

Community Health als postmigrantische Perspektive auf Migration und Gesundheit

Falge, Christiane; Betscher, Silke

Veröffentlichungsversion / Published Version

Sammelwerksbeitrag / collection article

Empfohlene Zitierung / Suggested Citation:

Falge, C., & Betscher, S. (2022). Community Health als postmigrantische Perspektive auf Migration und Gesundheit. In *Community Health: Grundlagen, Methoden, Praxis* (S. 276-289). Weinheim: Beltz Juventa. <https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:0168-ssoar-91227-8>

Nutzungsbedingungen:

Dieser Text wird unter einer CC BY-NC Lizenz (Namensnennung-Nicht-kommerziell) zur Verfügung gestellt. Nähere Auskünfte zu den CC-Lizenzen finden Sie hier: <https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/deed.de>

Terms of use:

This document is made available under a CC BY-NC Licence (Attribution-NonCommercial). For more information see: <https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0>

Community Health als postmigrantische Perspektive auf Migration und Gesundheit

Christiane Falge, Silke Betscher

Zusammenfassung

Dieser Artikel beschreibt eine postmigrantische Perspektive auf migrationsbezogene Gesundheitsaspekte aus einer Community-Health-Perspektive. Weg von der bisherigen Fokussierung auf vermeintliche Defizite von Migrant*innen in Bezug auf ihre relativ schlechten Gesundheitsergebnisse schlägt dieser Beitrag eine analytische Perspektive vor, die mit Blick auf Migration und Gesundheit die Auswirkungen von Grenzregimen, unterschiedlichen Formen der Exklusion und von Rassismus in den Fokus rückt. Mit Bezug zu diesem Gesundheits-Gap plädiert dieser Artikel für einen Paradigmenwechsel und eine postmigrantische Community Health-Perspektive auf Migrationskontexte. Der Artikel endet mit Empfehlungen zur Implementierung dieser Perspektive auf Migration und Gesundheit wie Forschungen zu den Verbindungen zwischen Rassismus und Gesundheit sowie die Einführung von Anti-Diskriminierungs-Maßnahmen und Diversity-Sensibilisierungstrainings in die Lehrpläne der medizinischen und gesundheitsbezogenen Hochschulen und Institutionen.

Abstract

This article presents a post migrant perspective on migration related health issues from a Community Health perspective. Moving away from a particularist focus on migrants' alleged deficits with regard to their often lower health outcomes the article promotes to shift to an analytical frame that includes the impact of border regimes, different forms of exclusion and racism. Against this background, the article promotes the need for a paradigm change towards a new postmigrant community health related focus on migration. It concludes with recommendations for the implementation of this undertaking such as increasing research on the interlinkages between racism and health and of anti-discriminative action and diversity-awareness training in the curricula of medical and health related schools and institutions and so on.

„Wenn auch Rassismus zwischen Deutschen und Ausländern und Araber und Kurden wenn es das nicht mehr gibt viel Stress geht weg und wir fühlen uns gesünder.“ (Nahira, Community Forscherin Stadteillabor Bochum, 2020)

1. Einleitung

In diesem Artikel geht es um die Entwicklung einer Community-Health-Perspektive auf Migration, die sich unterscheidet von einer in Deutschland noch dominierenden ‚Migrantologie‘ im Sinne einer Migrationsforschung über fremde Minderheiten am Rande der Gesellschaft, die ihren Gegenpart – die (*weiße*) sesshafte Nation als Zentrum gleich mit konstruiert (Bojadžijev 2014, S. 10). Viele, auch aktuelle Studien kritisieren die Migrationsforschung für eine nach wie vor fehlende Auseinandersetzung mit macht- und herrschaftstheoretischen Fragestellungen (vgl. Glick Schiller 2016). Statt Migrant*innen dauerhaft als gesellschaftliche Randphänomene zu markieren oder ethnische Gruppen im Tunnelblick zu sezieren, (Glick Schiller 2012; Bojadžijev et al. 2014) plädiert Glick Schiller etwa für eine Migrationsforschung, die Migrant*innen im Kontext bestimmter globaler, regionaler und lokaler Ökonomien und Machtstrukturen versteht. So muss es auch in einer Community-Health-Perspektive auf Gesundheit darum gehen, wie sich Subjekte einer Gesellschaft unter bestimmten Herrschaftsbedingungen gegenseitig hervorbringen und hervorgebracht werden. Eine entmigrantisierende Perspektive zielt auf einen intersektionalen Ansatz zum Verständnis komplexer Problemlagen ab, impliziert jedoch nicht, die spezifischen Lebenssituationen und damit verbundenen Handlungsbedarfe von migrantischen Menschen aus dem Blick geraten zu lassen. Sie verweist damit auf eine Paradoxie, die in Bezeichnungspraktiken und Kategorisierungen über migrantisch gelesene Menschen zum Ausdruck kommt (vgl. Schramkowski 2018). Die Kategorie „Menschen mit Migrationshintergrund“ etwa, mag statistisch und soziologisch relevant sein. Sie macht Ungleichheitsverhältnisse in Bezug auf ‚Menschen mit Migrationshintergrund‘ darstellbar, messbar und benennbar und ermöglicht das Einfordern von Teilhabegerechtigkeit und Gruppenrechten. Aus einer postmigrantischen Perspektive ist sie jedoch problematisch (vgl. Castro Varela 2020). So kritisiert die Aktivistin Kübra Gümüşay diesen Akt des Benennens als eine Form der unrechtmäßigen Homogenisierung, der einer Unterwerfung der Benannten gleichkommt (Gümüşay 2020, S. 49). Der Vereinheitlichung der Kategorie „Menschen mit Migrationshintergrund“ lastet die Problematik einer Verschleierung an, da sie Menschen mit ihrer Kultur, ihren Sprachbarrieren und oftmals anderen als ‚Defizite‘ gelesenen Aspekten markiert und zugleich Ungleichheit produzierende Herrschaftsverhältnisse aus dem analytischen Fokus ausblendet.

Als empowerndes Konzept gegen diese defizit-orientierte Perspektive hat die Selbstbezeichnung BIPoC¹ zunehmend Eingang in öffentliche Diskurse gefunden. Diese Kategorie bezieht sich direkt auf die gesellschaftliche Position der so benannten im Zusammenhang mit den rassifizierenden Herrschaftsverhältnissen, die sie hervorbringen. Bisher handelt es sich dabei um eine politische, von einer relativ kleinen Gruppe genutzte Kategorie. Um der Ambivalenz, sowohl einer postmigrantischen, entmigrantisierenden Perspektive als auch den spezifischen Lebenssituationen und damit verbundenen Handlungsbedarfen von migrantischen Menschen gerecht zu werden, verwenden wir nachfolgend BIPoC und Migrant*innen und handeln uns zugleich ein neues Problem ein, da die Unterschiede in Bezug auf gesundheitliche Belastungen und Bedarfe entlang von Gender- und/oder anderen Differenzen darin zu verschwinden drohen. So organisieren sich z. B. zunehmend queere Geflüchtete und machen auf ihre spezifischen Erfahrungen von mehrdimensionaler Verletzbarkeit (vgl. Hutson 2014) aufmerksam.

Dieser Beitrag ist mit Max Czollek auch als ein Plädoyer für radikale Vielfalt zu lesen, indem er in einer Community-Health-Perspektive auf Migration sowohl individuelle und kollektive Bedürfnisse von BIPoC und Migrant*innen berücksichtigt, als dass er sich auch mit den Auswirkungen der ineinander verwobenen Aspekte von Herrschaftsverhältnissen, Rassismus und Grenzregimen auf die Gesundheit dieser Gruppe auseinandersetzt. Hierbei ist die Frage, wann und wie Menschen, die nach Deutschland migriert sind, ihren Weg hierher gefunden haben relevant, so dass sich ein weiterer Widerspruch in der Beschreibung auftut. Mit Hess et al. ist zunächst festzustellen, dass die kategoriale Trennung zwischen (Arbeits-)Migrant*innen und Geflüchteten höchst problematisch ist. Sie basiert auf der Trennung der Sphären des Politischen, Ökonomischen, Privaten und Alltäglichen, die den politischen Diskursen um Migration und ihren Ursachen und Legitimitäten eingeschrieben sind (Hess et al. 2014, S. 28). Hess et al. plädieren deshalb für ein Konzept der „Autonomie der Migration“, dass die „Figur des Migrant/der Migrantin nicht als strukturell ohnmächtig oder als kulturalisierten Anderen konzeptionalisiert“ (ebd., S. 30), sondern „Migration und Mobilität als soziale Bewegung und folglich als grundsätzlich politische, soziale und transformative Praxis begreift“ (ebd., S. 32). Somit wird Migration und Flucht gleichermaßen Teil eines grundlegenden Strukturmerkmals kapitalistischer Umwälzungsprozesse und Ressourcenzerstörung verstanden, die mit den Akkumulationsproblemen und -bedürfnissen des globalen Kapitalismus verknüpft sind (Hess et al. 2014, S. 17). Dieses kapitalistische Strukturmerkmal hat in seinen Auswirkungen auf die betroffenen Menschen eine zutiefst

1 Die Abkürzung BiPoC (Black, Indigenous and People of Colour) verbindet gruppenspezifische Rassismuserfahrungen von schwarzen Menschen, Indigenen sowie ehemals kolonialisierten oder versklavten Gruppen (Petrosyan 2020).

körperliche Dimension, in der die Rolle und Bedeutung der migrantischen Körper (als „Migrant*in“ oder als „Geflüchtete*r“) je nach historisch-ökonomischer und geografischer Situation veränderbar ist. Je nach Verortung ergeben sich unterschiedliche Konstruktionen von Vulnerabilitäten, von Gewalt und Macht und von Nicht-/Versorgung.

Wenn wir in den folgenden zwei Abschnitten also trotz des Plädoyers für die Aufhebung der kategorialen Trennung zwischen der Gruppe der sogenannten ‚Gastarbeiter*innen‘ und ihrer nachfolgenden Generationen und der Gruppe der nach Deutschland geflüchteten Menschen unterscheiden, so ist dies darin begründet, dass letztere den inzwischen hochmilitarisierten Grenzregimen anders ausgesetzt waren und sind, und dies mit entsprechenden gesundheitlichen Effekten und sich daraus ergebenden Konsequenzen für gesundheitliche Bedarfe einhergeht. Zudem hat diese Gruppe aufgrund der rechtlichen Restriktionen des Asyl- und Aufenthaltsrechts häufig ein im Vergleich zur ersten Gruppe und zur Gesamtbevölkerung deutlich eingeschränkten Zugang zur Gesundheitsversorgung. Im letzten Teil dieses Beitrags geht es um die Auswirkungen von Rassismus auf die Gesundheit von BIPOC und Migrant*innen im Kontext von Herrschaftsverhältnissen und Grenzregimen allgemein und die daraus entstehenden Community-Health-bezogenen Interventionsbereiche für die Gesundheit von BIPOC und Migrant*innen.

2. Formen der Exklusion bei Arbeitsmigrant*innen

Aus dieser herrschaftskritischen Perspektive betrachten wir im Folgenden die Teilhabebedingungen der nach Deutschland eingewanderten sogenannten ‚Gastarbeiter*innen‘ und ihrer Kinder und Kindeskinde:

Ein wichtiges Auswahlkriterium für die in den sechziger Jahren angeworbenen ‚Gastarbeiter*innen‘, die in den Fabriken, Minen und Häfen Arbeit für Ungelernte verrichteten, war neben Alter und Gesundheit, dass sie einen geringen Bildungsgrad hatten. Dass auch nach ihrer Einwanderung kaum Wert daraufgelegt wurde, ihnen Sprachkenntnisse oder Bildung zu vermitteln (Schneider et al. 2009, S. 48) begrenzte sie stark in ihren Teilhabemöglichkeiten. Anfängen von Arztbesuchen, bei denen ein Großteil der ersten Generation bis heute auf ihre dolmetschenden Kinder angewiesen ist, bis zu früheren Arbeitsunfähigkeiten und höheren Sterberisiken (bei älteren Migrant*innen ab 60 J.) aufgrund belastender Arbeits- und Wohn- und Lebensbedingungen wurden die eingewanderten Menschen mit einem hohen Maß an struktureller Ungleichheit auf verschiedenen Ebenen konfrontiert (Kohls 2011, S. 62 ff.). Die Folgen dieser Politik sind immer noch spürbar und prägen die Teilhabemöglichkeit der nachfolgenden Generationen bis heute mit. Da die Politik viel zu spät über die Konsequenzen der Anwerbung nachgedacht hatte und das Motto der Anwerbung

die baldige Rückkehr der Arbeitsmigrant*innen in ihre Herkunftsländer war, wurden keine integrationsfördernden Maßnahmen ergriffen. In vielen Bundesländern bestanden bis weit in die 1980er Jahre sogenannte „Türkenklassen“ an Schulen, in denen mehr Wert auf die türkische als die deutsche Sprache gelegt wurde. Denn das Ziel sollte die baldige Rückführung und Re-Integration in das Heimatland der Eltern und nicht die Integration in das Ankunftsland sein. Schneider et al. zeigen für die Kinder der Arbeitsmigrant*innen wie ein Schulsystem, das auf die elterliche Unterstützung zählt, einen stark negativen Zusammenhang zwischen dem Fehlen elterlicher Hilfe und erreichten Schulabschlüssen hervorbrachte und wie hart die nachfolgende Generation somit für den niedrigen Bildungsgrad ihrer Eltern ‚bestraft‘ wurde (Schneider et al. 2015, S. 49). Daraus folgte, dass die Kinder der „Gastarbeiter*innen“ öfter arbeitslos als ihre *weiß-deutschen* Altersgenossen waren, oftmals unter ihrem Ausbildungsniveau arbeiteten und bei der Stellenvergabe benachteiligt wurden – und zwar auch bei exakt der gleichen Qualifikation.

Diese Benachteiligung hat sich auch auf die nächsten Generationen übertragen, und die Nachfahren sind nach wie vor von struktureller Ungleichheit betroffen, was sich an zahlreichen Studien über Diskriminierung am Arbeitsmarkt (vgl. Lang/Pott/Schneider 2018; Wechselbäumer 2016), im Ausbildungsbereich und in der Schule (vgl. Bohnefeld/Dickhäuser 2018) aufzeigen lässt. Diese Formen der Diskriminierung manifestieren sich u. a. anhand einer sozialen Exklusion im Nah-Umfeld (vgl. Canan/Foroutan 2016), einer identifikativen Exklusion, einer Repräsentationslücke von Migrant*innen in beruflichen Personen und an Anerkennungs- und Zugehörigkeitsdefiziten im Generationenvergleich (vgl. Foroutan 2020). Die Auswirkungen dieser Anerkennungs- und Zugehörigkeitsdefizite erzeugen eine permanente kognitive Dissonanz, weil trotz des Gleichheitsversprechens des Grundgesetzes (Art. 3) Teilhabe nur geringfügig stattfindet (vgl. Foroutan 2019). Diesen Widerspruch gilt es zu adressieren. Stattdessen wird Migration pathologisiert oder der schlechtere Gesundheitszustand von Migrant*innen mit unüberwindbarer ‚kultureller Differenz‘ erklärt, während Belastungen durch (ausländer-)rechtliche Rahmenbedingungen und Diskriminierungserfahrungen als gesundheitliche Risikofaktoren kaum thematisiert werden (Razum et al. 2008; Velho 2011).

Die Migrationsforschung greift dies auf und es setzt sich hier zunehmend eine postmigrantische Perspektive auf Migration durch, die das Assimilationsparadigma mit dem Diversitätsparadigma im Sinne einer Forderung nach Ermöglichung von Anerkennung, Chancengleichheit und Teilhabe ersetzt (vgl. Foroutan 2019; Nieswand/Drotbohm 2014). Mit dem Diversitätsparadigma geht einher, dass neben kulturellen, ethnischen, religiösen oder nationalen Fragen auch Fragen von Milieu, Gender, Begehren und Lokalität in die Analyse von Migration einbezogen werden. Parallel hierzu sorgen politische Ereignisse in den 20er Jahren des 21. Jahrhundert für ein größeres Bewusstsein gegenüber

rassistischer Gewalt. Nach den NSU Morden, den Anschlägen in Hanau und Halle und dem Mord an George Floyd formierte sich eine weltweite Black-Lives-Matter-Bewegung, die insbesondere Anti-Schwarzen Rassismus thematisierte, in deren Zuge aber auch andere Formen von Rassismus und Antisemitismus verstärkt öffentlich diskutiert werden. Die Erkenntnis über institutionellen Rassismus und die starke Einschränkung der Teilhabegerechtigkeit von BIPOC und Migrant*innen unabhängig von ihrer Generationszugehörigkeit gelangt seitdem zunehmend in den öffentlichen Diskurs und sollte dringend auch in den Gesundheitswissenschaften einen größeren Raum einnehmen als bisher. Im Folgenden wenden wir uns nun der Betrachtung von Geflüchteten zu, als einer Gruppe, die noch stärker als Arbeitsmigrant*innen von Herrschaftsverhältnissen in Form von struktureller Ungleichheit, Diskriminierung und Grenzregimen betroffen ist.

3. Grenzregime

Globaler Kapitalismus erzeugt sowohl weltweite Migrationsströme als auch multiple Grenzregime, die diese begleiten und zu kanalisieren suchen. Dabei stellen Grenzregime komplexe Gefüge dar, in denen neben massiv militarisierten geopolitischen Staatsgrenzen auch innerstaatliche, rechtliche, institutionelle, kulturelle und soziale Grenzziehungen wirksam werden, die soziales Leben regulieren und ordnen. Um Grenzregime zu verstehen, müssen eine „Vielzahl von Akteur*innen, Institutionen, Ideen, Affekten, menschlichen und nicht-menschlichen Faktoren bezüglich ihrer ‚border work‘ [berücksichtigt werden], ohne die Diversität dieser Kräfte zu einer simplen Logik (wie einer ökonomistischen) oder versteckten Agenda (wie Arbeitskräftebedarf) zu vereinfachen“ (Hess et al. 2014, S. 33). Während Menschen ihre Herkunftsländer wegen Krieg, Klimawandel und Diskriminierung verlassen, erleben sie bei dem Versuch, von westlichen Staaten gegen den globalen Süden und Osten hochgezogene, militarisierte und kontrollierte Grenzen zu überschreiten unfassbare Schwierigkeiten, die sich in Schmerzen und Tod verkörpern. Grenzregime basieren im Kontext der Fluchtmigration auf Vulnerabilität und Verletzung körperlicher Integrität und müssen als Form der *Necropolitics* (Mbembe 2019), also von Politiken, die Tod produzieren, verstanden werden. D.h. die Produktion von Krankheit, Leiden und Traumata als politisch legitimierte Gewalt ist immanenter Bestandteil der Grenzregime und schreibt sich in die Körper von Geflüchteten ein, sowohl individuell biografisch als auch im Sinne eines kollektiven Bewusstseins und eines kollektiven Traumas.

In Abkehr von einem geografischen oder geopolitischen Verständnis von Grenze hat Schulze-Wessels aufgezeigt, dass sich Grenzziehungen in unterschiedlichen Formen auch nach Überschreitung von Staatsgrenzen permanent an geflüchteten Menschen vollziehen, bei Behörden, bei der Wohnungssuche, in

Arztpraxen und im Alltag (vgl. Falge 2021a). Geflüchtete als „epistemic object in construction“ (Malkki 1995, S. 497) werden zu „Grenzfiguren“ (Schulze-Wessels 2017), die die Grenze mit sich tragen. Während diese Grenzziehungen bei den einen von *Necropolitics* gekennzeichnet werden und damit die Gesundheit und das Leben der migrierenden Körper belasten, können dieselben Grenzen von Anderen recht einfach oder komplett sorglos überschritten werden. Globale Ökonomien vermischt mit und gebahnt durch koloniale und postkoloniale Prozesse sind von zentraler Bedeutung für diese ungerechten, oftmals widersprüchlichen rassifizierten Dynamiken, die die Bewegung von Einigen ermöglichen und beschleunigen und von Anderen entschleunigen und blockieren.

Aus dieser Perspektive birgt es einen Zynismus in sich, wenn Menschen mit Fluchterfahrungen nach der Überwindung von politisch gewollten, militarisierten, traumatisierenden und krankmachenden Außengrenzen, die zudem permanent konfrontiert sind mit Dauerstress verursachenden Grenzziehungen im Innern, zur Zielgruppe staatlicher gesundheitsbezogener Präventionsprogramme werden. Zynisch, so De Genova (2016), ist es auch, dass sie gleichzeitig mit einer unsichtbaren rassifizierten *colour line* konfrontiert werden, auf deren einer Seite *weiße*, gut situierte Europäer*innen leben, während auf der anderen Seite diejenigen verharren, die Europas physische Grenzen überwunden haben und nun auf der ‚anderen Seite‘ dieser *colour line* als Schwarz/muslimisch/von Armut betroffene Migrant*innen positioniert sind und gelesen werden (vgl. Falge 2021b). Dabei verweist De Genova zu Recht auf die Ironie, dass es sich bei den auf diese Weise Ausgeschlossenen um die Nachkommen kolonialer Subjekte handelt, die Europas Wohlstand mit aufgebaut haben, um nun durch rassifizierte Grenzen davon ausgeschlossen zu werden (De Genova 2016, S. 91). Dieser Ausschluss zeigt sich auch in den Lagersystemen, mit denen Grenzregime auf Fluchtmigration reagieren und die nicht selten in humanitaristische Diskurse eingebettet sind (vgl. Herscher 2017), während sie zugleich Orte der organisierten Desintegration (vgl. Täubig 2009) darstellen. Damit sind sie architektonische Manifestationen eines *Double Bind*s, aus dem sich auch für geflüchtete Menschen Effekte der kognitiven Dissonanz ergeben. Während das Grenzregime an den Außengrenzen mit humanitären Diskursen verbunden ist, in denen jede*r Tote zum Argument seiner Verschärfung wird (Hess et al. 2014, S. 10), steht die Erfahrung vom Leben im Flüchtlingslager in krassem Widerspruch zur proklamierten Willkommenskultur. Das Ankommen in Deutschland bedeutet auch, Coping-Strategien mit der fortgesetzten Konfrontation mit Grenzregimen im Innern der Gesellschaft zu entwickeln.

Ziel der hier eingenommenen postmigrantischen Perspektive, die Migrant*innen nicht mit ihren vermeintlichen Eigenarten in den Blick nimmt, sondern die Auswirkungen der oben beschriebenen Herrschafts- und Gewaltverhältnisse betrachtet, um daraus Rückschlüsse für Community Health zu ziehen, ist es, ein Fenster für Veränderungen zu öffnen. Aufgrund der

offensichtlichen Dominanz rassistischer Strukturen in Herrschaftsverhältnissen und Grenzregimen ist es daher notwendig, Rassismus und seinen Auswirkungen auf die Gesundheit von BIPOC in eine Community-Health-Perspektive auf Migration einzubeziehen. Zur Herausarbeitung der Community-Health-Perspektive auf Migration für den deutschsprachigen Raum folgt daher ein kurzer Einblick in die bisherige gesundheitswissenschaftliche Auseinandersetzung mit Rassismus und Gesundheit.

4. Community Health und Rassismus

Verschiedene Studien zeigen, dass der bei BIPOC und Migrant*innen oftmals geringere sozio-ökonomische Status (Razum/Saß 2015, S. 513; Knipper/Bildin 2009) in Kombination mit Diskriminierung die Gesundheit und das Wohlbefinden der Betroffenen im Vergleich zu einer gut situierten *weißen* Mehrheitsgesellschaft verschlechtert (Krieger et al. 2011). Dies geht einher mit Erkenntnissen aus dem Bereich der Umweltgerechtigkeit und den dort aufgezeigten Zusammenhängen zwischen gesundheitsbelastenden Wohn-, Lärm-, Luft- und Sicherheitsverhältnissen in marginalisierten Stadtteilen (Köckler 2017, S. 210). Wenngleich systematische Erhebungen auf Stadtteilebene fehlen, sind weitere Gesundheitsbelastungen im Zusammenhang mit marginalisierten, oftmals durch einen hohen Migrant*innenanteil gekennzeichnete Stadtteile zu vermuten, und zwar in Bezug auf eine schwache gesundheitliche Infrastruktur (Ärzt*innen-/Psychotherapeut*innendichte) (vgl. für Bremen: BTK: 2008, S. 166) und eine schlechtere Einzelhandelsinfrastruktur (vgl. für Bochum: Berchem et al. 2021, S. 42). Im Vergleich zur *weiß*-deutschen Bevölkerung, die in sozial vergleichbaren Situationen lebt, sind BIPOC jedoch zusätzlich unterschiedlichen Formen von Rassismen ausgesetzt, die sich strukturell, institutionell und interpersonell verschieden äußern. Die Bandbreite der Rassismen reichen dabei von Alltagsrassismen in Form von Mikroaggressionen² über institutionell ausgeübte Gewalt (z. B. rassistische Polizeipraxis wie *racial profiling* oder überproportional hohe Zahlen von BIPOC und Migrant*innen bei tödlichen Polizeieinsätzen) bis hin zu rechtem Terror in eliminatorischer Absicht (wie die NSU-Morde oder die Anschläge von Halle und Hanau). Innerhalb von migrantischen und BIPOC-Communities gibt es einerseits ein umfassendes Erfahrungswissen um die massiven Einschränkungen des eigenen Wohlergehens und Wohlbefindens durch Rassismus, zugleich findet dies nur langsam und erst durch eine verstärkte mediale Präsenz des Themas in Folge von Selbstorganisation Eingang in öffentliche Diskurse und Fachdebatten. Dementsprechend liegen noch keine systematisierten Studien vor,

2 Tagtägliche, wiederkehrende Konfrontationen mit Alltagsrassismus werden in der Rassismus-Forschung *racial microaggressions* genannt.

die die gesundheitlichen Effekte von Rassismus in seiner ganzen Bandbreite auf BIPOC und Migrant*innen untersuchen. So verweist Yeboah darauf, dass die gesundheitliche Versorgung der Menschen in Deutschland bislang ohne Datenerhebung hinsichtlich der Merkmale rassistischer Diskriminierung nach Art. 1 Abs. 1 ICERsD erfolgt³, was faktenbasierte Aussagen über die gesundheitlichen Auswirkungen von Rassismus auf Gesundheit erschwert (Yeboah 2017). Im deutschen Sprachraum steht die Beschreibung der allgemeinen gesundheitlichen Situation von Migrant*innen und ihrer gesundheitlichen Versorgung, basierend auf quantitativen Studien im Vordergrund (Brunett 2016, S. 54). In der aktuellen Gesundheitswissenschaft dominieren Studien über den schlechten Gesundheitszustand von Migrant*innen und teilweise veraltete, kulturalisierende Konzepte transkultureller Pflege auf der Basis nationaler, religiöser oder ethnischer Stereotype (Leininger 1998; Bose 2012). Qualitative Studien hingegen, in denen migrantisch situiertes Wissen (Haraway 1988, 2007) über Erfahrungen von Exklusion und Gewalt innerhalb dieser Gesellschaft und ihre Effekte auf individuelles und kollektives Wohlbefinden und Gesundheit aufgezeigt wird, gibt es kaum. D. h. die erlebte Realität von Rassismus wird in der wissenschaftlichen Auseinandersetzung insgesamt und insbesondere in der Medizin, Psychologie, Psychosomatik und Psychiatrie in den immer noch *weiß* dominierten Gesundheitswissenschaften eher vernachlässigt (Yeboah 2017, S. 149).

Auch die Unterbringung in Lagern und Sammelunterkünften geht mit massiven gesundheitlichen Belastungen einher, wie eine Studie des RKI jüngst aufgezeigt hat (RKI 2021). Besonders augenfällig sind die gesundheitlichen Gefahren in Sammelunterkünften seit Beginn der Covid-19-Pandemie, die mit deutlich erhöhter Prävalenz in den Einrichtungen einherging (Betscher 2020). Kühne, die die gesundheitliche Versorgung von Menschen ohne Aufenthaltsstatus untersucht hat, kommt zu dem Schluss, dass bei dieser Gruppe eine signifikant schlechtere physische und psychische subjektive Gesundheit festzustellen ist, so dass es zu einer deutlich reduzierten Lebensqualität, hoher Krankheitslast und erhöhter Sterblichkeit kommt (Kühne 2014, S. 192). Der prekäre Aufenthaltsstatus und die Angst vor Abschiebung führen zu einer ungewöhnlich hohen Symptomtoleranz, in deren Folge es zu Chronifizierung und Verschlimmerung von Krankheiten kommt. Bislang fehlt auf Bundesebene eine geregelte gesundheitliche Versorgung illegalisierter Menschen in Deutschland, so dass nur einzelne Länder und Kommunen, insbesondere aber zivilgesellschaftliche Organisationen (Medibüros, Medinetze, Medizinische Flüchtlingshilfe und „Praxis ohne Grenzen“) Angebote machen.

Auch jenseits der mit Zuwanderung verbundenen Effekte der Grenzregime hat Rassismus massive Auswirkungen auf die Gesundheit von BIPOC

3 International Convention on the Elimination of All Forms of Racial Discrimination: Internationales Übereinkommen zur Beseitigung jeder Form von rassistischer Diskriminierung.

und Migrant*innen. Die brennenden Unterkünfte und Wohnungen von Geflüchteten und Migrant*innen in den 1990er Jahren, die Morde des NSU sowie die rassistischen Anschläge in Halle und Hanau führen uns nicht nur die tödlichen Konsequenzen von Rassismus vor Augen, sondern auch die physischen und psychischen Gesundheitsbelastungen der Überlebenden und Opfer-Angehörigen (Şimşek 2013). Darüber hinaus beeinträchtigt rassistische Polizeigewalt, und zwar sowohl als real erlebte als auch als potentiell jederzeit mögliche, die Gesundheit von BIPoC und migrantisch gelesenen Menschen, in Deutschland. Lange Zeit als US-amerikanisches Problem externalisiert, werden rassistische Polizeipraxen zunehmend auch in Deutschland thematisiert. Dabei geht es nicht nur um organisierte rechte Strukturen innerhalb der deutschen Polizei, sondern auch um rassifizierende Polizeipraktiken, die von *racial profiling* bis hin zu Tötung führen können und zumeist nur durch zivilgesellschaftliche Initiativen thematisiert werden.⁴

Doch auch ohne unmittelbare Gewalterfahrung durch staatliche Institutionen bedeutet das Leben von BIPoC und Migrant*innen in einer rassifizierten Gesellschaft Stress. Ziegler und Beelmann (2009) sprechen hier von *Minoritäten-Stress* bzw. Minoritäten bezogener Stresserfahrung. *Minoritätenstress* wird durch *Mikroaggressionen* erzeugt, die sich als Alltagsrassismus in Form von offenen und verdeckten rassistischen Praktiken äußern, mit denen die Mehrheitsgesellschaft die Zugehörigkeit von BIPoC permanent in Frage stellt. Diese *Mikroaggressionen*, so verweist Yeboah, reichen von subtilen Formen der Ausgrenzung, beispielsweise mit Fragen wie: „Nein, aber wo kommst du wirklich her?“ bis hin zu aggressiven Formen der Diskriminierung wie beispielsweise: „Wir vermieten nicht an Schwarze!“ (Yeboah 2017, S. 147). Einige Daten verweisen auf einen Zusammenhang zwischen Rassismus, stressbedingten dauerhaft erhöhten Cortisolspiegeln und erhöhten Risiken für Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Schlafstörungen, erhöhtem Blutdruck und erhöhter Mortalität während andere hier keine eindeutigen Zusammenhänge sehen (vgl. Brunett 2016, S. 59). Studien aus den USA haben nachgewiesen, dass wiederkehrende Konfrontationen mit rassifizierenden Mikroaggressionen Stressreaktionen aktivieren und die Entstehung von Depressionen, Angststörungen und die physische Desintegration bei BIPoC und Migrant*innen begünstigen. So verkörpern sich Exklusionsmechanismen als neurobiologische Reaktionen bei betroffenen Personen und werden von einigen als Akte der biologischen Vernichtung bezeichnet (vgl. Bauer 2006, zit. nach Yeboah 2017).

Insgesamt liegen jedoch nur wenige gesundheitswissenschaftliche Studien zu den physischen gesundheitlichen Effekten von Rassismus im deutschsprachigen Raum vor, während die anglo-amerikanisch Forschung jedoch Zusammenhänge nachgewiesen hat (siehe (Brunett 2016, S. 54 ff.)). Angesichts der hier

4 vgl. <https://deathincustody.noblogs.org/>; Belina 2016, Abdul-Rahman et al. 2020.

aufgeführten Tendenzen erstaunt es, dass gesundheitswissenschaftliche Ansätze im deutschsprachigen Raum in einer beschreibenden Betrachtung sozialer Ungleichheiten und damit einhergehenden zirkulären Bestätigung derselben verharren, anstatt zugrundeliegende strukturell rassistische Ursachen zu adressieren (Brunett 2016, S. 64). Rassismus findet auch im Präventionsbereich kein eigenes Handlungsfeld. Daher erscheint die Einbindung von Ansätzen aus der kritischen Medizinethnologie (s. den Beitrag zur Ethnologie), den postkolonialen Studien und aus der antirassistischen Bildungsarbeit für einen Community-Health-Ansatz auf Migration unabdingbar. Erkenntnisse aus US-amerikanischen gesundheitswissenschaftlichen Studien, die die Auswirkungen von gesellschaftlichen Verhältnissen auf Gesundheit bereits einbeziehen, geben hier wegweisende Einblicke. So verbindet Krieger in der von ihr entwickelten ökosozialen Theorie das Zusammenspiel von Verhältnissen und Ungleichheitsstrukturen im Wechselspiel mit biologischen und sozialen Faktoren auf verschiedenen Ebenen (2011, S. 214). Ihre Studien zeigen, wie sich Diskriminierung in Form von verkalkten Arterien in Körper einschreibt und sich als gesellschaftliche, verkörperte Ungleichheit darstellt. Kriegers ökosozialer Ansatz zeigt sehr deutlich den Vorteil einer Einbeziehung von Herrschaftsverhältnissen, Grenzregimen und Rassismus in die Betrachtung gesundheitlicher Ungleichheit und macht damit deutlich, wie Krankheitsmuster in sozialen, ökologischen und biologischen Kontexten erscheinen, Individuen von Krankheit unterschiedlich beansprucht werden und je nach sozioökonomischer Positionierung unterschiedliche Empfänglichkeiten und Resilienzen haben, und zwar in Abhängigkeit zu ihren individuellen Lebensverläufen, räumlich-zeitlichen Faktoren und Interaktionen mit Gruppen, Machtstrukturen, Diskriminierung und Ungleichheit.

5. Fazit

Mit dem Ziel, Lösungsmöglichkeiten zur Verringerung gesundheitlicher Ungleichheit von Migrant*innen und BIPOC aufzuzeigen, entwickelt dieser Artikel, eine postmigrantische, herrschaftskritische Community-Health-Perspektive auf Migration und soziale Ungleichheit zu entwickeln. Diese Perspektive grenzt sich ab von der auf Minderheiten ausgerichteten US-amerikanischen Perspektive, indem sie den Blick abwendet von essentialisierenden Vorstellungen, die Ursachen für den schlechteren Gesundheitszustand von Migrant*innen im Alibi der kulturellen Differenz verortet. Aus einer Community-Health-Perspektive begegnet sie der Ambiguität des Community Begriffes vielmehr durch die Analyse kontextbezogener Differenzkonfigurationen und entwickelt darauf basierend Community Health Lösungen (s. den Beitrag zum Diversitätsansatz). Die Abgrenzung zur amerikanischen Community Health zeigt sich hier vor allem auch in der Berücksichtigung gesamtgesellschaftlicher Aspekte für Gesundheit und in

diesem Sinne möchten wir zu einem Paradigmenwechsel in den Gesundheitswissenschaften im Sinne einer kritischen Medizinethnologie (s. den Beitrag zur Ethnologie) aufrufen. Dieser Paradigmenwechsel beinhaltet, dass neben community-bezogenen Aspekten die hier behandelten Aspekte Herrschaft, Grenze und Rassismus aktiv in eine gesundheitswissenschaftliche Auseinandersetzung mit Migration einbezogen werden. Und er beinhaltet einen Perspektivwechsel, mit dem Selbstermächtigung, Empowerment, Selbstorganisation sowie „subversive Strategien der Selbstinklusion“ (Mecheril 2013) als gesundheitsfördernde Praktiken anerkannt und einbezogen werden. Ein Paradigmenwechsel würde sich auch darin zeigen, die gesundheitsbezogenen Praxen mit Samerski als *healthcare bricolage* zu beschreiben, in der sich das Zusammenbasteln nicht nur als improvisierte Reaktion auf einen Notstand darstellt, sondern ihr auch der Moment der Selbstermächtigung und des Eigensinns innewohnt (Samerski 2019). So ein Paradigmenwechsel würde sich wissenschaftlich und praktisch u. a. durch eine stärkere Einbeziehung der Auswirkungen von Grenzregimen und Herrschaftsstrukturen auf Gesundheit, die Durchführung qualitativer Studien zur Gesundheit von BIPOC und Migrant*innen von oder gemeinsam mit Vertreter*innen der betroffenen Gruppen und einen Fokuswechsel bei der Ursachenforschung über gesundheitliche Ungleichheit von kultureller Differenz als Alibi zu Diversitätssensibilität als Teilhabechance einleiten lassen.

Literatur

- Abdul-Rahman, L./Espín Grau, H./Klaus, L./Singelstein, T. (2020): Zweiter Zwischenbericht zum Forschungsprojekt „Körperverletzung im Amt durch Polizeibeamt*innen“ (KviAPol) Rassismus und Diskriminierungserfahrungen im Kontext polizeilicher Gewaltausübung, www.kviapol.rub.de/images/pdf/KviAPol_Zweiter_Zwischenbericht.pdf (Abfrage:29.05.2021).
- Belina, B. (2016): Der Alltag der Anderen: Racial Profiling in Deutschland? In: Dollinger, B./Schmidt-Semisch, H. (Hrsg.) Sicherer Alltag? Wiesbaden: Springer VS. www.doi.org/10.1007/978-3-658-07268-1_6 (Abfrage: 26.05.2021).
- Betscher, S. (2020): Refugees in Bremen fighting for protection: Vulnerability, power relation, and the double-standards of structural racism in Corona times, #WitnessingCorona: www.medizinethnologie.net/refugees-in-bremen-fighting-for-protection/ (Abfrage:26.05.2021).
- Bohnefeld, M./Dickhäuser, O. (2018): “(Biased) grading of students’ performance: Students’ names, performance level and implicit attitudes.” In: *Frontiers in Psychology* 9, S. 481.
- Bojadžijev, M./Römhild, R. (2014): Was kommt nach dem „transnational turn“? Perspektiven für eine kritische Migrationsforschung. In: *Berliner Blätter. Ethnographische und ethnologische Beiträge* 65: Vom Rand ins Zentrum. Perspektiven einer kritischen Migrationsforschung. Berlin: Panama-Verlag, S. 10-24.
- Brunett, R. (2016): Rassismus und Gesundheit. *Jahrbuch für Kritische Medizin und Gesundheitswissenschaften*, Bd. 51. Hamburg: Argument, S. 54-69.
- Bundespsychotherapeutenkammer (2008): Ergebnisse der Erhebung über die ambulante psychotherapeutische Versorgung von Patienten mit Migrationshintergrund im Lande Bremen. In: *Psychotherapeutenjournal*, Nr. 2, S. 166.
- Castro Varela, M. d. M. (2020). *Postkoloniale Theorie. Eine kritische Einführung*. Bielefeld: transcript.
- De Genova, N. (2016): The European Question. In: *Social Text* 128, H. 34 (3), S. 75-102.

- Drotbohm, H. (2014): Einleitung. In: Nieswand, B./Drotbohm, H. (Hrsg.): Kultur, Gesellschaft, Migration. Die reflexive Wende in der Migrationsforschung. Wiesbaden: Springer VS, S. 1-37.
- Falge, C. (2021a): Medizinethnologie im Anwendungskontext: theoretische und methodische Orientierungen im Stadteillabor Bochum Migration und Gesundheit. In: Spallek, J./Zeeb, H. (Hrsg.): Migration und Gesundheit. Göttingen: Hogrefe Verlag, S. 397-405.
- Falge, C. (2021b): Migrating bodies in the context of health and racialization in Germany. In: Haukanes, H./Pine, F. (Hrsg.): Intimacy and mobility in the era of hardening borders: Gender, reproduction, regulation. Manchester: University Press, S. 105-122.
- Foroutan, N./Canan, C. (2016): The Paradox of Equal Belonging of Muslims. In: Islamophobia Studies Journal 3, S. 159-176.
- Foroutan, N. (2020): Rassismus in der postmigrantischen Gesellschaft. In: Aus Politik und Zeitgeschichte 42-44, S. 12-18.
- Glick Schiller, N. (2006): Beyond the ethnic lens: Locality, globality, and born-again incorporation. In: American Ethnologist 33, H. 4, S. 612-633.
- Gümüşay, K. (2020): Sprache und Sein. Berlin: Hanser Verlag.
- Haraway, D. (1988): Situated Knowledges: The Science Question in Feminism and the Privilege of Partial Perspective. In: Feminist Studies 14, S. 575-599.
- Herscher, A. (2017): Displacements. Architecture and Refugees, In: Hirsch, N./Miesgen, M. (Hrsg.), Critical Spatial Practice 9. Berlin: Sternberg Press.
- Hess, S. et al. (2014): Grenzregime II. Migration. Kontrolle. Wissen. Transnationale Perspektiven, Berlin, Hamburg: Assoziation A.
- Berchem, D. et al. (2021): Zwischenbericht zur Studie QUERgesund in der Bochumer Hustadt. Das Präventionsverhalten in einer multidiversen Nachbarschaft: Gesundheitsbezogene Ressourcen, Barrieren und Handlungsempfehlungen. https://www.hs-gesundheit.de/fileadmin/user_upload/Forschung/Zwischenbericht_hsg__QUERgesund.pdf
- Knipper, M./Bildin, Y. (2009): Migration und Gesundheit. Nürnberg, BAMF. Online.
- Köckler, H. (2017): Umweltbezogene Gerechtigkeit. Anforderungen an eine zukunftsweisende Stadtplanung. Frankfurt am Main: Peter Lang.
- Kohls, M., (Hrsg.) (2011): Morbidität und Mortalität von Migranten in Deutschland. Forschungsbericht/Bundesamt für Migration und Flüchtlinge 9. Nürnberg. Online.
- Krieger, N. (2011): Epidemiology and the People's Health. Theory and Context. Oxford: University Press.
- Kühne, A. (2014): Gesundheit und Gesundheitsversorgung von Migranten ohne Aufenthaltsstatus, Dissertation UKE Hamburg. www.ediss.sub.uni-hamburg.de/handle/ediss/5624. (Abfrage: 26.05.2021).
- Lang, C./Pott, A./Schneider, J. (2018): Erfolg nicht vorgesehen. Sozialer Aufstieg in der Einwanderungsgesellschaft – und was ihn so schwer macht. Münster: Waxmann.
- Leininger, M. (1998): Kulturelle Dimensionen menschlicher Pflege Freiburg: Lambertus Verlag.
- Malkki, L. H. (1995): Refugees and Exile. From ‚Refugee Studies‘ to the National Order of Things. In: Annual Revue of Anthropology, H 24 (1995), S. 495-523.
- Mbembe, A. (2019): Necropolitics, Durham, London: Duke University Press.
- Mecheril, P./Thomas-Olalde, O. et al. (2013): Migrationsforschung als Kritik. Konturen einer Forschungsperspektive Wiesbaden: Springer VS.
- Razum, O. et al. (2008): Migration und Gesundheit. Schwerpunktbericht der Gesundheitsberichterstattung 2008, Berlin, Robert Koch-Institut.
- Razum, O./Saß, A. C. (2015): Migration und Gesundheit: Interkulturelle Öffnung bleibt eine Herausforderung. Berlin: Springer.
- RKI: Journal of Health Monitoring, Monitoring der Gesundheit und Gesundheitsversorgung geflüchteter Menschen in Sammelunterkünften: Ergebnisse des bevölkerungsbezogenen Surveys RESPOND – Focus – JoHM 1/2021, www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloads/Focus/JoHM_01_2021_Gesundheit_Gefluechteter_RESPOND.html (Abfrage: 30.05.2021).
- Schneider, J. (2015): Bildung ist der Schlüssel zur Emanzipation. In: J. Schneider/M. Crul/F. Lelie. Münster, generation mix. Waxmann, S. 48-65.

- Schramkowski, B. (2018): Paradoxien des ‚Migrationshintergrundes‘, Von vorder- und hintergründigen Bedeutungen des Begriffes. In: Blank et al. (Hrsg.): Soziale Arbeit in der Migrationsgesellschaft. Grundlagen – Konzepte – Handlungsfelder. S. 50.
- Schulze-Wessel, J. (2017): Grenzfiguren – Zur politischen Theorie des Flüchtlings. Bielefeld: transcript.
- Şimşek, S./Schwarz, P. (2013): Schmerzliche Heimat. Deutschland und der Mord an meinem Vater. Berlin: Rowohlt.
- Täubig, V. (2009): Totale Institution Asyl. Empirische Befunde zu alltäglichen Lebensführungen in der organisierten Desintegration. Weinheim und München: Juventa.
- Velho, A. (2011): Auswirkungen von Rassismuserfahrungen auf die Gesundheit, das Befinden und die Subjektivität – Ansätze für eine reflexive Berufspraxis. In: Landeshauptstadt München, Direktorium, Antidiskriminierungsstelle für Menschen mit Migrationshintergrund
- Weichselbaumer, D. (2016): Discrimination against Female Migrants Wearing Headscarves. Discussion Paper, Forschungsinstitut zur Zukunft der Arbeit (IZA). DP No 12017.
- Yeboah, A. (2017): Rassismus und psychische Gesundheit in Deutschland. In: Fereidooni, K./El, M. (Hrsg.): Rassismuskritik und Widerstandsformen. Wiesbaden: Springer VS, S. 143-161.
- Ziegler, P./Beilmann, J. (2009): Diskriminierung und Gesundheit. In: Beilmann, J./Kai, J. (Hrsg.): Diskriminierung und Toleranz Psychologische Grundlagen und Anwendungsperspektiven. Wiesbaden, Verlag für Sozialwissenschaften, S. 357-378.
- Zogby, E. (2018): <https://www.newsweek.com/therapists-report-rise-anxiety-trump-was-elected-1046687>.