Jahr 1984. Essen 1985
- [8] Fresse, M. (1977): Psychische Störungen bei Arbeitern, Salzburg.
- [9] Garcia, C. (1985): Probleme der Psychiatrie ausländischer Arbeitnehmer. Freiburg
- [10] Haug, R.u.a. (1983): Wie sicher ist ein Ausländer in der BRD? Berlin.
- [11] Jaspers, K. (1909): Heimweh und Verbrechen, Arch. Kriminal anthrop. 3, I
- [12] Keskin, H.: Federal Almanyada Göçmenlerin Yasal-Politik Yaşam ve Koşulları ve Geleceğe Yönelik Alternatif Bir Göçmenler Politikası. In: Özkara, S.: Federal Almanyada Türk Göçmenler. Frankfurt 1988
- [13] Laffranchini, K. (1985): Psychiatrische und psychotherapeutische Probleme der italienischen Arbeiter in der Schweiz. Praxis, Bd.26.
- [14] Richter, H.E. : Eltern, Kind und Neurose. rororo Nr. 6082
- [15] Salowsky, H. (1972): Ursachen und Auswirkungen der Ausländerbeschäftigung. Köln.
- [16] Selye, H. (1954): Streß, Bewältigung und Lebensgewinn. München.
- [17] Uexküll, Th.v. (1964): Grundfragen der psychosomatischen Medizin. Hamburg.
- [18] Ziegler, G. u.a.: Ein Leben zwischen Anpassung und Isolation-Aspekte von psychischen und somatischen Erkrankungen bei Gastarbeitern In: Becker, H. u.a. Psychosozial 16, 5. Jg. 1982