

**Freie wissenschaftliche Arbeit  
zur Erlangung  
des Grades einer Diplom-Soziologin  
über das Thema**

**Zum Mythos des „Mittelmeer-Syndroms“ – zur Bedeutung  
von Kultur und Migration  
auf das Schmerzerleben und Schmerzverhalten**

Eingereicht bei

I. Gutachterin Prof. Dr. Helgard Kramer

II. Gutachterin Prof. Dr. Adelheid Kuhlmeier

von cand.: Christiane Bunge

wohnhaft in: Eylauer Str. 17  
10965 Berlin

Datum: 10.05.2004

## **Inhalt**

<b>1</b>	<b><i>Einleitung</i></b> .....	<b>1</b>
<b>2</b>	<b><i>Ziele der Untersuchung und zentrale Fragestellungen</i></b> .....	<b>4</b>
<b>3</b>	<b><i>Zur Entwicklung und zu den Formen der Migration nach Deutschland</i></b> .....	<b>7</b>
3.1	Zum Begriff der Migration .....	7
3.2	Allgemeiner Überblick über die Zuwanderung nach Deutschland ....	10
3.3	Zu den Formen der Migration nach Deutschland .....	12
3.4	Exkurs: Zur Zuwanderung aus der Türkei .....	17
<b>4</b>	<b><i>Zur Struktur der ausländischen Bevölkerung in Deutschland</i></b> .....	<b>19</b>
<b>5</b>	<b><i>Zur sozialen und gesundheitlichen Lage der MigrantInnen in Deutschland</i></b> .....	<b>24</b>
5.1	Soziale Lage und Gesundheit .....	24
5.2	Zur sozialen Lage der MigrantInnen in Deutschland .....	26
5.2.1	Erwerbstätigkeit und Arbeitslosigkeit .....	26
5.2.2	Berufliche Stellung .....	27
5.2.3	Einkommen .....	28
5.2.4	Bildung und Ausbildung .....	29
5.2.5	Wohnsituation .....	30
5.3	Zur gesundheitlichen Lage der MigrantInnen in Deutschland .....	31
5.4	Zur Gesundheitsversorgung von MigrantInnen in Deutschland .....	34
5.5	Migration als Gesundheitsrisiko? – Psychosoziale Folgen der Migration im Kontext gesellschaftlicher Rahmenbedingungen .....	39
<b>6</b>	<b><i>Geschlecht und Gesundheit/Krankheit</i></b> .....	<b>42</b>
<b>7</b>	<b><i>Gesundheit, Krankheit und Schmerz im kulturellen Kontext</i></b> .....	<b>47</b>
7.1	Kultur und Kulturalisierung .....	47
7.1.1	Zum Begriff der Kultur .....	47
7.1.2	Zur Kulturalisierung in der Migrationsforschung .....	49
7.2	Der ‚Fremde‘ und der Umgang mit dem ‚Fremden‘ .....	49
7.2.1	Zur Herausbildung des Begriffs des ‚Fremden‘ .....	49
7.2.2	Zum Begriff der Fremdheit .....	51
7.2.3	Zur Marginalisierung der MigrantInnen im Aufnahmeland .....	52
7.3	Zum Begriff der Ethnizität .....	53
7.4	Zu kulturspezifischen Konzepten und Vorstellungen von Krankheit und Schmerz .....	55

7.4.1	Zum medizinischen System .....	56
7.4.2	Zum Begriff der Krankheit .....	57
7.4.3	Zum Begriff und zu den Dimensionen von Schmerz .....	58
7.4.4	Zum Begriff des kulturspezifischen Syndroms .....	62
7.4.5	Beispiele für kulturspezifische Syndrome .....	63
7.4.6	Das kulturspezifische Syndrom vor dem Hintergrund kulturspezifischer Krankheitskonzepte .....	64
7.4.7	Zur Problematik kulturspezifischer Krankheitskonzepte .....	66
7.5	Zur Kulturalisierung von Schmerzen am Beispiel des „Mittelmeer-Syndroms“ .....	68
7.5.1	Zum so genannten Ganzkörper-Schmerz .....	69
7.5.2	Zur Somatisierung der MigrantInnen .....	70
7.5.3	Zu den Auswirkungen des ‚Vorwurfs‘ der Somatisierung .....	74
7.6	Interkulturell vergleichende Forschung zum Phänomen Schmerz ....	75
7.6.1	Methoden der Schmerzmessung .....	75
7.6.2	Überblick über interkulturell vergleichende Studien zum Schmerz ..	77
<b>8</b>	<b><i>Empirischer Teil</i></b> .....	<b>80</b>
8.1	Studiendesign und Methodik .....	80
8.2	Stichprobenbeschreibung .....	84
8.2.1	Geschlecht .....	84
8.2.2	Ethnizität .....	84
8.2.3	Alter und Familienstand .....	87
8.2.4	Bildungsgrad .....	88
8.2.5	Erwerbssituation .....	90
8.2.6	Migrationsspezifische Aspekte .....	91
8.2.7	Zusammenfassung .....	93
8.3	Ergebnisse der empirischen Untersuchung .....	94
8.3.1	Einleitung .....	94
8.3.2	Stärke der akuten Schmerzen .....	94
8.3.3	Schmerzen im Alltag .....	98
8.3.4	Anzahl der Schmerzregionen .....	102
8.3.5	Psychosoziale Belastungen und Schmerzwahrnehmung .....	105
8.4	Zusammenfassung der Ergebnisse .....	110
<b>9</b>	<b><i>Diskussion</i></b> .....	<b>115</b>
<b>10</b>	<b><i>Schlussfolgerungen und Ausblick</i></b> .....	<b>123</b>
<b>11</b>	<b><i>Literatur</i></b> .....	<b>126</b>
<b>Anhang</b>	.....	<b>139</b>

## Tabellenverzeichnis

Tab. 1	Ausländische Wohnbevölkerung nach Staatsangehörigkeiten (Stand: 31.12.2002) .....	20
Tab. 2	Muttersprache der PatientInnen (Sprachgruppen) nach Geschlecht (in %) .....	85
Tab. 3	Geburtsort und Ethnizität der befragten PatientInnen (in %) .....	86
Tab. 4	Staatsangehörigkeit nach Geschlecht und Ethnizität (in %) .....	86
Tab. 5	Altersverteilung nach Geschlecht und Ethnizität (in %) .....	88
Tab. 6	Familienstand nach Geschlecht und Ethnizität (in %) .....	88
Tab. 7	Bildungsgrad nach Geschlecht und Ethnizität (in %) .....	89
Tab. 8	Derzeitige Berufstätigkeit nach Geschlecht und Ethnizität (in %) ..	90
Tab. 9	Erwerbsstatus nach Geschlecht und Ethnizität (in %) .....	90
Tab. 10	Migrationsmodus nach Geschlecht und Ethnizität (in %) .....	91
Tab. 11	Lesen und Schreiben in deutscher Sprache (in %) .....	92
Tab. 12	Sprechen und Verstehen in deutscher Sprache (in %) .....	92

## Abbildungsverzeichnis

Abb. 1	Phasen der Migration nach Deutschland seit 1945 .....	11
Abb.2	Arten von Aufenthaltsgenehmigungen nach der Ausländergesetzgebung .....	23
Abb. 3	Ethnische Untergruppen nach der Muttersprache der PatientInnen (Sprachgruppen) nach Geschlecht (in %) .....	85
Abb. 4	Vergleich des Anteils der nicht-deutschen PatientInnen auf Basis unterschiedlicher Definitionskriterien nach Geschlecht (in%) ....	87
Abb. 5	Anteile der PatientInnen, die starke Schmerzen angaben, nach Geschlecht, Alter und Ethnizität .....	96
Abb. 6	Anteile der PatientInnen, die starke Schmerzen angaben, nach Geschlecht, Bildungsgrad und Ethnizität .....	97
Abb. 7	Anteile der PatientInnen, die häufige Rücken- bzw. Kopfschmerzen im Alltag angaben, nach Geschlecht, Alter und Ethnizität .....	99
Abb. 8	Anteile der PatientInnen, die häufige Rücken- bzw. Kopfschmerzen im Alltag angaben, nach Geschlecht, Bildungsgrad und Ethnizität .....	101
Abb. 9	Anteile der PatientInnen, die mehr als fünf Schmerzregionen angaben, nach Geschlecht, Alter und Ethnizität .....	103
Abb. 10	Anteile der PatientInnen, die mehr als fünf Schmerzregionen angaben, nach Geschlecht, Bildungsgrad und Ethnizität .....	104
Abb. 11	Anteile der PatientInnen, die in verschiedenen Bereichen eine hohe psychosoziale Belastung angaben, nach Geschlecht und Ethnizität .....	106
Abb. 12	Anteile der PatientInnen mit hoher psychosozialer Belastung, die starke Schmerzen angaben, nach Belastungsbereich, Geschlecht und Ethnizität .....	107
Abb. 13	Anteile der PatientInnen mit hoher psychosozialer Belastung, die häufige Schmerzen im Alltag angaben, nach Art der Schmerzen, Geschlecht und Ethnizität .....	108
Abb. 14	Anteile der PatientInnen mit hoher psychosozialer Belastung, die mehr als fünf Schmerzregionen angeben, nach Belastungsbereich, Geschlecht und Ethnizität .....	109

## Anhang-Tabellen-Verzeichnis

Anhang-Tab. 1:	Bildungsgrad der Frauen nach Geschlecht, Ethnizität und Alter (in %) .....	140
Anhang-Tab. 2:	Bildungsgrad der Männer nach Geschlecht, Ethnizität und Alter (in %) .....	140
Anhang-Tab. 3:	Anteile der PatientInnen, die starke Schmerzen angaben, nach Geschlecht, Alter und Bildungsgrad (in %) .....	141
Anhang-Tab. 4:	Anteile der MigrantInnen, die starke Schmerzen angaben, nach Geschlecht, Migrationsmodus und Deutschkenntnissen (in %) .....	141
Anhang-Tab. 5:	Anteile der PatientInnen, die häufige Alltags-schmerzen angaben, nach Geschlecht, Alter und Bildungsgrad (in %) .....	142
Anhang-Tab. 6:	Anteile der MigrantInnen, die häufige Schmerzen im Alltag angaben, nach Geschlecht, Migrationsmodus und den Deutschkenntnissen (in %) .....	142
Anhang-Tab. 7:	Anteile der PatientInnen, die mit mehr als fünf Schmerzregionen angaben, nach Geschlecht, Alter und Bildungsgrad (in %) .....	143
Anhang-Tab. 8:	Anteile der MigrantInnen, die mehr als fünf Schmerzregionen angaben, nach Geschlecht, Migrationsmodus und Deutschkenntnissen (in %) .....	143

## **Abkürzungen**

AsylbLG	Asylbewerberleistungsgesetz
AuslG	Ausländergesetzgebung
BAFI	Bundesamt für die Anerkennung ausländischer Flüchtlinge
BBA	Beauftragte der Bundesregierung für Ausländerfragen
BBMFI	Beauftragte der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration
BMFSFJ	Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend
BZgA	Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung
CBS	Culture Bound Syndrom (Kulturspezifisches Syndrom)
EU	Europäische Union
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences

## 1 Einleitung

In deutschen Krankenhäusern und in den Praxen der ambulanten ärztlichen Versorgung hört man oftmals Diagnosen wie „Mittelmeer-Syndrom“, „Morbus Balkanikow“ oder „Mamma Mia-Syndrom“. Damit etikettieren vor allem deutsche Ärzte und Ärztinnen sowie das deutsche Pflegepersonal Krankheitssymptome und Schmerzäußerungen, die sie an PatientInnen mit Migrationshintergrund wahrnehmen. Vor allem den MigrantInnen aus Südeuropa, Südosteuropa, der Türkei und aus arabischen Ländern werden diffuse Schmerzäußerungen und die Verlagerung psychosozialer Belastungen auf die körperliche Ebene zugeschrieben. Die kulturelle Herkunft wird in der Symptombeschreibung als ausschlaggebender Faktor genannt. Diese kulturspezifisch identifizierten Syndrome halten sich auch 50 Jahre nach Ankunft der ersten „Gastarbeiter“ aus Südosteuropa im deutschen Klinikalltag.

Ende 2002 lebten etwa 7,3 Millionen AusländerInnen in Deutschland. Die AusländerInnen mit türkischer Staatsangehörigkeit stellen mit 1,9 Millionen die größte Gruppe dar (Beauftragte der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration 2003a). Vor allem in städtischen Ballungsgebieten, in denen der AusländerInnenanteil besonders hoch ist, gehört die Gesundheitsversorgung von MigrantInnen zum medizinischen Alltag. Jedoch erschweren neben sprachlichen Barrieren oftmals stereotype Vorstellungen auf Seiten des medizinischen Personals den Umgang mit den MigrantInnen und ihren als befremdlich wahrgenommenen Beschwerdeäußerungen. Vielfach wird die Auseinandersetzung mit der dargebotenen Schmerzsymptomatik als zeitraubend erlebt und unter dem Kostendruck im Gesundheitswesen nicht ausreichend geführt.

Beim Schmerz handelt es sich um ein sehr komplexes und mehrdimensionales Phänomen, das inzwischen Eingang in zahlreiche Forschungsdisziplinen gefunden hat. Es dominieren medizinische, psychologische und anthropologische Arbeiten, die sich unter anderem die Frage nach einer kulturellen Determiniertheit von Schmerzerleben und Schmerzverhalten stellen und sich mit der Frage beschäftigen, welche Konsequenzen dies für die medizinische und psychologische Behandlung hat.

In der medizinischen Praxis führt die Vorstellung von der Kulturgebundenheit von Krankheiten und Schmerzsymptomatiken vielfach zu Fehldiagnosen und falschen



Behandlungen. Die Kulturalisierung von Krankheiten findet jedoch in der Regel nur bei den MigrantInnen statt. „Während das Handeln und Glauben der Individuen auf der türkischen Seite nur in Bezug auf die angenommene eigene Kultur Sinn gewinnt, wird die Kultur (auf der deutschen Seite) nicht zur Erklärung des Handelns oder Glaubens ihrer Mitglieder ins Bild gebracht. Es ist, als hätten die Türken Kultur und die Deutschen Psyche“ (Cağlar 1990: 100).

MigrantInnen gehören in Deutschland mehrheitlich den unteren sozialen Schichten an. Junge MigrantInnen verlassen sehr viel häufiger als deutsche Jugendliche die Schule ohne einen Abschluss, arbeiten dementsprechend oftmals als ungelernete oder angelernte Arbeitskräfte, und die Erwerbslosenquote liegt weit über der der deutschen Mehrheitsbevölkerung. Nach der Bundesbeauftragten für Migration, Flüchtlinge und Integration „addieren“ sich schichtspezifische und migrationspezifische Benachteiligungen und Diskriminierungen (Beauftragte der Bundesregierung für Ausländerfragen 2002: 192).

In der Darstellung vermeintlich kultureller Besonderheiten im Krankheitserleben und Krankheitsverhalten wird der sozialen Benachteiligung von MigrantInnen, die vor dem Hintergrund gesellschaftlicher Rahmenbedingungen und dem Umgang der Mehrheitsgesellschaft mit ‚Fremden‘ zu sehen ist, oftmals nicht ausreichend Rechnung getragen. Soziale Faktoren und strukturelle Komponenten in der Gesundheitsversorgung geraten bei der Diagnose und Behandlung von Erkrankungen von MigrantInnen häufig aus dem Blickfeld; das spiegelt sich auch in empirischen Studien wieder. Ernst spricht im Zusammenhang mit möglichen kulturellen Schmerzunterschieden von einer „Ethnisierung des Sozialen“-Bias (Ernst 2000: 59).

In meiner beruflichen Praxis als Physiotherapeutin konnte ich in der Behandlung von MigrantInnen – vor allem türkischer Herkunft – Erfahrungen im Hinblick auf die Symptompräsentation und das Schmerzempfinden sammeln. Dies führte mich an die Fragestellung heran, welche Bedeutung Kultur und Migration im Schmerzerleben und Schmerzverhalten haben und ob tatsächlich kulturelle Unterschiede bei der Schmerzwahrnehmung bestehen. Über meine Lehrtätigkeit in einem Ausbildungslehrgang für MigrantInnen, die zu GemeindedolmetscherInnen im Gesundheits- und Sozialwesen ausgebildet wurden, fand ich einen weiteren Zugang zum Themenfeld Krankheit im Kontext von Kultur und Migration. Den Ausschlag, das Thema der vorliegenden Arbeit zu wählen, gab der Kontakt zu

---

Frau Theda Borde, die mir die empirischen Daten aus dem Projekt „Unterschiede in der Inanspruchnahme klinischer Notfallambulanzen durch deutsche Patienten/innen und Migranten/innen“<sup>1</sup> zur Verfügung stellte und der ich an dieser Stelle für ihre Unterstützung herzlich danke.

---

<sup>1</sup> Borde, Theda; Braun, Tanja; David, Matthias, Projektförderung BMBF 2001-2003, Förderkennzeichen 01GL0009

## 2 Ziele der Untersuchung und zentrale Fragestellungen

Im Zentrum der vorliegenden Arbeit steht die Auseinandersetzung mit dem Phänomen der Kulturalisierung von Schmerzen bei MigrantInnen. Seit den 50er Jahren des 20. Jahrhunderts liegen vor allem in der medizinischen, psychologischen und ethnologischen Fachliteratur Studien vor, die sich mit dem Schmerzverhalten und den Schmerzäußerungen von Menschen unterschiedlicher ethnischer bzw. kultureller Herkunft auseinandersetzen (u.a. Sternbach, Tursky 1965, Zborowski 1969, Zola 1966). Zahlreiche Studien richten ihre Fragestellungen auf die kulturellen Besonderheiten im Schmerzerleben und der Schmerzkommunikation aus und sehen die Unterschiede hinsichtlich Schmerzintensität und Schmerzlokalisierung in kulturellen Einflüssen. Weitere mögliche Einflussfaktoren wie Schichtzugehörigkeit, Bildungsniveau, Alter und Geschlecht wurden – und werden – meist nur am Rande in Betracht gezogen.

Am Beginn der vorliegenden Arbeit wird zunächst ein Überblick über die Geschichte und die Formen der Migration nach Deutschland gegeben – mit einem besonderen Blick auf die Zuwanderung ehemaliger „Gastarbeiter“ aus der Türkei. Anschließend werden wichtige Daten zur Struktur der ausländischen Bevölkerung in Deutschland vorgestellt.

Vor dem Hintergrund, dass bei der Beurteilung von gesundheitlichen Beschwerden und Schmerzsymptomatiken neben kulturellen Einflussfaktoren soziale Faktoren wie Alter und Bildungsgrad in Betracht zu ziehen sind und ein Zusammenhang zwischen sozialer Ungleichheit und Krankheit wissenschaftlich erwiesen ist (u.a. Mielck 2003), wird die soziale und gesundheitliche Situation von MigrantInnen in Deutschland in den Blick genommen. Hierbei werden ebenfalls die Zugangswege und die Inanspruchnahme der Einrichtungen der Gesundheitsversorgung bzw. mögliche Barrieren beleuchtet. Um zu klären, inwieweit migrationspezifische Aspekte einen Einfluss auf den Beschwerdestatus und Schmerzsymptomatiken haben, wird zudem gefragt, ob mit dem Prozess der Migration spezifische psychosoziale Belastungen verbunden sind und Migration per se ein Gesundheitsrisiko darstellt.

Bei der Klärung zentraler Begriffe werden im Verlauf der Arbeit verschiedene Theorieansätze vorgestellt und die soziale Konstruktion von Kultur, Ethnizität sowie Fremdheit in den Vordergrund gestellt. Der zentrale Untersuchungsgegen-

stand der vorliegenden Arbeit ist der Zusammenhang zwischen Krankheit bzw. Schmerz und Kultur und die Frage, wie dieser Zusammenhang in der sozialwissenschaftlichen, ethnomedizinischen, anthropologischen und psychologischen Literatur erörtert wird. Anhand der Darstellung kulturspezifischer Krankheitskonzepte wird der Fokus auf die Kulturalisierung im Umgang mit Schmerzsymptomen gerichtet. Die Betonung kultureller Aspekte, die in der Literatur und in der medizinischen Praxis in der Beschreibung spezifischer Beschwerdesymptomaten wie dem „Ganzkörper-Schmerz“ und der verbreiteten These von der erhöhten Somatisierungsneigung bei MigrantInnen aus dem Mittelmeerraum zum Ausdruck kommen, wird kritisch erörtert. Es werden unterschiedliche Positionen dargestellt, die sich mit der Bedeutung kultureller Einflüsse und deren Auswirkungen auf Diagnosestellung und Behandlung körperlicher Beschwerden und Schmerzsymptomaten von MigrantInnen auseinander setzen. Des Weiteren wird ein Überblick über interkulturell vergleichende empirische Untersuchungen zum Phänomen Schmerz gegeben, und es werden verschiedene Forschungsansätze vorgestellt.

Die im Verlauf des theoretischen Teils der Arbeit gewonnen Erkenntnisse werden im empirischen Teil der Arbeit überprüft. Für die deskriptive Auswertung greife ich auf Daten zurück, die im Rahmen der Untersuchung „Unterschiede in der Inanspruchnahme klinischer Notfallambulanzen durch deutsche Patienten/innen und MigrantInnen“ im Jahr 2001/2002 in drei Berliner Bezirken mit einem hohem MigrantInnenanteil erhoben wurden. Hierzu wurden etwa 800 deutsche PatientInnen und MigrantInnen anhand standardisierter Interviews befragt. In der Untersuchung von Borde, Braun und David (2003) stand die Frage nach den Unterschieden bei der Inanspruchnahme von Notfallambulanzen von deutschen PatientInnen und MigrantInnen im Vordergrund. Einige Fragen richteten sich jedoch speziell auf die Schmerzsymptomatik der PatientInnen. An drei ausgewählten Parametern untersuche ich in einer Re-Analyse der Daten den Einfluss kultureller, alters-, geschlechts- und bildungsspezifischer Aspekte auf die Schmerzwahrnehmung und das Auftreten von Alltagsschmerzen.

Die zentralen Fragestellungen der vorliegenden Arbeit lassen sich wie folgt zusammenfassen:

- Wie stellt sich die gesundheitliche Situation von MigrantInnen in Deutschland vor dem Hintergrund ihrer sozialen Lage dar?
- Haben die kulturelle bzw. die ethnische Herkunft sowie migrationspezifische Aspekte einen Einfluss auf das Schmerzerleben und das Schmerzverhalten? Lassen sich Unterschiede in der Symptompräsentation und Schmerzwahrnehmung mit „Kultur“ begründen?
- Versteht der Fokus auf den kulturellen Hintergrund bzw. die ethnische Herkunft den Blick auf weitere entscheidende Einflussfaktoren? Welche Bedeutung kommt sozialen Faktoren im Hinblick auf den Beschwerdestatus und die Schmerzwahrnehmung zu?
- Lässt sich die These von der besonders starken Schmerzwahrnehmung sowie einer umfassenderen Schmerzausbreitung („Ganzkörper-Schmerz“) bei MigrantInnen aus dem Mittelmeerraum belegen?
- Inwieweit wirken sich psychosoziale Belastungen bei deutschen PatientInnen und bei MigrantInnen auf die wahrgenommene Schmerzintensität sowie auf die Häufigkeit von Schmerzen aus?
- Lässt sich die These von der erhöhten Somatisierungsneigung von MigrantInnen aus dem Mittelmeerraum belegen?

In der Literatur und Forschungslandschaft zum Phänomen Schmerz dominieren vor allem medizinische und psychologische Studien. Die vorliegende Arbeit soll einen Beitrag dazu leisten, das Phänomen Schmerz aus einer soziologischen Perspektive unter Berücksichtigung gesellschaftlicher und struktureller Rahmenbedingungen zu betrachten.

### **3 Zur Entwicklung und zu den Formen der Migration nach Deutschland**

#### **3.1 Zum Begriff der Migration**

Der in dieser Arbeit verwandte Begriff der Migration sowie die Bezeichnung MigrantIn werden im Folgenden in Abgrenzung zum Begriff AusländerIn erörtert.

Der Begriff der Migration entstammt der lateinischen Sprache und bedeutet ‚Wanderung‘. Über die Jahrhunderte hinweg haben Wandern bzw. Wohnortwechsel das Leben der Menschen bestimmt und historische Entwicklungen in Gang gesetzt. Menschen sind nur oberflächlich betrachtet sesshaft. Selten bleiben sie ein Leben lang an dem Ort, an dem sie geboren wurden, wobei der Mensch üblicherweise auf der Suche nach neuen und besseren Lebensbedingungen ist. In den 20er Jahren des vergangenen Jahrhunderts hat der Soziologe Robert E. Park die These vertreten, „dass die Fortschritte in der Geschichte und die Prozesse der Zivilisation nur durch kontinuierliche Migrationsbewegungen von Menschen und die dadurch eintretenden Vermischungen von Völkern und Kulturen möglich geworden sind“ (Han 2000: 18).

Grundlage für die vorliegende Arbeit bilden zwei Definitionen von Migration. Treibel fasst den komplexen Prozess der Migration wie folgt zusammen: „Migration ist der auf Dauer angelegte bzw. dauerhaft werdende Wechsel in eine andere Gesellschaft bzw. in eine andere Region von einzelnen oder mehreren Menschen“ (Treibel 1999: 21). Dieser weit gefasste Migrationsbegriff umfasst unterschiedliche Wandermotive, wie erwerbs-, familienbedingte, politische oder biographisch bedingte Migration, und setzt einen relativ dauerhaften Aufenthalt in einer neuen Region oder Gesellschaft voraus. Er schließt damit einen kurzen Aufenthalt zu touristischen Zwecken aus (ebd.: 21). Im Migrationsbericht der Beauftragten der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration (BBMFI) aus dem Jahr 2003 findet man folgende Definition: „Von Migration spricht man, wenn eine Person ihren Lebensmittelpunkt über eine sozial bedeutsame Entfernung verlegt, von internationaler Migration, wenn dies über Staatsgrenzen hinweg geschieht“ (BBMFI 2003b: 3).

In der soziologischen Migrationsforschung wurden zahlreiche theoretische Modelle entwickelt, die sich vor allem mit Migrationsmotiven sowie den Folgen der Migration auf makrosoziologischer und mikrosoziologischer Ebene beschäftigen.<sup>2</sup>

Bedeutsam für die internationale Migration, um die es in dieser Arbeit geht, ist der Übergang in eine andere Gesellschaft, in ein anderes soziales Umfeld. In der neueren Migrationsforschung wird die idealtypische Trennung zwischen freiwilliger und erzwungener Wanderung – zwischen Einwanderung, Gastarbeit und Flucht –, die ursprünglich verwandt wurde, zugunsten einer übergreifenden Perspektive aufgehoben. Die Unterscheidung zwischen Arbeitsmigration und Fluchtmigration ist nach Treibel unter der gegenwärtigen globalen sozioökonomischen und politischen Ungleichheit nur noch bedingt haltbar; Zwang und Freiwilligkeit mischen sich immer mehr (Treibel 1999: 21f).

Auch Han sieht in den Migrationsbewegungen keine monokausalen Vorgänge. Vielmehr werden Migrationsbewegungen durch eine Vielzahl zusammenhängender Ursachen und Zwänge kultureller, politischer, wirtschaftlicher, religiöser, demographischer, ökologischer, ethnischer und sozialer Art ausgelöst. Außerdem weist er darauf hin, dass Migration immer ein andauernder Prozess ist, „der, beginnend von der Vorbereitung über den faktischen Verlauf bis hin zu einem vorläufigen Abschluss, in einem langen zeitlichen Kontinuum stattfindet. Der Wohnortwechsel ist zwar ein sichtbares Zeichen, aber keineswegs der Endpunkt der Migration. Es kann gesagt werden, dass der wesentlich zeitintensivere und schwierigere Teil der ‚inneren psychosozialen Migration‘ erst nach der ‚äußeren physischen Migration‘ beginnt“ (Han 2000: 8).

Die von Treibel und Han benannten Ursachen und Zwänge, die zu Migrationsbewegungen führen, werden in der Migrationsforschung allgemein als Push- und Pull-Faktoren zusammengefasst. Unter den Push-Faktoren werden die Bedingungen im Herkunftsort bzw. -land gefasst, die zur Migration bewegen, wie zum Beispiel politische und religiöse Verfolgungen, wirtschaftliche Krisen, zwischenstaatliche Kriege, Bürgerkriege, Umwelt- und Naturkatastrophen etc. Die Bedingungen im Aufnahmeland, die zur Migration motivieren können, wie z.B. politische Stabilität, demokratische Sozialstruktur, religiöse Glaubensfreiheit, wirtschaftli-

---

<sup>2</sup> Einen Überblick über soziologische Migrationstheorien findet sich u.a. bei Han 2000, Treibel 1999.

che Prosperität und bessere Ausbildungs- und Verdienstmöglichkeiten, werden als Pull-Faktoren begriffen (Han 2000: 14).

Mit den Begriffen Migrant bzw. Migrantin werden demzufolge Personen benannt, die ihren Lebensmittelpunkt über eine sozial bedeutsame Entfernung verlegt haben und sich dauerhaft niedergelassen haben.

In Abgrenzung zu den Begriffen Migrant und Migrantin umschreiben die Begriffe Ausländer bzw. Ausländerin den rechtlichen Status einer Person und bezeichnet in Deutschland lebende Personen, die nicht Deutsche im Sinne von Art. 116 Abs. 1 Grundgesetz sind (BBMFI 2003: 83). Die Begriffe Ausländer bzw. Ausländerin, die vor allem in der Amtssprache Verwendung finden, werden jedoch zunehmend von den Begriffen MigrantIn oder Zuwanderer und Zuwanderin abgelöst. So wurde beispielsweise aus dem Titel ‚Beauftragte der Bundesregierung für Ausländerfragen‘ im Oktober 2002 der Titel ‚Beauftragte der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration‘. Nach Geissler ist der Ausländerbegriff „ein Auslaufmodell, dem die soziale Wirklichkeit davonläuft. Zudem haften dem Ausländerbegriff zum Teil ethnozentrische, integrationshemmende Nebendeutungen an: Er akzentuiert das Fremde und einen minderen Rechtsstatus, er betont stark das ‚Nichtdazugehören‘, das ‚Ausgrenzende‘. Daher ist es nicht verwunderlich, dass sich die ‚Ausländer‘ selbst lieber als ‚Migranten‘ oder ‚Arbeitsmigranten‘ bezeichnen. In der aktuellen Diskussion wird meist auf den neutralen Begriff der ‚Zuwanderer‘ zurückgegriffen. Aber auch die zunächst unverfänglich erscheinenden Begriffe ‚Migranten‘ und ‚Zuwanderer‘ haben ihre Tücken: das Merkmal des ‚Wanderns‘ trifft nur auf die erste Generation zu, aber nicht mehr auf die Nachfolgenerationen, die dann in Deutschland geboren wurden“ (Geißler 2002: 284).

Grundsätzlich besteht die Schwierigkeit zu erkennen, zu welchem Zeitpunkt der Migrant, die Migrantin bzw. ihre Nachkommen den Prozess der Migration abgeschlossen haben und als ‚Einheimische‘ begriffen werden. Dabei handelt es sich in erster Linie um eine politische Frage und Fragen des nationalen Selbstverständnisses, auf das jedoch in dieser Arbeit nicht näher eingegangen werden kann.

In der vorliegenden Arbeit werden die Begriffe Migrant und Migrantin unter dem Aspekt der Zugehörigkeit zu einer ethnischen Minderheit in der deutschen Mehrheitsgesellschaft verwandt, wobei politische, soziale, juristische und kulturelle Aspekte bei der ‚ethnischen Zuschreibung‘, beim Umgang mit dem ‚Fremden‘ und vor allem in Bezug auf den sozialen Status ethnischer Minderheiten von Be-



deutung sind. Dies sind entscheidende Aspekte, die im Verlauf der Arbeit erörtert werden. Damit besteht keine Übereinstimmung mit den Begriffen Ausländer und Ausländerin, die ausschließlich an den Stellen verwandt werden, an denen auf Daten aus der amtlichen Statistik zurück gegriffen wird und Personen gemeint sind, die in Deutschland leben und nicht die deutsche Staatsangehörigkeit besitzen; das muss nicht auf Personen zutreffen, die als MigrantIn bezeichnet werden. Hervorzuheben ist, dass sowohl mit dem Begriff MigrantIn als auch mit dem Begriff AusländerIn auch Personen bezeichnet werden, die in Deutschland geboren wurden, aber deren Eltern einst zugewandert sind.

### **3.2 Allgemeiner Überblick über die Zuwanderung nach Deutschland seit 1945**

Deutschland galt bis Anfang des 20. Jahrhunderts als klassisches Auswanderungsland. Erst mit dem Ende des Zweiten Weltkrieges 1945 kehrte sich dieses Verhältnis um. Zunächst kamen bis 1949 etwa 12 Millionen Vertriebene ins besetzte Deutschland. Seit dieser Zeit wurde Deutschland in Europa zum Land mit der bei weitem größten Zahl von EinwanderInnen. Im Zeitraum von 1954 bis 1997 migrierten insgesamt 30 Millionen Personen als ausländische ArbeitnehmerInnen, nachziehende Familienangehörige, AussiedlerInnen, AsylbewerberInnen oder als deutsche StaatsbürgerInnen aus dem Ausland nach Deutschland. Jedoch verließen im gleichen Zeitraum insgesamt 21 Millionen Menschen freiwillig oder gezwungenermaßen nach Ablauf ihres Arbeitsvertrages oder auf Grund der Ablehnung ihres Asylantrages Deutschland wieder (Münz, Seifert, Ulrich 1999: 183) Insgesamt konzentrieren sich die Zuwanderungen nach Deutschland auf die alten Bundesländer, dort wiederum vor allem auf Großstädte und industrielle Ballungszentren (Geißler 2002: 282).<sup>3</sup>

---

<sup>3</sup> In Deutschland existiert keine „klassische Migrationsstatistik“, da unabhängig von der Aufenthaltsdauer die An- und Abmeldungen (Bezug einer Wohnung) gezählt werden. Der Begriff der MigrantIn im Sinne der Statistik impliziert also nicht einen dauerhaften oder längeren Aufenthalt. Auch AsylbewerberInnen gehen grundsätzlich in die Statistik ein, auch wenn ihr Aufenthalt von kurzer Dauer ist (BBMFI 2003: 4).

Die folgende Übersicht gibt einen Überblick über die Migration nach Deutschland seit 1945, die sich in sechs Phasen unterteilen lässt (Abb. 1):

**Abb. 1: Phasen der Migration nach Deutschland seit 1945**

<b>1945 bis 1949</b>	Zuwanderung von mehrheitlich deutschstämmigen Flüchtlingen und Vertriebenen; Rückwanderung oder Weiterwanderung von nicht-deutschen ZwangsarbeiterInnen, Kriegsgefangenen und ehemaligen KZ-Häftlingen
<b>1949 bis 1961</b>	Erste Hochphase der Wanderungen von Ost- nach Westdeutschland; Überseeauswanderung von Westdeutschland; erste „Gastarbeiter“ aus Italien
<b>1961 bis 1973</b>	Massive Anwerbung von „Gastarbeitern“ durch die Bundesrepublik Deutschland
<b>1973 bis 1988/89</b>	Anwerbestopp, Konsolidierung der ausländischen Wohnbevölkerung in Westdeutschland durch Familiennachzüge; Anwerbung von VertragsarbeiterInnen durch die DDR
<b>1988/89 bis 1991/92</b>	Zuwanderung von AussiedlerInnen, AsylbewerberInnen, Kriegsflüchtlingen, neuen ArbeitsmigrantInnen; zweite Hochphase der Wanderungen von Ost- nach Westdeutschland
<b>Seit 1992/93</b>	Einführung neuer Regelungen, die die Zuwanderung von AussiedlerInnen und AsylbewerberInnen begrenzen

**Quelle: Münz, Seifert, Ulrich 1999: 184**

Den größten Teil der ZuwanderInnen zwischen 1955 und 1973 machten die „Gastarbeiter“ aus den so genannten Anwerbeländern aus. Zehn Jahre nach dem Ende des Zweiten Weltkrieges und mit dem wirtschaftlichen Aufschwung wurde im Jahr 1955 ein erstes bilaterales Abkommen zur Anwerbung ausländischer Arbeitskräfte für den deutschen Arbeitsmarkt zwischen der deutschen und der italienischen Regierung abgeschlossen. Anschließend kamen weitere Abkommen mit Spanien und Griechenland (1960), der Türkei (1961), Marokko (1963), Portugal (1964), Tunesien (1965) und Jugoslawien (1968) hinzu. Hintergrund dieser Anwerbepolitik war ein Arbeitskräftemangel in der Bundesrepublik Deutschland, der sich nach dem Bau der Mauer 1961 und dem dadurch zum Erliegen gekommenen PendlereInnenströmen und Zuzug von ÜbersiedlerInnen aus der DDR noch verschärft hatte (Geißler 2002: 286f). Im Jahr 1955 gab es zwar bereits über eine Millionen deutsche Arbeitslose, jedoch wurden zahlreiche offene Stellen von den deutschen Erwerbspersonen nicht angenommen, da es sich bei diesen Arbeitsplätzen mehrheitlich um Tätigkeiten mit geringer Entlohnung, besonders hohen körperlichen und psychischen Belastungen, gesundheitlichen Risiken und gesell-

schaftlicher Geringschätzung handelte (Han 2000: 236f). Die Zuwanderung von „Gastarbeitern“ hielt bis zum Anwerbestopp im Jahr 1973 an. In diesem Jahr verkündete die Bundesregierung die Beendigung der Anwerbung, die unter anderem im Zusammenhang mit der weltweiten Ölkrise und dem OPEC-Ölembargo stand. Zwischen 1955 und 1973 kamen insgesamt 14 Millionen ausländische ArbeitsmigrantInnen in die Bundesrepublik, davon kehrten im Laufe der Zeit ca. 11 Millionen wieder zurück in ihre Herkunftsländer (Bade 1994: 19).

Nach der Phase der Arbeitsmigration der „Gastarbeiter“, die bis 1973 das Migrationsgeschehen nach Deutschland bestimmte, kam es zunächst zu einer Phase der Konsolidierung der ausländischen Wohnbevölkerung in Westdeutschland durch Familiennachzüge. Erst mit dem Fall des „Eisernen Vorhangs“ ab 1988 und der Zuwanderung der AussiedlerInnen sowie einer steigenden Zahl von AsylbewerberInnen sind bis Mitte der 90er Jahre hohe Zuwanderungszahlen in Deutschland zu beobachten. Danach ist die Zahl der ZuwandererInnen jedoch kontinuierlich gesunken. In den vergangenen zehn Jahren sind dennoch insgesamt 12 Millionen Menschen nach Deutschland eingewandert. Im gleichen Zeitraum verließen allerdings wiederum 8,4 Millionen Menschen Deutschland (BBMFI 2003b: 5).

Viele MigrantInnengruppen halten bzw. hielten sich nur temporär in Deutschland auf. Dazu zählen die rückkehrenden ArbeitsmigrantInnen, MigrantInnen aus den EU-Ländern, ausländische StudentInnen, abgelehnte AsylbewerberInnen sowie die rückkehrenden Bürgerkriegsflüchtlinge. Auch ist bei den ehemaligen ArbeitsmigrantInnen aus den Anwerbeländern und deren Familienangehörigen ein Wandern zwischen den Herkunftsländern und Deutschland zu beobachten, was unter das Phänomen ‚transnationale Migration‘ fällt.

### **3.3 Zu den Formen der Migration nach Deutschland**

Insgesamt lässt sich eine große Heterogenität unter den MigrantInnen hinsichtlich des Zuzugs nach Deutschland und den damit verbundenen unterschiedlichen Rechtslagen feststellen.

Anhand der wichtigsten Migrationsformen werden im Folgenden rechtliche Voraussetzungen sowie quantitative Aspekte der Zuwanderung nach Deutschland genauer dargestellt. Dazu zählt zum einen die Migration über den Familien- und E-

hegattennachzug von Drittstaatsangehörigen<sup>4</sup>, die EU-Binnenmigration, der Zuzug von SpätaussiedlerInnen und von Flüchtlingen nach Deutschland. Zum anderen werden abschließend einige Zahlen zur unkontrollierten Migration nach Deutschland genannt, aus der sich die große Gruppe der so genannten „Illegalen“ unter den MigrantInnen zusammensetzt.

### **Familien- und Ehegattennachzug von Drittstaatsangehörigen**

Der Nachzug von ausländischen Ehegatten und Kindern von in Deutschland lebenden Personen ist in den §§ 17-23 des Ausländergesetzes geregelt. Dieser wiederum beruht auf Artikel 6 Abs.1 des Grundgesetzes, der den Schutz von Ehe und Familie beinhaltet, sowie auf Artikel 8 der Europäischen Menschenrechtskonvention, welche den Schutz von Privat- und Familienleben kodifiziert. Das System des Familien- und Ehegattennachzuges ist je nach Rechtsstellung des in Deutschland lebenden Angehörigen sehr stark nach unterschiedlichen Ansprüchen und Ermessensnormen differenziert. Für Eltern mit ausländischer Staatsangehörigkeit gelten in Deutschland in diesem Zusammenhang folgende Voraussetzungen für den Familiennachzug: Aufenthaltserlaubnis oder -berechtigung, ausreichender Wohnraum, Sicherung des Lebensunterhalts. Bei einer Aufenthaltsbewilligung oder -befugnis gelten einschränkende Regelungen (BBMFI 2003b: 24).<sup>5</sup>

Eine statistische Aufbereitung des Migrationsgeschehens über den Familiennachzug existiert erst seit 1996. Seitdem ist jedoch ein kontinuierlicher Anstieg von 54.886 auf 85.305 im Jahr 2002 zu beobachten. Insofern ist der Familien- und Ehegattennachzug eine sehr wichtige Zuwanderungsform. Häufigstes Herkunftsland war in diesem Zeitraum die Türkei. 29% aller Visa für den Ehegatten- und Familiennachzug wurden im Jahr 2002 in deutschen Auslandsvertretungen in der Türkei erteilt. Mit einem Anteil von 11% gehörten 2002 die Zugezogenen aus dem ehemaligen Jugoslawien zur zweitgrößten Gruppe, gefolgt von den Migranten aus der russischen Föderation mit 6% (ebd.: 26).

### **EU-Binnenmigration von EU-Staatsangehörigen**

Seit der Freizügigkeitsverordnung vom 17.07.1997 genießen Unionsbürger und ihre Familien das Recht auf Freizügigkeit innerhalb der Europäischen Union, auch

---

<sup>4</sup> Damit werden Personen aus einem Staat außerhalb der Europäischen Union bezeichnet.

<sup>5</sup> Eine Übersicht über die verschiedenen Arten von Aufenthaltsgenehmigungen, die in der Ausländergesetzgebung festgeschrieben sind, findet sich in Kapitel 4.

wenn ihr Aufenthalt in einem anderen EU-Land in erster Linie keinem wirtschaftlichen Zweck dient. Bei dieser Verordnung ist die jeweilige Staatsangehörigkeit und nicht das Herkunftsland entscheidend. Im Jahr 2002 kamen über 100.000 EU-AusländerInnen nach Deutschland. Die größte Gruppe stellten die italienischen Staatsangehörigen mit 22%, gefolgt von Griechen (13%) und Franzosen (12%) (BBMFI 2003b: 21f).

### **SpätaussiedlerInnen**

Das Grundgesetz kennt neben den Deutschen mit deutscher Staatsangehörigkeit auch Deutsche ohne deutsche Staatsangehörigkeit, so genannte Statusdeutsche. Nach Artikel 116 des Grundgesetzes sowie den Bestimmungen des Bundesvertriebenengesetzes vom 29.5.1953 haben auch Personen deutscher Abstammung aus den Ländern Osteuropas sowie der ehemaligen Sowjetunion (Aussiedler) einen Rechtsanspruch auf Einräumung aller deutschen Grundrechte (Andersen, Woyke 2000: 558).

Im Zeitraum von 1990 bis 2002 sind insgesamt 2,3 Millionen SpätaussiedlerInnen nach Deutschland eingewandert. In dieser Zeit nahm ihre Zahl jedoch kontinuierlich von fast 400.000 im Jahr 1990 auf knapp über 90.000 im Jahr 2002 ab. Der größte Teil der SpätaussiedlerInnen stammt aus den Gebieten der ehemaligen Sowjetunion. Die Ursachen der Auswanderung sind vor allem in der schlechten wirtschaftlichen und sozialen Lage in den Herkunftsländern zu sehen. Ethnisch begründete Benachteiligungen sowie der Wunsch nach Familienzusammenführung sind ebenfalls zu nennen. Der massive Rückgang an den SpätaussiedlerInnenzahlen kam in erster Linie auf Grund der Stabilisierung der Lage der deutschen Minderheiten, eingesetzter Hilfsprogramme vor Ort, der Einführung des Sprachtests und der Abnahme des Zuzugspotenzials insgesamt zustande (BBMFM 2003b: 31ff).

### **Flüchtlinge**

Bei den Flüchtlingen, die in den vergangenen Jahren und Jahrzehnten nach Deutschland kamen, handelt es sich um Personen, die auf der Grundlage unterschiedlicher gesetzlicher Regelungen Aufnahme in Deutschland gesucht haben. Hierzu zählen: AsylbewerberInnen, Kontingent- und Konventionsflüchtlinge, Bürgerkriegsflüchtlinge sowie De-Facto-Flüchtlinge. Insgesamt lebten Ende 2002 1,1 Millionen Flüchtlinge in Deutschland. Darunter befanden sich über 130.000

Asylberechtigte, 164.000 AsylbewerberInnen, 75.000 Konventionsflüchtlinge, schätzungsweise 170.000 Familienangehörige von anerkannten Flüchtlingen, etwa 6.800 Kontingentflüchtlinge, 173.000 jüdische Zuwanderer aus der ehemaligen Sowjetunion, ca. 166.000 AusländerInnen mit einer Aufenthaltsbefugnis nach §§ 30, 32 AuslG, 11.000 heimatlose AusländerInnen, über 200.000 De-Facto-Flüchtlinge sowie etwa 40.000 Flüchtlinge aus Bosnien-Herzegowina mit einer Duldung bzw. Aufenthaltsbefugnis (BBMFI 2003a). Zu den AsylbewerberInnen und den De-Facto-Flüchtlingen ist im Einzelnen Folgenden zu sagen:

### **AsylbewerberInnen**

Im Zeitraum von 1990 bis Ende 2000 stellten auf der Grundlage des Asylrechts in Artikel 16a des Grundgesetzes insgesamt 2,1 Millionen Menschen in Deutschland Anträge auf Asyl. Vor der Verschärfung des Asylrechtgesetzes im Jahr 1993 kletterten die Zahlen der Antragsteller von 1990 von knapp 200.000 auf nahezu 450.000 im Jahr 1992. Seitdem ist die Zahl der Antragsteller auf unter 80.000 im Jahr 2002 gesunken (BBMFI 2003b: 39).

Zwischen der Zahl der AsylbewerberInnen, das heißt der AntragstellerInnen, und der Zahl der tatsächlich anerkannten Asylberechtigten ist in der Vergangenheit eine enorme Diskrepanz zu erkennen. Von den AsylantragstellerInnen zwischen 1990 und 2000 wurden nur etwa 130.000 BewerberInnen vom Bundesamt für die Anerkennung ausländischer Flüchtlinge (BAFI) als asylberechtigt anerkannt. Damit lag die Asylanerkenntnisquote in den 90er Jahren durchgängig unter 10%. Im Jahr 2002 erreichte sie mit 1,3% ihren absoluten Tiefststand. Der überwiegende Teil der AsylbewerberInnen kam in den vergangenen Jahren aus Europa. Seit 1998 zählen das ehemalige Jugoslawien, die Türkei und der Irak zu den Hauptherkunftsländern. 80% der türkischen AsylbewerberInnen sind kurdischer Volkszugehörigkeit. Mehr als zwei Drittel der Antragsteller waren im Jahr 2002 männlichen Geschlecht (69,1%), drei Viertel (75,1%) waren jünger als 30 Jahre, ein Drittel davon minderjährig (ebd.: 40ff).

### **De-Facto-Flüchtlinge**

Bei De-Facto-Flüchtlingen handelt es sich um Personen mit einer Duldung, die entweder keinen Asylantrag gestellt haben oder deren Antrag abgelehnt wurde. Ihre Abschiebung ist aufgrund völkerrechtlicher Verpflichtungen ausgesetzt, d.h. es besteht konkrete Gefahr für Leib und Leben; die Beschränkung von Freiheits-

rechten oder andere humanitäre Gründen sprechen dagegen. Weitere Abschiebehindernisse sind unter anderem fehlende Personaldokumente oder fehlende Reisewege. Ende 2002 lebten über 400.000 De-Facto-Flüchtlinge in Deutschland. Davon besaßen etwa 230.000 eine Duldung, die grundsätzlich zur Ausreise verpflichtet. Darunter befand sich allerdings ein großer Teil, der bereits mehr als zehn Jahre in Deutschland lebt. Der überwiegende Teil der De-Facto-Flüchtlinge kam aus dem ehemaligen Jugoslawien und der Türkei (BBMFI 2003b: 51).

### **Unkontrollierte Migration**

Neben den genannten rechtskräftigen Formen des Zugangs nach Deutschland kommen jedes Jahr Hunderttausende ohne eine rechtliche Erlaubnis nach Deutschland bzw. leben hier, ohne einen rechtlichen Aufenthaltsstatus zu besitzen. Anhand der Aufgriffe an bundesdeutschen Land- und Seegrenzen und Flughäfen lässt nur sehr ungefähr abschätzen, wie hoch diese Zahlen sind. Seit 1998 bis 2002 ist die Zahl der Aufgriffe von 40.000 auf etwas über 20.000 gesunken. Im Gegensatz zum Rückgang der Aufgriffe bei Menschen aus dem ehemaligen Jugoslawien, dem Irak und der Türkei ist ein Anstieg bei Personen aus der Russischen Föderation, Bulgarien und vor allem aus China zu verzeichnen. Betrachtet man die Aufgriffe wegen unerlaubten Aufenthaltes im Jahr 2002 insgesamt, so zeigt sich, dass allein rund 90.000 innerhalb des Bundesgebietes aufgegriffen wurden. Jedoch ist auch diese Zahl seit 1998 kontinuierlich gesunken (ebd.: 73ff).

Neben den genannten Formen der Migration ist die Zuwanderung von Werkvertrags-, Saison- und weiteren ArbeitsmigrantInnen aus Nicht-EU-Staaten zu nennen, deren Umfang jedoch seit 1973 im Vergleich zu der Zuwanderung der „Gastarbeiter“ zwischen 1955 und 1973 eher gering ist. Ein besonderer Fall der Arbeitsmigration stellt die Zuwanderung von IT-Fachkräften dar, die über die so genannte Green Card-Regelung seit dem Jahr 2000 zur Arbeitsaufnahme nach Deutschland kommen und den zeitweise herrschenden Arbeitskräftebedarf im IT-Bereich ausgleichen sollten. Bei der Zuwanderung von ausländischen Studierenden handelt es sich ebenfalls um eine auf eine bestimmte Zeit angelegte Migration zu Ausbildungszwecken, die außer bei EU-Staatsangehörigen die AusländerInnen mit Abschluss der Ausbildung zur Rückkehr ins Herkunftsland ‚zwingt‘.

### 3.4 Exkurs: Zur Zuwanderung aus der Türkei

Die Türkei ist das Herkunftsland, aus dem seit 1961 die meisten Zuwanderer und Zuwanderinnen nach Deutschland gekommen sind. Die türkischen ArbeitsmigrantInnen stellten zwischen 1961, dem Jahr des bilateralen Abkommens zwischen der Türkei und der Bundesrepublik, und 1973 unter den „Gastarbeitern“ das mit Abstand größte Kontingent. Im Jahr des Anwerbestopps 1973, das im Zusammenhang mit der Ölkrise, dem OPEC-Ölembargo und der weltweiten wirtschaftlichen Rezession stand, bildeten die türkischen ArbeitsmigrantInnen (600.000) - vor den „Gastarbeitern“ aus Jugoslawien (535.000) - die größte Gruppe (Münz et al. 1999: 45). Bei den türkischen ArbeitsmigrantInnen war jede fünfte bis 1973 angeworbene Arbeitskraft weiblich (Jamin 1999: 153).

Allerdings gehörten die türkischen Arbeitskräfte von Anfang an zu den „Gastarbeitern“ „zweiter Klasse“. Bei ihnen war im Gegensatz zu den Arbeitskräften aus den anderen Mittelmeerländern zunächst kein Familiennachzug vorgesehen. Die medizinische Untersuchung im Herkunftsland fand bei ihnen unter anderem aus „seuchenhygienischen Gründen“ statt, und es bestand zunächst eine grundsätzliche Beschränkung der Aufenthaltsdauer, die allerdings bereits im Jahr 1962 vor allem auf Druck der deutschen Wirtschaft in einer neuen Fassung des Anwerbeabkommens abgeschafft wurde (ebd.:150).

Zum Zeitpunkt des Anwerbestopps im Jahr 1973 befanden sich etwa 900.000 türkische Staatsangehörige in Deutschland. Anstatt der erwarteten Rückkehr der ArbeitsmigrantInnen erfolgte nun jedoch der Familiennachzug, der den türkischen ArbeitsmigrantInnen anfangs noch nicht gestattet war. Einen weiteren Zuzug versuchte die Bundesregierung allerdings im Jahr 1980 durch Einführung der Visumpflicht für türkische Staatsangehörige und 1983 mit dem bis 1984 befristeten „Gesetz zur Förderung der Rückkehrbereitschaft von Ausländern“ zu begegnen (Thalheimer 2003: 80). Daraufhin kehrte etwa die Hälfte der Menschen aus der Türkei bis 1984 wieder in ihre Heimat zurück (Jamin 1999: 157).

Allerdings hält die Zuwanderung aus der Türkei immer noch an und vollzieht sich zum größten Teil über den Familien- und Ehegattennachzug. Nach einer Untersuchung aus dem Jahr 2002 gehen etwa 60% der TürkInnen in Deutschland eine transnationale Ehe mit einem in der Türkei lebenden Partners ein. Von den im Jahr 2000 zugewanderten türkischen Staatsangehörigen waren allein über 63%



über den Familiennachzug, etwa 26% als AsylbewerberInnen und nur noch 4% als ArbeitsmigrantInnen nach Deutschland gekommen. Damit spielt die legale Arbeitsmigration nur noch eine sehr untergeordnete Rolle, und das Kontingent für türkische ArbeitsmigrantInnen wird nicht einmal ausgeschöpft (Thalheimer 2003: 88ff).

So zeigt sich, dass über den erlaubten Nachzug der Kernfamilien eine Sekundäreinwanderung türkischer Staatsangehöriger stattgefunden hat, „die die Familien in Deutschland vereinigte, konsolidierte und verstärkte. Die Zuwanderer ergänzten sich immer wieder durch neue Zuwanderung (Kettenwanderung). Zwar wurde der Mythos ‚Rückkehr‘ bis heute Aufrecht erhalten, doch aus den anfänglichen ‚Gastarbeitern‘ wurden faktisch ‚Zuwanderer auf Dauer‘“ (ebd.: 80).

## 4 Zur Struktur der ausländischen Bevölkerung in Deutschland

### Verteilung nach Staatsangehörigkeit

Ende 2002 lebten 7,34 Millionen Menschen mit einer ausländischen Staatsangehörigkeit in Deutschland;<sup>6</sup> dies entspricht einem Anteil von 8,9% an der Gesamtbevölkerung. Seit 1998 ist dieser Anteil relativ konstant. In den neuen Bundesländern leben deutlich weniger Personen mit ausländischer Staatsangehörigkeit als in den alten Bundesländern. Ende 2001 betrug der Anteil der ausländischen Wohnbevölkerung in den alten Ländern 9,0% und in den neuen Ländern 2%. Seit 1968 bis zum Anwerbestopp im Jahr 1973 hat sich die Zahl der in Deutschland lebenden AusländerInnen nahezu verdoppelt. 1973 wohnten etwa vier Millionen Menschen mit einer ausländischen Staatsangehörigkeit in Deutschland. Seitdem hat sich diese Zahl nach einer Zeit des langsamen Zuwachses bzw. der Stagnation zwischen 1996 und 2002 auf etwa 7,3 Millionen eingependelt (BBMFI 2003b: 84).

26% der in Deutschland lebenden AusländerInnen besitzen die türkische Staatsangehörigkeit. Damit bilden die türkischen Staatsangehörigen bei weitem die größte Gruppe unter den ausländischen Staatsangehörigen. Insgesamt lebten Ende 2002 1,9 Millionen Menschen mit türkischer Staatsangehörigkeit in Deutschland. Ein weiteres Viertel der ausländischen Bevölkerung stammt aus einem Land der Europäischen Union. Die italienischen StaatsbürgerInnen stellen davon mit einem Anteil von 33% an allen EU-BürgerInnen und 8,3% an allen AusländerInnen die zweitgrößte Gruppe insgesamt dar. Die drittgrößte Gruppe der ausländischen Staatsangehörigen stammt aus der Bundesrepublik Jugoslawien und macht einen Anteil von 8,1% an der ausländischen Wohnbevölkerung in Deutschland aus. Aus den Staaten des ehemaligen Jugoslawien lebten Ende 2002 insgesamt über eine Millionen Menschen in der Bundesrepublik Deutschland. Zählt man alle BewohnerInnen ehemaliger Ostblockstaaten zusammen, so stammt etwa ein Viertel aller

---

<sup>6</sup> Die aufgeführten Daten sind im Wesentlichen dem Migrationsbericht 2003 der Beauftragten der Bundesregierung für Migration, politische Flüchtlinge und Integration entnommen und basieren auf der amtlichen Bevölkerungsstatistik, die die Daten für die deutsche und ausländische Bevölkerung getrennt aufbereitet. Grundlage ist der rechtliche Ausländerbegriff: „Als Ausländer gelten alle Personen, die nicht Deutsche im Sinne von Art. 116 Abs. 1 Grundgesetz sind“ (BBMFI 2003: 83). AusländerInnen werden im Ausländerzentralregister beim Bundesverwaltungsamt in Köln erfasst, wenn sie sich drei Monate oder länger in Deutschland aufhalten (BBMFI 2003: 83).

ausländischen StaatsbürgerInnen aus einem dieser Länder (BBMFI 2003b: 85) (Tab. 1).

**Tab. 1: Ausländische Wohnbevölkerung nach Staatsangehörigkeiten (Stand: 31.12.2002)**

Staatsangehörigkeit	AusländerInnen im Bundesgebiet			
	Insgesamt	Männer	Frauen	% <sup>7</sup>
<b>Türkei</b>	1.912.169	1.032.296	879.873	26,1
<b>Italien</b>	609.781	362.014	247.770	8,3
<b>BR Jugoslawien</b>	591.492	324.029	267.463	8,1
<b>Griechenland</b>	359.361	196.568	162.793	5,0
<b>Polen</b>	317.603	155.551	162.052	4,3
<b>Kroatien</b>	230.987	117.216	113.771	3,1
<b>Österreich</b>	189.336	102.717	86.619	2,6
<b>Bosnien und Herzegowina</b>	163.807	85.122	78.685	2,2
<b>Portugal</b>	131.435	73.429	58.006	1,8
<b>Spanien</b>	127.465	66.089	61.376	1,7
<b>Sonstige</b>	2.702.156	◇	◇	36,8
<b>Insgesamt</b>	7.335.592	3.926.671	3.408.921	100,0

Quelle: Statistisches Bundesamt 2003

Von den 7,3 Millionen AusländerInnen in Deutschland sind etwa 1,5 Millionen (20%) in Deutschland geboren. Von den AusländerInnen unter 18 Jahren sind allein 68% in Deutschland geboren. Besonders hoch sind die Anteile der in Deutschland Geborenen bei den TürkInnen (35,5%), ItalienerInnen (28,6%) und GriechInnen (26,7%). Der Anteil der in Deutschland geborenen AusländerInnen sinkt jedoch seit Einführung des neuen Staatsbürgerschaftsgesetzes, wonach Kinder ausländischer Eltern unter bestimmten Voraussetzungen mit ihrer Geburt die deutsche Staatsangehörigkeit erhalten. Nicht nur von den Zahlen der Zu- und Abwanderungen, sondern auch von der Geburtenentwicklung und Sterblichkeit der ausländischen Bevölkerung sowie der jeweiligen Einbürgerungspraxis hängen die Zahlen zur ausländischen Bevölkerungsentwicklung ab. Bis zum Inkrafttreten des neuen Staatsangehörigkeitsrechts im Jahr 2000 herrschten restriktive Einbürgerungsregelungen, die dazu führten, dass lange in Deutschland lebende AusländerInnen ohne deutschen Pass AusländerInnen blieben, dagegen SpätaussiedlerIn-

<sup>7</sup> Anteile an ausländischer Wohnbevölkerung insgesamt

nen, die tatsächlich MigrantInnen darstellten, keinen Ausländerstatus hatten (BBMFI 2003: 83).<sup>8</sup> Die Konsequenz daraus ist, dass die amtlichen AusländerInnenzahlen die Migration durch Nichteinbeziehung der zugewanderten SpätausiedlerInnen unterschätzen und gleichzeitig auf Grund der im Inland geborenen ausländischen Kinder diese überbewerten.

### **Alters- und Geschlechterverteilung**

Ende 2001 lebten insgesamt 3,95 Millionen (54%) AusländerInnen männlichen und 3,37 Millionen (46%) weiblichen Geschlechts in Deutschland.<sup>9</sup> Die ausländische Wohnbevölkerung ist im Durchschnitt sehr viel jünger als die deutsche Wohnbevölkerung. 20% der AusländerInnen waren Ende 2001 unter 18 Jahre alt, bei den Deutschen betrug dieser Anteil 18,5%. Drei Viertel der ausländischen StaatsbürgerInnen waren zwischen 18 und 65 Jahren alt, dagegen nur zwei Drittel der Deutschen. Der größte Unterschied zeigt sich bei den Personen über 65 Jahre. Nur etwa 5% der ausländischen Staatsangehörigen waren älter als 65 Jahre, aber nahezu 18% der Deutschen. In dieser Altersgruppe zeigen sich beträchtliche Un-

---

<sup>8</sup> Die deutsche Staatsbürgerschaft stellte sich auf juristischer Ebene bis zur Reform im Jahr 2000 im Reichs- und Staatsangehörigkeitsrecht von 1913 dar. Die in diesem Gesetz verankerte Regelung basierte auf einer ausgeprägten Form des ‚ius sanguinis‘. Beim so genannten Abstammungsrecht stellt die Volkszugehörigkeit das primäre Kriterium zum Erwerb der Staatsbürgerschaft dar. Mit dem Inkrafttreten des neuen deutschen Staatsangehörigkeitsrechts am 01.01.2000 wurden Elemente des ‚ius soli‘, dem so genannten Bodenrecht, bei dem der Geburtsort ausschlaggebend ist, hinzugenommen. Seit 2000 erhalten Kinder von Eltern mit ausländischer Staatsangehörigkeit bei Erfüllung von Mindestanforderungen (länger als fünf Jahre ansässige Eltern) mit ihrer Geburt in Deutschland die deutsche Staatsbürgerschaft. Neben der deutschen erwerben diese Kinder ebenfalls die ausländische Staatsbürgerschaft ihrer Eltern und besitzen bis zum Erreichen der Volljährigkeit die doppelte Staatsbürgerschaft. Nach Vollendung des 18. Lebensjahres müssen sie sich für eine Staatsbürgerschaft entscheiden (BBA 1999). Vor dem Jahr 2000 wurden jährlich etwa 100.000 Kinder mit einer ausländischen Staatsangehörigkeit in Deutschland geboren. Auf Grund der Änderungen im neuen Staatsangehörigkeitsrecht belief sich diese Zahl im Jahr 2001 nur noch auf 44.000 Neugeborene mit ausländischer Staatsangehörigkeit (BBMFI 2003b: 83).

Seit 1993 besteht für AusländerInnen in Deutschland in Abhängigkeit von ihrer Aufenthaltsdauer ein Rechtsanspruch auf Erlangung der deutschen Staatsangehörigkeit. Bis 1993 handelte es sich bei den Einbürgerungen ausschließlich um Vorgänge im Ermessen der Behörden. Seit dem Jahr 2000 besteht der Rechtsanspruch auf Erlangung der Staatsangehörigkeit nach acht Jahren Aufenthalt. Bei in Deutschland lebenden AusländerInnen verkürzt sich die Wartezeit auf fünf Jahre Aufenthalt, wenn die Einbürgerung bis zum 23. Lebensjahr beantragt wird. Neben der so genannten Anspruchseinbürgerung kann im Einzelfall – je nach Entscheidung der Behörde – weiterhin eine so genannte Ermessenseinbürgerung erfolgen (Münz et al. 1999: 128). Neben den genannten Fristen ist die Einbürgerung an zahlreiche Bedingungen geknüpft. So haben beispielsweise straffällig gewordene AusländerInnen keinen Anspruch auf Einbürgerung. Ebenfalls kann der Bezug von Arbeitslosen- oder Sozialhilfe einer Einbürgerung entgegenstehen. Außerdem müssen ausreichende Deutschkenntnisse nachgewiesen werden. Des Weiteren ist die Einbürgerung für die AntragstellerInnen mit Kosten von bis zu 250 € verbunden. Ein Hindernis besteht darin, dass in der Regel die alte Staatsangehörigkeit aufgegeben werden muss, was viele AusländerInnen in Deutschland vom Erwerb der deutschen Staatsangehörigkeit abhält (Münz et al. 1999: 129).

<sup>9</sup> Tab. 1 gibt Auskunft über die Geschlechterverteilung nach Staatsangehörigkeit.

terschiede je nach Herkunftsland der AusländerInnen: 12,2% aller EU-AusländerInnen, 8,7% mit einer jugoslawischen Staatsangehörigkeit, 7,2% der TürkInnen, aber nicht einmal 4% unter den AsiatInnen und AfrikanerInnen waren im Jahr 2001 älter als 60 Jahre (BBA 2002: 295).

### **Aufenthaltsdauer und Aufenthaltsstatus**

Ende 2002 lebten nahezu 60% aller AusländerInnen über zehn Jahre in Deutschland, ein Drittel davon bereits 20 Jahre und länger. Bei den ausländischen Staatsangehörigen aus den ehemaligen Anwerbeländern ist die Aufenthaltsdauer noch länger. 72% der TürkInnen, 76% der GriechInnen und ItalienerInnen sowie 78% mit einer spanischen Staatsangehörigkeit leben bereits länger als zehn Jahre in Deutschland (BBMFI 2003a, eigene Berechnungen).

Im Vergleich zur langen Aufenthaltsdauer der ausländischen Staatsangehörigen in Deutschland erscheint der Aufenthaltsstatus in den meisten Fällen unbefriedigend und nicht dauerhaft gesichert.

Die Ausländergesetzgebung in Deutschland kennt verschiedene Arten von Aufenthaltsgenehmigungen, die in der folgenden Abbildung zusammengestellt sind (Abb. 2):

**Abb. 2: Arten von Aufenthaltsgenehmigungen nach der Ausländergesetzgebung**

<p><b>Aufenthaltsberechtigung:</b> kann einem Ausländer – unter weiteren Voraussetzungen (z.B. Sicherung des Lebensunterhaltes aus eigenen Mitteln) – nach achtjährigem Besitz einer Aufenthaltserlaubnis auf Antrag erteilt werden. Sie ist zeitlich begrenzt und räumlich unbeschränkt und damit im Rahmen des Ausländergesetzes der sicherste Aufenthaltsstatus.</p>
<p><b>Befristete Aufenthaltserlaubnis:</b> ist Grundlage für einen späteren Daueraufenthalt. Mit Zunahme der Aufenthaltsdauer verfestigt sich der Aufenthalt. Die Erteilung der Aufenthaltserlaubnis ist an keinen bestimmten Aufenthaltswitz gebunden.</p>
<p><b>Unbefristete Aufenthaltserlaubnis:</b> ist die erste Stufe der Verfestigung des Aufenthaltes. Unter weiteren Voraussetzungen muss sie nach fünfjährigem Besitz der befristeten Aufenthaltserlaubnis erteilt werden.</p>
<p><b>Aufenthaltsbewilligung:</b> beschränkt den Aufenthalt in Deutschland auf einen ganz bestimmten Zweck, womit auch die Aufenthaltsdauer im Voraus begrenzt ist (z.B. Studierende, Werkvertragsarbeitnehmer).</p>
<p><b>Aufenthaltsbefugnis:</b> wird erteilt, wenn aus völkerrechtlichen, humanitären oder politischen Gründen Aufenthalt im Bundesgebiet erlaubt werden soll. Die Verlängerung der Aufenthaltsbefugnis hängt grundsätzlich davon ab, dass die humanitären Gründe weiter bestehen. In der Praxis erhalten etwa Konventions- und Bürgerkriegsflüchtlinge eine Aufenthaltsbefugnis.</p>

**Quelle: Auszug aus der Ausländergesetzgebung. In: Migrationsbericht der Beauftragten der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration 2003, S. 85.**

Neben den Aufenthaltstiteln gibt es noch die **Aufenthalts gestattetung** und die **Duldung**, die beide nicht als Aufenthaltstitel gelten. Eine Aufenthaltsgestattung erhalten AsylbewerberInnen für die Dauer ihres Asylverfahrens. Sie ist räumlich auf den Bezirk der für die AsylbewerberInnen zuständigen Ausländerbehörde beschränkt. Die Duldung ist der Verzicht, eine bestehende Ausreisepflichtung im Wege der Abschiebung zu vollziehen (BBMFI 2003b: 86).

Nur die wenigsten AusländerInnen aus Nicht-EU-Staaten verfügen im Gegensatz zu den EU-Staatsangehörigen in Deutschland über eine Aufenthaltsberechtigung und damit über den sichersten Aufenthaltsstatus, den AusländerInnen in Deutschland erhalten können. Unter den türkischen Staatsangehörigen besaß Ende 2002 nicht einmal ein Viertel eine Aufenthaltsberechtigung. Etwa 1,3 Millionen der TürkInnen lebten mit einer befristeten bzw. unbefristeten Aufenthaltserlaubnis in Deutschland. Nur 15% der AusländerInnen aus der BR Jugoslawien besaßen eine Aufenthaltsberechtigung (ebd.: 85).

## **5 Zur sozialen und gesundheitlichen Lage der MigrantInnen in Deutschland**

### **5.1 Soziale Lage und Gesundheit**

Gesundheit, Morbidität und Mortalität stehen in vielfältigen Zusammenhängen mit Indikatoren der sozialen Lage. Die soziale Ungleichheit innerhalb der Bevölkerung wirkt sich dementsprechend auf die gesundheitliche Lage von verschiedenen Bevölkerungsgruppen aus.

Unter dem Begriff der sozialen Ungleichheit werden zumeist Unterschiede in Bezug auf Bildung, beruflichen Status und Einkommen verstanden. Neben diesen Merkmalen sozialer Ungleichheit, die eine Person anhand von Ausprägungen der genannten Indikatoren auf einer vertikalen Skala einer bestimmten sozialen Schicht zuordnet, gibt es soziale Ungleichheit auch auf einer horizontalen Ebene. Hierbei zählen Alter, Geschlecht und Nationalität zu den Merkmalen, nach denen sich die Bevölkerung in Gruppen unterteilen lässt und zwischen denen soziale Ungleichheit besteht. Besonders benachteiligt sind demnach Personen, bei denen vertikale und horizontale Merkmale mit ungünstigen Ausprägungen zusammentreffen (Mielck 2003: 10f).

Der Zusammenhang zwischen sozialer Lage und Gesundheit bzw. Krankheit konnte in zahlreichen Studien belegt werden. Aus den Armutsberichten geht ebenfalls hervor, dass Menschen in den unteren Statusgruppen gesundheitlich benachteiligt sind, sich in einem besonders schlechten Gesundheitszustand befinden, insgesamt kränker sind und früher sterben als Personen mit höherem sozialen Status (ebd.: 14, Siegrist, Möller-Leimkühler 2003: 127).

Die Längsschnittstudie von Reil-Held (2000) zeigt beispielsweise, dass die Lebenserwartung der unteren Einkommensgruppe bei den Männern zehn Jahre und bei den Frauen fünf Jahre unter der oberen Einkommensgruppe liegt. Neben der Mortalität lässt sich zudem in Bezug auf die Morbidität feststellen, dass die Erkrankungshäufigkeit mit zunehmendem sozioökonomischen Status abnimmt. So zeigt sich beispielsweise ein deutlicher Sozialgradient bei zahlreichen chronisch-degenerativen Erkrankungen. International am besten untersucht ist hierbei der Zusammenhang zwischen sozioökonomischem Status und koronaren Herzkreislauferkrankungen, die besonders häufig in statusniedrigen Schichten auftreten (Siegrist, Möller-Leimkühler 2003: 127).

Im Rahmen des Bundesgesundheitsurvey von 1998 wurde in Bezug auf den psychischen Gesundheitszustand und das subjektive Wohlbefinden deutlich, dass Personen mit geringerer Bildung und Sozialschichtzugehörigkeit ein geringeres körperliches und psychisches Wohlbefinden angeben. Außerdem weisen danach Arbeitslose gegenüber Erwerbstätigen einen schlechteren Gesundheitszustand auf und geben insgesamt einen höheren Beschwerdestatus an (BMFSFJ 2002: 30ff).

Mielck benennt in Anlehnung an die vom europäischen Regionalbüro der WHO als ‚vulnerable groups‘ identifizierten Gruppen die Bevölkerungsgruppen, bei denen die sozialen und gesundheitlichen Belastungen besonders groß sind. Dies sind unter anderem Personen mit niedriger Bildung, niedrigem Einkommen, niedrigem beruflichen Status, die in einem sozialen Brennpunkt leben, Langzeitarbeitslose, Alleinerziehende, kinderreiche Familien, MigrantInnen (und AussiedlerInnen), AsylbewerberInnen und ‚Illegale‘. Wie bereits weiter oben beschrieben wurde, lassen sich durch die Kombination vertikaler und horizontaler Merkmale sozialer Benachteiligung Untergruppen identifizieren, die besonders stark sozial und gesundheitlich belastet sind; ältere Migrantinnen mit einem geringen Bildungsgrad sind danach zum Beispiel als solche zu identifizieren (Mielck 2003: 12).

Als Hauptgründe für die gesundheitliche Benachteiligung unterer sozialer Schichten, die sich vor allem in einem schlechteren Gesundheitszustand äußert, gelten schichtenspezifische Lebens- und Arbeitsbedingungen, insbesondere differentielle gesundheitsbezogene Lebensstile und materielle sowie sozioemotionale Belastungskonfigurationen (Siegrist, Möller-Leimkühler 2003: 128).

Folgende Bedingungen sind in diesem Zusammenhang hervorzuheben (vgl. Mielck 2003):

- **Arbeitsbedingungen:** Studien haben gezeigt, dass die Arbeitsbedingungen von Erwerbstätigen der unteren Schichten besonders von physischen und psychischen Belastungen gekennzeichnet sind. Körperlich schwere Arbeit, hohe Lärmbelastungen, monotone Tätigkeiten sowie die geringen Möglichkeiten des Mitentscheidens sind hierbei ausschlaggebend (z.B. Noll, Habich 1990, Bosma et. al 1998).
- **Wohnbedingungen:** Die Ergebnisse empirischer Studien deuten darauf hin, dass die unteren sozialen Schichten in ihrem Wohnumfeld höheren Umweltbe-



lastungen wie Lärm und Luftverschmutzung ausgesetzt sind (z.B. Mielck, Heinrich 2002).

- **Gesundheitliche Versorgung:** Es liegen zwar bisher wenig Ergebnisse zu sozialer Ungleichheit und gesundheitlicher Versorgung vor, jedoch konnte bisher unter anderem nachgewiesen werden, dass beispielsweise in Bezug auf die Zahngesundheitsversorgung sozial Schwächere benachteiligt sind. Außerdem nehmen vergleichsweise wenige sozial Schwache an Diabetesschulungen teil und sind insgesamt unzufriedener mit der ambulanten Versorgung (z.B. Mielck et. al 2001, Steinmeyer 2001).
- **Vorsorgeverhalten:** Andere Studien weisen darauf hin, dass Personen aus unteren sozialen Schichten seltener Früherkennungs- und Vorsorgeuntersuchungen in Anspruch nehmen (Delekat, Kis 2001, Kirschner et al. 1995).
- **Gesundheitsgefährdendes Verhalten:** In Bezug auf das Gesundheitsverhalten lässt sich erkennen, dass bei Menschen unterer sozialer Schichten kardiovaskuläre Risikofaktoren besonders gehäuft zu finden sind. Rauchen, Übergewicht, Bluthochdruck, Bewegungsmangel sowie eine falsche Ernährung sind in diesem Zusammenhang zu nennen (Helmert et al. 1997, Mielck 2000).

Wie von der WHO bereits in den 80er Jahren des 20. Jahrhunderts festgestellt wurde, ist ein wichtiger Ansatzpunkt zur Verbesserung der gesundheitlichen Lage bestimmte Bevölkerungsgruppen in der Verringerung der sozialen Ungleichheit zu sehen. In diesem Zusammenhang ist es erforderlich, die gesundheitliche Lage der MigrantInnen in Deutschland vor dem Hintergrund ihrer sozialen Lage zu betrachten.

## **5.2 Zur sozialen Lage der MigrantInnen**

### **5.2.1 Erwerbstätigkeit und Arbeitslosigkeit**

Insgesamt sind die ausländischen ArbeitnehmerInnen häufiger von Arbeitslosigkeit betroffen als die Erwerbspersonen im Bundesdurchschnitt. Die Arbeitslosenquote lag bei den ausländischen Erwerbspersonen im Jahr 2002 in den alten Bundesländern mit 17,8% im Jahresdurchschnitt zehn Prozentpunkte über der Gesamtbevölkerung (7,9%). Ende 2002 waren insgesamt 448.203 ausländische Erwerbspersonen arbeitslos. Seit 1997 ist die Arbeitslosenquote bei den ausländischen ArbeitnehmerInnen zunächst kontinuierlich gesunken, jedoch seit 2001

wieder angestiegen. Von 1997 bis 2002 bewegte sich zwar die Arbeitslosenquote der Gesamtbevölkerung auf einer vergleichbaren Berg- und Talfahrt, doch machten sich die Schwankungen bei den ausländischen ArbeitnehmerInnen stärker bemerkbar (BBMFI 2003a).

Die türkischen ArbeitnehmerInnen sind besonders stark von Arbeitslosigkeit betroffen. Im Vergleich zu den ausländischen Arbeitnehmern aus den anderen ehemaligen Anwerbeländern lag im Jahr 2002 die Arbeitslosenquote nur bei den türkischen Staatsangehörigen in Deutschland mit 22,7% über dem Durchschnitt der Arbeitslosenquote der ausländischen ArbeitnehmerInnen insgesamt (20,2%) (ebd.).

### **5.2.2 Berufliche Stellung**

Die berufliche Situation der AusländerInnen aus den ehemaligen Anwerbeländern ist zwar in den letzten Jahrzehnten teilweise von sozialem Aufstieg gekennzeichnet, dennoch sind die ausländischen Arbeitskräfte weiterhin am untersten Ende der Schichtungshierarchie angesiedelt. Im Jahr 2000 war über die Hälfte der ausländischen Erwerbstätigen als Ungelernte oder Angelernte tätig. 20% arbeiteten als mittlere oder höhere Angestellte. Aus rechtlichen Gründen ist den ausländischen ArbeitnehmerInnen immer noch der Zugang zum Beamtentum verwehrt. Im Gegensatz zur Entwicklung bei der einheimischen Bevölkerung steigt unter den AusländerInnen jedoch die Zahl der Selbständigen. Von 1970 bis zum Jahr 2000 stieg der Anteil der Selbständigen von 1,6% auf 8,5% an und liegt damit nur knapp unter dem Selbständigen-Anteil der Deutschen mit 10% (Geißler 2002: 294f).

Vor allem die zweite Generation der ehemaligen ArbeitsmigrantInnen aus den Anwerbeländern kann ihre verbesserten Bildungschancen im Vergleich zur älteren Generation in sozialen Aufstieg umsetzen. 1997 arbeiteten nur 22% dieser Generation als Ungelernte, über die Hälfte war im Dienstleistungssektor tätig (insgesamt nur 23%). Ein Drittel befand sich in einem höheren oder mittleren Angestelltenverhältnis. Da die MigrantInnen jedoch immer noch überwiegend als Ungelernte oder Angelernte tätig sind, und das hauptsächlich in krisenanfälligen und schrumpfenden Sektoren (Industrie, Baugewerbe), sind sie den Risiken und Schwankungen auf dem Arbeitsmarkt stärker ausgesetzt (ebd.: 296ff).

Der soziale Aufstieg verläuft bei den türkischen Staatsangehörigen in Deutschland vergleichsweise langsam. Nahezu 70% der türkischen Erwerbstätigen in Deutschland sind als Arbeiter oder Facharbeiter tätig. Nur 14% stehen in einem Angestelltenverhältnis, jedoch zählen bereits 10% zu den Selbständigen. Trotz einer Steigerung des beruflichen Status bei der jüngeren Generation sind 41% der 18 bis 29jährigen türkischen Staatsangehörigen als ungelernete bzw. angelehrte Arbeitskräfte tätig (Thalheimer 2003: 102).

Die ArbeitsmigrantInnen und ihre Nachkommen arbeiten immer noch im Vergleich zu den deutschen ArbeitnehmerInnen unter wesentlich schlechteren Bedingungen. Sie verrichten überproportional häufig belastende und gefährliche Arbeiten und werden oft an Arbeitsplätzen eingesetzt, mit denen hohe körperliche und nervliche Belastungen, Schmutz, Lärm, Gefahren, monotone Abläufe, starke Kontrollen, wenig Selbstgestaltung und Mitentscheidung sowie ungünstige Arbeitszeiten wie Nacht- oder Schichtarbeit verbunden sind. ArbeitnehmerInnen mit Migrationshintergrund sind doppelt so häufig von Arbeitsunfällen betroffen wie Deutsche. Insgesamt leiden sie häufiger und länger an krankheitsbedingter Arbeitsunfähigkeit und müssen häufiger bereits im Alter zwischen 40 und 50 Jahren als InvalidInnen aus dem Arbeitsleben ausscheiden (Geißler 2002: 296).

### **5.2.3 Einkommen**

Obwohl die ausländischen Erwerbstätigen die gleichen Einkommen erhalten wie die deutsche Arbeitskräfte mit ähnlichen Qualifikationen, lag 1998 das Pro-Kopf-Nettoeinkommen der AusländerInnen aus den ehemaligen Anwerbeländern im Durchschnitt nur bei 77% des deutschen Einkommensniveaus. Türkische Haushalte beispielsweise weisen mit durchschnittlich etwa 1700 € im Monat ein deutlich geringeres Haushaltsnettoeinkommen auf als bundesdeutschen Haushalte mit über 2500 €. Vor allem die geringere berufliche Qualifikation und die größere Kinderzahl der AusländerInnen sind für das niedrigere Einkommensniveau und auch die höheren Arbeitsplatzrisiken verantwortlich. Dies hat zur Folge, dass viele nicht-deutsche Staatsangehörige vorübergehend an oder unter die Armutsgrenze gedrückt werden. Im Jahr 2000 lebten über 20% der AusländerInnen in relativer Armut (50%-Grenze), von den Deutschen nur 7% (ebd.: 296f).

## 5.2.4 Bildung und Ausbildung

Bei der Bildung als zentraler Ressource für zukünftige Lebenschancen zeigen sich bei den ausländischen Jugendlichen erhebliche Defizite. Mehr als Hälfte der ausländischen SchülerInnen wird inzwischen in Deutschland geboren und regulär eingeschult. Trotzdem bestehen große Unterschiede zwischen deutschen und ausländischen SchülerInnen hinsichtlich der Art der besuchten Schule und des erworbenen Schulabschlusses (BBA 2002: 192).

Ausländische SchülerInnen besuchen mit nahezu 50% sehr viel häufiger als deutsche Jugendliche (21%) Schulen, die keinen weiterführenden Schulabschluss ermöglichen. Dagegen lernen nicht einmal 20% der Kinder aus ausländischen Familien an Gymnasien gegenüber fast 40% der deutschen SchülerInnen. Bei den türkischen Staatsangehörigen besuchen sogar nur 11% ein Gymnasium. Besonders hoch ist im Vergleich zu den Deutschen der Anteil der ausländischen Kinder und Jugendlichen, die auf eine Sonderschule überwiesen werden. Die Sonderschulquote betrug im Jahr 1999 bei den ausländischen SchülerInnen 6,4%, bei den Deutschen nur 3,9%. Zudem ist vor allem der Anteil ausländischer SchülerInnen an Schulen für Lernbehinderte in den letzten 30 Jahren drastisch angestiegen, während er bei den Deutschen kontinuierlich gesunken ist. Die Beauftragte der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration spricht in diesem Zusammenhang von einer „institutionalisierten Diskriminierung“ der ausländischen Kinder und Jugendlichen auf Grund von Sprachschwierigkeiten. „Mangelnde Deutschkenntnisse werden häufig zu generellen Lernschwierigkeiten umdefiniert und nicht als mögliche Ursachen für Lernprobleme erkannt“ (ebd.: 200).

Im Hinblick auf das Niveau der Schulabschlüsse zeigen sich ebenfalls erhebliche Diskrepanzen zwischen ausländischen und deutschen Jugendlichen. Im Jahr 1999 erlangte jeder vierte deutsche, aber nur jeder zehnte ausländische Jugendliche die Hochschulreife. Dagegen ist bei den ausländischen SchülerInnen die Quote derjenigen mit einem Hauptschulabschluss mit 41% gegenüber 24,6% bei den Deutschen sehr viel höher. Deutsche erreichen häufiger einen Realschulabschluss (41,0% gegenüber 28,9%). Besonders drastisch lässt sich das Bildungsdefizit bei den ausländischen Jugendlichen daran ablesen, dass nahezu 25% die Schule ohne einen Abschluss verlassen; bei den deutschen Jugendlichen sind es nur 8% (ebd.: 201).

Ausländische Jugendliche und junge Erwachsene erlangen erheblich seltener als Deutsche formale Berufsabschlüsse und sind daher weitaus häufiger als deutsche Altersgenossen als ungelernte oder angelernte Arbeitskräfte beschäftigt. Nach Angaben des Statistischen Bundesamtes von 1998 bleiben 40% der 20 bis unter 30-Jährigen Jugendlichen ausländischer Herkunft ohne einen Berufsabschluss. Bei den weiblichen Jugendlichen liegt der Anteil mit 43% über dem der jungen Männer (37%). Auch bei den Deutschen bleiben die jungen Frauen mit 12% gegenüber 10% bei den männlichen Jugendlichen häufiger ohne eine qualifizierende Berufsausbildung (BBA 2002: 214ff).

Obwohl die Ausbildungsbeteiligung bereits im Jahr 1994 mit 44% bei den ausländischen Jugendlichen insgesamt sehr viel geringer war bei den deutschen (70%), ist ihre Beteiligung seit 1995 weiterhin kontinuierlich zurückgegangen. Der Anteil der ausländischen Auszubildenden ging von 9,7% im Jahr 1995 auf 7,1% im Jahr 2000 zurück. Zwar sank die Ausbildungsbeteiligung bei allen Jugendlichen, jedoch waren die ausländischen Jugendlichen stärker betroffen (ebd.: 214f).

Bei den türkischen Staatsangehörigen in Deutschland zeigen sich hinsichtlich der Berufsausbildung erhebliche geschlechtsspezifische Unterschiede zu Ungunsten der jungen Frauen. Während bei den jungen Männern die Ausbildungsquote bei immerhin 51% liegt, gelangt nicht einmal jede dritte junge Frau mit türkischer Staatsangehörigkeit in eine Berufsausbildung (Thalheimer 2003: 102). Die Beauftragte der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration sieht in den schwachen Bildungserfolgen bei ausländischen Jugendlichen eine in zweifacher Hinsicht strukturelle Benachteiligung; migrations- und schichtspezifische Probleme addieren sich (BBA 2002: 192).

### **5.2.5 Wohnsituation**

Die MigrantInnen wohnen im Durchschnitt mit deutlich mehr Personen in einem Haushalt als im Durchschnitt die Deutschen. Während in etwa jedem dritten ausländischen Haushalt vier oder mehr Personen leben, sind es bei den Deutschen nur 15% der Haushalte. Die MigrantInnen wohnen sehr viel beengter als die Deutschen. Nach dem Familienbericht aus dem Jahr 2000 wohnen in ausländischen Haushalten im Durchschnitt fast doppelt so viele Personen wie in den deutschen Haushalten. Ebenso sind die AusländerInnen größeren Umwelt- und Verkehrsbelastungen ausgesetzt, da ihre Wohnungen häufiger an Straßen und in Stadtgebiete

ten mit hohen Belastungen liegen. Der überwiegende Teil wohnt zusammen mit sozial schwachen deutschen Familien in städtischen Randlagen oder in nicht sanierten Altbaugebieten oder alten Arbeitervierteln. Trotz schlechterer Wohnbedingungen zahlen die BewohnerInnen mit Migrationshintergrund im Durchschnitt höhere Quadratmetermieten als Deutsche (Geißler 2002: 297f).

### **5.3 Zur gesundheitlichen Lage der MigrantInnen in Deutschland**

Die gesundheitliche Lage von MigrantInnen ist bisher kein fester Bestandteil in der Gesundheitsberichterstattung. Somit ist die Datenlage darüber recht unbefriedigend. Hinzu kommen das Problem der großen Heterogenität dieser Bevölkerungsgruppe sowie die Schwierigkeit, die Zielgruppe eindeutig zu definieren (Razum 2003: 691). Bei der Darstellung der gesundheitlichen Lage der MigrantInnen stößt man außerdem auf das Problem, dass die Daten der amtlichen Statistik nur in seltenen Fällen eine Differenzierung nach in Deutschland geborenen, zugewanderten oder eingebürgerten Deutschen und AusländerInnen zulassen. Dies erschwert es, allgemeine Aussagen über den Gesundheitszustand bzw. über Krankheiten der MigrantInnen zu treffen (BMFSFJ 2001: 75).

Bei einer Gesundheitsberichterstattung zur gesundheitlichen Lage von MigrantInnen besteht die Gefahr, dass die MigrantInnen ohne Berücksichtigung ihrer sozialen Lage als besonders krank und als Belastung für Gesundheitssystem gesehen werden (Razum 2003: 691). Der Zusammenhang zwischen sozialer Lage und Gesundheit – vgl. Kapitel 5.1 – macht deutlich, dass eine größere gesundheitliche Gefährdung bei Personen mit niedrigem sozialen Status durch strukturelle Faktoren bzw. individuelle riskante Verhaltensweisen vorliegt (Weber 1997: 1).

Wie das vorangegangene Kapitel gezeigt hat, leben die MigrantInnen im Durchschnitt auf einem niedrigeren soziökonomischen Niveau als im Durchschnitt die Deutschen. Sie führen körperlich schwerere und psychisch eher belastende Arbeiten durch und sind erhöhten Umweltbelastungen ausgesetzt. Dieses muss – ebenso wie die ungleiche Altersverteilung in beiden Kollektiven – beim Vergleich gesundheitsrelevanter Merkmale zwischen MigrantInnen und Deutschen berücksichtigt werden.

Der Gesundheitszustand lässt sich nicht eindeutig messen, sondern nur über bestimmte Indikatoren erfassen. Zahlen zur Mortalität und Morbidität, das heißt zur Erkrankungshäufigkeit, stehen hierbei im Vordergrund. Um einen Einblick über

die gesundheitliche Lage der MigrantInnen in Deutschland zu schaffen, werden im Folgenden beispielhaft wichtige Erkrankungshäufigkeiten sowie Daten zur Mortalität dargestellt.

Als ein wichtiger Indikator für die Beschreibung des Gesundheitsstatus dient die Höhe der Säuglingssterblichkeit. Nach wie vor ist die Säuglingssterblichkeit bei in Deutschland geborenen Kindern ausländischer Staatsangehöriger höher als bei deutschen Kindern, allerdings mit abnehmender Tendenz. Bei den Deutschen sank die Sterblichkeit im ersten Lebensjahr je 1000 Lebendgeborene von 5,9 im Jahr 1992 auf 4,4 im Jahr 1999. Im gleichen Zeitraum ging sie bei ausländischen Säuglingen von 8,0 auf 5,4 je 1000 Lebendgeborene zurück. Mögliche Ursachen für die erhöhte Säuglingssterblichkeit bei MigrantInnen liegen im vergleichsweise geringen Alter der Mütter mit Migrationshintergrund sowie beim im Durchschnitt niedrigeren sozioökonomischen Status. Obwohl keine bundesweiten Zahlen zum Altersdurchschnitt von Schwangeren vorliegen, deuten einzelne Untersuchungen darauf hin, dass die Migrantinnen zum Zeitpunkt der Geburt ihrer Kinder im Durchschnitt jünger sind als die deutschen Mütter, was das Sterblichkeitsrisiko erhöhen kann (BBA 2002: 356f). Des Weiteren zeigt sich anhand von Studienergebnissen beim Vergleich des Geburtsgewichts ein niedrigeres Geburtsgewicht der Säuglinge von Migrantinnen. Dies steht möglicherweise im Zusammenhang mit einer geringeren Inanspruchnahme von Schwangerschaftsvorsorgeuntersuchungen bei Migrantinnen, worauf in Kapitel 5.4 genauer eingegangen wird (Weber 1997: 84).

Die Mortalitätsrate als Indikator für die gesundheitliche Lage von MigrantInnen heranzuziehen, wirft einige Schwierigkeiten auf, da von zwei Selektionsprozessen unter den MigrantInnen aus den ehemaligen Anwerbeländern auszugehen ist. Zum einen fand zum Zeitpunkt der Anwerbung eine Auswahl der „Gastarbeiter“ nach gesundheitlichen Gesichtspunkten statt, so dass vor allem überdurchschnittlich gesunde Menschen kamen. Zum anderen führt die Remigration von älteren und kranken Menschen zu einer scheinbaren Abnahme der Mortalität unter den MigrantInnen in Deutschland, da die Remigrierten nicht in der deutschen Statistik erfasst werden (ebd.: 93f).

Hinsichtlich der Verbreitung von Infektionskrankheiten als Indikator des Gesundheitsstatus kommt der Tuberkulose eine große Bedeutung zu. Im Jahr 2000 war die Tuberkulose-Inzidenz bei ausländischen Staatsangehörigen fünfmal höher als

bei den Deutschen. 41,5 je 100.000 Personen ausländischer Herkunft erkrankten an Tuberkulose gegenüber 8,0 je 100.000 Personen bei den Deutschen. Als Erklärung können zum einen die stärkere Verbreitung in den Herkunftsländern der MigrantInnen herangezogen werden sowie die schlechteren und beengten Wohnverhältnisse, die eine Ausbreitung von Tuberkulose-Erregern begünstigen. Hierbei stellen die Auffanglager für die Flüchtlinge eine besonders große Gefahrenquelle dar (BBA 2002: 357).

Die Gefahr, an AIDS neu zu erkranken, ist bei den ausländischen Staatsangehörigen im Vergleich zu den Deutschen besonders hoch. Der Anteil ausländischer StaatsbürgerInnen ist bei den Neuinfizierten zwischen 1988 (11,9%) und 2000 (33,2%) kontinuierlich angestiegen. Die absoluten Zahlen der AIDS-Erkrankungen von AusländerInnen gingen jedoch ab 1997 wie auch die Gesamtzahl zurück (ebd.: 358). Wie aus einigen Studien hervorgeht, zeigt vor allem der hohe Anteil an den Neuinfizierten Wissenslücken und Informationsdefizite hinsichtlich der Schutzmaßnahmen sowie eine geringere Risikowahrnehmung bei den ausländischen Staatsangehörigen (Weber 1997: 87).

Die Diagnose einer Magen-Darm-Erkrankung wird den MigrantInnen in Deutschland häufiger gestellt als den deutschen PatientInnen. Auch zeigen Untersuchungen, dass MigrantInnen in Deutschland im Verhältnis häufiger zu einer Operation auf Grund einer Magen-Darm-Erkrankung ins Krankenhaus überwiesen werden als Deutsche. Jedoch zeigt sich hieran beispielhaft die Schwierigkeit in der Beurteilung, ob diese Unterschiede die tatsächliche Erkrankungshäufigkeit widerspiegeln oder ob es sich dabei um ein selektives Überweisungsverhalten der Ärzte und Ärztinnen handelt (ebd.: 88f).

Im Zusammenhang mit der gesundheitlichen Situation älterer MigrantInnen kann vom so genannten healthy-migrant-effect gesprochen werden. Im Zuge der Anwerbung kam es zu einer positiven Selektion gesunder MigrantInnen, was in späteren Studien nachgewiesen werden konnte. Allerdings kam es mit dem dauerhaften Aufenthalt in Deutschland bei den MigrantInnen zu einer deutlichen Abschwächung dieses Effektes. Heute wird für bestimmte Erkrankungen von einer höheren Morbidität der ausländischen älteren Menschen im Vergleich zur deutschen Bevölkerung ausgegangen (BMFSFJ 2002: 75).

Auf Grund der unbefriedigenden Datenlage lassen sich insgesamt nur wenig zuverlässige Aussagen zu Unterschieden hinsichtlich der gesundheitlichen Lage



zwischen MigrantInnen und Deutschen treffen. Der Gesundheitszustand eines jeden Menschen lässt sich allerdings nicht ausreichend beurteilen, solange nicht auf die Zugangsmöglichkeiten zu den Gesundheitsversorgungsangeboten und deren Inanspruchnahme eingegangen wird.

#### **5.4 Zur Gesundheitsversorgung von MigrantInnen in Deutschland**

Seit Anfang der 70er Jahre des vergangenen Jahrhunderts beschäftigen sich vor allem SozialwissenschaftlerInnen und engagierte Ärzte und Ärztinnen mit der gesundheitlichen Versorgung von MigrantInnen. Studien aus den 80er Jahren (u.a. Collatz et al. 1985), aber auch neuere Untersuchungen weisen darauf hin, dass die Gesundheitsversorgung von MigrantInnen in Deutschland nach wie vor unzureichend ist und dass Versorgungskonzepte, die der soziokulturellen Vielfalt einer De-Facto-Einwanderungsgesellschaft gerecht werden, bisher nicht in die Regelversorgung integriert wurden (Borde et al. 2000).

Brucks und Wahl geben in ihren regionalen Fallstudien in Schleswig-Holstein zu Bedarfslücken und Strukturproblemen in der ambulanten Gesundheitsversorgung von MigrantInnen aus dem Jahr 2002 einen Einblick in die Studienlandschaft zur Gesundheitsversorgung von MigrantInnen. Die dargestellten Studienergebnisse weisen darauf hin, dass die gesundheitliche Versorgung von MigrantInnen in Deutschland sowohl von einer Unter- als auch in einigen Bereichen von einer Überversorgung gekennzeichnet ist (Brucks, Wahl 2003).

Die Unterversorgung von MigrantInnen zeigte sich in den 80er Jahren des 20. Jahrhunderts beispielsweise in einer Studie zur Vorsorge und Geburtsbetreuung ausländischer Schwangerer, die die vergleichsweise geringe Vorsorge und Betreuung von Migrantinnen verdeutlichte (Collatz et al. 1985). In einer jüngeren Studie zur psychosomatischen Behandlung von MigrantInnen wurde festgestellt, dass die Schmerzsymptomatik türkischer Patienten vor Aufnahme in die psychosomatische Klinik durchschnittlich bereits seit etwa sieben Jahren bestand (Strate, Koch 2000: 219). Brucks und Wahl weisen ebenfalls daraufhin, dass in zahlreichen Einrichtungen, die eine muttersprachliche Psychotherapie anbieten, die langen Wartelisten einen sehr viel höheren Bedarf an bedarfsgerechter Behandlung anzeigen. Des Weiteren wurde im Lübecker Kindergesundheitsbericht aus dem Jahr 2000 festgehalten, dass bei schulärztlichen Untersuchungen bei ausländischen

Kindern vergleichsweise häufiger durch Vorsorge vermeidbare Befunde festgestellt wurden (Brucks, Wahl 2003: 16).

Brucks und Wahl liefern Beispiele für Studien zur Überversorgung von MigrantInnen, die sich vor allem auf eine besonders hohe Versorgung mit Medikamenten bezieht. Ein Großteil der medikamentösen Überversorgung zeigt sich im psychiatrischen bzw. psychosomatischen Bereich (ebd.: 16).

Die vorliegenden Studien machen insgesamt deutlich, dass eine Unterversorgung vor allem im Bereich der Prävention, Gesundheitsaufklärung und Gesundheitsbildung vorzufinden ist. Dagegen bezieht sich die Überversorgung in erster Linie auf die Verordnung nicht indizierter oder zu hoch dosierter Medikamente. Damit kommen Brucks und Wahl zu dem Ergebnis, dass insgesamt eine Fehlversorgung vorliegt (ebd.: 16).

Als ein weiteres Beispiel für die Analyse der Versorgung von Migrantinnen im stationären Bereich soll an dieser Stelle noch auf die Studie von Kentenich et al. (o.J.) hingewiesen werden. Ihre Analyse der Versorgungssituation gynäkologisch erkrankter türkischer und deutscher Frauen zeigt, dass bei den wichtigsten Erwartungen und Ansprüchen an die stationäre Versorgung kaum Unterschiede festzustellen sind, jedoch waren die Migrantinnen in allen abgefragten Versorgungsaspekten (Ausnahme: Tagesablauf) insgesamt unzufriedener als die einheimische Vergleichsgruppe. Vor allem die medizinische Versorgung, die Verständigungsmöglichkeiten mit dem Klinikpersonal sowie die ärztliche Aufklärung und die psychosoziale Betreuung wurden von der türkischen Patientinnengruppe deutlich negativer bewertet. „Im Klinikalltag praktizierte Improvisationen mit ‚Zufallsdolmetschern‘ konnten Kommunikationsprobleme nicht zufriedenstellend überwinden. Auch zum Befragungszeitpunkt kurz vor Entlassung wussten Immigrantinnen erheblich weniger über ihre aktuelle Gesundheitsstörung und die medizinische Therapie als die deutschen Frauen“ (Kentenich et al. o.J.).

Im Hinblick auf die Inanspruchnahme von Notfallambulanzen und Notfallstationen in Krankenhäusern existieren bisher nur wenige Studien; diese weisen auf das Problem der Unkenntnis auf Seiten der MigrantInnen über das Gesundheitswesen hin; das führt zu einer überdurchschnittlichen Inanspruchnahme dieser Dienste durch MigrantInnen (Borde et al. 2003, Gelzer 2002).

Die bisher aufgezeigten Aspekte hinsichtlich der defizitären gesundheitlichen Versorgungssituation von MigrantInnen sind ebenfalls im Bericht zur Lage der ausländischen Bevölkerung aus dem Jahr 2002 nachzulesen. Die Beauftragte der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration kommt darin zu folgendem Ergebnis: „Für Migrantinnen und Migranten bietet sich in Wahrnehmung und Umgang mit den bestehenden Diensten des Gesundheitswesens immer noch eine besondere Situation, die von teilweise gravierenden Mängeln in Prävention und Therapie gekennzeichnet ist. ... Für Migranten bestehen daher weiterhin Probleme, die überwiegend auf einem Mangel an sprachlicher und kultureller Verständigung beruhen und zu Informations- und Versorgungsdefiziten bei Vorsorge, Erkennung von Krankheiten, Diagnostik, Therapie, Pflege und Rehabilitation führen. Die Einrichtungen der Regeldienste sind meist nicht auf Patienten mit Migrationshintergrund eingestellt: so fehlt es etwa vielfach an interkulturellem Wissen ebenso wie an mehr- oder muttersprachigem Fachpersonal mit Migrationshintergrund“ (BBA 2002: 236f).

In dem Bericht der Beauftragten der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration wird vor allem auf die unbefriedigende Situation hinsichtlich der psychosozialen und psychiatrischen Behandlung, der Vorsorge, der Teilnahme an Rehabilitationsmaßnahmen sowie auf die als besonders defizitär zu betrachtenden Versorgung von AsylbewerberInnen und ‚Illegalisierten‘ hingewiesen. Der Mangel an einer bedarfsgerechten psychosozialen bzw. psychiatrischen Behandlung von MigrantInnen zeigt sich dabei an einer unterdurchschnittlichen ambulanten psychiatrischen Betreuung von MigrantInnen bei einer gleichzeitigen überdurchschnittlichen Anzahl von Zwangseinweisungen in Kliniken im Vergleich zur deutschen Bevölkerung (ebd.: 237f).

Zur Inanspruchnahme von Vorsorgeuntersuchungen durch MigrantInnen liegen keine umfassenden Daten vor. Einzelne Studien und Projekte – wie etwa das Pilotprojekt „Präventive Maßnahmen bei ausländischen Schwangeren“ der Stadt Nürnberg 1999 – zeigen allerdings, dass beispielsweise Vorsorgeuntersuchungen während der Schwangerschaft von Migrantinnen deutlich seltener wahrgenommen werden als von einheimischen Frauen (ebd.: 241).

Nach Angaben der Gesetzlichen Rentenversicherung ist die Inanspruchnahme von Rehabilitationsmaßnahmen durch AusländerInnen zwar von 14,2% pro 1000 Versicherte im Jahre 1990 auf 17,8% im Jahre 1996 gestiegen.<sup>10</sup> Allerdings liegt die Inanspruchnahme von Leistungen durch ausländische Versicherte insgesamt unter der von deutschen Versicherten. AusländerInnen türkischer Herkunft, die mit 26,6% die größte Gruppe ausländischer Versicherter stellen, waren 1996 in der Altersgruppe der 45 bis 59-Jährigen, die die Leistungen am intensivsten in Anspruch nahmen, unterrepräsentiert (BBA 2002: 242).

In Hinblick auf die medizinische Versorgungssituation von AsylbewerberInnen wird deutlich, dass die Chancen auf Versorgung erheblich vom rechtlichen Status, dem jeweiligen Migrationshintergrund und der damit verbundenen Positionierung in der Gesellschaft und der Durchsetzungsfähigkeit von Interessen abhängen. Das Asylbewerberleistungsgesetz (§ 4 Abs. 1 AsylbLG) sieht vor, dass Asylsuchende grundsätzlich nur bei akuten Erkrankungen und Schmerzzuständen medizinisch behandelt werden. Ihnen stehen ebenso wie die Geduldeten oder vollziehbar Ausreisepflichtigen lediglich "unbedingt notwendige" Leistungen zur Verfügung. Damit sind sie beispielsweise von Vorsorgeuntersuchungen weitgehend ausgeschlossen (Ausnahme Schwangerschaft), und die Behandlung chronischer Erkrankungen ist ebenfalls erschwert (ebd.: 242).

Nach den Gründen für die als defizitär zu bezeichnende Versorgungssituation von MigrantInnen ist auf mehreren Ebenen zu suchen. Brucks und Wahl haben in ihrer bereits angesprochenen Studie zu den Bedarfslücken und Strukturproblemen in der ambulanten Versorgung neben negativen Einflussfaktoren auf struktureller Ebene hemmende Faktoren auf der Personenebene sowie integrative Faktoren auf der politischen Ebene ausgemacht (Brucks, Wahl 2003: 19). Auf der strukturellen Ebene sind es vor allem die bereits weiter oben genannten psychosozialen Belastungen, die aus den Migrationsbedingungen und der Lebenssituation der MigrantInnen erwachsen können, sowie aufenthaltsrechtliche Rahmenbedingungen. Beispielsweise führt die Angst, den Arbeitsplatz und den ausländerrechtlichen Status zu verlieren, in vielen Fällen zu einer geringen Inanspruchnahme der Einrichtun-

---

<sup>10</sup> Ausländische ArbeitnehmerInnen und ihre Familienangehörigen sind in der Regel Mitglieder der gesetzlichen Kranken-, Renten-, Unfallversicherung und haben dadurch vollen Zugang zu Regeleinrichtungen; dies gilt auch im Fall einer eintretenden Arbeitslosigkeit (Brucks, Wahl 2003: 30).

gen der Gesundheitsversorgung (Razum 2003: 691). Ebenso ist mehrsprachiges Informationsmaterial und die sprachliche Vermittlung durch qualifizierte Dolmetscher immer noch Mangelware. Borde et al. stellen hierzu fest, „dass bisher anstelle von klaren Regelungen eher vage Konzepte existieren und adäquate Strukturen für eine qualifizierte sprachliche Vermittlung des Aufklärungsgespräches in der Praxis kaum vorzufinden sind“ (Borde et al. 2000).

Eine mangelnde Kommunikation zwischen den jeweiligen Institutionen im Gesundheitssektor und oftmals eine fehlende Koordination zwischen Gesundheits- und Sozialwesen sind ebenfalls als negative Einflussfaktoren auf struktureller Ebene zu nennen und können sich krankheitsverstärkend auswirken (Brucks, Wahl 2003: 25). Im Bericht der Beauftragten der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration steht hierzu: „Darüber hinaus ist die Kommunikation der Institutionen im Gesundheitswesen unter- und miteinander nach Ansicht der Beauftragten mangelhaft und verbesserungswürdig. Der Informationsaustausch zwischen sozialen Beratungsstellen, Praxisbetrieben, ambulanten, stationären und Rehabilitations-Einrichtungen ist aufgrund von Systemschwächen in der Vernetzung unzureichend, was das Finden der angemessenen Therapie zusätzlich erschweren kann“ (BBA 2002: 238f).

Im mangelnden Gesundheitswissen der MigrantInnen, in sprachlichen und auch kulturellen Verständigungsschwierigkeiten sowie in der Überforderung vieler Beratender durch mangelnde Professionalität sehen Brucks und Wahl hemmende Faktoren auf der Personenebene (Brucks, Wahl 2003: 25). Zu den Kommunikationshindernissen zählen zunächst Sprachprobleme, die jedoch nur die „Spitze des Eisberges“ (Yildirim-Fablbusch 2003: 6) in Zusammenhang mit den hemmenden Faktoren in der Gesundheitsversorgung darstellen. Ebenfalls negativ wirkt sich zudem eine durch wenig reflektierte Missverständnisse und Vorbehalte gekennzeichnete Kommunikation aus, die durch fehlendes Wissen und fehlende Sensitivität für den Migrationshintergrund auf Seiten der Professionellen gekennzeichnet ist (Habermann 2002: 23).

Mehrere AutorInnen jüngerer Studien kommen zu dem Schluss, dass sich in der Versorgungssituation von MigrantInnen allgemeine Schwächen des Gesundheitssystems zeigen. Vor allem für die Bereiche Prävention sowie im Hinblick auf die psychosoziale Versorgung und die Berücksichtigung von schwierigen Lebenslagen gilt diese Feststellung. Die Ursachen hierfür liegen unter anderem in der feh-

lenden kontinuierlichen Verbindung zwischen Gesundheits- und Sozialbereich. Brucks und Wahl konstatieren: „Es ist daher nicht überraschend, dass wir auch Probleme wieder gefunden haben, die genereller und nicht nur für Zuwanderinnen und Zuwanderer gelten“ (Brucks, Wahl 2003: 29). Auch Habermann plädiert dafür, die Defizite in der medizinisch-pflegerischen Versorgung in eine Debatte über die Umstrukturierung und Qualitätssicherung in Gesundheitseinrichtungen und Versorgungswegen allgemein einzubringen und die Diskussion nicht im Rahmen eines „Spezialdiskurses“ zu führen (Habermann 2002: 26). Letztendlich ist jedoch auch in Bezug auf die wissenschaftliche Untersuchung der Versorgungsbedürfnisse und -lagen von MigrantInnen immer noch Pionierarbeit nötig, um möglichen Spekulationen und Stereotypisierungen etwas entgegenzusetzen zu können.

### **5.5 Migration als Gesundheitsrisiko? - Psychosoziale Folgen der Migration im Kontext gesellschaftlicher Rahmenbedingungen**

Vor allem im Hinblick auf die Prävalenz psychischer Erkrankungen wird vielfach die These vertreten, dass das Risiko, daran zu erkranken, an den Migrationsstatus gebunden sei. Neuere Studien vor allem aus dem Bereich der Psychiatrie und Psychologie legen dagegen den Schluss nahe, dass Migration per se nicht krank machend wirkt, sondern sowohl eine Chance als auch eine Bedrohung bedeuten kann (Koch, Pfeiffer 2000, Weiss 2003). „Migration als solche macht aber nicht krank. Sie bietet die Möglichkeit zur Neuorientierung und zur Nutzung anderer ökonomischer und sozialer Ressourcen“ (Weiss 2003: 13).

Es kommt zunächst auf die Migrationsgründe und -umstände an, ob eine Auswanderung als ein belastendes oder erfreuliches Ereignis erlebt wird. Es kann davon ausgegangen werden, dass sich traumatische Fluchterfahrungen oder Kriegsergebnisse im Leben der MigrantInnen auch nach einer gelungenen Ankunft im Aufnahmeland über Jahre hinweg gesundheitlich negativ auswirken können.<sup>11</sup> Aber auch im Hinblick auf die ehemals und nachweislich gesunden, jungen ArbeitsmigrantInnen, von denen viele nach über 20 Jahren in Deutschland unter vorzeitigem Gesundheitsverschleiß leiden, zeigt die Analyse, dass die Gründe für derarti-

---

<sup>11</sup> Nach Schätzungen sind 20-30% aller Flüchtlinge, die nach Westeuropa kommen, gefoltert worden oder haben andere schwere seelische Verletzungen erlitten (Gardemann 2000: 40f).

ge Krankheitsverläufe nicht in der Migration an sich liegen müssen (Brucks 1994: 58f).

In Anlehnung an Antonovskys Konzept von der Salutogenese, das Gesundheit als ein dynamisches Gleichgewicht zwischen der Person und der Umwelt auffasst und demzufolge Krankheit ein Verlust dieses Gleichgewichtes darstellt, lässt sich zeigen, dass die Dynamik zwischen sozialen und biographischen Hintergrundbedingungen, zwischen sozialen und psychischen Belastungen und individuellen Ressourcen und Risiken eine Rolle spielt (Brucks 1994: 58f).

Das Konzept der Salutogenese lässt die individuellen und migrationsspezifischen Belastungen erst vor dem Hintergrund der sozialen Lebensbedingungen im Einwanderungsland an Bedeutung gewinnen. „Belastende Lebensbedingungen sind neben den gesundheitlichen Begleiterscheinungen eines niedrigen sozioökonomischen Status auch vermehrte Risiken am Arbeitsplatz, drohender Arbeitsplatzverlust sowie schlechte Wohnverhältnisse“ (Weiss 2003: 12).

Im Allgemeinen werden die Trennungserfahrungen als Folge der Wanderungen als wesentliche psychische Belastungen für die MigrantInnen genannt (Brucks 1994, Koch, Pfeiffer 2000, Weiss 2003). Welche Folgen diese psychischen Belastungen haben und wie sie verarbeitet werden, hängt jedoch von weiteren Umständen ab. „Erst im Zusammenhang mit weiteren Belastungen, Konflikten und fehlenden Kommunikationsmöglichkeiten werden sie zu lebensgeschichtlichen Ereignissen, die Krankheiten begünstigen“ (Brucks 1994: 61ff). Diese psychischen Belastungen können in Anlehnung an die Stressforschung, die im Zusammenhang mit den Folgen der Migrationen auf individualpsychologischer Ebene zu neuen wichtigen Erkenntnissen geführt hat, zu einem permanenten Dauerstress führen, der sich vor dem Hintergrund räumlicher, ökonomischer, politischer und juristischer Gegebenheiten krankheitsverursachend auswirken kann.

Gesellschaftliche Rahmenbedingungen, wie restriktive Reglementierungen im Hinblick auf Arbeits- und Ausbildungserlaubnis, ungesicherte Aufenthaltsrechte bis hin zu Zwangsunterbringungen für AsylbewerberInnen – ganz zu schweigen von der Rechtlosigkeit hinsichtlich politischer Teilhabe –, stellen für MigrantInnen psychische und gesundheitliche Belastungsmomente dar. Brucks kam nach Verschärfung des Asylrechts 1993 zu folgender Einschätzung: „Die derzeitige Situation von Asylsuchenden ist geeignet, ihre Handlungsfähigkeit und psychische Widerstandskraft zu zerstören“ (ebd.: 66).

Vermeehrt wird in Zusammenhang mit den Folgen der Migration für den Einzelnen die Überbewertung kultureller Fremdheit kritisiert bzw. in Frage gestellt. „Bei den Migranten aus wesentlich unterschiedlichen kulturellen Hintergründen neigt man dazu, die durch die Begegnung mit dem Fremden entstandene seelische Zerrüttung einfach als ‚Kulturschock‘ zu sehen und alle Reaktionen diesbezüglich zu interpretieren. Damit gerät man aber in die Gefahr, die allgemeine allen Migranten gemeinsame Dynamik der psychischen Strukturveränderungen und Reaktionen zu übersehen“ (Koptagel-Ilal, Günsel 2000: 106). Stattdessen wird zunehmend darauf gedrungen, die Auswirkungen struktureller Macht, die die Dominanzgesellschaft auf MigrantInnen als Angehörige von Minderheiten ausüben, stärker in den Blick zu nehmen (Kürsat-Ahlers 2000: 45). Nicht vergessen werden dürfen schließlich neben den Diskriminierungen auf sozialer, politischer und juristischer Ebene auch die ‚handfesten‘ Angriffe auf das Leben der MigrantInnen, wenn man an die Brandanschläge und tätlichen rassistischen Übergriffe auf MigrantInnen denkt.

Zum gesundheitlichen Risiko bei MigrantInnen bietet sich ein Zitat von Herzer in seiner Studie zum Invaliditätsrisiko von Angehörigen unterschiedlicher Nationalität in der Schweiz an: „Diese Zusammenhänge lassen sich so zusammenfassen, dass sicher nicht die Nationalität einen echten Risikofaktor bezüglich Invaliditätsrisiko darstellt, sondern das je persönliche Setting des einzelnen Menschen mit all seinen belastenden Faktoren ist entscheidend (Lebensperspektive). Dies gilt grundsätzlich in gleicher Weise für die Angehörigen aller Nationalitäten, seien es Ausländer oder Schweizer. Je mehr eine Gruppe marginalisiert wird, umso stärker zu gewichten sind die nicht medizinischen Risikofaktoren. Daraus folgt bereits die gesellschaftlich-therapeutische Forderung nach einer möglichst guten und fairen Integration der Menschen, die sich innerhalb der Schweizer Grenze aufhalten“ (Herzer 2000: 2671).



## 6 Geschlecht und Gesundheit/Krankheit

Bei der geschlechtsspezifischen Betrachtung von Gesundheit und Krankheit müssen sowohl Faktoren des biologischen Geschlechts (sex) als auch des sozialen Geschlechts (gender) berücksichtigt werden. Der Gender-Aspekt beinhaltet die unterschiedlichen Geschlechterrollen und damit implizit geschlechtsspezifische Anforderungen und Erwartungen. Über die Geschlechtsrolle als primäre Vergesellschaftungsform werden soziale Ungleichheit und psychosoziale Belastungen mit Folgen für Gesundheit und Wohlergehen wirksam (Siegrist, Möller-Leimkühler 2003: 131). Nach Siegrist und Möller-Leimkühler ist der geschlechtsrollentheoretische Ansatz für die Erklärung von Gesundheitsrisiken aus mindestens drei Gründen bedeutsam. Die Geschlechtsrolle ist relevant für die Identitätsbildung. Außerdem sind damit unterschiedliche soziale Positionen für Männer und Frauen verbunden und unterschiedliche psychische und soziale Determinanten ihrer Lebenslagen. Trotz einer langsamen Angleichung der Lebenslagen von Männern und Frauen bestehen weiterhin geschlechtsspezifische Differenzen, die die Männer auf die Erwerbsarbeit festlegen und die Frauen im Spannungsverhältnis zwischen Erwerbs- und Hausarbeit belassen (ebd.: 131f).

Frauen sind weder gesünder noch kränker als Männer, jedoch treten unterschiedliche Häufigkeiten für verschiedene Krankheiten zwischen den Geschlechtern auf. Sowohl hinsichtlich der Morbidität als auch Mortalität stößt man auf geschlechtsspezifische Unterschiede.

Bei den häufigsten Todesursachen insgesamt liegen in beiden Geschlechterkollektiven die Erkrankungen des Herz-Kreislaufsystems an erster Stelle. Im Jahr 2002 starben 27% der Männer an Herz-Kreislauserkrankungen und 33% der Frauen (Statistisches Bundesamt 2003). Dagegen zeigen sich bei den Ursachen vorzeitiger Todesfälle unter 65 Jahren deutliche geschlechtsspezifische Unterschiede. Die weibliche Bevölkerung unter 65 Jahren ist insgesamt drei- bis viermal seltener von vorzeitigen Todesfällen betroffen. Männer sterben dreimal häufiger an Krankheiten des Herz-Kreislaufsystems. Ebenso ist bei ihnen die Sterblichkeit in Bezug auf Krankheiten der Verdauungsorgane sehr viel höher als bei den Frauen. Männer unter 65 Jahren kommen ebenfalls häufiger durch Unfälle ums Leben als Frauen. Außerdem ist die Suizidrate bei Männern höher als bei Frauen, dafür unternehmen wiederum mehr Frauen Suizidversuche als Männer (Kolip 2003: 646).

Die so genannte Übersterblichkeit bei Männern, die im Vergleich zu den Frauen zu einer sechs Jahre geringeren Lebenserwartung der männlichen Bevölkerung in Deutschland führt, lässt sich vor allem durch den starken Einfluss verhaltensbedingter Gesundheitsstörungen bei Männern erklären und spiegelt sich in häufigen Todesursachen wie Lungenkrebs, Herzinfarkt, Leberzirrhose, Verkehrsunfälle, Suizid wider (Kolip 2003: 644).

Ein Überblick über die Morbidität in Deutschland zeigt, dass Frauen häufiger von akuten und nicht-tödlich verlaufenden chronischen Erkrankungen und kurzfristigen Beeinträchtigungen betroffen sind als Männer. Männer erkranken dagegen häufiger an Herz-Kreislauferkrankungen, Lunge-, Nieren-, Harnwegskrebs, Leberzirrhose sowie chronischer Bronchitis. Der Bundesgesundheitsurvey von 1998, in dem unter anderem Daten zur subjektiven Morbidität erhoben wurden, zeigt geschlechtsspezifische Unterschiede dahin gehend, dass Frauen häufiger psychosomatische Beschwerden und psychische Störungen angaben als Männer (ebd.: 647). Im Hinblick auf die Prävalenz chronischer Schmerzen zeigt sich im Bundesgesundheitsurvey, dass 12% der Männer und nur 6% der Frauen angaben, im vergangenen Jahr nicht unter Schmerzen gelitten zu haben. Etwa 70% der Frauen, aber nur 50% der Männer klagten im Verlauf eines Jahres über Kopfschmerzen. Bei den Rückenschmerzen sind die geschlechtsspezifischen Unterschiede geringer, jedoch leiden Frauen nicht nur insgesamt häufiger an Rückenschmerzen, sondern auch häufiger an starken Rückenschmerzen (Robert-Koch-Institut o.J.: 6ff).

Bei den häufigsten stationären Behandlungsanlässen zeigt sich, dass im Jahr 2000 bei den Männern die psychischen Verhaltensstörungen auf Grund von Alkoholabusus nach der chronisch ischämischen Herzkrankheit in der Rangfolge bereits an zweiter Stelle kamen. Die Frauen wurden am häufigsten zur Entbindung stationär aufgenommen, gefolgt von einer Brustkrebsbehandlung, auf Grund derer im Jahr 2000 über 250.000 Frauen stationär behandelt wurden (Statistisches Bundesamt 2003).

Zunehmend zeigen sich in Studien ebenfalls geschlechtsspezifische Unterschiede bei einzelnen Erkrankungen. Die MONICA-Studie, die unter anderem geschlechtsspezifische Aspekte bei koronaren Herzerkrankungen untersucht hat, kam zu dem Ergebnis, dass Männer zwar häufiger einen Herzinfarkt erleiden, aber unter den betroffenen Frauen die Wahrscheinlichkeit höher ist, in den ersten 28

Tagen nach dem Infarkt zu sterben. Die Studie kommt zu dem Schluss, dass bei gleicher Diagnose die Krankheit einen geschlechtsspezifischen Verlauf nimmt, die Symptome zum Teil je nach Geschlechtszugehörigkeit unterschiedlich wahrgenommen und bewertet werden, so dass es bei Frauen eher zu Fehldeutungen kommt (Kolip 2003: 649).

Die Erforschung der Ursachen für geschlechtsspezifische Morbiditäts- und Mortalitätsraten steht erst am Anfang. Vor allem ist über den Einfluss des Geschlechts auf Gesundheit und Krankheit bei Männern bisher wenig bekannt. Die Mehrzahl der Studien deutet allerdings eher auf soziogenetische und rollenbezogene denn auf biologische Verursachungen hin. Relevant sind in diesem Zusammenhang vor allem die Berücksichtigung der sozialen Lebenslage, geschlechtsspezifische Aspekte in der Gesundheitsversorgung, Aspekte der Ungleichbehandlung sowie gesellschaftlich vermittelte subjektive Verhaltensdimensionen (Krankheitskonzepte) (Siegrist, Möller-Leimkühler 2003: 135).

Im Kapitel 5.1 wurde bereits auf den Zusammenhang zwischen der Zugehörigkeit zu den unteren Sozialschichten und der gesundheitlichen Benachteiligung hingewiesen. Gesundheitlich besonders gefährdet sind daher vor allem verheiratete Frauen mit geringer Schulbildung, die der unteren Sozialschichten angehören, mehrere Kinder haben und nicht berufstätig sind, sowie in besonderem Maße allein erziehende Mütter (und auch Väter) (ebd.: 135).

In der Gesundheitsversorgung beeinflussen Geschlechtsstereotype das ärztliche Entscheidungsverhalten. Geschlechtsspezifische Wahrnehmungsmuster führen zum Teil zu diagnostischen Verzerrungen. Es zeigte sich in Studien, dass die gleichen Symptome bei Frauen eher psychisch oder psychosomatisch und bei Männern eher somatisch gedeutet werden. Eine andere Studie ermittelte, dass der diagnostische und therapeutische Aufwand bei Frauen mit koronarer Herzkrankheit geringer ist als bei Männern (ebd.: 136). Studien belegen die Benachteiligung von Frauen in unterschiedlichen Bereichen der Diagnostik und Therapie. In der Literatur wird von der „Pathologisierung und Medikalisierung der Weiblichkeit“ gesprochen. „Kaum eine körperliche Veränderung – sei es Menarche, Menstruation, Schwangerschaft, Geburt oder Menopause – kann noch ohne zum Teil massive medizinische Interventionen ablaufen“. Zur „Medikalisierung“ zählt beispielsweise die stark verbreitete Hormonbehandlung der Frauen in den Wechseljahren (Kolip 2003: 650f).

Nachteile für die weibliche Bevölkerung erwachsen ebenfalls aus der Unterrepräsentanz von Frauen in gesundheitswissenschaftlichen Untersuchungen, wie vor allem in amerikanischen Studien festgestellt wurde. Der so genannte Gender-Bias in sozial- und gesundheitswissenschaftlichen Studien führt zu Verzerrungseffekten zu Ungunsten der gesundheitlichen Lage von Frauen. Eine weitere Schwierigkeit, die sowohl in gesundheitswissenschaftlichen Studien als auch in der ärztlichen Praxis auftauchen kann, ist die möglicherweise unterschiedliche Auskunftsbereitschaft über Beschwerden. „Unklar ist jedoch bislang, ob Frauen ihre Beschwerden früher wahrnehmen oder ob sie ... lediglich eher bereit sind, über Beschwerden zu berichten. Es gibt einige Hinweise darauf, dass sich Männer und Frauen hinsichtlich der Schwelle unterscheiden, ab der sie über Beschwerden berichten; ist dieses erstmal überschritten, scheinen Männer – zumindest bei leichteren Erkrankungen – ihre Symptome sogar zu überschätzen“ (Kolip 2003: 650).

Daran anknüpfend ist ein weiterer Aspekt zu nennen, der im Zusammenhang mit geschlechtsrollenstereotypem Verhalten zum Tragen kommt: die Vorstellung von geschlechtsspezifischen Gesundheits- und Krankheitskonzepten. Danach stehen für Frauen in Korrespondenz zu ihrer traditionellen Rolle vor allem psychische Aspekte emotionaler Befindlichkeit und soziales Wohlbefinden im Vordergrund. Männer verbinden dagegen mit Gesundheit in erster Linie Leistungsfähigkeit, Funktionieren und das Nicht-Wahrnehmen des Körpers. Nach diesem theoretischen Rollenverständnis lernen Männer in der Kindheit, psychosomatische Störungen und Schmerz nicht auszudrücken und proben bereits als Jugendliche den riskanten Umgang mit ihrem Körper. Diese Vorstellungen haben in der Folge wiederum Einfluss bei der Diagnosefindung und auf therapeutische Entscheidungen (Siegrist, Möller-Leimkühler 2003: 136).

Im Gesundheits- und Inanspruchnahmeverhalten zeigen sich ebenfalls geschlechtsspezifische Unterschiede. Frauen sind bei der Inanspruchnahme von Einrichtungen des Gesundheitswesens insgesamt überrepräsentiert. Eine Begründung kann darin liegen, dass sie vom familiären Netzwerk wenig Unterstützung erhalten und somit im Krankheitsfall eher auf professionelle Hilfe angewiesen sind. Andererseits beeinflussen normative Rollenerwartungen die Beschwerdewahrnehmung und -bewertung, was Männern das Hilfeersuchen erschweren kann. Es zeigt sich, dass Männer in der Regel später um Hilfe ersuchen – vor allem bei psychischen Problemen (ebd.: 136).

Geschlechtsspezifische Sozialisationsprozesse und die ständige Reproduktion handlungsleitender Geschlechterstereotype sind jedoch – wie gezeigt wurde –, nicht ausreichend für die Erklärung geschlechtsspezifischer Unterschiede hinsichtlich Gesundheit und Krankheit, sondern gefordert ist vielmehr „die Berücksichtigung der komplexen Interaktion zwischen Geschlechtsrollenorientierung, Lebensphase und sozialem Kontext“ (Siegrist, Möller-Leimkühler 2003: 137). Die Berücksichtigung geschlechtsspezifischer, altersspezifischer und weiterer sozialer Einflüsse auf Gesundheit, Krankheit und insbesondere auf den Schmerz und ihre komplexen Zusammenhänge stellen den zentralen Aspekt dar, auf den auch im empirischen Teil der Arbeit der Fokus gerichtet wird.

Nachdem bisher vor allem die soziale und gesundheitliche Lage der MigrantInnen in Deutschland beschrieben wurde und die Zusammenhänge zwischen Gesundheit und sozialer Lage bzw. Geschlecht dargestellt wurden, befasst sich das folgende Kapitel mit Gesundheit, Krankheit und Schmerz im kulturellen Kontext.

## **7 Gesundheit, Krankheit und Schmerz im kulturellen Kontext**

### **7.1 Kultur und Kulturalisierung**

#### **7.1.1 Zum Begriff der Kultur**

In der sozialwissenschaftlichen sowie philosophischen und ethnologischen Literatur finden sich zahlreiche Beispiele für den Versuch, den Begriff der Kultur definitorisch festzulegen (u.a. Esser 1988, Geertz 1983, Neidhardt 1986). Die zahlreichen Anstrengungen weisen darauf hin, dass der Begriff der Kultur offensichtlich sehr schwer zu fassen ist. So verbreitet der Kulturbegriff in den Sozialwissenschaften ist, so uneindeutig stellt er sich dar. Es kann im Folgenden jedoch nicht darum gehen, eine Debatte um den Kulturbegriff zu führen. Vielmehr dient die folgende Darstellung dazu, den theoretischen und praktischen Umgang mit dem Kulturbegriff für die Erörterung der Problematik von Migration, Kultur und Krankheit sowie Schmerz bewusst zu machen.

Bei dem Begriff Kultur handelt es sich um einen Schlüsselbegriff, der in seiner historischen Entwicklung mit unterschiedlichen Konnotationen verknüpft war und im Laufe der letzten Jahrhunderte einen großen Wandel erlebt hat (Reckwitz 2000). Lange Zeit vorherrschend war – und ist immer noch in vielen Köpfen – eine essentialistische Vorstellung von Kultur. Nach diesem Verständnis lassen sich ‚Kulturen‘ klar von einander abgrenzen, und einzelne ‚Kulturen‘ werden als weseneseigene Einheiten aufgefasst. Diese Kulturen determinieren das Leben eines in eine bestimmte Kultur hineingeborenen Individuums und antizipieren somit dessen Verhalten und Wertvorstellungen (Domenig 2003: 93). Diese holistische Vorstellung von Kultur stellt die vermeintlich klar von einander zu unterscheidenden ‚Kulturen‘ einander gegenüber. Dieser Vorstellungsrahmen lässt innerhalb der ‚Kulturen‘ kaum Veränderungen und Wandlungen zu. Ebenso sind Schnittmengen zwischen den ‚Kulturen‘ weitgehend ausgeschlossen. Mit dieser Auffassung von Kultur ist auch die Vorstellung verbunden, dass sich MigrantInnen der zweiten und dritten Generation in Deutschland in ihrem Denken und Handeln und nicht zuletzt in der äußeren Wahrnehmung ‚zwischen den Stühlen‘ der ‚Kulturen‘ befinden. „Die im Gastland aufgewachsenen Kinder der Migranten stehen zwischen den Kulturen und unterhalten nach beiden Seiten zwiespältige Beziehungen“ (Koch, Pfeiffer 2000: 136). Eine Synthese kultureller Elemente bzw. ein Wandel ist nach diesem Verständnis nicht vorstellbar.

Meiner Ansicht nach setzt man sich bei der Verwendung des Begriffes der Kultur sehr leicht der Gefahr der Kulturalisierung eines Problemgegenstandes und Stereotypisierung von Verhaltensweisen aus. Denn: „Dabei es geht nicht nur um Zuordnung von bestimmten Merkmalen zu bestimmten ‚Kulturen‘, sondern auch um die Zuordnung von bestimmten Menschen zu bestimmten Gruppen“ (Domenig 2003: 94).

Kultur als Untersuchungsgegenstand erfordert jedoch die Festlegung auf eine zumindest operationale Definition. Ich verwende den Begriff der Kultur in dem Sinne, „sie sei das System kollektiver Sinnkonstruktionen, mit denen Menschen die Wirklichkeit definieren – jener Komplex von allgemeinen Vorstellungen, mit denen sie zwischen wichtig und unwichtig, wahr und falsch, gut und böse sowie schön und hässlich unterscheiden“ (Neidhardt 1986: 11).

Ein in dieser Weise bedeutungs- und wissensorientierter Kulturbegriff<sup>12</sup> erhält eine sozialkonstruktivistische Bedeutung und löst den Kultur- vom Gemeinschaftsbegriff ab, was eine begriffliche Entkoppelung von Sinnsystemen und Subjekten zur Folge hat (Reckwitz 2001: 187). „Das einzelne Subjekt kann verschiedenen Komplexen sozialer Praxis partizipieren, die vor dem Hintergrund unterschiedlicher, im Extrem in ihren Grundlagen inkommensurabler Sinnhorizonten vollzogen werden. Diese sind somit nicht mehr eindeutig einer bestimmten Gruppe von Subjekten zurechenbar. Die Grenzen zwischen Komplexen sozialer Praktiken und ihren Wissensordnungen können nicht kurzerhand als identisch mit den Grenzen zwischen gemeinschaftlichen Kollektiven und auch nicht mehr mit jenen körperlichen Grenzen zwischen einzelnen Akteuren vorausgesetzt werden“ (ebd.: 187).

Der Kulturbegriff, auf den ich mich beziehe, ist demnach kontextualistisch und nicht universalistisch ausgerichtet. Daher sollte bei der Frage nach der ‚Grenze‘ zwischen ‚Kulturen‘ analytisch eindeutig zwischen ‚Grenzen‘ zwischen Sinnsystemen und ‚Grenzen‘ zwischen Akteuren unterschieden werden.

---

<sup>12</sup> Vier Bewegungen in der modernen Philosophie liefern die theoretischen Grundlagen für den bedeutungs- und wissensorientierten Kulturbegriff: die Phänomenologie und Hermeneutik, der französische Strukturalismus, der Pragmatismus/Symbolische Interaktionismus sowie die Philosophie Wittgensteins (Reckwitz 2000).

### **7.1.2 Zur Kulturalisierung in der Migrationsforschung**

In zahlreichen Studien zur Migrationsforschung und auch zum Thema Gesundheit bzw. Krankheit und Migration herrscht vielerorts immer noch eine eher holistische Sichtweise von Kultur vor, die, wie es Ayşe N. Çağlar ausdrückt, das Kultur-Konzept in erster Linie für die MigrantInnen zu einer „Zwangsjacke“ werden lässt. Çağlar kritisiert, dass Kultur in der Migrationsforschung auf deutscher Seite nicht zur Erklärung des eigenen Handelns oder Glaubens ihrer Mitglieder herangezogen wird. „Es ist als hätten die Türken ‚Kultur‘ und die anderen Psyche“ (Çağlar 1990: 100). Die Überbetonung des ‚Kulturellen‘ in der Migrationsforschung birgt die Gefahr, dass alles als ‚Kultur‘ präsentiert wird. Das oben beschriebene Verständnis von Kultur als einer Art Wissensfundus oder eines Repertoires, aus dem geschöpft werden kann, gerät bei einer Sichtweise durch die einengende ‚Brille der Kultur‘ aus dem Blick bzw. ins Hintertreffen.

Forschungen, die bei der Erörterung der Lebenssituationen von MigrantInnen sehr stark das ‚Kulturelle‘ betonen und die These von der Differenz der ‚Kulturen‘ vertreten, vernachlässigen häufig die Berücksichtigung struktureller Rahmenbedingungen sowie spezifischer Arbeits- und Lebensbedingungen und sozialer Differenzen (Verwey 1994). Halm spricht beispielsweise in diesem Zusammenhang von einer „Übermalung sozialer Tatbestände mit kulturellen Erklärungsmustern“ (Halm 2001: 156). Zur Analyse der Situation der MigrantInnen ist aus der oben angedeuteten Perspektive daher besonders wichtig, die Akteure in den Blick zu nehmen und nicht ausschließlich die ‚Sinnsysteme‘ (Reckwitz 2001). In dem gleichen Sinne argumentiert Seyla Benhabib aus Sicht der Diskurstheorie, indem sie im Zusammenhang mit dem Kulturbegriff das rivalisierende Moment in den kollektiven Erzählungen und Bedeutungsmustern in komplexen Gesellschaften in den Blick nimmt und den ‚Sinnsystemen‘ die Vorstellung von konsistenten Blöcken nimmt (Benhabib 1999).

## **7.2 Der ‚Fremde‘ und der Umgang mit dem ‚Fremden‘**

### **7.2.1 Zur Herausbildung des Begriffs des ‚Fremden‘**

Im Zusammenhang mit der Analyse der Situation der MigrantInnen in Deutschland stößt man auf den Begriff des Fremden und dessen soziale Genese als Folge der Migration.



Die entscheidenden theoretischen Impulse zur Bestimmung des Begriffs des Fremden lieferten zunächst Georg Simmel (1858-1918) und Alfred Schütz (1899-1959). In Georg Simmels „Exkurs über den Fremden“ nimmt er eine begriffliche Abgrenzung des Fremden vor und analysiert belastende psychosoziale Befindlichkeiten. Laut Simmel ist der Fremde nicht der Wandernde, „der heute kommt und morgen geht, sondern der, der heute kommt und morgen bleibt“ (Simmel 1958: 509). Er zeigt die dialektische Ambivalenz und das Konflikthafte zwischen Gelöstheit vom Herkunftsort und Fixiertheit auf neue räumliche Umgebung bzw. zwischen Distanz und Nähe auf (Han 2000: 211).

In seinem sozialpsychologischer Ansatz definiert Alfred Schütz den Fremden als „einen Erwachsenen unserer Zeit und Zivilisation ..., der von der Gruppe, welcher er sich nähert, dauerhaft akzeptiert oder zumindest geduldet werden möchte“ (Schütz 1972: 53). In seiner Analyse der Annäherungsphase zur Gruppe tritt nun zu Tage, dass der Fluss der Gewohnheiten und des Bewusstseins beim Fremden unterbrochen ist und ihm das „Wissen“ der Gruppe fehlt. Er muss die Kulturmuster der neuen Gruppe erst zu beherrschen lernen. Beiden Theorieansätzen ist gemein, dass typische Probleme des Fremden aus dem Wechsel der Bezugsgruppe, der eine zwangsläufige Folge der Migration ist, resultieren (Han 2000: 213ff).

Zu einem weiteren wichtigen theoretischen Ansatz trug Robert E. Park 1928 mit seinem Aufsatz „Human migration and the marginal man“ bei. Ausgangspunkt seiner Überlegungen war die Tatsache, dass Migrationen in modernen Gesellschaften in der Mehrzahl individuelle Migrationen darstellen. Mit Eintritt in die neue Gesellschaft wird der Mensch zum Fremden und lebt in der Kultur und Tradition zweier Völker bzw. steht am Rand zweier Kulturen und Gesellschaften (ebd.: 216f).

Die genannten Theorien befassen sich in erster Linie mit der sozialen Genese des Fremden und den für den Fremden daraus möglicherweise resultierenden Identifikationskonflikten und psychosozialen Folgen. Wie bereits unter Kapitel 5.5 dargestellt wurde, fragt sich jedoch, ob in Zeiten prinzipieller Mobilität überhaupt noch von einer Fixiertheit auf bestimmte kulturelle Muster gesprochen werden kann (ebd.: 220).

Die Theorie vom „marginal man“, die sicherlich nicht auf alle Minderheiten anzuwenden ist, erlangt dagegen in vielen Einzelsituationen volle Gültigkeit, weil

individuelle Mobilität und sozialer Wandel in der modernen Gesellschaft tatsächlich überall Marginalität von Menschen hervorbringen (Han 2000: 221).

Nach dieser kurzen Darstellung der Herausbildung des Begriffs des Fremden wird im Folgenden genauer auf die Konstruktion der sozialen Kategorie der Fremdheit bzw. des Fremden und deren Auswirkungen auf den gesellschaftlichen Umgang mit den MigrantInnen im Aufnahmeland eingegangen.

### **7.2.2 Zum Begriff der Fremdheit**

Die Bedeutung des Begriffs der Fremdheit lässt sich auf drei Ebenen darstellen. Auf der Ebene des Subjekts ist der existenzielle Begriff der Fremdheit anzutreffen. Alles ist dem Subjekt zunächst fremd, und es muss sich das Fremde aneignen. Auf der Metaebene ist aus erkenntnistheoretischer Sicht der Fremdenbegriff ein sehr paradoxer Begriff, da er vorgibt, etwas zu beschreiben, was nicht benennbar ist, weil es gerade fremd ist. Durch die Klassifizierung als etwas Fremdes wird etwas handhabbar, und damit verliert es seinen Wert als etwas Fremdes (Uzarewicz 2002: 7).

Auf einer normativen Ebene ist die gesellschaftliche, kollektive Wirkungsweise des Begriffs der Fremdheit angesiedelt und für die Analyse der Situation der MigrantInnen im Aufnahmeland von besonderer Bedeutung. Was als fremd gewertet wird, ist willkürlich und abhängig von sozio-historischen, politischen und kulturellen Faktoren. Dabei finden ständig Umwertungsprozesse statt (ebd.: 7).

Demnach ist ‚Fremdheit‘ eine soziale Konstruktion, der aber immer die soziale Konstruktion des ‚Eigenen‘ voran geht. Die Menschen sind im ständigen Bemühen, ihre Eigengruppe (in-group) gegenüber anderen Fremdgruppen (out-group) abzugrenzen. „Obwohl die Existenz der Eigengruppe keineswegs primordiale bzw. von Natur vorgegebene Einheiten, sondern eine soziale Konstruktion darstellt, die historisch und gruppenspezifisch nach wechselnden Kriterien (z.B. religiöse, rassische, ethnische, kulturelle, nationale Kriterien) sozial und kollektiv herstellt, fühlen sich die Menschen erfahrungsgemäß in der Geschlossenheit der Eigengruppe sicherer und geborgener“ (Han 2000: 273). Die Grenzziehung zwischen Eigenem und Fremden wird über den Sozialisationsprozess internalisiert.

Im Zusammenhang mit dem Fremdenbegriff kommt der Kultur eine besondere Rolle zu. Fremdheit wird meist als kulturelle Fremdheit wahrgenommen. Dabei wird ein kultureller Abstand zwischen Eigenem und Fremden hervorgehoben und

etwas als fremdartig bezeichnet. „Seine ‚Welt‘ und unsere unterscheiden sich strukturell voneinander, weshalb die Interaktion zwischen ihm und uns von der jederzeitigen Möglichkeit fundamentalen Missverstehens geprägt ist“ (Münkler, Ladwig 1997: 25). Es besteht eine kognitive Distanz zwischen dem Eigenem und dem Fremden, in deren Folge stereotype Vorstellungen erwachsen, denen sich die verschiedenen „Welten“ immer wieder zirkulär versichern (ebd.: 25).

Diese kognitive Distanz, die als kulturelle Distanz zwischen dem ‚Eigenen‘ und ‚Fremden‘ wahrgenommen wird, führt zu einem gesellschaftlichen Umgang mit den MigrantInnen bzw. zu einer strukturellen Benachteiligung, die unter dem Begriff der Marginalisierung gebündelt werden.

### **7.2.3 Zur Marginalisierung der MigrantInnen im Aufnahmeland**

Unter dem Aspekt des gesellschaftlichen Umgangs mit dem ‚Fremden‘ soll im Folgenden die Marginalisierung der MigrantInnen im Aufnahmeland anhand von drei Gesichtspunkte dargestellt werden: Vorurteile und Diskriminierungen, die residentiale Konzentration und Segregation der MigrantInnen sowie die sektorale Konzentration der MigrantInnen am Arbeitsmarkt.

Nach Domenig erschwert unter anderem „der menschliche Drang, Unbekanntes und Nichtvertrautes in Bekanntes und Vertrautes umzupolen, ... den flexiblen Umgang mit dem Fremden“ (Domenig 2003: 94). Aufgrund von zum Teil objektiv wahrnehmbaren Unterschieden sind MigrantInnen in Deutschland Vorurteilen und Diskriminierungen sowohl im sozialen als auch institutionellen Bereich ausgesetzt. Han unterscheidet bei der Diskriminierung auf Grund der Zuschreibung zu einer ethnischen Gruppe zwischen dem politischen, ökonomischen, sozialen und institutionellen Bereich (Han 2000: 271ff).

Im politischen Bereich sind MigrantInnen ohne deutsche Staatsangehörigkeit in erster Linie im Hinblick auf das Wahlrecht benachteiligt. Die soziale Situation ist, wie in den vorangegangenen Kapiteln aufgezeigt wurde, davon gekennzeichnet, dass der überwiegende Teil der MigrantInnen in Deutschland den unteren sozialen Schichten angehört und im Bereich der Beschäftigung im öffentlichen Bereich sowie bei der schulischen und beruflichen Förderung benachteiligt ist. Diskriminierungen im sozialen Bereich beziehen sich vor allem auf das soziale Interaktionsverhalten. Die rechtliche Benachteiligung führt auf institutioneller Ebene zu

Benachteiligungen und findet vor allem im Zusammenhang mit restriktiven Regelungen beim Aufenthalts- und Arbeitsrecht statt (Han 2000: 271).

Neben eher auf formalen Regelungen beruhenden Diskriminierungen beginnt die Benachteiligung mit der Zuschreibung negativer Eigenschaften und Merkmale, die zusätzlich zu Benachteiligungen im öffentlichen Bereich, wie dem Wohnungsmarkt und Arbeitsmarkt, führen kann. Residentialen Konzentration und Segregation der MigrantInnen hängt zum einen mit den Diskriminierungen auf dem Wohnungsmarkt – einschließlich ökonomischer Voraussetzungen –, aber auch mit dem Phänomen der Kettenmigration zusammen. Die Konzentration in einem Gebiet löst wiederum unter den Einheimischen diffuse Gefühle der Bedrohung aus (ebd.: 233ff).

Auf dem Arbeitsmarkt kam es im Zuge der Anwerbung der „Gastarbeiter“ zur sektoralen Konzentration der MigrantInnen in hochproduktiven Wirtschaftssektoren mit besonders hohen körperlichen und psychischen Belastungen und Risiken, die im Kapitel 5.2 bereits angesprochen wurden. Die „Gastarbeiter“ übernahmen in erster Linie Tätigkeiten, die die Einheimischen ablehnten. Auf der einen Seite standen die Unternehmen mit ihrem Interesse an billigen und flexibel handhabbaren Arbeitnehmern, auf der anderen Seite die „Gastarbeiter“, die bereit waren, für wenig Lohn zu arbeiten und möglichst schnell zu Ersparnissen zu kommen (ebd.: 237f).

Die Zuwanderung der Fremden weckt zunächst diffuse Gefühle von Angst und Bedrohung. Begriffe wie ‚Überfremdung‘, ‚Asylantenflut‘, ‚Schein-Asylanten‘ schüren die Ängste und bereiten den Boden für fremdenfeindliche Gewalttaten. Gesellschaftliche Voraussetzungen für diese Ängste sind vor allem eine quantitative Zunahme der MigrantInnenpopulation sowie wirtschaftliche Krisensituationen (ebd.: 274ff).

### **7.3 Zum Begriff der Ethnizität**

Die Ethnizitätsforschung hat in den letzten Jahrzehnten an Bedeutung gewonnen. Vor dem Hintergrund zunehmender Konflikte, in denen sich als Ethnien definierende Bevölkerungsgruppen – wie beispielsweise im Bürgerkrieg im ehemaligen Jugoslawien – gegenüberstehen, ist die Kategorie der Ethnizität immer stärker in den Blick gerückt. Auch in Deutschland wird zunehmend im Zusammenhang mit

den eingewanderten „Gastarbeitern“ von ethnischen Minderheiten und von einer bundesdeutschen multiethnischen Gesellschaft gesprochen.

Ähnliche Probleme wie mit dem Kulturbegriff treten ebenfalls bei einer eindeutigen Definition des Begriffs der Ethnizität auf. Erschwerend kommt hinzu, dass Kultur und Ethnizität oftmals synonym verwandt werden und sich dahinter die implizite Annahme von einer Verbindung zwischen Kultur und Ethnizität verbirgt. Die Schwierigkeit liegt hierbei im wesentlichen darin, dass zur Definition von Ethnizität der Kulturbegriff herangezogen wird, dieser dadurch eine essentialistische Bedeutung erhält.

Ethnizität bezeichnet ein Organisationsprinzip der Moderne und wird als ein grenzziehender Kollektivbegriff verstanden. Ebenso wie bei Konzeptionen von Kultur kann grundsätzlich von zwei unterschiedlichen Konzeptionen von Ethnizität ausgegangen werden. Der essentialistische bzw. primordiale Ansatz geht davon aus, dass sich Ethnizität aus objektiven Merkmalen ableitet, die einen Komplex von Grundeigenschaften einer bestimmten Gruppe darstellen. Diese werden dementsprechend als unbestreitbar existierende Wesenszüge definiert. Ethnizität wird somit zu einer objektiven Realität, was die Gefahr in sich birgt, Ethnizität auf eine biologisch-genetische Dimension („das Völkische“) zu reduzieren. Damit verbunden ist die Vorstellung von unüberwindbaren und unwandelbaren Unterschieden zwischen den Menschen (Elwert 1989: 446).

Im Rahmen neuerer Theorien wird ein konstruktivistischer bzw. interpretativer Ansatz zur Definition von Ethnizität herangezogen. Hierbei liegt die Betonung auf dem Glauben an, das heißt auf der Vorstellung von einer gemeinsamen Herkunft und nicht auf einer ursprünglichen, durch gemeinsame, quasi-natürliche Merkmale geprägten Gruppenidentität. Die Identität ethnischer Kollektive beruht auf Selbst-Bewusstsein und Fremdzuschreibung, wobei die Grenzziehung zwischen den Gruppen und die Aufrechterhaltung der Grenze ein wesentliches Kriterium von ethnischen Gruppen darstellt (Heckmann 1992: 37f). Die Abgrenzung zu anderen Gruppen kann entlang historisch begründeter gesellschaftspolitischer, rechtlicher, territorialer, ökonomischer, linguistischer oder religiöser Kriterien verlaufen (Verwey 1994: 28). Wesentliche Merkmale dieses Ansatzes sind demnach die kollektive Konstruiertheit und die Prozesshaftigkeit von Ethnizität.

In Anlehnung an Max Weber definiert der Ethnologe Elwert „Wir-Gruppen-Prozesse“, wie sie in Zusammenhang mit der Herausbildung ethnischer Gruppen

aufzutreten, „als organisatorisch wirksame Umdeutungen zielgerichteter Vergesellschaftungen in persönliche (imaginierte) Gemeinschaftsbeziehungen“ (Elwert 1989: 450). Demnach handelt es sich bei Ethnizität um ein askriptives Merkmal mit wandelbaren Zuschreibungskriterien (Esser 1988: 236f).

In diesem Sinne bezeichnet der Begriff der Ethnisierung „den Vorgang der gesellschaftlichen Etikettierung aufgrund einer Zuschreibung (in unserem Fall von ‚Kranksein‘) auf die Zugehörigkeit zu einer Ethnie oder Bevölkerungsgruppe mit spezifischen kulturellen Symbolsystemen, wie Sprache und Religion“ (Verwey 1994: 28). Der Vorgang der Ethnisierung dient weniger der Verdeutlichung tatsächlicher Unterschiede. Vielmehr werden diese Unterschiede durch ihn erst geschaffen (Esser 1988: 237).

Ein im Zuge der Ethnisierung und ethnischen Differenzierung moderner Gesellschaften ablaufender Vorgang ist der der ethnischen Schichtung. Vor dem Hintergrund der Vergemeinschaftungen auf ethnischer Grundlage bezeichnet die ethnische Schichtung die systematische Kombination von vertikalen Ungleichheitsstrukturen mit ethnischen Zugehörigkeiten. Grundlegende Elemente bei der Entstehung ethnischer Schichtungen sind die Kombination von Machtunterschieden der in Kontakt tretenden Gruppen, von Wettbewerb und Knappheiten der Ressourcen sowie die Durchsetzung von Schließungen auf Grund bestimmter, gut identifizierbarer ‚Marken‘ und mit diesen ‚Marken‘ verbundene Definitionen von Innen- und Außengrenzen. Nach Essers Einschätzung führen die zunehmende gesellschaftliche Individualisierung und die Abnahme der Prädominanz von Klassenlagen dazu, dass sich ungleiche Entwicklungen entlang anderer als ökonomischer Linien mobilisieren (ebd.: 241f). Die ethnische Dimension ist neben anderen askriptiven Merkmalen wie etwa Geschlecht und Alter in diesem Zusammenhang eine davon.

#### **7.4 Zu kulturspezifischen Konzepten und Vorstellungen von Krankheit und Schmerz**

Der Zusammenhang zwischen Schmerz und Kultur – als zentraler Untersuchungsgegenstand dieser Arbeit – ist in den komplexen Zusammenhang zwischen Krankheit und Kultur zu stellen, da Schmerz ein Krankheitssymptom darstellt. Schmerz als ein Symptom und der Begriff der Beschwerde werden oftmals synonym verwandt und fallen beide unter das Phänomen Krankheit.

### 7.4.1 Zum medizinischen System

Krankheit und Gesundheit sind in jeder Gesellschaft in einen sozialen Kontext und in ein System von kulturellen (Wert-)Vorstellungen und Normen eingebettet. Auch das medizinische System ist Teil des jeweiligen kulturellen und sozialen Systems (Herrmann 2000: 27). Nach Kleinman (1980) ist Medizin, „wie Sprache, Religion oder Sozialstruktur – als eine kulturelle Leistung, ein System symbolischer Werte und Vorstellungen, Praktiken und Techniken, eingebettet in eine Matrix aus Werten, Tradition, Vorstellungen und Formen ökologischer Anpassung zu verstehen“ (zitiert nach Yildirim-Fahlbusch 2003: 3). Medizin als ein kulturelles System führt zum einen zur alltäglichen Konstruktion von Gesundheit; zum anderen hat es die Funktion, Erkrankungen in den Alltag und in den kulturellen Prozess zu integrieren (ebd.: 3).

Das medizinische System wird in jeder Gesellschaft mitbestimmt durch bestehende Traditionen, Glaubensvorstellungen, kulturelle Praktiken, Techniken und Methoden der Heilung und Vorbeugung von Krankheiten. In der Ethnomedizin wird das Medizinsystem in drei Sektoren unterteilt: Der populäre Sektor umfasst die gesundheitliche Unterstützung innerhalb einer Gruppe oder Familie durch Selbsthilfemaßnahmen wie beispielsweise durch bewährte „Hausmittel“. Dem professionellen Sektor gehören die Mediziner und Heiler mit einer standardisierten und überregional anerkannten medizinischen Ausbildung an. In den meisten Gesellschaften wird der professionelle Sektor von der modernen naturwissenschaftlichen Medizin bestimmt, je nach Gesellschaftssystem unterschiedlich. In Deutschland wird die Traditionelle Chinesische Medizin inzwischen zum professionellen Sektor zugerechnet. Zum volksmedizinischen Sektor zählen die nicht-professionalisierten, nicht-bürokratisierten Heiler. In Mitteleuropa werden beispielsweise alternative Heilmethoden wie die der Heilpraktiker der Volksmedizin zugeordnet. Allerdings lassen sich einige Techniken, Methoden oder Vorstellungen nicht eindeutig einem Sektor zuordnen, so dass es häufig zu Überschneidungen zwischen den Sektoren kommt. Welche Vorstellungen und Heilmethoden welchem Sektor zugeordnet werden, ist zu einem großen Teil an gesellschaftliche Machtverhältnisse gebunden (Herrmann 2000: 27).

In fast allen Gesellschaften gibt es einen medizinischen Pluralismus, in dem unterschiedliche Medizinsysteme parallel existieren. Auch in Deutschland praktizierte eine heterogene Gruppe von Chirurgen, Hebammen, Laienheilern etc. bis

ins 18. Jahrhundert hinein neben den studierten Ärzten. Auch heute herrscht in Deutschland medizinischer Pluralismus, der allerdings durch den institutionalisierten Alleinanspruch der Ärzte als medizinische Experten eine gewisse Einschränkung erfährt. Aus ethnomedizinischer Sicht ist der medizinische Pluralismus notwendig, „um unterschiedliche Zugangsmöglichkeiten der Deutung von Krankheitsprozessen zu ermöglichen und in einen sozial vermittelbaren Kontext zu stellen“ (Herrmann 2000: 27f).

Wie lässt sich nun der Begriff der Krankheit in diesem System symbolischer Werte und Vorstellungen fassen?

### **7.4.2 Zum Begriff der Krankheit**

Aus anthropologischer Sicht ist Krankheit „... kein isoliertes Ereignis, und auch nicht ein unglückliches Scharmützel mit der Natur. Sie ist eine Form der Kommunikation – die Sprache der Organe –, durch welche sich Natur, Gesellschaft und Kultur gleichzeitig äußern. Der individuelle Körper muss sowohl als das unmittelbarste Terrain betrachtet werden, wo soziale Wahrheiten und soziale Widersprüche ausgetragen werden, als auch als der Ort von persönlichem und sozialem Widerstand, Kampf und Kreativität“ (Scheper-Hughes 1987: 6).

Demnach ist Krankheit nicht nur ein „biologisches Faktum basierend auf Dysfunktionen von Körperteilen“ (Greifeld 1995: 22), sondern in einem vielschichtigen Bedeutungsrahmen zu sehen. In der Konzeption von Krankheit wird jedoch heutzutage von der Biomedizin als zentraler Grundidee ausgegangen. Krankheit wird weitläufig als biologisch-technische Fehlfunktion definiert, wobei die Therapie der Behebung dieser Fehlfunktion dienen soll (Lux 2001: 21). Das biomedizinische Konzept ist zwar zum Teil in einem Differenzierungsprozess begriffen, aber der biomedizinische Kernbereich bleibt bestehen: „Eine Krankheit ist eine den ganzen Menschen betreffende Störung, die aus erkennbaren Ursachen entstanden ist oder doch zumindest einen voraussehbaren Verlauf nimmt, mit bekannten Symptomen einhergeht und bekannte Heilungsmöglichkeiten hat (man könnte den Zusatz anbringen: ... und die von Ärzten als eine Krankheit bezeichnet wird)“ (Hinderling 1981: 205).

Das in den meisten Gesellschaften heute vorherrschende Krankheitsverständnis beruht auf dem Kartesischen Paradigma, das auf Descartes (1596-1650) zurückgeht. Descartes führte im 17. Jahrhundert die Vorstellung von der strengen



Trennung zwischen Körper und Geist ein und erläuterte Körpervorgänge auf der Grundlage des Kausalitätsprinzips von Ursache und Wirkung. „Nach seiner Auffassung bestimmen nicht die Vermögen der Seele (*facultates animae*) die Prozesse des Körpers, wie es die zu seiner Zeit herrschende Physiologie lehrte, sondern der Körper selbst erfüllt dieses durch seine naturgesetzliche Bestimmung“ (Hüper 1994: 100).

Mit Descartes kam damit auch in der Geschichte der europäischen Medizin im 17. Jahrhundert der Wendepunkt. Den Körper als eine Art Uhrwerk zu sehen, hatte zur Folge, dass auch Krankheit ausschließlich als mechanische Störung gesehen wurde und zur Behandlung immer mehr physikalische und chemische Mittel eingesetzt wurden und werden. Nicht mehr der leidende Mensch, sondern die Krankheit stand nun im Mittelpunkt des medizinischen Systems (Greifeld 1995: 22).

Den leidenden Menschen und nicht ausschließlich die Krankheit in den Blick zu nehmen, ist jedoch für den Krankheitsbegriff in der Ethnomedizin wesentlich. Die Krankheit (im englischen: *disease*) wird ergänzt durch den subjektiven Aspekt des Krankseins (englisch: *illness*), als eine weitere Facette von Erkrankung (englisch: *sickness*). Krankheit und Kranksein sind beides komplexe symbolische Begriffe, die nur in ihren Bezugssystemen interpretiert und verstanden werden können (Lux 2001: 26). Kranksein steht in einem direkten sozialen und kulturellen Kontext und bezieht meist noch andere Menschen wie Familienangehörige mit ein (Domenig 2003: 28).

Hinter dem Begriff der Krankheit und dem Kranksein stehen demnach bestimmte Erklärungsmodelle, die sowohl dem Patienten als auch dem Behandelnden dazu dienen, dem Leiden Bedeutung zu geben und handlungsfähig zu bleiben (Weiss 2000: 2666).

### **7.4.3 Zum Begriff und zu den Dimensionen von Schmerz**

Schmerz ist ein abstrakter Begriff. Schmerz bezeichnet ein subjektives Phänomen, das sich aus einer Vielzahl von Erscheinungsformen zusammensetzt. Dies führt zu der besonderen Schwierigkeit, das Phänomen in einer allgemein handhabbaren Definition zu fassen. Bergener führt in diesem Zusammenhang an, „... dass die wissenschaftlichen Definitionen dieses allgegenwärtigen Phänomens vieldeutig geblieben sind, vielleicht sogar noch vieldeutiger als die der Intelligenz; zudem überfrachtet mit nicht wissenschaftlichen, in einzelnen Kulturkreisen höchst un-

terschiedlichen Alltagserfahrungen“ (Bergener 1987: 17). Figge kommt zu folgender Einschätzung: „Mit dem deutschen Wort ‚Schmerz‘ bezeichnen Deutsche subjektive und völlig verschiedenartige Phänomenkomplexe. Die gleiche Begriffsverwirrung findet man in der gegenwärtigen Fachliteratur wieder. Autoren sprechen zum Teil über grundsätzlich verschiedene Themen, obwohl sie dasselbe Wort verwenden“ (Figge 1989: 23). Seiner Ansicht nach wird mit dem Wort Schmerz vielfach unreflektiert umgegangen. Mal wird damit ein Bewusstseinsinhalt beschrieben, mal ein Verhalten und ein anderes Mal eine sensorische Aktivität (ebd.: 24).

In den neueren Studien zur Schmerzforschung wird auf die Definition der International Association for the Study of Pain (IASP) Bezug genommen: „Schmerz ist eine unangenehme Körperwahrnehmung, die mit aktuellen oder potentiellen Gewebeschädigungen einhergeht oder mit solchen Begriffen beschrieben wird“ (zitiert nach Ernst 2000: 57). Diese Definition deutet zum einen auf die Mehrdimensionalität des Phänomens Schmerz hin und zum anderen hält sie fest, dass die Kausalität von Schmerz nicht immer klar organisch ist. Schmerzen können danach auch ohne jeden Körperschaden bestehen.

Schmerz ist nach der Definition von IASP mehr als eine reine Reizwahrnehmung. Schmerz muss vom betroffenen Subjekt als ein körperliches Phänomen erfahren werden (Kröner-Herwig 1990: 1). Das Phänomen Schmerz setzt sich aus mehreren Komponenten zusammen und erhält dadurch seine Mehrdimensionalität. Neben einer sensorisch-diskriminativ Komponente und autonom-vegetativen Prozessen spielen emotionale und kognitive Aspekte eine wichtige Rolle. Ein vereinfachtes zweistufiges Modell zeigt, dass zwischen Gewebeschädigung und Schmerzwahrnehmung und zwischen Schmerzwahrnehmung und Schmerzáußerung psychische Prozesse ablaufen, die durch kognitive und emotionale Elemente beeinflusst werden. „Diese Beeinflussungen können durch biologische Faktoren oder Sozialisation unterschiedlich ausfallen“ (Ernst 2000: 57f). Schmerz besitzt demnach die gleichen Dimensionen wie Krankheit. Nach dem Dreiebenenmodell menschlichen Verhaltens beinhaltet Schmerz psychologische, physiologische und soziale Aspekte (Bergener 1987: 21).

Im Prozess der Sozialisation der Schmerzempfindung kommt den engen Bezugspersonen und vor allem der Familie eine besondere Rolle zu. Die Ratschläge und das Verhalten von Bezugspersonen sind wichtig bei der Meinungsbildung über

Schmerz- und Krankheitswahrnehmungsprozesse (Aratow 1996: 40). Das sozio-kulturelle Milieu trägt entscheidend zur Ausbildung der Schmerztoleranz bei; es kann sich um ein schmerzverleugnendes oder schmerzäußerndes Milieu handeln, in dem der Einzelne bzw. die Einzelne lebt und aufwächst (Schiefenhövel 1989: 133).

Schmerz bezieht sich in der IASP-Definition auf das emotionale und sinnliche Erlebnis, nachdem ein Schmerzreiz bewusst wird. Dies bezeichnet die Schmerzempfindung oder Schmerzwahrnehmung. Schmerzwahrnehmung ist kein statisches Phänomen: „Es gibt keine direkte Korrelation zwischen der Schmerzstärke und der Schmerzempfindung, weil die kognitive Bewertung des Reizes den physiologischen Prozess nicht genau widerspiegelt. Die Schmerzwahrnehmung geschieht nicht im Hirn, sondern im Bewusstsein, und insofern fabrizieren wir unsere Schmerzen“ (Aratow 1996: 4).

Kröner-Herwig sieht in der IASP-Definition zwei Defizite. Zum einen wird keine Unterscheidung zwischen akutem und chronischem Schmerz vorgenommen, und zum anderen wird Schmerz einseitig als Erleben definiert, und das Schmerzverhalten wird damit außer Acht gelassen (Kröner-Herwig 1990: 2).

### **Akuter Schmerz**

In seiner physiologischen Dimension hat akuter Schmerz in der Regel erkennbare Auslöser (z.B. äußere Reize) oder endogene Prozesse (z.B. Entzündungen). Wenn die Ursache bzw. der Reiz nachlässt, lässt auch in der Regel der Schmerz nach. Akuter Schmerz zeichnet sich durch eine relativ gut umschreibbare Lokalisation aus und hat neben dem unmittelbar negativen Erlebniswert die Funktion eines Warnsignal, damit man sich schädlicher Reize bewusst wird und dementsprechend den Körper davor schützen kann (ebd.: 2ff).

### **Chronische Schmerzen**

Von chronischen Schmerzen wird gesprochen, wenn die Schmerzen mehr als drei Monate andauern. Bei chronischen Schmerzen sind oftmals große Körperareale oder sogar der ganze Körper betroffen. Häufig ist die Beziehung zwischen Reiz und Schmerz weder direkt noch kausal. Die Schmerzdiagnostik und -messung ist fast ausschließlich auf das erlebende Subjekt, seine Aussagen und sein Verhalten auszurichten (ebd.: 2f). Auf physiologischer Ebene fallen im Gegensatz zu akuten Schmerzen die vegetativen Stressreaktionen wie etwa eine gesteigerte Herzfre-

quenz weg. Sekundäre physiologische Effekte sind jedoch beispielsweise die Schonung schmerzhafter Körperteile und infolgedessen wiederum stärkere Schmerzen. Bei chronischen Schmerzen existiert eine starke Wechselwirkung zwischen psychischem Befinden und dem Schmerzzustand (Aratow 1996: 5f).

### **Chronisches Schmerzsyndrom**

Wenn ein Schmerz länger als sechs Monate anhält, wird von einem chronischen Schmerzsyndrom gesprochen. Der Schmerz hat sich in diesem Fall von der ursprünglichen Situation gelöst und ist zur Schmerzkrankheit geworden. Die Chronifizierung wird entscheidend durch psychosoziale Umstände beeinflusst (Ernst 2003: 62). Meist liegen hinter dem Betroffenen bzw. der Betroffenen eine Reihe von erfolglosen (insbesondere kausalen) Behandlungsversuchen, und die Betroffenen erfahren deutliche Beeinträchtigungen auf verschiedenen Ebenen ihres Verhaltens und Erlebens: kognitiv-emotional (Befindlichkeit, Stimmung, Denken), behavioral (verstärktes schmerzbezogenes Verhalten, Reduktion von Alternativverhalten), sozial (Arbeitsunfähigkeit, Beeinträchtigung der Interaktion mit Familie, Freunden, Bekannten) sowie physiologisch-organisch (Mobilitätsverluste etc.) (Kröner-Herwig 1990: 6f).

### **Interdisziplinarität in der Schmerzforschung**

Seit Anfang der 70er Jahre des 20. Jahrhunderts ist Schmerz zum Thema medizinischer und physiologischer und zunehmend auch psychologischer Forschung in Europa und den USA geworden. Zentrale Forschungsdisziplin ist immer noch die Medizin; und hier vor allem sind es die Disziplinen Physiologie, Psychiatrie und die Psychosomatik. Neben den eher „klassischen“ Fachgebieten der Schmerzforschung sind noch die Anthropologie, Soziologie, Philosophie, Ethnologie und auch die Theologie zu nennen, die das Phänomen des Schmerzes aus ihrer Perspektive beleuchten.

Etwa seit Ende der 80er Jahre spiegelt sich in der Forschungslandschaft zum Thema Schmerz die aufgezeigte Mehrdimensionalität und Komplexität des Phänomens Schmerz zunehmend in interdisziplinären Forschungsarbeiten wider (u.a. Bergener, Herzmann 1987, Greifeld et al. 1989). Greifeld bemerkt zur Notwendigkeit einer Interdisziplinarität in der Schmerzforschung: „Schmerz ist wie ein ‚Puzzle‘, das sich aus vielen sehr verschiedenen Teilen zusammensetzt und daher so schwer von nur einer Disziplin als Phänomen zu fassen ist“ (Grei-

feld 1989: 10). Im Jahr 1988 fand die 9. Internationale Fachkonferenz Ethnomedizin unter dem Titel „Schmerz – interdisziplinäre Perspektiven“ in Heidelberg statt. Erstmals in der deutschsprachigen Literatur ergab sich daraus eine interdisziplinäre Auseinandersetzung zu diesem Thema. Ärzte und Ärztinnen, TheologInnen, NeurophysiologInnen, PsychologInnen, PhilosophInnen, Hebammen und EthnologInnen kamen dort zusammen, um sich auf der Grundlage ihrer unterschiedlichen Herangehensweisen auszutauschen.

Zwar wird von zahlreichen AutorInnen auf die Mehrdimensionalität und Komplexität des Phänomens Schmerz hingewiesen, dennoch dominiert in der medizinischen Praxis ein biomedizinisches Schmerzverständnis, und das Medizinsystem behält weiterhin die Deutungsmacht für die Schmerzwahrnehmung. Hüper merkt dazu an, dass bisher noch kein Schmerzverständnis in die Medizin integriert ist, das gerade im Hinblick auf chronische Schmerzen sozioökonomische Zusammenhänge zur Erforschung der Ursachen in Betracht zieht (Hüper 1997: 176).

#### **7.4.4 Zum Begriff des kulturspezifischen Syndroms**

In der ethnomedizinischen Literatur wird vielfach die Auffassung von einer starken kulturellen Prägung im Krankheitsprozess vertreten, zumal kulturelle Besonderheiten die wesentlichen Untersuchungsgegenstände in diesem Fachgebiet darstellen (u.a. Herrmann 2000, Koch 2000, Lux 2001, Zimmermann 1986). Lux beispielsweise äußert sich folgendermaßen: „Erkrankung wird erst durch kulturelle Vorgänge sichtbar: Durch Bedeutung wird sie zur Krankheit und zum Kranksein. Die Wirklichkeit von Erkrankung liegt also nicht vor der Bedeutungsgebung, sondern ist ganz grundsätzlich mit der Bedeutungsgebung verknüpft. Jede Kultur hat ein Ideensystem entwickelt, welches das Wissen dieser Kultur in ein logisches Miteinander bringt. Hier werden materielle Möglichkeiten, die Institutionen und die Vorstellungen über Heilinstanzen, Körper, Gesundheit und Krankheit miteinander verwoben. So entsteht die Kulturspezifität von Krankheit und das kulturspezifische Erleben von Kranksein“ (Lux 2001: 30).

Aus diesem Verständnis heraus hat die Ethnomedizin in den 70er Jahren des 20. Jahrhunderts den Begriff des kulturspezifischen Syndroms (Culture Bound Syndrom, im Folgenden kurz CBS) hervorgebracht, der damit den vorher gebräuchlichen Begriff der folk illness ablöste. Der Begriff der folk illness diente in erster Linie dazu, etwas Fremdes zu bezeichnen, „das im eigenen Begriff von

Krankheit nicht unterzubringen ist“ (Lux 2001: 24). Folk illness haftete sehr stark der Status des Exotischen an.

Auch im jüngeren Begriff des kulturspezifischen Syndroms wird Fremdheit als etwas Kulturgebundenes gedeutet. Als CBS werden Beschwerdekompexe bezeichnet, „die in ihrer Bedeutung nur im Rahmen ihres kulturellen bzw. subkulturellen Kontextes verstanden werden können“ (Herrmann 2000: 28). Danach symbolisieren CBS zentrale Bedeutungsfelder und Verhaltensweisen der jeweiligen Gesellschaft und fassen diese zusammen. Lux geht über die kulturelle Ursachendeutung bestimmter Beschwerdekompexe hinaus und bezieht ebenfalls die Diagnose, die auf kulturspezifischer Technologie und Ideologie basiert, sowie die Therapie, die „nur durch Teilnehmer der gleichen Kultur erfolgreich durchgeführt werden kann“ (Lux 2001: 25), mit ein. Andere wie Quekberghe sehen in CBS dagegen „allerlei psychische Störungen, die nicht problemlos in die westlich-psychiatrischen Klassifikationen hineinpassen“ (Quekberghe 1991: 91).

Im Folgenden werden einige Beispiele für CBS vorgestellt, die in der Literatur häufig genannt werden.

#### **7.4.5 Beispiele für kulturspezifische Syndrome**

Im lateinamerikanischen Raum bzw. bei Menschen aus Lateinamerika wird von ‚Susto‘ als einem typischen CBS gesprochen. ‚Susto‘ ist gekennzeichnet durch vielfältige Symptome wie Antriebslosigkeit, Schwäche, Appetitlosigkeit, Erbrechen, Depression, Fieber bis unter Umständen zum Tod. Ausgelöst werden diese Symptome durch ein traumatisches Erleben. Als Ursache wird ein Seelenverlust angenommen. Im Unterschied zu christlicher Vorstellung wird von der Existenz mehrerer Seelen ausgegangen (Herrmann 2000: 28).

Dem Mittelmeerraum und den Menschen, die dort leben bzw. die von dort emigriert sind, wird die mystische Vorstellung vom so genannten ‚Bösen Blick‘ zugeschrieben, der als Ausdruck von Neid und Missgunst gesehen wird. Neid und Missgunst können demnach Krankheiten auslösen. Der ‚Böse Blick‘ wird vor allem als Ursache bei seelischen Störungen, Fruchtbarkeits- und Schwangerschafts-problemen und Säuglings- und Kleinkinderkrankheiten herangezogen (Herrmann 2000: 28). Er zählt zu den vielfältigen Formen des magischen Gebannt-, Verzaubert- und Verhextseins, die laut Aussage zahlreicher EthnologInnen und EthnomedizinerInnen im ganzen mediterranen Raum verbreitet sind. So wird vielfach

das Fernbleiben von Früherkennungsuntersuchungen bei Säuglingen mit der Angst vor dem ‚Bösen Blick‘ erklärt, da nach dieser Vorstellung besonders Säuglinge vor dem ‚Bösen Blick‘ geschützt werden müssen (Zimmermann 1986: 151, Yildirim-Fahlbusch 2003: 5).

Andere Beschwerdebilder wie etwa der ‚Nabelfall‘, ‚Sikinti‘ (Beklemmungsgefühl) und ‚Lebervergrößerung‘ werden in erster Linie dem türkischen Raum zugesprochen und finden ebenfalls in der Literatur recht viel Beachtung (Herrmann 2000: 28f). Der so genannte ‚Nabelfall‘ ist mit dem Auftreten von Bauch- und Magenschmerzen verbunden. Als Hauptursachen werden eine zu schwere Arbeit und ein schweres Leben allgemein gesehen. Dahinter verbirgt sich die Vorstellung, dass Beschwerden deshalb auftreten, weil ein Organ nicht mehr am richtigen Ort ist und die Balance des Körpers nicht mehr stimmt (Petersen 1995: 534). Er tritt vor allem bei Frauen auf und wird als Ausdruck von allgemeiner Erschöpfung verstanden (Koen 1986: 536).

Mit dem so genannten ‚Beklemmungsgefühl‘ sind Beschwerden auf Grund von Sorgen, Sehnsucht und Schuldgefühlen verbunden (Herrmann 2000: 28). Im Beschwerdebild der so genannten ‚Lebervergrößerung‘ werden lokale Schmerzen, die vor allem Leber, Lunge und Herz betreffen, als Ausdruck von großen Sorgen und schwerem Leid gesehen. Die genannten Organe sind in einem umgangssprachlichen Sinn der Sitz von Trauer, Krankheit und Schmerz, so dass die ‚Lebervergrößerung‘ einen allgemeinen Traurigkeitszustand abbildet (Petersen 1995: 535).

Gemeinsam ist den drei letztgenannten Beschwerdebildern, dass in deren Konzeptionalisierung keine klare Trennung zwischen Symptom und Ursache vorgenommen wird. Die jeweiligen Symptome gehen mit bestimmten Gefühlen einher und können als Folge spezifischer Stressoren gesehen werden (ebd.: 534ff).

#### **7.4.6 Das kulturspezifische Syndrom vor dem Hintergrund kulturspezifischer Krankheitskonzepte**

In ethnomedizinischen Studien wird das Auftreten dieser Beschwerdenkomplexe jedoch weniger auf Stressoren als vielmehr auf fest verwurzelte kulturelle Vorstellungen von der Entstehung von Krankheiten zurückgeführt, die erheblich von der naturwissenschaftlichen Konzeptionalisierung von Krankheiten abweichen. Den

mediterranen Raum betreffend wird meist von folgendem Krankheitskonzept ausgegangen.

Im Mittelpunkt steht die Vorstellung von der „exogenen Monokausalität einer Krankheit“ (Zimmermann 1986: 152). „Die Krankheiten werden als definierte, im Umfeld des Menschen existierende Seinsformen verstanden, die von außen her in den Körper eindringen. Sie affizieren ihn immer ganzheitlich, auch wenn bestimmte Organe besonders betroffen sind“ (Yildirim-Fahlbusch 2003: 4). Eine lokalisierte Erkrankung ist nach diesem Verständnis nicht vorstellbar. Außerdem erfährt die Erkenntnis über die Krankheitskausalität einen sehr viel wichtigeren Stellenwert als die diagnostische Einordnung der Krankheit in ein nosologisches System. Die ganzheitliche Auffassung von Körper, Symptomatik und Krankheit führt dazu, dass immer die gesamte leiblich-seelische und auch soziale Befindlichkeit in Mitleidenschaft gezogen ist (ebd.: 4).

Damit eng verbunden ist die Vorstellung der „Somatisierung der kranken Befindlichkeit“ (Zimmermann 1986: 153). Menschen bzw. Patienten aus dem mediterranen Raum wird eine starke Somatisierungstendenz psychischer Störungen zugeschrieben, die vor allem auf die nicht vollzogene Trennung von Psyche und Soma in Gesellschaften, „... die nicht die westlich geistesgeschichtliche und wissenschaftliche Entwicklung genommen haben“ (ebd.: 153), zurückgeführt wird. Auf die von mehreren AutorInnen formulierte erhöhte Somatisierungsneigung wird in Kapitel 7.5.2 genauer eingegangen.

Das bereits angesprochene mystische Medizinverständnis des magischen Gebannt-, Verzaubert- und Verhextseins wird ebenfalls immer wieder zur Erklärung von Krankheiten und der Entstehung von Schmerzen bei Patienten aus dem mediterranen Raum angeführt. Danach werden Krankheiten als Folge von Tabuverletzungen oder falschen Handlungen und als Strafe Gottes gesehen. Im Sinne einer weiter oben erwähnten Erfolg versprechenden Therapieform kann auch die Heilung „...nur durch Teilnehmer der gleichen Kultur erfolgreich durchgeführt werden“ (Lux 2001: 25). Das bedeutet beispielsweise den Einsatz eines Hoca<sup>13</sup>, der durch Anwendung von Ritualen, Gebeten und die Verwendung von Amuletten etc. zur Heilung befähigt ist (Yildirim-Fahlbusch 2003: 5). Was bedeutet die Vor-

---

<sup>13</sup> Hoca (türkisch): Lehrer



stellung und Betonung kulturell geprägter Krankheitskonzepte für die Behandlung von MigrantInnen in unserem gesundheitlichen Versorgungssystem?

#### **7.4.7 Zur Problematik kulturspezifischer Krankheitskonzepte**

Das Herausstreichen der „Inkompatibilität von Krankheitskonzepten“ (Zimmermann 1986) betrachtet die MigrantInnen aus einer kulturdifferenztheoretischen und eurozentrischen Perspektive und impliziert meist die Rückständigkeit anderer ‚Kulturen‘. Vielfach wird eine scheinbar westliche Rationalität einer mediterranen Irrationalität – bis hin zu Naivität – gegenübergestellt (Lux 2000: 23). Das medizinisch-naturwissenschaftliche Verständnis erhält den Stellenwert eines objektiven Bedeutungsrahmens, demgegenüber andere Sinnsysteme ausschließlich subjektiv erscheinen. Die scheinbar objektiven Kriterien über Art, Umfang, Schweregrad sind nach Zimmermanns Einschätzung allerdings für die ausländischen PatientInnen nicht entscheidend. Wichtiger ist diesen PatientInnen die Krankheitskausalität, „... denn nur die Erkenntnis der Krankheitskausalität lässt nach dem, ihrem laienmedizinischen System immanenten Verständnis einen direkten Rückschluss auf die Art der Krankheit und somit auf die durchzuführende Therapie sowie auf die Prognose zu“ (Zimmermann 1986: 150).

Eine weitere Schwierigkeit im Umgang mit kulturspezifischen Krankheitskonzepten liegt darin, dass im Hinblick auf CBS die Zahl theoretischer Modelle groß ist, aber letztendlich die tatsächlichen Kenntnisse über einzelnen Syndrome wenig detailliert sind. Eine wichtige nicht abzustreitende Erkenntnis ist sicherlich das Eingebundensein von Krankheiten in ein kulturelles und gesellschaftliches System. Ebenfalls ist nicht zu leugnen, dass bestimmte Krankheitsbilder – wie etwa Essstörungen – gerade in westlichen Industriegesellschaft häufig auftreten und dass gesellschaftliche und soziale Umstände diese mit beeinflussen. Jedoch liegt ein entscheidender Widerspruch darin, dass nur spezielle Syndrome an die jeweilige Kultur gebunden zu sein scheinen und es demzufolge einen Gegenbegriff – ein kulturfrees Syndrom – geben müsste (Lux 2001: 25f). In der Argumentation einiger ethnomedizinischer AutorInnen wird implizit von kulturfreien Syndromen ausgegangen, aber sie widersprechen damit wiederum der allgemeinen Kulturgebundenheit von Krankheiten.

Der Begriff bzw. die Definition eines CBS wird zunehmend kritisiert und beispielsweise auf einen „misslungenen Prozess der interkulturellen Auseinanderset-

zung“ (Habermann 1993: 103) zurückgeführt. Weitere AutorInnen plädieren für die Abschaffung des Begriffs des CBS. In kritischer Ablösung von diesem Begriff sollen andere Akzente gesetzt werden: „The abandonment of the erroneous category, culture-bound-syndrome, might serve to redirect our attention to the formulation of a theory of human sickness in which culture, psychology, and physiology were regarded as mutually relevant across cultural and nosological boundaries“<sup>14</sup> (Hahn 1995: 56).

Das uns zunächst Fremde, nicht Vertraute als ausschließlich kulturgebunden wahrzunehmen, hat mitunter zur Konsequenz, dass medizinisches Personal auf vermeintliche Diagnosen zurückgreift wie etwa „Mittelmeer-Syndrom“, „Türkischer Totalschaden“, „Maghrebinischer Ausnahmezustand“, „Südländerkrankheit“, „neogriechische Gastritis“ oder „Mamma-Mia-Syndrom“ (Petersen 1995: 537).

Zur Frage, welche Rolle kulturspezifische Krankheitsvorstellungen in der Interaktion im Gesundheitswesen in der Bundesrepublik Deutschland spielen, konnte Koen in ihrer Studie mit Migrantinnen aus der Türkei zeigen, dass sich die individuellen Erklärungsmodelle für Krankheiten kaum von denen einer Industriegesellschaft unterscheiden. Bei Migrantinnen der ersten Generation haben volksmedizinische Konzepte noch eine größere Bedeutung als bei jüngeren Frauen. Außerdem gewinnen diese Krankheitsvorstellungen dann besonders an Bedeutung, wenn die westliche Medizin erfolglos bleibt sowie bei chronischen Erkrankungen. Außerdem zeigt sich, dass sich das volksmedizinische Laiensystem auf Grund des leichteren Zugangs zur naturwissenschaftlich orientierten Medizinversorgung in Deutschland zunehmend verliert. Zumindest in den 80er Jahren des 20. Jahrhunderts war das naturwissenschaftlich ausgerichtete öffentliche Gesundheitssystem in der Türkei noch wesentlich schwerer zugänglich (Koen 1986: 134f).

Weiterhin ergab Koens Studie, dass eine Verzögerung oder Hinderung der Inanspruchnahme westlicher medizinischer Dienste als Folge kulturspezifischer Krankheitsvorstellungen bei den Migrantinnen nicht zu erkennen war. Dies verdeutlicht, dass verschiedene Konzepte und Vorstellungen nicht konkurrieren, son-

---

<sup>14</sup> Eigene Übersetzung: „Die Abkehr von der irreführenden Kategorie CBS sollte dazu dienen, unsere Aufmerksamkeit auf die Formulierung einer Theorie der menschlichen Krankheit umzulenken, bei der Kultur, Psychologie und Physiologie als gemeinsam relevante Aspekte über kulturelle und nosologische Grenzen hinweg gesehen werden“.

dem vielmehr miteinander verflochten sind. Es geht demnach nicht darum, dass ein beliebiges Konzept einer absoluten Wahrheit entspricht, als vielmehr um die Funktion, die verschiedene Konzepte erfüllen. „So geht es in unserem Falle auch weniger um das vereinfachte Modell ‚die Krankheit kommt von außen‘, als vielmehr um die Bestrebung des Leidtragenden, sich sein Leid und seine Beschwerden in einer von der Gesellschaft legitimierten Form definiert zu sehen“ (Koen 1986: 135). Denn erst dann ist es eine Krankheit, und es besteht ein Recht auf Heilung. „Die überzeugendste Legitimierung einer Krankheit in einer Industriegesellschaft ist die schriftliche Bestätigung durch den Arzt: Verordnungen, Krankenschreibung, Einleitung eines Heilverfahrens oder die Berentung“ (ebd.: 136).

Nach dieser Einschätzung liegt die Betonung auf der Eingebundenheit des Krankheitsprozesses in ein gesellschaftliches System und weniger in der ausschließlichen Betonung der Zugehörigkeit eines Individuums zu einer kulturellen Gruppe, die einen Teilaspekt darstellt. Hierbei ist wesentlich, dass „Krankheit ... abhängig von der Gesellschaftsstruktur [ist]: Die Stellung des Individuums, seine Rollenverpflichtungen, die Werte und Normen im Umgang mit Krankheit, die Auseinandersetzung mit der Institution, all dies ist von Gesellschaft zu Gesellschaft anders und wirkt sich auch auf die Krankheit aus“ (Lux 2001: 28).

In der Arzt/Ärztin-PatientInnen-Interaktion kann unabhängig von der jeweiligen kultureller Herkunft an Grenzen im gegenseitigen Verstehen aufgrund unterschiedlicher Körper- und Seelenvorstellungen gestoßen werden. Domenig merkt an, „dass wir es nicht auch bei Patient/innen ohne Migrationshintergrund mit Perspektiven zu tun haben, die meist kaum oder nur punktuell mit der Sicht der Fachpersonen übereinstimmen“ (Domenig 2003: 91).

Nachdem zunächst vor allem im Hinblick auf den Zusammenhang zwischen Krankheit und Kultur auf die Problematik kulturspezifischer Krankheitskonzepte hingewiesen wurde, wird im Folgenden die Problematik der Kulturalisierung von Schmerzen am Beispiel der Diagnose „Mittelmeer-Syndrom“ behandelt.

## **7.5 Zur Kulturalisierung von Schmerzen am Beispiel des „Mittelmeer-Syndroms“**

Die Problematik der Kulturgebundenheit von Schmerz stellt sich im Zusammenhang mit dem Phänomen Schmerz am Beispiel des „Mittelmeer-Syndroms“ dar. Das „Mittelmeer-Syndrom“ lässt sich in den Komplex vermeintlicher kulturge-

bundener Symptomatiken bzw. Wahrnehmungsmuster einordnen. Es zählt neben Verlegenheitsdiagnosen wie „Mamma-Mia-Syndrom“ zu den inoffiziellen, aber gängigen Begriffen, mit denen in der medizinischen Praxis Symptomkomplexe und deren Interpretationen benannt werden, die dem medizinischen Personal fremd und nicht vertraut und an die kulturelle Herkunft – des Mittelmeeres – gebunden erscheinen.

Mit dem „Mittelmeer-Syndrom“ wird eine Symptomatik bezeichnet, die sich in erster Linie auf das Schmerzerleben und Schmerzverhalten der PatientInnen bezieht. Neben einem als expressiv und aggraviert wahrgenommenen Schmerzausdruck und demonstrativen Krankheitsäußerungen, einer stärkeren Klagsamkeit steht vor allem die Schmerzausbreitung über den gesamten Körper bzw. eine diffuse Symptompräsentation im Blickpunkt der Symptomatik, die als „Mittelmeer-Syndrom“ bezeichnet wird. Die globale Schmerzausbreitung fällt im medizinischen Alltag unter den Begriff „Ganzkörper-Schmerz“ bzw. „Ganzkörper-Syndrom“. Neben der Schmerzsymptomatik zielt der Begriff des „Mittelmeer-Syndroms“ vor allem auf eine vermeintliche erhöhte Somatisierungsneigung bei Personen aus dem Mittelmeerraum ab, die nachfolgend im Zentrum der Darstellung steht.

### **7.5.1 Zum so genannten Ganzkörper-Schmerz**

Die Darstellung zum Begriff Schmerz hat die Komplexität und Mehrdimensionalität dieses Phänomens deutlich gemacht. Sowohl physiologische Komponenten als auch soziokulturelle Faktoren wirken sich auf die Schmerzwahrnehmung und das Schmerzverhalten aus. In zahlreichen wissenschaftlichen Arbeiten zum Phänomen Schmerz werden Differenzen im Schmerzerleben als kulturell determiniert, und eine kulturspezifische Schmerzpräsentation und Schmerzwahrnehmung wird hervorgehoben (Engel, Hoffmann 1993, Illing o.J., Zimmermann 1986, Zborowski 1969). Neben wissenschaftlichen vergleichenden Studien, die allerdings nur bedingt einen kulturellen Faktor beim Schmerzerleben feststellen können, findet sich in der Literatur eine Reihe von Berichten aus der medizinischen bzw. psychotherapeutischen Praxis, die Einzelfälle schildern bzw. die subjektive Wahrnehmung der Behandelnden wiedergeben (u.a. Kielhorn 1994). Aus einer als diffus wahrgenommenen Symptompräsentation oder Ausdrücken wie ‚alles Schmerz‘ entsteht für MigrantInnen aus dem Mittelmeerraum oft die

Diagnose „Ganzkörper-Schmerz“. Neben Studien, die im Hinblick auf den so genannten Ganzkörper-Schmerz den kulturellen Aspekt betonen, werden in der interdisziplinären Schmerzforschung zunehmend andere Erklärungen gesucht. Zum einen wird der semantische Inhalt einer diffusen Symptompräsentation, die Ausdruck von traumatischen Erlebnissen in Vergangenheit, Gegenwart bzw. einer unsicheren Zukunft sein und zu einem komplexen psychischen Schmerzzustand führen kann, als Erklärung angeführt. Zum anderen werden geringe Sprachkenntnisse, geringe Schulbildung und damit verbunden das geringe Wissen über die Anatomie des Körpers als Ursache für unklare Schmerzlokalisationen in Betracht gezogen (Blechner 2001, Ernst 2000, Hüper 1997, Kilcher, Spiess 2003). Danach gehört der „Ganzkörper-Schmerz“ in den meisten Fällen eher in den Bereich chronischer Schmerzstörungen, als dass er eine kulturelle Besonderheit darstellt.

Die Ausführungen zu chronischen Schmerzsyndromen (vgl. Kapitel 7.4.3) haben gezeigt, dass die Chronifizierung entscheidend durch psychosoziale Umstände beeinflusst wird. Auf den Zusammenhang zwischen der Diagnose ‚Chronische Schmerzstörung‘, der Bedeutung psychosozialer Belastungen und des Einflusses des Medizinsystem bei der „Produktion von chronischen Schmerzen“ (Ots 1988: 15) bei MigrantInnen wird im folgenden Abschnitt eingegangen.

### **7.5.2 Zur Somatisierung der MigrantInnen**

Die Kulturalisierung bestimmter Beschwerden oder Schmerzen bei MigrantInnen drückt sich beim „Mittelmeer-Syndrom“ in dem ‚Vorwurf‘ aus, Patienten aus dem Mittelmeerraum würden in erhöhtem Maße zur Somatisierung psychosozialer Konflikte neigen (u.a. Illing o.J., Koch, Pfeiffer 2000, Zimmermann 1986). Unter dem Begriff der Somatisierung wird in der Medizin bzw. Psychosomatik die Übertragung psychischer Störungen bzw. Belastungen auf die körperliche Ebene (Soma) verstanden.

In der Literatur über die gesundheitliche Lage von MigrantInnen wird weitgehend die Körperbezogenheit des Leidens bei PatientInnen aus dem Mittelmeerraum hervorgehoben. Es wird von der „Leibhaftigkeit des Leidens“ und deren Auswirkungen auf die Interaktion mit dem Arzt gesprochen: „Die ausgeprägte Körperbezogenheit, mit der mediterrane Patienten ihr Leid erleben und darstellen, ist für den deutschen Arzt befremdlich“ (Koch, Pfeiffer 2000: 138).

Grundsätzlich kann in der Literatur zur Untersuchung des Phänomens der Somatisierung bei MigrantInnen zwischen verschiedenen Argumentationslinien unterschieden werden. Für einige zahlreiche AutorInnen ethnomedizinischer Studien erscheint die Feststellung einer erhöhten Somatisierungsneigung von PatientInnen mit Migrationshintergrund als ein kulturelles Charakteristikum und von der Herkunft der Patienten abhängig. Die AutorInnen begründen die Somatisierung mit dem Rückgriff der PatientInnen auf tradierte „orientalische“ Umgangsformen mit psychosozialen Belastungen und der (pauschalisierten) geringen Neigung mediterraner Patienten zur Introspektion (Koch, Pfeiffer 2000: 138). Den PatientInnen wird unterstellt, herkunftsbedingt seelische Belastungen nicht verbal zum Ausdruck bringen zu können und diese Belastungen stattdessen über körperliche Symptome bzw. die Beschreibung körperlicher Beschwerden nach außen tragen zu müssen (Zimmermann 1986: 153f).

Aus einer etwas anderen Perspektive, die ebenfalls an der erhöhten Somatisierungsneigung mediterraner PatientInnen festhält, wird das Phänomen weniger ethnozentrisch wahrgenommen. Dabei werden die angeblich nicht vollzogene Trennung zwischen Psyche und Soma und der damit verbundene Ausdruck über körperliche Symptome wie Schmerz weniger als Mangel, denn vielmehr als mögliche andere Form des Ausdrucks psychosozialer Belastungen und Stress bei MigrantInnen dargestellt, jedoch abweichend von der im Aufnahmeland Deutschland üblichen Ausdrucksweise wahrgenommen (Petersen 1995: 532, Kielhorn 1994: 105). „Die ärztliche Profession in unseren Breitengraden versteht die symbolische Dimension der körperlichen Beschwerden meist nicht und reduziert diese komplexen Beschwerdebilder nicht selten auf eine reine Somatisierung. Die Trennung von Psyche und Soma ist vielen anderen Kulturen fremd“ (Herrmann 2000: 29). Die AutorInnen dieser theoretischen Ausrichtung betonen, dass nur aus einem ethnozentristischen Blickwinkel das Phänomen überhaupt als Somatisierung wahrgenommen werde.

Eine weitere Position rückt die Herkunft als Argument noch weiter in den Hintergrund und nimmt verstärkt andere Faktoren in den Blick. Es werden vor allem schichtspezifische und dem Medizinsystem immanente Faktoren zur Erklärung herangezogen (Brucks, Wahl 2003, Gelzer 2002; Yildirim-Fahlbusch 2003, Weiss 2000). Dabei geht es in erster Linie um die Konstruktion des Phänomens der Somatisierung in der Interaktion zwischen medizinischem Personal und den Patienten.

tInnen, die durch inhaltliche Störungen in der Kommunikation möglich wird. Gelzer merkt hierzu an: „Unsere sehr auf Organpathologie zentrierte Medizin fördert die Präsentation von körperlichen Beschwerden bei Konsultationen von ÄrztInnen. Körperliche Symptome haben oft auch den Charakter eines Eintrittsbillets in das medizinische System, d.h. PatientInnen meinen, nur mit körperlichen Beschwerden zu einem Arzt gehen zu dürfen. Die ÄrztInnen haben die Tendenz, sich auf das angebotene körperliche Symptom zu stürzen. Dabei besteht die Gefahr, vor psychosozialen Anliegen die Augen zu verschließen, was zu einer verhängnisvollen Überbewertung der körperlichen Beschwerden führen, eine Fixation des Patienten darauf begünstigen und somit einer Somatisierung Vorschub leisten kann“ (Gelzer 2002: 44).

Brucks und Wahl erkennen im gängigen Kommunikationsmuster zwischen ärztlichem Personal und PatientInnen eine fatale Wechselwirkung und bezeichnen dieses als „Einverständnis im Missverständnis“, woraus letztendlich die therapeutische Strategie der Medikalisierung sozialer Problemlagen resultiert. Sie sehen auf Seiten der Patienten eine Somatisierung psychosozialer Probleme. Auf Seiten des medizinischen Personals werden die sozialen Probleme rein medizinisch, d.h. meist durch Medikation beantwortet. Im Grunde jedoch sind beide Seiten von der Wirksamkeit der Medikamente nicht überzeugt, aber „beide glauben, der andere könne den psychosozialen Hintergrund der Erkrankung nicht verstehen oder keine Konsequenzen daraus ziehen“ (Brucks, Wahl 2003: 17). Die oft jahrelange Medikalisierung, die ihren Ausgangspunkt bei ArbeitsmigrantInnen häufig in einer verminderten Belastbarkeit aufgrund einer Jahre währenden Anspannung und Überanstrengung der körperlichen und seelischen Kraft hat, trägt zum Entstehen jahrelanger Krankheitskarrieren bei und kann zu einer „Verlaufskurve kumulativen Schlamassels“ führen (ebd.: 18). Weiss sieht darin eine allgemeine Tendenz, soziale Konflikte an das Gesundheitswesen zu delegieren. „Das trifft übrigens für alle marginalisierten Gruppen zu, nicht nur für Migrantinnen und Migranten“ (Weiss 2000: 2665).

Weiss wendet sich gegen eine kulturalistische Sichtweise auf körperliche Beschwerden bzw. Schmerzen bei MigrantInnen und verweist auf sozialstrukturell bedingte Belastungsfaktoren: „Die Präsentation körperlicher Symptome wird dabei von Behandelnden oft als *kulturspezifisches* Problem verstanden. Dabei ist die Gefahr groß, das Fremde im ausländischen Patienten zu exotisieren, seine Kon-

flikte zu kulturalisieren und demgegenüber den Einfluss realer sozialer Bedingungen zu unterschätzen, in denen Migrantinnen und Migranten leben. Hier sind schichtspezifische Belastungsfaktoren (schwere Arbeit, gehäufte Unfälle, beengte Wohnverhältnisse, doppelt und dreifach belastete Frauen) meist aufschlussreicher als herkunftsspezifische Überlegungen“ (Weiss 2000: 2665). Weiss wendet sich deutlich gegen die generalisierende Behauptung der Somatisierung von MigrantInnen. Es ist ihr wichtig, zwischen einer körpernahen Symptompräsentation, welche der Beziehungsaufnahme dient und etwas über Erwartungen aussagt, und somatoformen Fixierungen, mit welcher sich eine als ausweglos erlebte Kränkungs-situation in einer ungünstigen Verschiebung zu verfestigen beginnt, zu unterscheiden. „Sonst entsteht der – häufig zitierte – falsche Eindruck, Migrantinnen und Migranten würden generell zur Somatisierung neigen. ... Welche Symptome vorherrschen und präsentiert werden, ist sozialisations- und kontextabhängig“ (ebd.: 2665f).

An anderer Stelle wird als Erklärung für die Wahrnehmung ausschließlich somatischer Beschwerden Zeitmangel und eine fehlende Ausbildung auf Seiten der Kliniker angeführt, wodurch es auf Seiten der PatientInnen häufig bei der Äußerung der somatischen Beschwerden bleibt (Petersen 1995: 537).

Domenig führt zur Erklärung der als Somatisierung wahrgenommenen Ausdrucksweise den unterschiedlichen Umgang mit Krankheit in individuumzentrierten Systemen oder Gesellschaften und soziozentrierten Systemen an, zu denen sie die meisten Herkunftsgesellschaften der MigrantInnen in Mitteleuropa zählt. „In zahlreichen Gesellschaften ist nicht die einzelne Person bzw. deren Körper die zentrale Einheit in einer Krankheitsepisode, sondern die Gemeinschaft, insbesondere die Familie. So wird das Krankheitsgeschehen in Beziehung zu anderen Familienmitgliedern gesetzt. Eine Störung im Körper kann demzufolge eine Disharmonie in der sozialen Ordnung ausdrücken, so dass auch die dafür geeignete Behandlung eher somatisch und sozial und weniger psychologisch ausgerichtet ist. In soziozentrierten Kontexten können körperliche Beschwerden gar angemessener sein als psychische“ (Domenig 2003: 92).

Welche Auswirkungen haben die immer noch verbreitete Vorstellung von der erhöhten Somatisierungsneigung von PatientInnen mit Migrationshintergrund und die Kulturalisierung dieses Phänomens auf den Umgang mit MigrantInnen im Gesundheitswesen, und welche Schlussfolgerungen lassen sich daraus ziehen?



### 7.5.3 Zu den Auswirkungen des ‚Vorwurfs‘ der Somatisierung

Zunächst ist die Gefahr zu nennen, dass von ärztlicher Seite Fehldiagnosen gestellt werden und möglicherweise schwere psychische Störungen wie Psychosen übersehen werden (Huber 2000). Vielfach werden PatientInnen, bei denen körperliche Beschwerden ohne erkennbare organische Ursache auftreten, in der Praxis als Simulanten etikettiert, oder es werden Verlegenheitsdiagnosen wie etwa „psychovegetative Beschwerden“, „Mamma Mia-Syndrom“ gestellt und ihre somatischen Beschwerden nicht ernst genommen (Koen 1986: 136). Des Weiteren wird diesen PatientInnen oftmals mangelnde Compliance unterstellt, da sie angeblich vor ihren eigentlichen psychischen Problemen die Augen zu verschließen scheinen (Domenig 2003: 92). Dies wiederum führt auf Seiten der betroffenen PatientInnen vielfach zu dem Gefühl, in ihren Krankheiten nicht akzeptiert zu werden (Koen 1986: 136).

Welche Probleme treten nun zusammenfassend am Beispiel der Problematik der Somatisierung zu Tage?

Oberflächlich kulturspezifisch wahrgenommene Phänomene verdecken zu einem großen Teil die Unzulänglichkeiten des medizinischen Versorgungssystems, die im Umgang mit PatientInnen mit Migrationshintergründen zugleich verschärft zum Vorschein kommen (Koen 1986: 136). Domenig merkt an: „Unabhängig davon dient die Kulturalisierung und Stereotypisierung von Migranten/innen in der Praxis nach wie vor als Strategie im Umgang mit Migranten/innen. Die Verunsicherung, das Unbehagen und letztlich die Infragestellung der eigenen professionellen Kompetenz fördern den Rückzug auf klare Modelle und Kategorien, die Ungewohntes vermeintlich ordnen, zuordnen und erklären. Die in den Gesundheitswissenschaften meist geltenden Gesetze der Objektivität und der empirischen Beweisbarkeit fördern das Denken in Kategorien und festen Ordnungen und somit auch das Festhalten an generellen ‚kulturspezifischen‘ Ordnungssystemen“ (Domenig 2003: 94). Domenig hebt deutlich die lebensweltlichen und soziokulturellen Anteile im Krankheitsprozess hervor, die nicht nur die Krankheitserfahrung von MigrantInnen beeinflussen, sondern aller erkrankten Menschen. Aus dieser Perspektive geht es im diagnostischen und therapeutischen Prozess primär darum, „individuelle Lebenswelten in der besonderen Situation und in unterschiedlichen Kontexten zu erfassen, zu verstehen und entsprechende, angepasste Handlungsweisen daraus abzuleiten“ (ebd.: 95). Auf die Auswirkungen struktureller Kom-

ponenten der Gesundheitsversorgung weist Verwey noch einmal deutlich hin: „... das jeweilige Krankheitsverhalten wird als Antwort auf die Auseinandersetzung mit der hiesigen Gesundheitsversorgung und auf dem Hintergrund der Interaktion zwischen medizinischem Fachpersonal und Migranten gesehen“ (Verwey 1994: 27). Dies spricht für einen Wandel von einer eher statischen zu einer eher dynamisch-kontextbezogenen Betrachtungsweise von Krankheit und ihrem Ausdruck (ebd.: 27). Dies alles kann als Plädoyer für die Differenzierung generalisierender Thesen gelten und spricht gegen eine Kulturalisierung körperlicher Symptompräsentationen wie des Schmerzes. Für die Mehrheit der Bevölkerung ist es auch nicht unüblich, ihre emotionalen Erfahrungen in der Sprache körperlicher Erlebnisse auszudrücken. Wem ist nicht schon einmal ‚die Galle übergelaufen‘ oder etwas ‚an die Nieren gegangen‘. Und vielen Menschen lastet häufig zu viel auf den ‚schmalen Schultern‘.

Der so genannte Ganzkörper-Schmerz – als eine chronische Schmerzstörung – sowie die Somatisierung psychosozialer Belastungen stehen im Blickpunkt interkulturell vergleichender Untersuchungen zur Schmerzwahrnehmung und zum Schmerzverhalten. Im Folgenden wird ein Einblick in die interkulturell vergleichende Forschung zum Phänomen Schmerz gegeben.

## **7.6 Interkulturell vergleichende Forschung zum Phänomen Schmerz**

### **7.6.1 Methoden der Schmerzmessung**

Da es sich beim Schmerz um ein subjektives Phänomen handelt, bei dem keine direkte Beobachtung möglich ist, kann es auch keine objektive Methode zur Schmerzmessung geben. In der Schmerzforschung existiert trotzdem eine große Vielfalt an experimentellen und klinischen Schmerzmessmethoden, um auf der Reaktionsebene unter anderem Schmerzschwellen und Schmerztoleranzschwellen zu messen. Daneben gibt es verschiedene Verfahren zur Erhebung des Schmerzverhaltens.

Bei experimentellen Messungen unter Laborbedingungen werden standardisierte Schmerzreize (Strom, Kälte etc.) gesetzt und verschiedene Personengruppen vor allem im Hinblick auf unterschiedliche Schmerzschwellen miteinander verglichen. Diese Methode lässt ausschließlich die Messung akuter Schmerzen zu. Die Methode, die am häufigsten in empirischen Studien zum Einsatz kommt, ist die

Selbstberichtsmethode mittels Schmerz-Ratingskalen. Anhand einer Skala z.B. zwischen 0 und 10 sollen die ProbandInnen die Stärke ihrer Schmerzen beurteilen. Bei der Skalenmethode kann von einer intraindividuellen Zuverlässigkeit vor allem hinsichtlich der Messung der Schmerzänderung ausgegangen werden, jedoch sind interindividuelle Vergleiche nur eingeschränkt möglich. Fragebögen dienen in der Regel der Erfassung mehrdimensionaler Aspekte des Schmerzes. Beispielsweise bekommen die ProbandInnen wie im McGill-Pain-Questionnaire ‚Adjektivlisten‘ vorgelegt, die sowohl Adjektive wie ‚brennend‘, ‚bohrend‘ und ‚stechend‘ zur Beschreibung sensorischer Empfindungen enthalten als auch Adjektive wie ‚ängstigend‘, ‚zerstörend‘ zur Beschreibung emotionaler Anteile. Hierbei handelt sich um eine sehr sprachbezogene Beurteilung (Ernst 2000: 58).

Während beim McGill-Pain-Questionnaire in erster Linie die sensorische und affektive Dimension erfragt werden, werden in den letzten Jahren zunehmend Studien durchgeführt, die die subjektiv empfundenen Beeinträchtigungen und deren soziale Auswirkungen wie etwa Krankschreibung, Frühberentung etc. erheben. Diese spielen vor allem hinsichtlich chronischer Schmerzen eine große Rolle (ebd.: 58).

Messungen mittels Schmerzskaalen und Fragebögen wie dem McGill-Pain-Questionnaire erfassen die individuellen Aspekte des Schmerzerlebens und der Schmerzerfahrungen aus Sicht der PatientInnen. Studien zeigen, dass diese subjektiv gewonnenen Aspekte nur gering mit medizinischen Kriterien und ärztlichen Bewertungen korrelieren. „Jedoch kann der emotionale Zustand des Schmerzpatienten den medizinischen Zustand eher vorhersagen als umgekehrt, und insofern sind die subjektiven Aspekte des Schmerzerlebnisses wichtig für die Schmerzdiagnostik“ (Aratow 1996: 7).

Neben den genannten quantitativen Untersuchungsmethoden gibt es eine Anzahl klinisch-analytischer Studien mit qualitativem Ansatz. Wissenschaftstheoretisch sind sie zum Teil an die ‚Grounded Theory‘ angelehnt und können als ein Bindeglied zu ethnologischer Forschung gesehen werden (u.a. Baarnhielm, Ekblad 2000, Kilcher, Spiess 2003).

### **7.6.2 Überblick über interkulturell vergleichende Studien zum Schmerz**

Die Anzahl deutschsprachiger Studien zur Problematik kultureller Unterschiede beim Phänomen Schmerz ist eher gering (Aratow 1996, Blechner 2001, Ernst 2000, Leyer 1990, Rukohl et al. 1993, Strate, Koch 2000). Da sich Deutschland lange Zeit nicht als Einwanderungsland gesehen und seine De-Facto-Zuwanderer nicht als solche wahrgenommen hat, wurde diesem Thema keine große Aufmerksamkeit geschenkt. In der deutschsprachigen Literatur wird immer wieder auf so genannte klassische englischsprachige Studien verwiesen, die in den 50er, 60er, 70er und 80er Jahren des 20. Jahrhunderts durchgeführt wurden (Lipton, Marbach 1984, Sternbach, Tursky 1965, Zborowski 1969, Zola 1966). Grundsätzlich ist die Forschungslandschaft zu dem Thema in den Ländern aktiver, die zu den klassischen Einwanderungsländern zählen, wie die USA, Australien und Israel, bzw. in den Ländern mit verschiedensprachigen Bevölkerungsgruppen wie etwa der Schweiz.

Während im Rahmen ethnologischer Feldstudien das Phänomen Schmerz innerhalb einer Kultur durch teilnehmende Beobachtung untersucht wird (Zborowski 1969), werden in anderen Disziplinen, wie der Medizin, Psychologie und Soziologie, interkulturell vergleichenden Untersuchungen des Schmerzes durchgeführt. Wie bereits bei der Darstellung der Methoden zur Schmerzmessung deutlich wurde, stehen je nach Studienansatz unterschiedliche Aspekte im Mittelpunkt vergleichender Untersuchungen zum Thema Schmerz.

In vergleichenden Studien zur Schmerzwahrnehmung steht vor allem der Bedeutungsgehalt des Schmerzes in verschiedenen Kulturen im Zentrum der Untersuchung. Hierbei handelt es sich zum Teil um qualitative Studien unter anderem auf der Grundlage von psychologischen Beratungsgesprächen oder Interviews (Blechner 2001, Grottian 1991, Leyer 1990). Der überwiegende Teil interkulturell vergleichender Studien befasst sich mit der Untersuchung klinischer Schmerzen. Hierbei ist das Erkenntnisinteresse in erster Linie auf die sensorische Beschreibung der Schmerzen gerichtet, aber auch auf das Verhalten, die Kognitionen und die Emotionen, die mit der Schmerzbewertung verbunden sind (Brena, et al. 1990, Ernst 2000, Koopman et al. 1984, Lipton, Marbach 1984). Grundsätzlich kann dabei zwischen Untersuchungen zum akuten Schmerz bzw. zum chronischen Schmerz unterschieden werden. In experimentellen Studien wird dagegen der ex-

perimentell erzeugte Schmerz untersucht, und es werden die Angaben zu Schmerzschwellen und zur Schmerztoleranz miteinander verglichen (Zatzick, Dimsdale 1990, Sternbach, Tursky 1965). Hinzu kommen empirische interkulturell vergleichende Studien zum Schmerzausdruck, beispielsweise im Hinblick auf die Häufigkeit des Schmerzklagens (Koopman et al. 1984).

Da im empirischen Teil dieser Arbeit die vergleichende Untersuchung klinischer Schmerzen im Mittelpunkt steht, wird im Folgenden ein Einblick in interkulturell vergleichende Studien zum klinischen Schmerz gegeben.

Eine ‚klassische‘ Studie ist die Untersuchung von Lipton und Marbach (1984), bei der 250 US-amerikanische BürgerInnen der dritten Einwanderergeneration irischer, italienischer, puertorikanischer Abstammung sowie schwarze und jüdische PatientInnen mit vorwiegend chronischen Gesichtsschmerzen untersucht wurden. Anhand von Fragebögen wurden sie zu ihren Schmerzerfahrungen im Hinblick auf den physischen Schmerz, aber auch hinsichtlich kognitiver, emotionaler Verhaltensaspekte befragt. Eine wesentliche Rolle spielte der Grad der kulturellen und sozialen Assimilation in den USA und der Grad der psychologischen Anspannung. Insgesamt traten zwischen den ethnischen Gruppen zum Teil signifikante Unterschiede im Schmerzerleben auf. In der Studie von Brena et al. (1990) wurden die krankheitsbedingten Beeinträchtigungen bei elf japanischen und zehn amerikanischen PatientInnen mit Rückenschmerzen sowie gesunden KontrollpatientInnen untersucht. Die japanischen PatientInnen zeigten eine signifikant geringere Beeinträchtigung. Die AutorInnen folgerten trotz der sehr kleinen Stichprobe, dass die Unterschiede möglicherweise kulturbedingt seien.

Bei vergleichenden Untersuchungen akuter Schmerzen existieren einige Studien zum Geburtsschmerz. Bei einem Vergleich zwischen amerikanischen Frauen und Frauen aus dem Mittleren Osten zeigten sich Unterschiede im Schmerzverhalten, jedoch lagen zwischen den Gruppen große soziale Unterschiede vor, die zu Verzerrungen geführt haben könnten (Weisenberg, Caspi 1989). Eine israelische Studie zum Geburtsschmerz zwischen „israelischen“ Frauen und „Beduinen“ stellte keine Unterschiede im Schmerzempfinden fest, jedoch schätzten die israelischen Ärzte und Hebammen die Schmerzen der Beduinen geringer ein als die der „israelischen“ Frauen (Sheiner et al. 1999). Eine norwegische Studie zur Schmerzmittelgabe bei Geburtswehen im Vergleich zwischen pakistanischen und einheimischen Frauen kam zu einem ähnlichen Ergebnis. Die pakistanischen Frauen er-

hielten bei gleicher Art und Dauer der Entbindung sehr viel seltener Schmerzmittel als die norwegischen Frauen (Vangen et al. 1996). Bei einer vergleichenden Studie zum postoperativen Schmerz, bei der die PatientInnen durch die AutorInnen in Gruppen „Asiaten“, „Schwarze“, „Lateinamerikaner“, „Native American Whites“ eingeteilt wurden und die Selbstgabe von Analgetika mittels patientenkontrollierter Medikamentenpumpen miteinander verglichen wurde, zeigte ebenfalls, dass das Personal die Gruppen unterschiedlich einschätzte, was eine Mehrverordnung von zusätzlichen Analgetika bei „Weißen“ und „Schwarzen“ zur Folge hatte (Ng et al. 1996).

Während in den älteren vergleichenden Studie die kulturspezifische Symptomwahrnehmung und Symptompräsentation im Zentrum der Untersuchung steht und sowohl quantitative als auch qualitative Unterschiede in der Schmerzwahrnehmung und im Schmerzausdruck zwischen den ethnischen Gruppen festgestellt wurden (Lipton, Marbach 1984, Sternbach, Tursky 1965, Zborowski 1969, Zola 1966), rücken in den neueren Studien zunehmend weitere Einflussfaktoren in den Mittelpunkt. Neuere interkulturell vergleichende Studien zur Schmerzwahrnehmung, die sich der in erster Linie der Untersuchung chronischer Schmerzen und dem Zusammenhang zwischen psychosozialen Belastungen und Schmerzen widmen, untersuchen verstärkt den Einfluss sozialer Faktoren auf die Schmerzwahrnehmung (Bachmann et al. 2000, Bergmann et al. 2001, Buskila, Neumann 1998, Ektor-Andersen et al. 1993, Ernst 2000, Keel 1992, Sabbioni, Eugster 2001, Soares et al. 1999). Hierbei stellen sich das Alter, der Bildungsgrad und die ökonomische Lage der ProbandInnen zunehmend als bedeutende Einflussfaktoren heraus. Ebenso, wie bereits in den Studien zur Schmerzmittelgabe deutlich wurde, zeigen auch diese Studien, wie beispielsweise das Verhalten des medizinischen Personals zur Wahrnehmung und Festschreibung kultureller Unterschiede beiträgt. Auf die letztgenannten Untersuchungen wird in der Diskussion der empirischen Ergebnisse der vorliegenden Arbeit genauer eingegangen.

## 8 Empirischer Teil

### 8.1 Studiendesign und Methodik

Im empirischen Teil meiner Arbeit greife ich auf Daten zurück, die im Rahmen einer vergleichenden Untersuchung „Unterschiede in der Inanspruchnahme klinischer Notfallambulanzen durch deutsche Patienten/innen und Migranten/innen“ in drei Berliner Krankenhäusern in den Stadtbezirken Wedding, Kreuzberg und Neukölln erhoben wurden.<sup>15</sup> In diesen drei Stadtbezirken ist der AusländerInnenanteil mit 32,1% (Wedding), 32,4% (Kreuzberg) und 21,6% (Neukölln) sehr hoch (Statistisches Landesamt Berlin, Stand 30.06.2002).

Die Erhebung wurde in den internistischen und gynäkologischen Notfallambulanzen der Charité/Campus Virchow Klinikum, des Vivantes Klinikums am Urban und des Vivantes Klinikums Neukölln durchgeführt. Neben der Analyse von ca. 5000 Erste-Hilfe-Scheinen und einer ergänzenden Befragung der behandelnden Ärztinnen und Ärzte wurde eine PatientInnenbefragung anhand standardisierter Interviews (Fragebogen siehe Anhang) durchgeführt. In der vorliegenden Arbeit werden ausschließlich die Daten aus der PatientInnenbefragung in die Auswertung einbezogen. Aus diesem Grund beziehen sich die nachfolgenden Ausführungen nur auf diesen Teil der Untersuchung.

Die Befragung von PatientInnen erstreckte sich pro Standort über einen Zeitraum von einem Monat, jeweils täglich (Montag bis Sonntag) zwischen 15.00 und 1.00 Uhr. In den gynäkologischen und internistischen Notfallambulanzen der Charité wurden im Oktober und November 2001 insgesamt 255 PatientInnen befragt, im Klinikum am Urban ebenfalls 255 PatientInnen. In den Notfallambulanzen des Klinikums Neukölln fand die Befragung im März und April 2002 statt. Dort wurden 305 PatientInnen befragt.

Um der Zielgruppe der PatientInnen ausländischer Herkunft gerecht zu werden, wurde der Fragebogen in acht relevante MigrantInnensprachen übersetzt und InterviewerInnen mit Fremdsprachenkompetenz eingesetzt. Die von den MuttersprachlerInnen oder professionellen DolmetscherInnen übersetzten Fragebögen

---

<sup>15</sup> Die Ausführungen zum Studiendesign und zur Untersuchungsmethodik sind in erster Linie dem Abschlussbericht der oben aufgeführten Studie entnommen.

wurden mündlich rückübersetzt und ggf. korrigiert oder modifiziert, um die Bedeutungsäquivalenz sicherzustellen.

Die Befragung der PatientInnen erstreckte sich unter anderem auf folgende Themenbereiche: Zugangswege in die Notfallambulanz, Erwartungen an die Erste Hilfe, Eigenhilfemaßnahmen, Schmerz- und Beschwerdewahrnehmung, Sozialdaten und Migrationsaspekte wie etwa Selbsteinschätzung der Deutschkenntnisse. Im Zentrum der vorliegenden Auswertung stehen die Fragen zur Schmerzwahrnehmung, zum Beschwerdestatus sowie zu zurückliegenden belastenden Ereignissen. Der Fragebogen enthält überwiegend vorgegebene Antwortkategorien, aber auch offene Fragen, die von den PatientInnen in Textform beantwortet und von den InterviewerInnen protokolliert wurden. Die offenen Fragen wurden für die Auswertung kategorisiert und anschließend codiert.

Für die Auswahl der Stichprobe wurden Ein- und Ausschlusskriterien festgelegt. Die folgende Darstellung gibt eine Übersicht:

**Einschlusskriterien:**

- Medizinische Fachrichtung: Innere Medizin und Gynäkologie
- Zeit der Inanspruchnahme: tägl. 15.00 – 01.00 Uhr
- Altersgruppe: 15 – 65 Jahre
- PatientIn ist orientiert und ansprechbar
- Bereitschaft zur Studienteilnahme und schriftliches Einverständnis

**Ausschlusskriterien:**

- nach Einschätzung des Klinikpersonals nicht befragbare PatientInnen (z. B. akute Lebensgefahr oder andere medizinische Gründe)

**Procedere:**

- mündliche Abfrage der Fragebögen (strukturierte Interviewleitfäden) durch InterviewerInnen (ca. 30 min.)
- Begleitpersonen wurden bei Einverständnis der Patienten einbezogen

**Studienkollektive:**

- **Subkollektiv 1:**
- alle MigrantInnen, die im Erhebungszeitraum die Erste Hilfe aufsuchten
- **Subkollektiv 2:**
- jeweils unmittelbar darauf folgende/r deutsche/r PatientIn



- Unterscheidungskriterium bei der Rekrutierung: äußere Wahrnehmung der Ethnizität durch InterviewerIn, Name
- Unterscheidungskriterium nach der Befragung: selbst angegebene Muttersprache des/r PatientIn
- Jede/r PatientIn wurde im Erhebungszeitraum nur einmal erfasst

**Untersuchungsinstrument:**

- von den ProjektmitarbeiterInnen entwickelter Fragebogen (Leitfaden für standardisierte Interviews)
- Fragebogen liegt in neun Sprachen vor (deutsch, türkisch, arabisch, englisch, serbokroatisch, polnisch, kurdisch, spanisch, russisch)

Die Stichprobe der PatientInnenbefragung wurde auf die Altersgruppe der 15 bis 65-Jährigen beschränkt, da der Anteil älterer MigrantInnen über 65 Jahren in Deutschland derzeit vergleichsweise gering ist. Da vor der Befragung keine anderen Anhaltspunkte über die Ethnizität der PatientInnen oder über einen Migrationshintergrund vorlagen, fand die Zuordnung zu den Subkollektiven zunächst anhand der äußeren Wahrnehmung durch die InterviewerInnen und eines deutsch oder nicht-deutschen Namens statt. In der Auswertung der Befragungsdaten wurde die Einteilung in einigen Fällen korrigiert und die von den PatientInnen angegebene Muttersprache als Unterscheidungskriterium für die Ethnizität gewählt. Im Rahmen der Stichprobenbeschreibung wird genauer darauf eingegangen, warum die Muttersprache als Unterscheidungskriterium gewählt wurde und nicht etwa die Staatsangehörigkeit oder der Geburtsort.

Um den Klinik- und Behandlungsablauf nicht zu stören und aus medizinischen und ethischen Gründen, wurden die PatientInnen erst nach Aufnahme ihrer Personalien und einer Anamnese vom medizinischen Personal von den InterviewerInnen auf die Befragung angesprochen. Insgesamt konnte eine Rücklaufquote von 88,7% erreicht werden. Die mündliche Befragung ließ zu, dass auch PatientInnen mit geringem Alphabetisierungsgrad in die Studie einbezogen werden konnten.

Bei der statistischen Auswertung für diese Arbeit konnte auf einen vorhandenen SPSS-Datensatz zurückgegriffen werden, der bereits auf Vollständigkeit, Richtigkeit und Plausibilität geprüft und anschließend anhand des Datenverarbeitungsprogramms SPSS einer weiteren Prüfung unterzogen worden war. Fehlerkorrekturen waren bereits durch wiederholte Einsicht in den jeweiligen Originalfragebo-

gen erfolgt. Die in dieser Arbeit ausgewerteten Daten beziehen sich ausschließlich auf Fragen mit vorgegebenen Antwortkategorien. Für die statistische Auswertung wurden die Unterschiede in den Merkmalsausprägungen anhand des  $\chi^2$ -Tests mit Hilfe des Statistikprogramms SPSS auf Signifikanz geprüft. Wenn mehr als 25% der Zellen eine erwartete Häufigkeit  $< 5$  aufwiesen, wurde der Exakte Fisher-Test verwendet. Generell haben die durchgeführten Analysen explorativen Charakter, und alle p-Werte sind ohne Bonferroni-Korrektur angegeben.

Im Folgenden werden zunächst die soziodemographischen Daten und migrationspezifischen Aspekte der gesamten Stichprobe aufgeführt. Die anschließende Auswertung der Daten zur Schmerzwahrnehmung umfasst dagegen ausschließlich die Ergebnisse der vergleichenden Analyse zwischen den deutschen PatientInnen und den MigrantInnen türkischer bzw. kurdischer Herkunft, die die größte Gruppe der befragten MigrantInnen ausmachten.

## 8.2 Stichprobenbeschreibung

Die soziodemographischen Daten des Untersuchungskollektivs werden im Folgenden für Frauen und Männer sowie für die ethnischen Kollektive gesondert dargestellt, um mögliche geschlechts- und ethnizitätsspezifische Unterschiede innerhalb der Stichprobe sichtbar zu machen.

### 8.2.1 Geschlecht

Insgesamt konnten 814 Patientinnen und Patienten anhand standardisierter Interviews befragt und die ausgefüllten Fragebögen in die Auswertung einbezogen werden. 515 Frauen (63,3%)<sup>16</sup> und 299 Männer (36,7%) wurden befragt. Vollständig ausgefüllte Fragebögen liegen von 497 weiblichen und 292 männlichen Patienten vor.

### 8.2.2 Ethnizität

#### Muttersprache als Indikator für die kulturelle Herkunft

Um in der vorliegenden Arbeit zum Phänomen Schmerz etwas zum Einfluss der Kultur auf das Schmerzerleben sagen zu können, bedurfte es einer Operationalisierung des Merkmals der kulturellen Herkunft. Die ethnische Herkunft der ProbandInnen dient in dieser Arbeit als Indikator für die kulturelle Herkunft der untersuchten Personen. Die von den ProbandInnen selbst angegebene Muttersprache bildet hierbei das Kriterium zur Bestimmung der Ethnizität.

Die Ethnizität der Patientinnen und Patienten war ein zentrales Kriterium bei der Zusammenstellung der Stichprobe. Insofern besteht die Stichprobe etwa zur Hälfte aus Deutschen und aus MigrantInnen (Tab. 2).<sup>17</sup>

---

<sup>16</sup> Ein Viertel (25,8%) der Patientinnen wurde in den gynäkologischen Notfallambulanzen befragt.

<sup>17</sup> Da von sechs Frauen und zwei Männern die Muttersprache nicht erfasst wurde, beziehen sich die Daten der Stichprobenbeschreibung auf maximal 806 Probandinnen und Probanden.

Tab. 2: Muttersprache der PatientInnen (Sprachgruppen) nach Geschlecht (in %)

Muttersprache	Frauen (n=509)	Männer (n=297)
deutsch (n=373)	44,2	49,8
türkisch/kurdisch <sup>18</sup> (n=241)	32,4	25,6
arabisch, persisch/Nahost (n=45)	4,7	7,1
südosteuropäische Sprachen (Balkan) (n=53)	7,3	5,4
osteuropäische Sprachen (n=38)	4,5	5,1
übrige europäische Sprachen (n=28)	3,3	3,7
ostasiatische Sprachen (n=13)	2,0	1,0
afrikanische Sprachen (n=15)	1,6	2,4

Auf Grund der geringen Fallzahlen der meisten Sprachgruppen wurden für die Stichprobenbeschreibung und die Auswertung die MigrantInnen, die eine andere als die türkische/kurdische Muttersprache angaben, in einer Gruppe zusammengefasst. Dieses Kollektiv wird im Folgenden unter ‚andere Muttersprache‘ erfasst und umfasst demnach die arabischen, südosteuropäischen, osteuropäischen, die übrigen europäischen Sprachen sowie alle ostasiatischen und afrikanischen Muttersprachen. Daraus ergibt sich folgende Verteilung auf die drei ethnischen Untergruppen (Abb. 3):

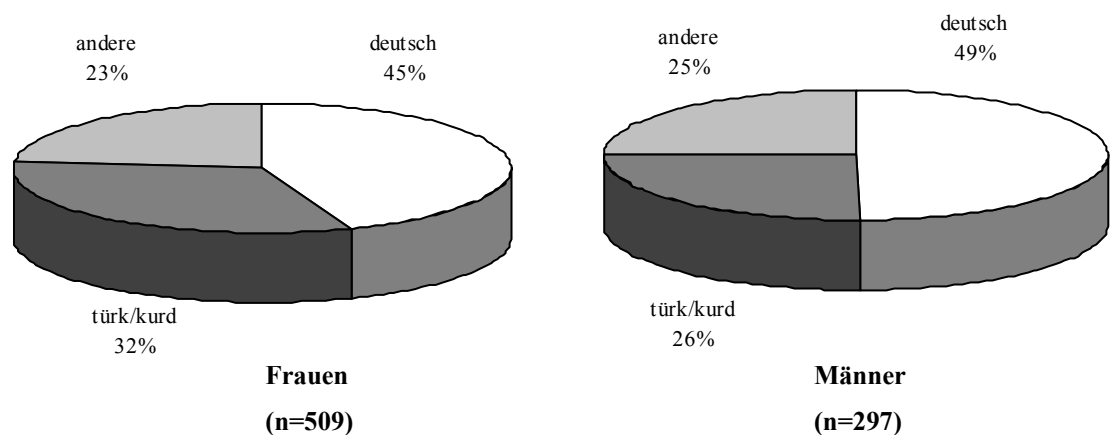


Abb. 3: Ethnische Untergruppen nach der Muttersprache der PatientInnen (Sprachgruppen) nach Geschlecht (in %)

### Geburtsort

Die Angaben zum Geburtsort stimmen in den meisten Fällen nicht mit den Angaben zur Muttersprache der ProbandInnen überein. Etwa 30% der MigrantInnen,

<sup>18</sup> 84% der PatientInnen in dieser Gruppe gaben türkisch als Muttersprache an, 16% kurdisch.

die türkisch oder kurdisch als Muttersprache angeben, wurden in Deutschland geboren. Bei den MigrantInnen anderer Ethnizität beträgt dieser Anteil dagegen nur 18% bei den Frauen und 15% bei den Männern (Tab. 3).

**Tab. 3: Geburtsort und Ethnizität der befragten PatientInnen (in %)**

Geburtsort	Frauen				Männer			
	gesamt (n=502)	Muttersprache			gesamt (n=293)	Muttersprache		
		deutsch (n=224)	türk/kurd (n=160)	andere (n=118)		deutsch (n=146)	türk/kurd (n=74)	andere (n=73)
Deutschland	58,0	98,7	30,6	17,8	59,4	97,3	28,4	15,1
Türkei	22,3	0,0	69,4	0,8	18,1	0,0	70,3	1,4
Ex-Jugoslawien	5,8	0,0	0,0	24,6	5,5	0,7	0,0	20,5
Polen	3,4	0,4	0,0	13,6	2,7	0,0	0,0	11,0
Nahost/Arab.	3,4	0,0	0,0	14,4	5,1	0,0	0,0	20,5
Westeuropa, USA	2,0	0,9	0,0	6,8	3,8	2,1	1,4	9,6
GUS	1,2	0,0	0,0	5,1	1,4	0,0	0,0	5,5
Südostasien	1,6	0,0	0,0	6,8	1,4	0,0	0,0	5,5
Nordafrika	0,4	0,0	0,0	1,7	0,7	0,0	0,0	2,7
Sub-Sahara	1,2	0,0	0,0	5,1	1,4	0,0	0,0	5,5
Lateinamerika	0,8	0,0	0,0	3,4	0,7	0,0	0,0	2,7

### Staatsangehörigkeit

Ebenso kommt es zu Abweichungen zwischen den Angaben zur Staatsangehörigkeit und zur Muttersprache. Bei den türkischen MigrantInnen besitzen rund 25% die deutsche Staatsangehörigkeit. In der Gruppe der MigrantInnen nicht-türkischer Ethnizität gab sogar ein Drittel an, über die deutsche Staatsbürgerschaft zu verfügen (Tab. 4).

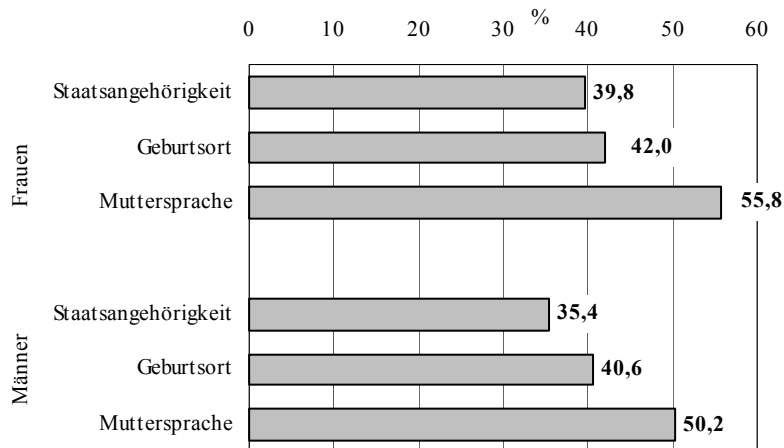
**Tab. 4: Staatsangehörigkeit nach Geschlecht und Ethnizität (in %)**

Staatsangehörigkeit	Frauen				Männer			
	gesamt (n=503)	Muttersprache			gesamt (n=288)	Muttersprache		
		deutsch (n=223)	türk/kurd (n=162)	andere (n=118)		deutsch (n=146)	türk/kurd (n=70)	andere (n=72)
deutsch	60,2	98,7	26,5	33,9	64,6	97,9	24,3	36,1
andere	39,8	1,3	73,5	66,1	35,4	2,1	75,7	63,9

### Vergleich zwischen Muttersprache, Geburtsort und Staatsangehörigkeit

Die folgende Graphik (Abb. 4) stellt die Angaben, die von den ProbandInnen zu ihrer Muttersprache, zu ihrem Geburtsort sowie zur Staatsangehörigkeit gemacht wurden, gegenüber. Je nach Kriterium ergibt sich ein unterschiedlicher Anteil von nicht-deutschen PatientInnen. Wie in der Diskussion um die Begriffe ‚MigrantIn‘

und ‚AusländerIn‘ deutlich wurde, lässt sich nicht ohne weiteres anhand der üblichen Kriterien wie Staatsangehörigkeit oder Geburtsort einer Person auf die ethnische bzw. kulturelle Herkunft eines Individuums und einen eventuellen Migrationshintergrund – ein zentraler Aspekt in dieser Studie – schließen. Ich habe mich daher den VerfasserInnen der Studie „Unterschiede in der Inanspruchnahme von Notfallambulanzen durch deutsche Patienten/innen und Migranten/innen“ angeschlossen und die Muttersprache zur Bestimmung der Ethnizität gewählt, da die Sprache ein wesentliches Merkmal einer gemeinsamen Herkunft darstellt und die ethnische Selbstidentifikation am genauesten widerspiegelt. In diesem Zusammenhang werden auch die Personen als MigrantInnen erfasst, die etwa inzwischen eingebürgert wurden.



**Abb. 4: Vergleich des Anteils der nicht-deutschen PatientInnen auf Basis unterschiedlicher Definitionskriterien nach Geschlecht (in%)**

### 8.2.3 Alter und Familienstand

Etwa jeweils 40% der Frauen sind unter 30 Jahren bzw. zwischen 30 und 50 Jahren alt. Den geringsten Anteil stellen die Frauen über 50 bis 65 Jahre. Zwischen den ethnischen Gruppen variiert die Altersverteilung nur geringfügig. Die türkischen/kurdischen Frauen sind etwas stärker in der jüngsten und entsprechend schwächer in der ältesten Altersgruppe vertreten.

Die Männer sind im Durchschnitt etwas älter als die befragten Frauen. Bei den männlichen Befragten ist nahezu die Hälfte zwischen 30 und 50 Jahren alt. Die übrigen Männer verteilen sich gleichmäßig auf die beiden anderen Altersgruppen. Allerdings sind die Altersdifferenzen bei den Männern je nach ethnischer Herkunft größer als bei den Frauen. Sehr viel mehr Migranten als deutsche Patienten

sind unter 30 Jahre alt. Dafür ist der Anteil der Männer über 50 Jahre bei den deutschen Patienten mit etwa 40% deutlich größer als bei den Migranten (Tab. 5).

**Tab. 5: Altersverteilung nach Geschlecht und Ethnizität (in %)**

Altersverteilung	Frauen				Männer			
	gesamt (n=494)	Muttersprache			gesamt (n=289)	Muttersprache		
		deutsch (n=221)	türk/kurd (n=157)	andere (n=116)		deutsch (n=142)	türk/kurd (n=75)	andere (n=72)
< 30 Jahre	41,5	40,3	45,2	38,8	27,3	15,5	41,3	36,1
30 bis 50 Jahre	39,1	38,0	38,9	41,4	45,0	46,5	44,0	43,1
> 50 bis 65 Jahre	19,4	21,7	15,9	19,8	27,7	38,0	14,7	20,8

### Familienstand

Beim angegebenen Familienstand unterscheiden sich die ethnischen Kollektive deutlich voneinander. Während nahezu die Hälfte der deutschen Frauen und Männer ledig ist, ist dieser Anteil vor allem bei den Migrantinnen sehr viel geringer. Nicht einmal jede sechste türkische/kurdische Frau ist ledig, bei den türkischen/kurdischen Männern ist es immerhin jeder Dritte. Dagegen sind über 70% der türkischen/kurdischen Frauen und 63% der türkischen/kurdischen Männer verheiratet (Tab. 6).

**Tab. 6: Familienstand nach Geschlecht und Ethnizität (in %)**

Familienstand	Frauen				Männer			
	gesamt (n=504)	Muttersprache			gesamt (n=294)	Muttersprache		
		deutsch (n=223)	türk/kurd (n=164)	andere (n=117)		deutsch (n=146)	türk/kurd (n=76)	andere (n=72)
Ledig	31,0	46,6	15,9	22,2	38,4	44,5	31,6	33,3
Verheiratet	53,2	34,5	70,7	64,1	48,0	39,0	63,2	50,0
Geschieden	7,1	10,3	5,5	3,4	9,2	13,0	2,6	8,3
Verwitwet	4,2	3,6	3,7	6,0	1,7	2,7	0,0	1,4
Dauerhaft getrennt lebend	4,6	4,9	4,3	4,3	2,7	0,7	2,6	6,9

### 8.2.4 Bildungsgrad

Bei der Frage nach dem höchsten Schulabschluss wurden die deutschen und türkischen Schulabschlüsse (inkl. Universitätsabschlüsse), die im Fragebogen als Antwortmöglichkeiten vorgegeben waren, für die Auswertung zusammengefasst. Es zeigt sich, dass die MigrantInnen dieser Untersuchung im Durchschnitt über eine deutlich geringere Schulbildung verfügen als die Deutschen.

Nahezu die Hälfte der türkischen/kurdischen Frauen besitzt keinen Schulabschluss bzw. hat nur die Grundschule besucht. Bei den Migrantinnen anderer Ethnizität sind es etwa 30%. Dagegen haben 23% der deutschen Patientinnen Abitur bzw. einen Hochschulabschluss. Nicht einmal 5% der türkischen/kurdischen Frauen verfügen über einen höheren Bildungsabschluss.

Bei den türkischen/kurdischen Männern ist der Anteil der Befragten ohne Schulabschluss mit 30% deutlich geringer als bei den türkischen/kurdischen Frauen. Dagegen ist der Anteil der türkischen/kurdischen Migranten mit Abitur fünf Mal so hoch wie bei den türkischen/kurdischen Migrantinnen (Tab. 7).

**Tab. 7: Bildungsgrad nach Geschlecht und Ethnizität (in %)**

Bildungsgrad	Frauen				Männer			
	gesamt (n=497)	Muttersprache			gesamt (n=285)	Muttersprache		
		deutsch (n=216)	türk/kurd (n=164)	andere (n=117)		deutsch (n=143)	türk/kurd (n=72)	andere (n=70)
<b>kein Schulabschluss/ nur Grundschule</b>	<b>26,2</b>	8,3	47,0	29,9	<b>17,5</b>	4,9	30,6	30,0
<b>Haupt-, Real- /Mittel-, Berufsschule</b>	<b>55,3</b>	68,5	48,2	41,0	<b>57,2</b>	67,1	43,1	51,4
<b>Abitur/ Hochschulabschluss</b>	<b>18,5</b>	23,1	4,9	29,1	<b>25,3</b>	28,0	26,4	18,6

Der Bildungsgrad variiert je nach Alter der Befragten; bei den ältesten PatientInnen türkischer/kurdischer Herkunft sowie bei den Migrantinnen anderer Ethnizität ist der Anteil derjenigen ohne Schulabschluss besonders hoch (Anhang-Tab. 1 und Anhang-Tab. 2).



## 8.2.5 Erwerbssituation

### Derzeitige Berufstätigkeit

Während bei den Männern kaum ethnizitätsspezifische Unterschiede hinsichtlich einer derzeitigen Berufstätigkeit zu erkennen sind, gingen vor allem die türkischen/kurdischen Migrantinnen zum Befragungszeitpunkt sehr viel seltener einer Berufstätigkeit nach als die deutschen Frauen. Insgesamt ist jedoch die Quote der Erwerbstätigen bei den ProbandInnen insgesamt mit unter 50% sehr gering (Tab. 8).

Tab. 8: Derzeitige Berufstätigkeit nach Geschlecht und Ethnizität (in %)

Derzeit berufstätig?	Frauen				Männer			
	gesamt (n=496)	Muttersprache			gesamt (n=291)	Muttersprache		
		deutsch (n=219)	türk/kurd (n=161)	andere (n=116)		deutsch (n=145)	türk/kurd (n=73)	andere (n=73)
ja	36,1	44,3	27,3	32,8	45,4	44,8	46,6	45,2
nein	63,9	55,7	72,7	67,2	54,6	55,2	53,4	54,8

### Erwerbsstatus

Über ein Viertel der befragten Männer bezieht derzeit Sozialhilfe bzw. erhält Arbeitslosenunterstützung. Bei den Migranten ist dieser Anteil doppelt so hoch wie bei den Deutschen. Bei den Frauen sind es rund 20%, die von Arbeitslosen- oder Sozialhilfe leben, wobei auch hier die Migrantinnen sehr viel häufiger diese Unterstützung erhalten. Insgesamt leben über 60% der türkischen/kurdischen Migrantinnen von staatlicher Unterstützung oder verfügen als Hausfrauen über kein eigenes Einkommen (Tab. 9).

Tab. 9: Erwerbsstatus nach Geschlecht und Ethnizität (in %)

Erwerbsstatus	Frauen				Männer			
	gesamt (n=486)	Muttersprache			gesamt (n=285)	Muttersprache		
		deutsch (n=217)	türk/kurd (n=156)	andere (n=113)		deutsch (n=143)	türk/kurd (n=73)	andere (n=69)
untere Erwerbsgruppe	9,5	9,7	9,0	9,7	9,1	5,6	11,0	14,5
mittlere Erwerbsgruppe	15,0	18,9	11,5	12,4	18,9	18,9	20,5	17,4
höhere Erwerbsgruppe	5,1	7,8	1,3	5,3	13,7	20,3	8,2	5,8
SchülerIn, StudentIn	13,2	18,9	6,4	11,5	8,1	6,3	9,6	10,1
Hausfrau/Hausmann	21,0	11,5	29,5	27,4	1,8	1,4	2,7	1,4
arbeitslos, Sozialhilfe	20,6	11,1	31,4	23,9	26,7	18,2	32,9	37,7
Rente, Pension	9,7	12,4	9,0	5,3	15,8	23,8	8,2	7,2
sonstige	6,0	9,7	1,9	4,4	6,0	5,6	6,8	5,8

## 8.2.6 Migrationsspezifische Aspekte

Den ProbandInnen, die eine andere als die deutsche Sprache als Muttersprache angaben, wurden zusätzliche Fragen gestellt, die Aufschluss über einige migrationspezifische Aspekte geben.

### Migrationsmodus

Über die Hälfte der türkischen/kurdischen Migrantinnen ist in Deutschland geboren bzw. hier aufgewachsen. Ein weiteres Drittel ist im Rahmen des Ehegattennachzugs nach Deutschland migriert. Der Anteil der türkischen Arbeitsmigrantinnen ist dagegen mit 7% sehr gering. Bei den türkischen/kurdischen Migranten beträgt der Anteil der in Deutschland geborenen bzw. als Kind nach Deutschland migrierten zwar ebenfalls über 50%, jedoch sind deutlich mehr von ihnen zur Arbeitsaufnahme (17%) sowie zu Ausbildungszwecken (7%) nach Deutschland gekommen.

Insgesamt ist bei den Männern der Anteil der politischen Flüchtlinge etwa doppelt so hoch wie bei den Frauen. Besonders viele Migranten anderer Ethnizität (19%) gaben politische Gründe für ihren Aufenthalt in Deutschland an. Auch bei den Frauen anderer Ethnizität ist der Anteil der politischen Flüchtlinge (13%) deutlich höher als bei den türkischen/kurdischen Migrantinnen. Die MigrantInnen anderer Ethnizität sind zu 29% (Frauen) bzw. 24% (Männer) in Deutschland geboren oder aufgewachsen (Tab. 10).

Tab. 10: Migrationsmodus nach Geschlecht und Ethnizität (in %)

Migrationsmodus	Frauen			Männer		
	gesamt (n=272)	Muttersprache		gesamt (n=141)	Muttersprache	
		türk/kurd (n=158)	andere (n=114)		türk/kurd (n=71)	andere (n=70)
in Deutschland geboren/ als Kind mit den Eltern gekommen	45,6	57,6	29,0	39,0	53,6	24,3
Ehepartner/in in Deutschland	30,1	33,5	25,4	11,3	15,5	7,1
Arbeitsaufnahme	8,5	7,0	10,5	17,0	16,9	17,1
politische Gründe (Asyl)	6,3	1,3	13,2	12,8	7,0	18,6
Studium/Ausbildung	3,3	0,6	7,0	6,4	7,0	5,7
als deutschstämmige/r Aussiedler/in	1,5	0,0	3,5	2,8	0,0	5,7
andere Wege	4,8	0,0	11,4	10,6	0,0	21,4

### Lese- und Schreibfähigkeit in deutscher Sprache (Selbsteinschätzung)

Die türkischen/kurdischen Migrantinnen schätzen ihre Fähigkeiten beim Lesen und Schreiben in der deutschen Sprache schlechter ein als die türkischen/kurdischen Migranten. Während nahezu 40% der türkischen/kurdischen Frauen angaben, über keine oder nur geringe Lese- und Schreibfähigkeiten zu verfügen, sagten dies nur 24% der türkischen/kurdischen Männer. Bei den MigrantInnen anderer Ethnizität zeigen sich in dieser Vergleichsgruppe nur geringe geschlechtsspezifische Unterschiede; über ein Viertel schätzt seine Deutschkenntnisse bei Lesen und Schreiben als gering ein (Tab. 11).

Tab. 11: Lesen und Schreiben in deutscher Sprache (in %)

Lesen und Schreiben in deutsch	Frauen			Männer		
	gesamt (n=280)	Muttersprache		gesamt (n=149)	Muttersprache	
		türk/kurd (n=161)	andere (n=119)		türk/kurd (n=76)	andere (n=73)
gar nicht	15,7	18,0	12,6	8,1	7,9	8,2
wenig	18,2	19,9	16,0	16,8	15,8	17,8
einigermaßen gut	17,9	14,9	21,8	24,2	14,5	34,2
gut	19,6	18,6	21,0	30,9	35,5	26,0
sehr gut	28,6	28,6	28,6	20,1	26,3	13,7

### Sprechen und Verstehen der deutschen Sprache (Selbsteinschätzung)

Geschlechtsspezifische Unterschiede zeigen sich bei den türkischen/kurdischen MigrantInnen ebenfalls im Hinblick auf das Sprechen und Verstehen der deutschen Sprache. Nahezu 20% der türkischen/kurdischen Frauen gaben an, kein deutsch oder nur wenig zu verstehen. Bei den Männern türkischer/kurdischer Herkunft schätzen dagegen nicht einmal 7% ihre deutschen Sprachkenntnisse gering ein. Bei den MigrantInnen anderer Ethnizität schätzen ebenfalls die Frauen ihre Deutschkenntnisse etwas geringer ein. Immerhin 17% der Frauen gaben an, nur wenig oder kein deutsch zu verstehen bzw. zu sprechen (Tab. 12).

Tab. 12: Sprechen und Verstehen in deutscher Sprache (in %)

Sprechen und Verstehen in deutscher Sprache	Frauen			Männer		
	gesamt (n=281)	Muttersprache		gesamt (n=148)	Muttersprache	
		türk/kurd (n=162)	andere (n=119)		türk/kurd (n=75)	andere (n=73)
gar nicht	5,0	4,9	5,0	1,4	0,0	2,7
wenig	13,5	14,8	11,8	7,4	6,7	8,2
einigermaßen gut	24,6	24,1	25,2	27,7	25,3	30,1
gut	19,9	19,8	20,2	29,1	26,7	31,5
sehr gut	37,0	36,4	37,8	34,5	41,3	27,4

### **8.2.7 Zusammenfassung**

Insgesamt verfügen die MigrantInnen nach den erhobenen Daten zum Bildungsgrad, Erwerbsstatus und dem derzeitigen Erwerbsstand über eine schlechtere soziale Ausgangslage als die Deutschen. Hierbei lässt bei den Migrantinnen ein noch niedrigerer Bildungsgrades erkennen als bei den Migranten. Besonders gravierend ist der geringe Bildungsstand bei den türkischen/kurdischen Migrantinnen über 50 Jahre, die fast zu 100% über keinen Schulabschluss verfügen bzw. nur die Grundschule besucht haben. Die MigrantInnen beziehen sehr viel häufiger als die Deutschen Sozialhilfe und Arbeitslosenunterstützung.

Allerdings ist auch die sozioökonomische Lage der deutschen PatientInnen vergleichsweise schlecht, was damit zusammenhängen mag, dass die Notfallambulanzen in Stadtteilen liegen, die zu den sozialen Brennpunkten in Berlin zählen. Über 50% der befragten PatientInnen, die alle zwischen 15 und 65 Jahren alt und damit im erwerbsfähigen Alter sind, waren zum Befragungszeitpunkt nicht erwerbstätig. Bei den türkischen/kurdischen Migrantinnen ist dieser Anteil mit über 70% besonders hoch. Diese Feststellung wird durch die amtliche Statistik bestätigt, nach der die Arbeitslosenzahlen in Berlin bei AusländerInnen besonders hoch sind. Im Jahr 2002 lag die Arbeitslosenquote bei den BerlinerInnen mit ausländischer Staatsangehörigkeit – bezogen auf die abhängigen Erwerbspersonen – im Jahresdurchschnitt bei 38,0%, im gesamten Berliner Durchschnitt dagegen bei 18,9% (Senatverwaltung für Wirtschaft, Arbeit und Frauen 2003).

## **8.3 Ergebnisse der empirischen Untersuchung**

### **8.3.1 Einleitung**

In der Untersuchung von Borde, Braun und David (2003) stand die Frage nach den Unterschieden bei der Inanspruchnahme von Notfallambulanzen von deutschen PatientInnen und MigrantInnen im Vordergrund. Um ein umfassendes Bild vom Beschwerdestatus und der Symptomatik der Befragten zu erhalten, richteten sich einige Fragen speziell auf die Schmerzsymptomatik der PatientInnen. Anhand von drei ausgewählten Parametern werden im Folgenden die Ergebnisse zur Schmerzwahrnehmung bzw. zum Beschwerdestatus dargestellt (Fragebogen im Anhang):

- Stärke der akuten Schmerzen (siehe Frage 8)
- Häufigkeit von Schmerzen im Alltag (siehe Frage 19)
- Anzahl schmerzhafter Körperregionen (siehe Frage 6)

Des Weiteren wird der Frage nachgegangen, ob sich die psychosozialen Belastungen, die die PatientInnen in der Woche vor dem Aufsuchen der Notfallambulanzen empfanden (siehe Frage 20), in den ethnischen Kollektiven in gleichem Umfang auf die drei genannten Schmerzparameter auswirken.

Auf Grund der großen Heterogenität innerhalb der Gruppe der MigrantInnen anderer Ethnizität wurden ausschließlich die deutschen PatientInnen und die MigrantInnen türkischer/kurdischer Herkunft in die Auswertung einbezogen.

### **8.3.2 Stärke der akuten Schmerzen**

Die befragten Patientinnen und Patienten wurden aufgefordert, anhand einer vorgegebenen Skala von 0 („keine Schmerzen“) bis 10 („extreme Schmerzen“) die Stärke der Schmerzen, die sie am Ort des stärksten Schmerzens zum Befragungszeitpunkt empfanden, einzuschätzen. Für die statistische Auswertung wurde folgende Einteilung vorgenommen: 0 bis 3 = geringe Schmerzen, 4 bis 7 = mittlere Schmerzstärke und 8 bis 10 = starke Schmerzen. Im Hinblick auf die Fragestellung, ob MigrantInnen häufiger starke Schmerzen empfinden als die Deutschen und welche Einflussfaktoren hierbei möglicherweise eine Rolle spielen, werden

im Folgenden jeweils die Anteile der PatientInnen miteinander verglichen, die starke Schmerzen angaben.<sup>19</sup>

### ***Vergleich nach Geschlecht und Ethnizität***

Insgesamt gab etwa ein Drittel der PatientInnen an, unter starken Schmerzen zu leiden. Zwischen den befragten Männern und Frauen zeigte sich kein Unterschied. Mit 44% schätzten die türkischen/kurdischen Frauen ihre Schmerzen deutlich häufiger stark ein als die deutschen Frauen (32%). Bei den befragten Männern war der Unterschied zwischen den deutschen und türkischen/kurdischen Männern noch größer. Über die Hälfte der türkischen/kurdischen Patienten klagte über starke Schmerzen und damit doppelt so viele wie bei den deutschen Männern (Anhang-Tab. 3).

### ***Vergleich nach Geschlecht, Ethnizität und Alter***

Bei den befragten Frauen zeigte sich ein deutlicher Unterschied zwischen den drei Altersgruppen. In der Altersgruppe der über 50 bis 65Jährigen gaben nahezu die Hälfte der Frauen starke Schmerzen an. Bei den jüngeren Frauen bis 30 Jahre bzw. zwischen 30 und 50 Jahren schätzten nur ein Drittel der Frauen ihre Schmerzen stark ein. Bei den Männern ist dieser Anteil in der Altersgruppe der über 50 bis 65Jährigen ebenfalls am höchsten (Anhang-Tab. 3).

Differenziert man die Ergebnisse nach Ethnizität, zeigen sich bei den Frauen in der Altersgruppe der unter 30Jährigen keine Unterschiede zwischen den verschiedenen ethnischen Kollektiven. In der mittleren und ältesten Altersgruppe ist der Anteil bei den türkischen/kurdischen Migrantinnen deutlich höher als bei den deutschen Patientinnen. Bei den Männern ließen sich in allen Altersgruppen klare Unterschiede zwischen deutschen Männern und türkischen/kurdischen Männern feststellen. Besonders in der Altersgruppe der über 50 bis 65Jährigen ist bei den türkischen/kurdischen Männern der Anteil derjenigen mit starken Schmerzen extrem hoch. Allerdings ist die Fallzahl bei den türkischen/kurdischen Männern in dieser Altersgruppe gering (Abb. 5).

---

<sup>19</sup> Für den Chi-Quadrat-Test wurde eine Dichotomisierung vorgenommen, und die Ausprägungen „geringe Schmerzen“ und „mittlere Schmerzen“ wurden zusammengefasst.

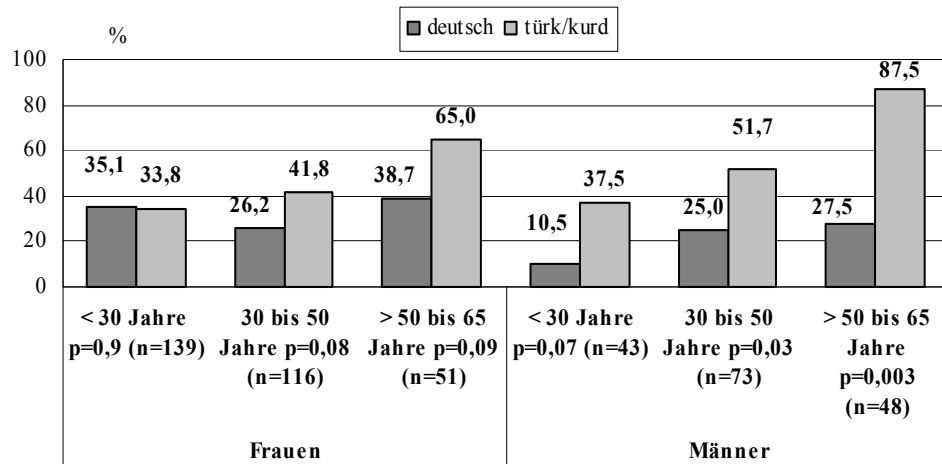


Abb. 5: Anteile der PatientInnen, die starke Schmerzen angaben, nach Geschlecht, Alter und Ethnizität

### *Vergleich nach Geschlecht, Ethnizität und Bildungsgrad*

Betrachtet man den Bildungsgrad der PatientInnen, zeigt sich, dass von den weiblichen Befragten mit steigendem Bildungsgrad deutlich seltener starke Schmerzen genannt wurden. Nahezu die Hälfte der Frauen ohne einen Schulabschluss/nur Grundschule gaben starke Schmerzen an, dagegen nur jede dritte Frau mit einem mittleren Schulabschluss und nur etwa jede Fünfte mit Abitur bzw. Hochschulabschluss. Bei den befragten Männern beklagten dagegen diejenigen mit dem höchsten Schulabschluss häufiger starke Schmerzen als die Männer mit einem Haupt-, Real-/ Mittel- oder Berufsschulabschluss (Anhang-Tab. 3).

Ethnizitätsspezifische Unterschiede zeigten sich nur bei den Frauen ohne Schulabschluss/nur Grundschule sowie bei den Frauen mit dem höchsten Schulabschluss. Bei den Männern sind die ethnizitätsspezifischen Unterschiede etwas stärker ausgeprägt; allerdings sind auch hier die Unterschiede hinsichtlich der wahrgenommenen Schmerzstärke bei den Patienten mit einem Haupt-, Real-/Mittel-, Berufsschulabschluss am geringsten (Abb. 6).

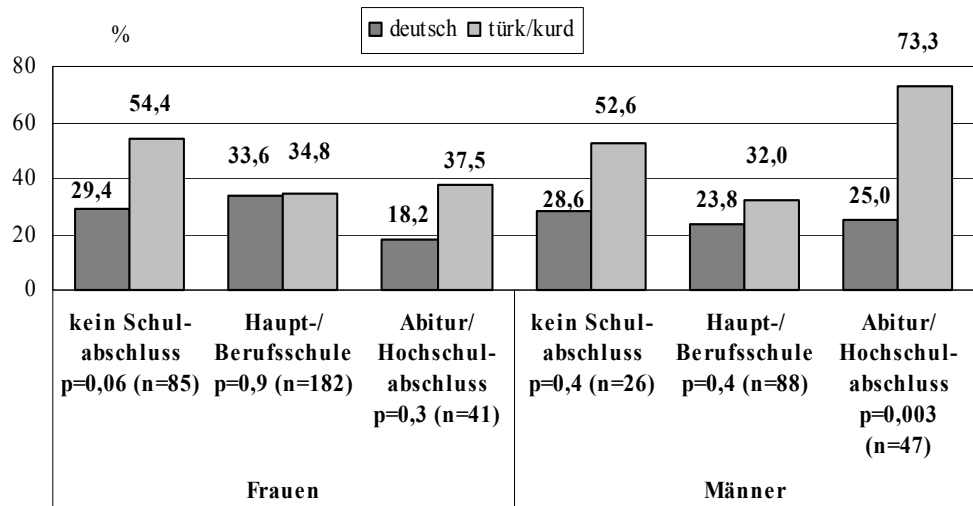


Abb. 6: Anteile der PatientInnen, die starke Schmerzen angaben, nach Geschlecht, Bildungsgrad und Ethnizität

### ***Einfluss des Migrationsmodus und der Deutschkenntnisse auf die Schmerzstärke***

Die Frauen, die zur Arbeitsaufnahme bzw. über den Ehegattenzug nach Deutschland gekommen waren, berichteten besonders häufig über starke Schmerzen. Bei den Männern betrifft dies ebenfalls die Arbeitsmigranten sowie die politischen Flüchtlinge (Anhang-Tab. 4).

Je besser die Deutschkenntnisse der Migrantinnen, desto seltener wurden starke Schmerzen wahrgenommen. Nahezu 80% der Frauen, die ihre Lese- und Schreibkenntnissen in der deutschen Sprache als sehr schlecht einschätzten, berichteten über starke Schmerzen gegenüber 33% der Frauen mit als sehr gut eingeschätzten Deutschkenntnissen. Diese Tendenz konnte bei den Frauen ebenfalls in Bezug auf die Einschätzung des Sprechens und des Verstehens der deutschen Sprache festgestellt werden. Bei den Männern lässt sich auf Grund der geringen Anzahl an Befragten, die keine bzw. geringe Deutschkenntnisse angaben, nur mit Einschränkungen die Tendenz beschreiben, dass mit zunehmenden Deutschkenntnissen seltener starke Schmerzen empfunden werden (Anhang-Tab. 4).



### 8.3.3 Schmerzen im Alltag

Die PatientInnen wurden neben ihren akuten Schmerzen nach Schmerzen gefragt, die sie im Alltag verspüren. Zur Auswahl standen Rücken-, Kopf-, Magen-, Unterbauschmerzen, Schmerzen im Brustbereich/Herz sowie Gliederschmerzen. Hierbei konnten die Befragten zwischen den Antwortvorgaben „nie“, „selten“, „manchmal“ und „häufig“ wählen. Im Folgenden werden die Ergebnisse für die Rücken- und Kopfschmerzen dargestellt. Vor allem chronische Rücken- und Kopfschmerzen stellen Schmerzformen mit hoher Public-Health-Relevanz dar und haben besonders gravierende Auswirkungen auf die Lebenssituation der Betroffenen. Die Behandlung von Kopf- und Rückenschmerzen stellt zudem einen der größten Kostenfaktoren im Gesundheitswesen dar (Robert-Koch-Institut 2000: 5ff). Verglichen werden jeweils die Befragten, die angaben, häufig von Schmerzen im Alltag betroffen zu sein.<sup>20</sup>

#### *Vergleich nach Geschlecht und Ethnizität*

Frauen klagten deutlich häufiger als Männer über Kopf- und Rückenschmerzen im Alltag. Ethnizitätsspezifische Unterschiede zeigten sich je nach Schmerzart in unterschiedlichem Ausmaß. Sowohl die türkischen/kurdischen Frauen als auch die türkischen/kurdischen Männer klagten deutlich häufiger über Kopfschmerzen als die deutschen PatientInnen. Bei den ProbandInnen, die über Rückenschmerzen klagten, zeigten sich dagegen keine bedeutenden Unterschiede zwischen den verschiedenen ethnischen Kollektiven (Anhang-Tab. 5).

#### *Vergleich nach Geschlecht, Ethnizität und Alter*

Das Alter beeinflusst bei den Frauen und den Männern die Häufigkeit von Rückenschmerzen. Die PatientInnen über 50 Jahren klagten sehr viel öfter über häufige Rückenschmerzen als die jüngeren PatientInnen. Häufige Kopfschmerzen traten bei den Frauen und Männern in allen Altersgruppen etwa in gleichem Umfang auf (Anhang-Tab. 5).

Im Hinblick auf Kopfschmerzen zeigten sich bei den Frauen unabhängig vom Alter deutliche ethnizitätsspezifische Unterschiede. Die türkischen/kurdischen Frau-

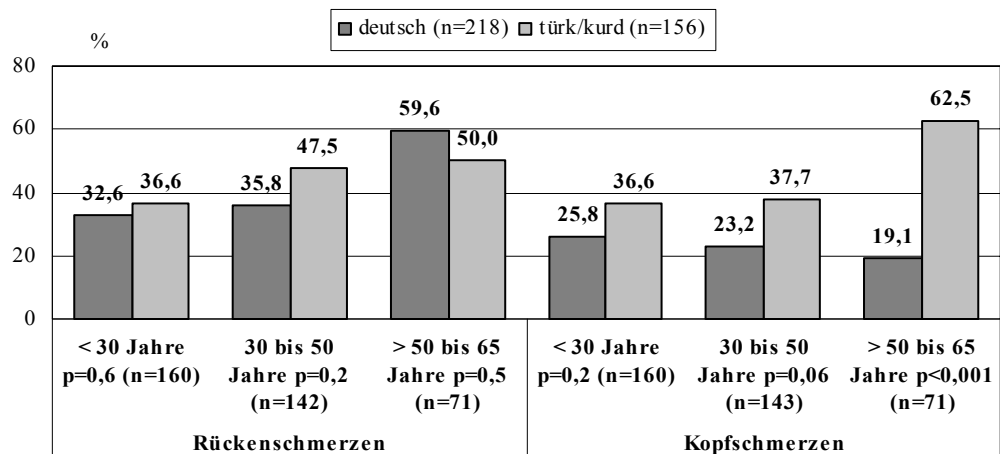
---

<sup>20</sup> Für den Chi-Quadrat-Test wurde eine Dichotomisierung vorgenommen, und die Antwortmöglichkeiten „nie“, „selten“ und „manchmal“ wurden zusammengefasst.

en berichteten in allen Altersgruppen häufiger über Kopfschmerzen als die deutschen Frauen. Bei den deutschen Frauen fällt auf, dass die Frauen über 50 Jahre seltener unter Kopfschmerzen leiden als die Jüngeren. Bei den Rückenschmerzen ließen sich nur geringe Unterschiede zwischen den ethnischen Gruppen feststellen (Abb. 7).

Bei den männlichen Befragten zeigten sich in Bezug auf die Häufigkeit von Kopfschmerzen ebenfalls – unabhängig vom Alter – Unterschiede zwischen deutschen und türkischen/kurdischen Patienten. Die türkischen/kurdischen Männer klagten häufiger über Kopfschmerzen als die deutschen Männer. Rückenschmerzen traten mit zunehmendem Alter in allen ethnischen Kollektiven häufiger auf (Abb. 7).

### Frauen



### Männer

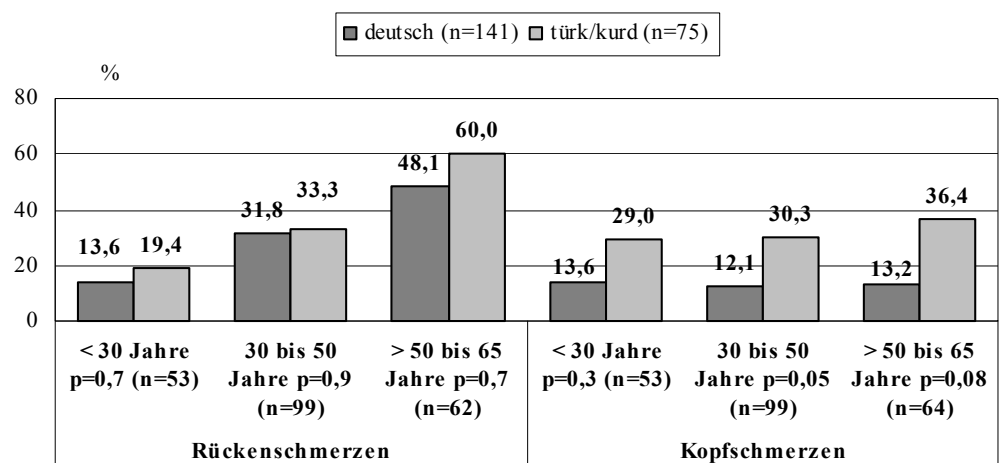


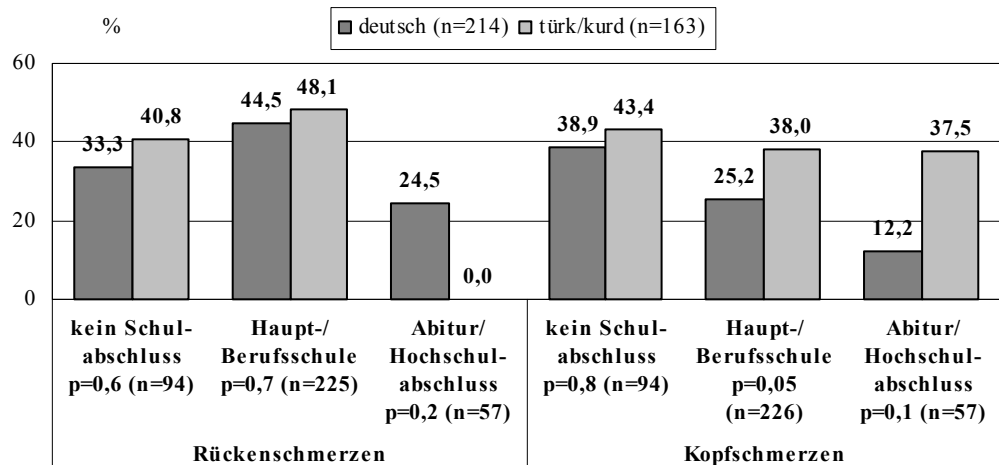
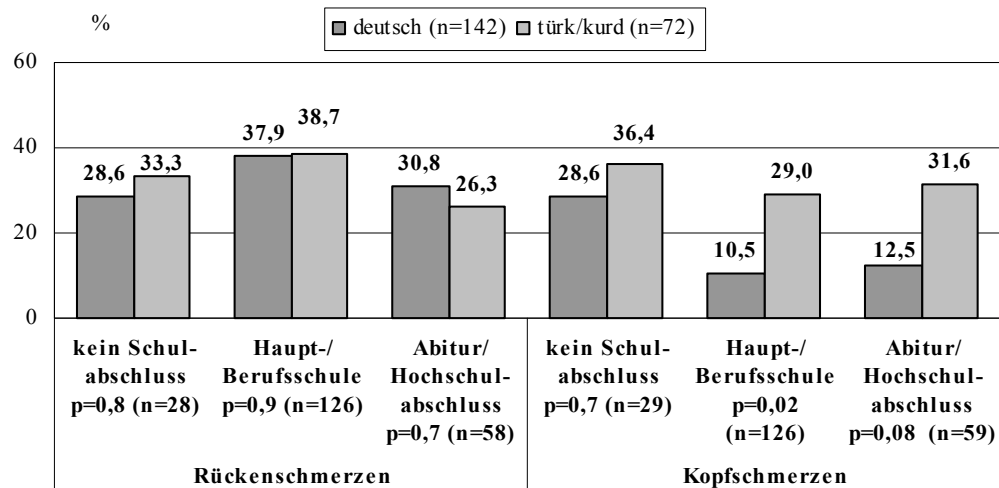
Abb. 7: Anteile der PatientInnen, die häufige Rücken- bzw. Kopfschmerzen im Alltag angaben, nach Geschlecht, Alter und Ethnizität

***Vergleich nach Geschlecht, Ethnizität und Bildungsgrad***

Je höher der Bildungsgrad der Frauen, desto seltener wurden häufige Kopfschmerzen angegeben. Auch bei den Männern zeigte sich, dass diejenigen ohne einen Schulabschluss/nur Grundschule besonders oft über Kopfschmerzen im Alltag berichteten (Anhang-Tab. 5).

Diese Tendenz ließ sich bei den Frauen ebenfalls innerhalb der verschiedenen ethnischen Gruppen erkennen. Im ethnischen Vergleich klagten die türkischen/kurdischen Frauen – unabhängig vom Bildungsgrad – häufiger über Kopfschmerzen als die deutschen Frauen. Bei den Patientinnen mit Rückenschmerzen waren die ethnizitätsspezifischen Unterschiede – vor allem bei den Frauen mit einem mittleren Schulabschluss – sehr viel geringer ausgeprägt (Abb. 8).

Ethnizitätsspezifische Unterschiede zeigten sich bei den Männern ebenfalls im Hinblick auf die beklagten Kopfschmerzen, und zwar unabhängig vom Bildungsgrad. Die türkischen/kurdischen Männer waren deutlich öfter von häufigen Kopfschmerzen betroffen als die deutschen Patienten (Abb. 8).

**Frauen****Männer**

**Abb. 8:** Anteile der PatientInnen, die häufige Rücken- bzw. Kopfschmerzen im Alltag angaben, nach Geschlecht, Bildungsgrad und Ethnizität

### *Einfluss des Migrationsmodus und der Deutschkenntnisse auf Schmerzen im Alltag*

Die MigrantInnen, die zur Arbeitsaufnahme nach Deutschland gekommen waren, gaben besonders oft an, unter häufigen Rückenschmerzen im Alltag zu leiden. Häufige Kopfschmerzen wurden vor allem von den Arbeitsmigrantinnen und den männlichen politischen Flüchtlingen beklagt (Anhang-Tab. 6).

Die Frauen, die angaben, über keine Deutschkenntnisse zu verfügen, klagten öfter über häufige Kopfschmerzen im Alltag als Frauen mit besseren Deutschkenntnissen. Bei den Männern war diese Tendenz dagegen beim Auftreten von häufigen Rückenschmerzen zu erkennen (Anhang-Tab. 6).

### 8.3.4 Anzahl der Schmerzregionen

Während des Interviews wurden die PatientInnen aufgefordert, auf einer im Fragebogen abgebildeten weiblichen bzw. männlichen Körperskizze (Vorder- und Rückseite getrennt) die Bereiche zu kennzeichnen, an denen sie zum Befragungszeitpunkt Schmerzen hatten (siehe Anhang Fragebogen). Zur Auswertung wurden anhand einer Schablone, die die Skizze in insgesamt 68 Körperregionen unterteilt, die von den PatientInnen eingezeichneten Regionen ausgezählt. Im Hinblick auf die Überlegung, dass eine größere Anzahl an Körperregionen auf eine Schmerzsymptomatik hinweist, die unter dem Begriff „Ganzkörper-Schmerz“ vermehrt den MigrantInnen zugeschrieben wird, wurden die Befragten miteinander verglichen, die jeweils mehr als fünf Schmerzregionen angaben.<sup>21</sup>

#### *Vergleich nach Geschlecht und Ethnizität*

Insgesamt gab etwa ein Drittel aller ProbandInnen mit Schmerzen mehr als fünf Schmerzregionen an. Zwischen Männern und Frauen ließ sich hierbei kein Unterschied erkennen. Der Vergleich zwischen den ethnischen Gruppen zeigte, dass die deutschen Frauen mit 27% seltener als die türkischen/kurdischen Migrantinnen (36%) mehr als fünf Schmerzregionen angaben. Bei den männlichen Befragten waren die Unterschiede zwischen den türkischen/kurdischen und den deutschen Patienten tendenziell etwas größer als bei den Frauen. 41% der türkischen/kurdischen Patienten und 26% der deutschen Patienten markierten mehr als fünf Schmerzregionen (Anhang-Tab. 7).

#### *Vergleich nach Geschlecht, Ethnizität und Alter*

Von den Frauen wurden mit zunehmendem Alter deutlich häufiger mehr als fünf Schmerzregionen angegeben. Während nur ein Viertel der Frauen unter 30 Jahren mehr als fünf schmerzhafteste Körperregionen einzeichnete, waren es bei den Frauen über 50 Jahre 43% (Anhang-Tab. 7).

Bei den deutschen Frauen hat das Alter kaum einen Einfluss auf die Anzahl der Schmerzregionen, dagegen nahm bei den türkischen/kurdischen Frauen die Anzahl mit steigendem Alter deutlich zu. Bei den türkischen/kurdischen Frauen ga-

---

<sup>21</sup> Für den Chi-Quadrat-Test wurde eine Dichotomisierung vorgenommen: 0 = „bis zu fünf Schmerzregionen“ und 1 = „mehr als fünf Schmerzregionen“.

ben 60% der über 50Jährigen mehr als fünf Schmerzregionen an und damit doppelt so viele wie bei den deutschen Frauen. Dagegen ließen sich bei den Frauen unter 30 Jahren keine Unterschiede zwischen deutschen und türkischen/kurdischen Frauen feststellen (Abb. 9).

Wie bei den türkischen/kurdischen Frauen steigt bei den türkischen/kurdischen Männern mit zunehmendem Alter die Anzahl der angegebenen Schmerzregionen, während sich bei den deutschen Männern mit zunehmendem Alter die Anzahl der Regionen sogar leicht reduziert. Entsprechend waren bei den Männern über 50 Jahren deutliche Unterschiede zwischen deutschen und türkischen Männern zu erkennen, jedoch nicht bei den jüngeren Männern (Abb. 9).

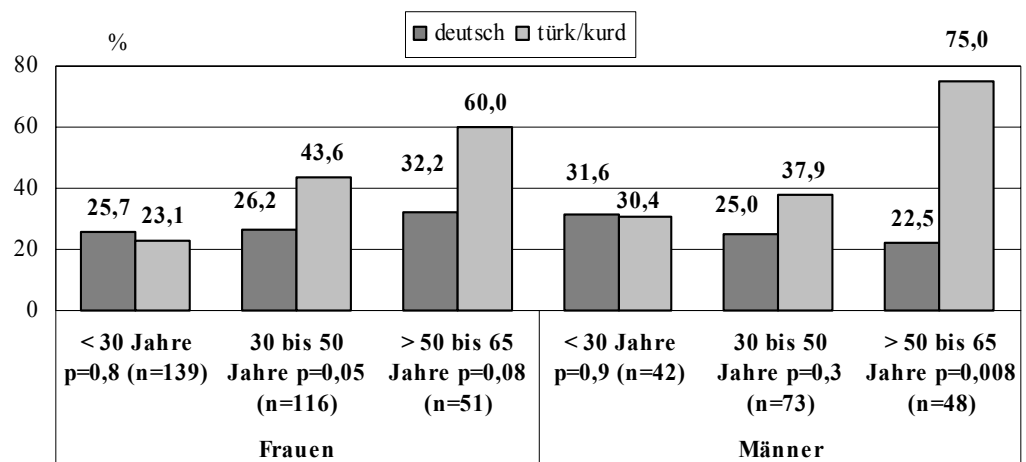
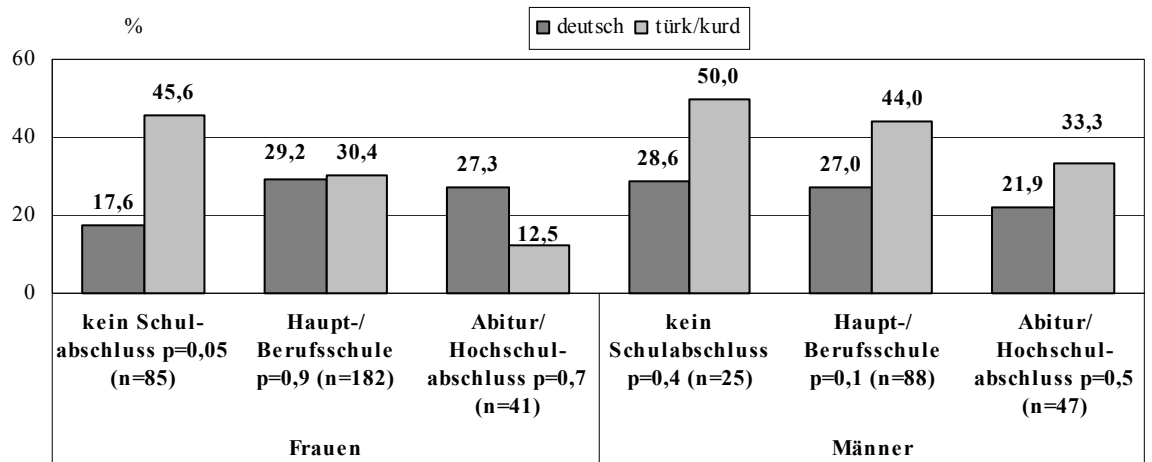


Abb. 9: Anteile der PatientInnen, die mehr als fünf Schmerzregionen angaben, nach Geschlecht, Alter und Ethnizität

### *Vergleich nach Geschlecht, Ethnizität und Bildungsgrad*

Sowohl bei den weiblichen als auch bei den männlichen Befragten sank der Anteil derjenigen, die mehr als fünf Schmerzregionen angaben, mit steigendem Bildungsgrad (Anhang-Tab. 7). Innerhalb der ethnischen Kollektive wurde diese Tendenz besonders deutlich bei den türkischen/kurdischen Migrantinnen. Bei den weiblichen Befragten mit einem Haupt-, Real-/ Mittel-, Berufschulabschluss zeigten sich keine Unterschiede zwischen den deutschen und türkischen/kurdischen Frauen. Während bei den Frauen mit Abitur die Deutschen etwas häufiger mehr als fünf Schmerzregionen angaben, waren es bei den Frauen ohne Schulabschluss/nur Grundschule mehr türkische/kurdische Migrantinnen, die über fünf Schmerzregionen markierten. Bei den männlichen Befragten gaben

die türkischen/kurdischen Männer auf allen Bildungsniveaus häufiger mehr als fünf Schmerzregionen an als die deutschen Männer (Abb. 10).



**Abb. 10: Anteile der PatientInnen, die mehr als fünf Schmerzregionen angaben, nach Geschlecht, Bildungsgrad und Ethnizität**

### ***Einfluss des Migrationsmodus und der Deutschkenntnissen auf die Anzahl der Schmerzregionen***

Sowohl bei den Migrantinnen als auch bei den Migranten zeichneten besonders häufig diejenigen, die zur Arbeitsaufnahme oder als politische Flüchtlinge nach Deutschland gekommen waren, mehr als fünf schmerzhafte Körperregionen ein. Im Hinblick auf die Deutschkenntnisse zeigte sich bei den befragten Frauen, dass vor allem die Frauen mit geringen Lese- und Schreibfähigkeiten in der deutschen Sprache besonders häufig mehr als fünf Schmerzregionen angaben. Dies lässt sich bei den Männern nicht eindeutig ablesen (Anhang-Tab. 8).

### 8.3.5 Psychosoziale Belastungen und Schmerzwahrnehmung

Im Folgenden wird dargestellt, wie sich hohe psychosoziale Belastungen bei den deutschen und türkischen/kurdischen PatientInnen auf die Schmerzwahrnehmung auswirken. Hierzu werden zunächst die Ergebnisse vorgestellt, die sich auf die Angaben zur Selbsteinschätzung der psychosozialen Belastungen beziehen, die die ProbandInnen in der Woche vor dem Aufsuchen der Notfallambulanz empfanden.

#### Psychosoziale Belastungen

Die befragten Patientinnen und Patienten wurden aufgefordert anhand einer vorgegebenen Skala von 0 („gar keine“) bis 10 („extrem“) den Grad ihrer psychosozialen Belastungen, den sie in der Woche vor Aufnahme in der Notfallambulanz empfanden, einzuschätzen. Hierbei wurden Belastungen oder Stress in den Bereichen Beruf und/oder Haushalt, in der Familie, Ehe oder Partnerschaft, im Alltag (Verkehr, Behörden, Einkauf...) sowie im Zusammenhang mit einer Erkrankung und Belastungen oder Stress durch besondere Ereignisse (z.B. Tod eines Angehörigen, Prüfung, Umzug, Hochzeit) abgefragt.<sup>22</sup> Für die statistische Auswertung wurden die Werte zusammengefasst: 0 bis 3 = geringe Belastung, 4 bis 7 = mäßige Belastung und 8 bis 10 = hohe Belastung. Zur Beschreibung der Ergebnisse werden im Folgenden jeweils die Anteile der PatientInnen aufgeführt, die in dem jeweiligen Bereich eine hohe Belastung angaben.<sup>23</sup>

#### *Vergleich nach Geschlecht und Ethnizität*

In Bezug auf berufliche und alltägliche Belastungen schätzten die türkischen/kurdischen Patientinnen den Grad ihrer Belastungen höher ein als die deutschen Frauen. Im Zusammenhang mit familiären Belastungen ließen sich keine bedeutenden ethnizitätsspezifischen Unterschiede feststellen. Die türkischen/kurdischen Migranten fühlten sich sowohl auf Grund beruflicher, familiärer

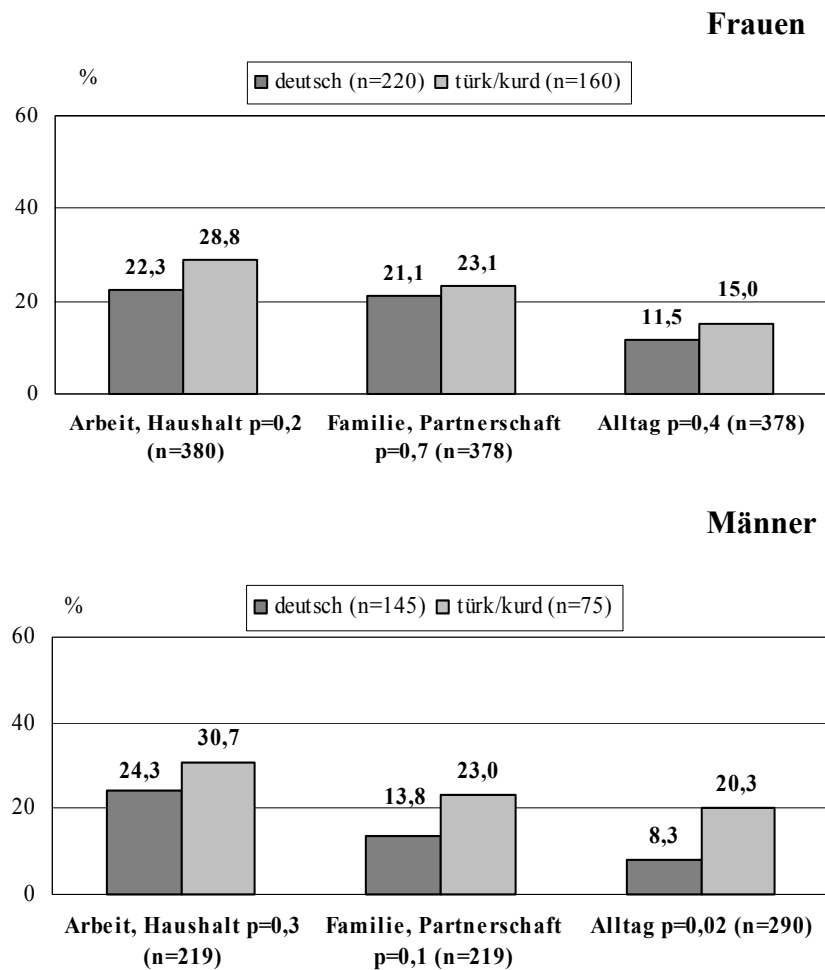
---

<sup>22</sup> Eine sehr geringe Anzahl an Befragten gab „Belastungen aufgrund eines besonderen Ereignisses“ an; dieser Bereich wurde nicht in die Auswertung einbezogen. Ebenso wurden die „Belastungen im Zusammenhang mit einer Erkrankung“ ausgeklammert, da es sich dabei um einen Bereich handelt, der einer gesonderten Auswertung bedarf.

<sup>23</sup> Für den Chi-Quadrat-Test wurde eine Dichotomisierung vorgenommen, und die Ausprägungen „geringe“ und „mäßige“ Belastung wurden zusammengefasst.



als auch alltäglicher Probleme häufiger stark belastet als die deutschen Männer (Abb. 11).



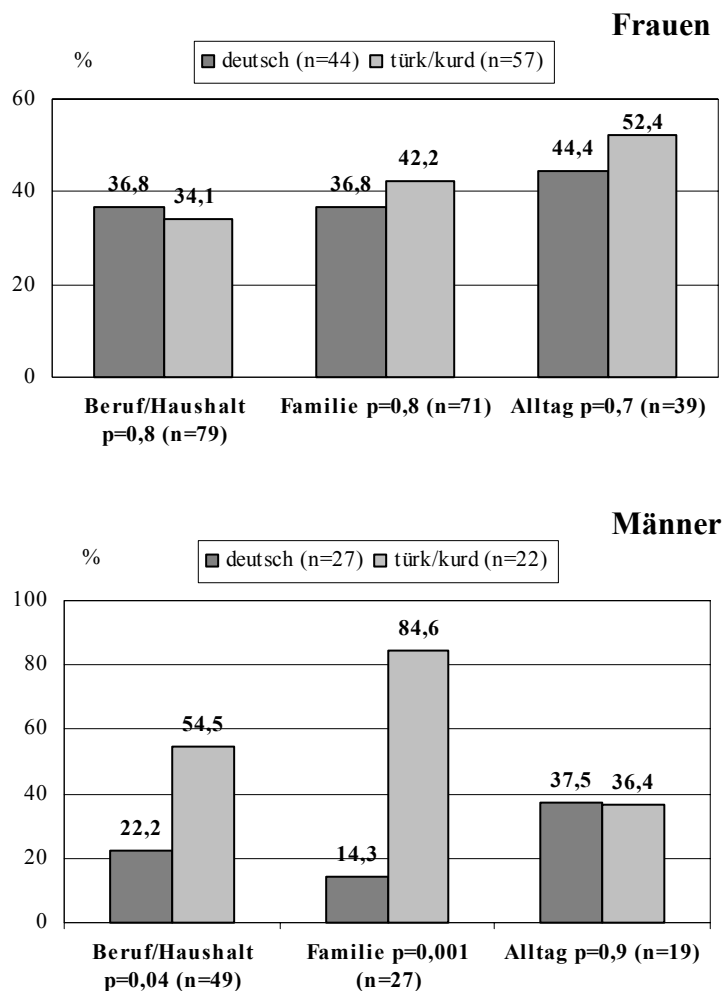
**Abb. 11: Anteile der PatientInnen, die in verschiedenen Bereichen eine hohe psychosoziale Belastung angaben, nach Geschlecht und Ethnizität**

### Somatisierung im ethnischen Vergleich

Um zu prüfen, ob sich psychosoziale Belastungen bei den deutschen und türkischen/kurdischen PatientInnen in unterschiedlichem Ausmaß auf die Schmerzwahrnehmung auswirken, werden im Folgenden ausschließlich die ProbandInnen miteinander verglichen, die sich in der Woche vor dem Aufsuchen der Notfallambulanz in Bezug auf berufliche, familiäre und alltägliche Situationen besonders stark belastet fühlten. Die Ergebnisse zeigen den Zusammenhang zwischen psychosozialen Belastungen und der Schmerzstärke, der Anzahl der Schmerzregionen sowie der Häufigkeit von Rücken- bzw. Kopfschmerzen. Hierbei dienen wiederum die Anteile der PatientInnen als Vergleichsgrößen, die entweder starke Schmerzen, häufige Kopf- bzw. Rückenschmerzen bzw. mehr als fünf Schmerzregionen angaben.

### ***Einfluss der psychosozialen Belastung auf die Schmerzstärke nach Geschlecht und Ethnizität***

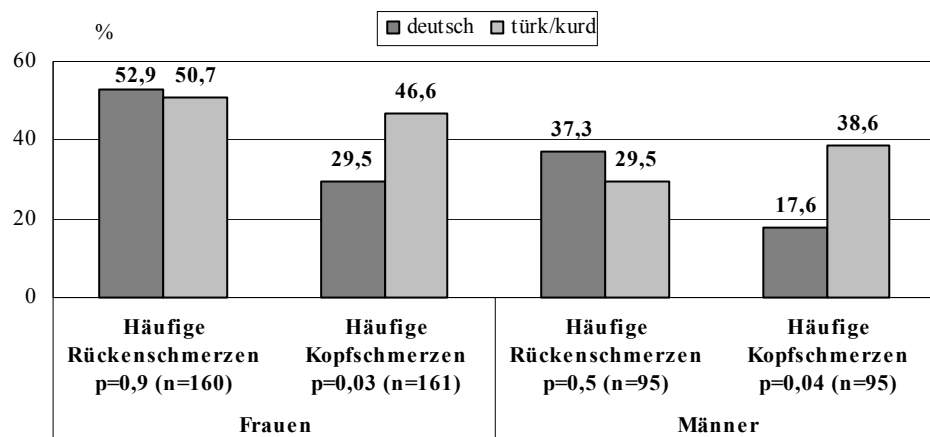
Bei den Patientinnen, die ihre psychosoziale Belastung im Beruf, in der Familie bzw. im Alltag in der Woche vor dem Aufsuchen der Notfallambulanz stark empfanden, ließen sich im Hinblick auf die Angabe starker Schmerzen keine bedeutenden ethnizitätsspezifischen Unterschiede erkennen. Bei den Männern, die sich beruflich und familiär stark belastet fühlten, zeigten sich dagegen ethnizitätsspezifische Unterschiede. Die deutschen Patienten gaben deutlich seltener starke Schmerzen an als die türkischen/kurdischen Patienten. Allerdings ist die geringe Fallzahl zu beachten (Abb. 12).



**Abb. 12: Anteile der PatientInnen mit hoher psychosozialer Belastung, die starke Schmerzen angaben, nach Belastungsbereich, Geschlecht und Ethnizität**

### ***Einfluss der psychosozialen Belastung auf die Häufigkeit von Schmerzen im Alltag nach Geschlecht und Ethnizität***

Klare ethnizitätsspezifische Unterschiede ließen sich – unabhängig vom Geschlecht – nur bei den Kopfschmerzen erkennen. Türkische/Kurdische Frauen und Männer, die sich in der Woche vor dem Aufsuchen der Notaufnahme mindestens in einem der drei Bereiche psychosozial stark belastet fühlten, beklagten deutlich häufiger Kopfschmerzen im Alltag als deutsche PatientInnen, die hohe Belastungen empfanden (Abb. 13)

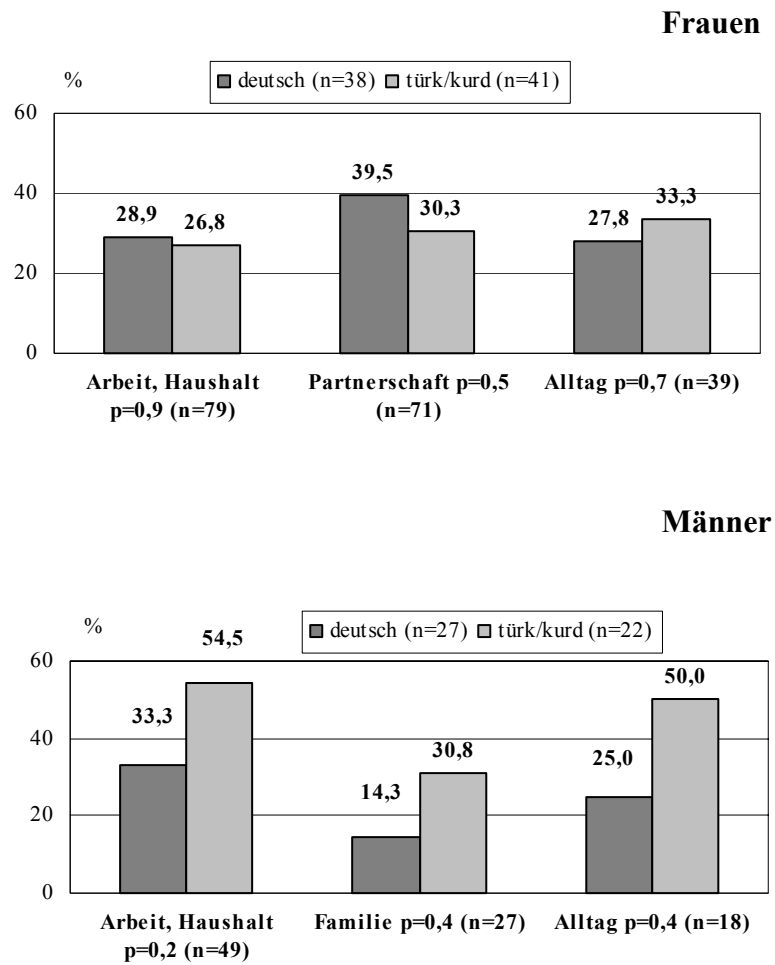


**Abb. 13:** Anteile der PatientInnen mit hoher psychosozialer Belastung, die häufige Schmerzen im Alltag angaben, nach Art der Schmerzen, Geschlecht und Ethnizität

### ***Einfluss der psychosozialen Belastung auf die Anzahl der Schmerzregionen nach Geschlecht und Ethnizität***

Betrachtet man nur die Patientinnen, die sich starken beruflichen bzw. alltäglichen Belastungen ausgesetzt fühlten, so lassen sich beim Vergleich zwischen deutschen Frauen und den türkischen/kurdischen Migrantinnen keine auffälligen Unterschiede hinsichtlich der markierten Anzahl der Schmerzregionen erkennen. Im Hinblick auf familiäre Belastungen gaben die deutschen Frauen etwas häufiger mehr als fünf Schmerzregionen an (Abb. 14).

Die türkischen/kurdischen Männer, die vor der Aufnahme in der Notfallambulanz hohe psychosoziale Belastungen empfanden, markierten dagegen unabhängig von der Art der Belastung häufiger mehr als fünf Schmerzregionen als die deutschen Männer. Allerdings ist wiederum die geringe Fallzahl zu beachten (Abb. 14).



**Abb. 14: Anteile der PatientInnen mit hoher psychosozialer Belastung, die mehr als fünf Schmerzregionen angeben, nach Belastungsbereich, Geschlecht und Ethnizität**

## 8.4 Zusammenfassung der Ergebnisse

Die Daten, die über die Schmerzwahrnehmung Auskunft geben, wurden über die Frage zur Stärke der akuten Schmerzen, zur Häufigkeit von Schmerzen im Alltag sowie zur Anzahl der schmerzhaften Körperregionen, die die ProbandInnen auf einer Körperskizze kennzeichnen konnten, gewonnen.

Die Untersuchungsergebnisse zu allen drei Parametern der Schmerzwahrnehmung – Schmerzstärke, Häufigkeit alltäglicher Schmerzen und Anzahl der Schmerzregionen – lassen zum Teil deutliche altersspezifische, bildungsspezifische, ethnizitätsspezifische und geschlechtsspezifische Unterschiede erkennen. Im Einzelnen zeigt sich folgendes Bild.

### **Stärke der akuten Schmerzen**

#### *Altersspezifische Unterschiede bei den MigrantInnen*

Während bei den deutschen Männern und Frauen das Alter nur einen geringen Einfluss auf die Schmerzstärke hat, nehmen bei den türkischen/kurdischen MigrantInnen mit zunehmendem Alter die Schmerzen zu. Die türkischen/kurdischen Männer beklagen in allen Altersgruppen deutlich häufiger starke Schmerzen als die deutschen Männer. Bei den Frauen zeigen sich dagegen nur bei den älteren Frauen tendenzielle Unterschiede.

#### *Bildungsspezifische Unterschiede bei den Migrantinnen*

Neben dem Alter beeinflusst der Bildungsgrad die Stärke des Schmerzempfindens, bei den MigrantInnen deutlicher als bei den Deutschen. Die türkischen/kurdischen Männer berichten unabhängig vom Bildungsniveau häufiger über starke Schmerzen als die deutschen Männer, jedoch sind die ethnizitätsspezifischen Unterschiede bei den Männern mit einem Haupt-, Real- bzw. Mittel-, Berufschulabschluss sehr gering. Bei den Frauen mit einem Haupt-, Real- bzw. Mittel-, Berufschulabschluss zeigen sich keine Unterschiede zwischen den türkischen/kurdischen und deutschen Frauen.

#### *Migrationsspezifische Unterschiede hinsichtlich des Migrationsmodus und der Deutschkenntnisse*

Männer und Frauen, die ursprünglich als ArbeitsmigrantInnen nach Deutschland gekommen sind, berichten besonders häufig über starke Schmerzen. Bei den Frauen geben außerdem die nachgezogenen Ehefrauen und bei den Männern die-

jenigen, die als politische Flüchtlinge nach Deutschland gekommen sind, besonders häufig starke Schmerzen an. Bei den Frauen nimmt mit zunehmend besseren Deutschkenntnissen die angegebene Schmerzstärke sehr viel deutlicher ab als bei den Männern.

### ***Ethnizitätsspezifische Unterschiede bei den Männern***

Bei den Männern spielt insgesamt die Ethnizität eine bedeutendere Rolle als bei den Frauen; die ethnizitätsspezifischen Unterschiede treten bei Differenzierung nach Alter und Bildungsgrad deutlicher zu Tage als bei den Frauen. Jedoch muss bei den Männern die geringere Fallzahl berücksichtigt werden.

## **Häufigkeit von Rückenschmerzen im Alltag**

### ***Geschlechtsspezifische Unterschiede***

Die Männer der Stichprobe berichteten deutlich seltener über häufige Rückenschmerzen als die Frauen.

### ***Altersspezifische Unterschiede bei deutschen und türkischen PatientInnen***

Das Alter beeinflusst in allen ethnischen Kollektiven das Auftreten von Rückenschmerzen. Sowohl von den deutschen als auch von den türkischen/kurdischen PatientInnen werden mit zunehmendem Alter häufiger Rückenschmerzen beklagt.

### ***Bildungsspezifische Unterschiede bei den Frauen***

Die Patientinnen mit einem mittleren Schulabschluss klagen in beiden ethnischen Kollektiven am häufigsten über Rückenschmerzen. Zwischen den deutschen und türkischen/kurdischen Patientinnen zeigen sich auf diesem Bildungsniveau keine ethnizitätsspezifischen Unterschiede, ebenso bei den Männern.

### ***Migrationsspezifische Unterschiede hinsichtlich des Migrationsmodus***

Die ArbeitsmigrantInnen sind besonders oft von häufigen Rückenschmerzen im Alltag betroffen.

## **Häufigkeit von Kopfschmerzen im Alltag**

### ***Migrationsspezifische Unterschiede hinsichtlich des Migrationsmodus und der Deutschkenntnisse***

Es zeigt sich bei den türkischen/kurdischen MigrantInnen ein Einfluss des Migrationsmodus sowie der Deutschkenntnisse auf die Häufigkeit des Auftretens von

Kopfschmerzen. Die ArbeitsmigrantInnen sowie die männlichen politischen Flüchtlinge berichten besonders oft über häufige Kopfschmerzen im Alltag; ebenso die türkischen/kurdischen Frauen, die angeben, über keine Deutschkenntnisse zu verfügen.

### ***Ethnizitätsspezifische Unterschiede***

Bedeutende ethnizitätsspezifische Unterschiede zeigen sich bei den PatientInnen, die unter Kopfschmerzen leiden; türkische/kurdische Frauen und Männer klagen sehr viel häufiger als deutsche Frauen und Männer über Kopfschmerzen im Alltag. Dies gilt unabhängig vom Alter und vom Bildungsgrad der PatientInnen.

### **Anzahl der Schmerzregionen**

Die Anzahl der von den PatientInnen angegebenen schmerzhaften Körperregionen wurde zur Überprüfung der Hypothese vom so genannten Ganzkörper-Schmerz bei den MigrantInnen aus dem Mittelmeerraum herangezogen. Ausgangsüberlegung hierbei war, dass eine große Anzahl schmerzhafter Körperregionen als möglicher Hinweis auf eine tendenziell umfassendere Schmerzausbreitung im Gegensatz zu lokal auftretenden Schmerzen gesehen werden kann. Differenziert man zunächst nicht nach Alter oder Bildungsgrad, kommt man zu dem Ergebnis, dass bei den türkischen/kurdischen PatientInnen im Vergleich zu den deutschen PatientInnen die Schmerzen weiter ausstrahlen, das heißt mehr Schmerzregionen angegeben wurden.

### ***Altersspezifische Unterschiede bei den MigrantInnen***

Während das Alter bei den Deutschen kaum einen Einfluss auf die Anzahl der angegebenen Schmerzregionen hat, nimmt sowohl bei den türkischen/kurdischen Frauen als auch bei den türkischen/kurdischen Männern mit steigendem Alter die Anzahl der Schmerzregionen zu. Bei den PatientInnen unter 30 Jahren treten keine ethnizitätsspezifischen Unterschiede auf; bei den über 50Jährigen klagen dagegen die türkischen/kurdischen PatientInnen deutlich häufiger über mehr als fünf Schmerzregionen als die deutschen PatientInnen.

### ***Bildungsspezifische Unterschiede bei den MigrantInnen***

Bei den türkischen/kurdischen Frauen und Männern zeigt sich ein Zusammenhang zwischen dem Bildungsgrad und der Anzahl der Schmerzregionen. Mit zunehmend höherer Bildung nimmt die Anzahl der angegebenen Schmerzregionen ab,

bei den Frauen deutlicher als bei den Männern. Dagegen hat der Bildungsgrad bei den deutschen ProbandInnen kaum einen Einfluss. Bei den Frauen mit einem Haupt-, Real- bzw. Mittel-, Berufsschulabschluss lassen sich keine ethnizitätsspezifischen Unterschiede zwischen den deutschen und türkischen/kurdischen Frauen feststellen.

### ***Migrationsspezifische Unterschiede hinsichtlich des Migrationsmodus und der Deutschkenntnisse***

Bei den MigrantInnen scheint der Migrationsmodus einen Einfluss auf die angegebene Anzahl der Schmerzregionen zu haben. Vor allem die Frauen und Männer, die zur Arbeitsaufnahme nach Deutschland gekommen waren, sowie die männlichen politischen Flüchtlinge geben Schmerzen an, die über eine Vielzahl an Körperregionen ausstrahlen. Wie schon bei der empfundenen Schmerzstärke und bei den Alltagsschmerzen zeigt sich vor allem bei den Migrantinnen, dass mit zunehmenden besseren Deutschkenntnissen die Anzahl der markierten Schmerzregionen abnimmt.

### **Somatisierung im ethnischen Vergleich**

Einen wichtigen Faktor, der einen Einfluss auf die Beschwerde- und Schmerzwahrnehmung der befragten PatientInnen hat, stellen die Belastungen dar, denen sich die ProbandInnen in der Woche vor der Notaufnahme ausgesetzt sahen. Die Überlegung, ob besonders stark empfundene psychosoziale Belastungen bei den MigrantInnen häufiger zu starken Schmerzen führen als bei den deutschen PatientInnen, war Anlass danach zu fragen, wie hoch die empfundenen Belastungen in der Woche vor dem Aufsuchen der Notaufnahme waren.

Zu prüfen war also die These, ob die MigrantInnen zu einer stärkeren Somatisierung neigen als die deutschen PatientInnen. Hierbei dienen die von den InterviewerInnen erfragten Belastungen in den Lebensbereiche ‚Beruf/Haushalt‘, ‚Familie/Partnerschaft‘ und ‚Alltag‘ als wichtige Anknüpfungspunkte, um möglicherweise allgemeine Aussagen zur psychosozialen Belastung der Befragten machen zu können.

### ***Schmerzstärke***

Insgesamt zeigt sich bei den Frauen, dass sich starke psychosoziale Belastungen bei deutschen und türkischen/kurdischen Patientinnen etwa in gleichem Umfang auf die angegebene Schmerzstärke auswirken. Dagegen führen vor allem berufli-



---

che sowie familiäre Belastungen bei den türkischen/kurdischen Männern sehr viel häufiger zu starken Schmerzen als bei deutschen Männern.

### ***Häufigkeit von Alltagsschmerzen***

Bedeutende ethnizitätsspezifische Unterschiede zeigen sich bei beiden Geschlechtern nur im Hinblick auf Kopfschmerzen. Türkische/Kurdische Frauen und Männer, die sich stark belastet fühlten, beklagen deutlich häufiger Kopfschmerzen im Alltag als deutsche PatientInnen, die hohe Belastungen empfanden.

### ***Anzahl der Schmerzregionen***

Stark empfundene psychosoziale Belastungen wirken sich bei den deutschen und türkischen/kurdischen Frauen in einem ähnlichen Ausmaß auf die Anzahl der Schmerzregionen aus, zum Teil in Abhängigkeit davon, ob es sich um berufliche, familiäre oder alltägliche Probleme handelt. Dagegen zeigt sich bei den türkischen/kurdischen Männern unabhängig von der Art der psychosozialen Belastung tendenziell eine größere Ausbreitung von Schmerzen als bei den deutschen Männern.

## 9 Diskussion

In der Auswertung der empirischen Daten wurde der Einfluss mehrerer soziodemographischer Faktoren auf die Schmerzwahrnehmung und den Beschwerdestatus untersucht. Neben dem Merkmal der Ethnizität wurden vor allem das Geschlecht, das Alter und der Bildungsgrad der ProbandInnen als mögliche Einflussfaktoren in die Auswertung einbezogen. Ausgangshypothese war, dass neben der ethnischen bzw. kulturellen Herkunft einer Person auch weitere Faktoren die Schmerzwahrnehmung in ihrer Höhe und die lokale Ausbreitung bestimmen können. Die durchgeführten Analysen hatten einen explorativen Charakter. Aufgrund der großen Heterogenität unter den MigrantInnen beschränkte sich die Analyse auf einen Vergleich zwischen den deutschen und den türkischen/kurdischen PatientInnen, die die größte Gruppe unter den MigrantInnen darstellten.

In der neueren Literatur wird vielfach kritisiert, dass in vergleichenden Studien zum Phänomen Schmerz die Angehörigen verschiedener ethnischer Gruppen untersucht werden, ohne dabei wichtige soziale Faktoren wie Alter, Bildungsstand und sozioökonomische Bedingungen der StudienteilnehmerInnen zu berücksichtigen (u.a. Ernst 2003, Herzer 2000). Daher wurde in der vorliegenden Arbeit zwischen ProbandInnen deutscher und türkischer bzw. kurdischer Herkunft unterschieden, und es wurden neben dem Einfluss ethnischer Zugehörigkeit vor allem geschlechts-, alters- und bildungsspezifische sowie migrationspezifische Aspekte berücksichtigt.

Neben den genannten Faktoren, die die soziale Lage der ProbandInnen kennzeichnen, wurde in Anlehnung an das bereits beschriebene Modell von Antonovsky zur Salutogenese (vgl. Kapitel 5.5) die psychosoziale Situation der ProbandInnen erfragt und in Zusammenhang mit der Schmerzwahrnehmung und Beschwerdenennung gebracht, um der Frage nach den Auswirkungen psychosozialer Belastungen auf die Symptompräsentation nachgehen zu können.

**These 1: Soziokulturelle Faktoren beeinflussen die Schmerzwahrnehmung. Sowohl das Geschlecht, die ethnische Herkunft, der Bildungsgrad und das Alter als auch migrationspezifische Aspekte wie der Migrationsmodus und Kenntnisse der deutschen Sprache wirken sich auf die Schmerzwahrnehmung aus.**

In den dargestellten empirischen Ergebnissen dieser Arbeit zeigt sich der deutliche Einfluss, den soziale Faktoren wie Alter, Geschlecht und Bildungsgrad auf die gesundheitliche Lage (vor allem der MigrantInnen) haben, soweit es sich um die empfundene Schmerzintensität, die lokale Ausbreitung von Schmerzen und die Häufigkeit von Alltagsschmerzen handelt.

Die These vom „Ganzkörper-Schmerz“, die sich unter anderem auf eine im Vergleich zu deutschen PatientInnen größere Schmerzausbreitung unter MigrantInnen bezieht, ließ sich im Hinblick auf die erfragte Anzahl der Schmerzregionen zwar nicht gänzlich entkräften, aber die in dieser Arbeit verwendeten Daten lassen darauf schließen, dass hier auch alters- und bildungsspezifische Aspekte eine bedeutende Rolle spielen.

Die soziale Lage der türkischen/kurdischen MigrantInnen der Stichprobe ist als besonders ungünstig zu bezeichnen. Vor allem bei den türkischen/kurdischen Frauen kann auf Grund des geringen Bildungsniveaus und der besonders geringen Erwerbsbeteiligung von einer größeren gesundheitlichen Belastung ausgegangen werden. Besonders betroffen sind – so legen es auch die Ergebnisse der vorliegenden Studie nahe – die türkischen/kurdischen Migrantinnen über 50 Jahre, die über ein geringes Bildungsniveau verfügen.

Ältere Migrantinnen mit einem geringen Bildungsniveau gehören zu dem Personenkreis, der sozial besonders benachteiligt ist; bei ihnen treffen nach Mielck vertikale (z.B. Bildungsgrad) und horizontale Merkmale (vor allem Geschlecht, Alter, Nationalität) mit ungünstigen Ausprägungen zusammen (Mielck 2003: 10f). Die Tendenz, dass die ethnizitätsspezifischen Unterschiede vor allem bei den älteren Frauen, aber auch bei den Männern über 50 Jahre auftreten, deuten auf spezifische Unterschiede zwischen der ersten Generation und der zweiten bzw. dritten Generation der MigrantInnen hin, die mit größeren gesundheitlichen Belastungen bei MigrantInnen der ersten Generation verbunden sind.

Vor allem die MigrantInnen, die im Zuge der Anwerbung von „Gastarbeitern“ nach Deutschland kamen und zur ersten Generation der MigrantInnen gehören, sind auf Grund der vielfach körperlich und psychisch belastenden Arbeit beson-

ders stark von Verschleißerkrankungen betroffen. Entsprechend häufig gaben die MigrantInnen über 50 Jahre starke Schmerzen und eine stärkere Schmerzausbreitung an. Es zeigt sich eine deutliche Abschwächung des so genannten healthy migrant-effect bei älteren MigrantInnen (BMFSFJ 2002).

Mehrere Untersuchungen, die den Einfluss sozialer Faktoren auf das Phänomen Schmerz untersuchten, kamen zu dem Schluss, dass der Einfluss der Kultur bzw. der ethnischen Herkunft überbewertet wird und eine „Ethnisierung des Sozialen“-Bias (Ernst 2000: 59) die Ergebnisse verzerren kann. Die soziale Ausgangslage ist demnach bei der Bewertung ethnizitätsspezifischer Unterschiede besonders zu berücksichtigen. Im Folgenden werden einige Studien vorgestellt, die diese These stützen.

Ernst kommt in seiner Untersuchung über chronische Schmerzen beim Vergleich von insgesamt 827 Deutschen und MigrantInnen in einem Berliner Stadtteil mit einem hohem MigrantInnenanteil zu dem Ergebnis, dass sich keine Unterschiede in den Prävalenzzahlen sowie im Hinblick auf die empfundene Schmerzintensität zwischen den ethnischen Gruppen zeigen, allerdings klare soziale Unterschiede zwischen den deutschen Befragten und den MigrantInnen vorhanden sind. Allein beim Informationsgrad über die Schmerzen zeigte sich, dass dieser unter den Deutschen signifikant höher war als unter den MigrantInnen. Nach Ernst weisen die Studienergebnisse darauf hin, „dass bei Migrantinnen akute Schmerzen ähnlich empfunden, aber besonders bei Angehörigen niedrigerer Schichten vielleicht anders mitgeteilt werden. Unterschiede im gleichen Gesundheitssystem scheint es zwischen Migrantinnen und ‚Einheimischen‘ kaum zu geben. Diese wenigen Unterschiede mit ‚Kultur‘ zu begründen, ist momentan wissenschaftlich nicht belegbar“ (ebd.: 65).

In einer israelischen Studie, die den Zusammenhang zwischen Schmerzwahrnehmung, der Lebensqualität sowie der Ethnizität bei 70 sephardischen und 30 ashkenasischen Frauen mit der Diagnose Fibromyalgie untersuchte, wurde festgestellt, dass ethnizitätsspezifische Unterschiede in der Schmerzwahrnehmung nicht mehr nachzuweisen sind, wenn das Alter und der Bildungsgrad Berücksichtigung finden. Die AutorInnen kommen zu dem Schluss, dass eher der Bildungsgrad, weniger die ethnische Identität starken Einfluss auf die klinischen Merkmale der Fibromyalgie wie Schmerzstärke und Anzahl der schmerzhaften Regionen ausübt (Neumann, Buskila 1998).

In einer weiteren Studie, die den Einfluss soziokultureller Faktoren auf den Krankheitsverlauf bei 57 schweizerischen, italienischen und spanischen PatientInnen mit einer Schmerzstörung in der Schweiz untersucht hat, ergaben sich weder Unterschiede hinsichtlich der aktuellen Schmerzintensität noch im Hinblick auf die Beurteilung des Schmerzverlaufes. Die AutorInnen konnten bei ihren StudienteilnehmerInnen feststellen, dass neben soziokulturellen Faktoren nicht die Nationalität per se, sondern weitere Faktoren wie die Art der Arbeitserlaubnis und der Grad der gesellschaftlichen Integration den Krankheitsverlauf beeinflussen (Sabioni, Eugster 2001).

Auch Keel (1992) kommt in seiner Studie zur Frage, ob das Vorkommen und die Persistenz von Rückenschmerzen bei ArbeitsmigrantInnen schicht- oder kulturbedingt ist, zu dem Ergebnis, dass vor allem körperliche und psychische Arbeitsbelastungen, wie große körperliche Anstrengung, degradierende Arbeitsbedingungen, monotone Arbeitsabläufe, im Zusammenhang mit geringen schulischen und beruflichen Qualifikationen für die „Beharrlichkeit“ der Schmerzen verantwortlich sind. Er sieht bei den ArbeitsmigrantInnen eine Akkumulation negativer Risikofaktoren. Demgegenüber scheinen nach Keel kulturelle Aspekte nicht bestimmend für das Auftreten von Rückenschmerzen zu sein.

Bei der Untersuchung von Ektor-Andersen et al. (1993) zeigte sich ebenfalls, dass unter den über 1000 PatientInnen, bei denen chronische nicht-maligne Schmerzen diagnostiziert worden waren, zahlreiche soziodemographische Faktoren wie Alter, Geschlecht, Migrationshintergrund, Erwerbsstatus und die ökonomische Situation das Schmerzgeschehen der von ihnen untersuchten städtischen Population beeinflussen.

Die Studie von Bergmann et al (2001) zur Häufigkeit von chronischen Schmerzen im Zusammenhang mit Alter, Geschlecht und sozioökonomischer Schicht sowie Migrationshintergrund kam ebenfalls zu dem Ergebnis, dass das Alter sowie soziale Faktoren wie Wohnbedingungen und der sozioökonomische Status das Auftreten von chronischen Schmerzen beeinflussen. Vor allem im Hinblick auf chronische Schmerzen zeigte sich ein deutlicher Altersgradient mit mehr Schmerzregionen bei älteren Menschen sowie starke Beziehungen zu weiteren sozialen Faktoren wie etwa schlechte Wohnbedingungen.

Die genannten Studienergebnisse, die den Zusammenhang zwischen Schmerzwahrnehmung, Beschwerdestatus und sozialer Lage noch einmal deutlich machen,

zeigen ebenso wie die Ergebnisse dieser Arbeit, unter anderem einen Sozialgradienten bei chronischen Schmerzen. Neben schichtspezifischen Arbeits- und Lebensbedingungen zählt die gesundheitliche Versorgung, die bei sozial Schwächeren von einer Fehl- und Unterversorgung gekennzeichnet ist, zu den Faktoren, die zu einem größeren gesundheitlichen Risiko und zu einer erhöhten Chronifizierung von Schmerzen führen können. In diesem Zusammenhang ist die derzeitige defizitäre gesundheitliche Versorgungssituation von MigrantInnen, die in mehreren Studien nachgewiesen werden konnte (Borde, David 2003, Brucks, Wahl 2003, Kentenich et al. o.J.), als ein weiterer krankheitsverursachender Faktor zu nennen.

Das besonders häufige Auftreten von Kopfschmerzen bei den MigrantInnen in der Stichprobe kann dagegen möglicherweise im Zusammenhang mit einer medikamentösen Überversorgung stehen. Kopfschmerzen, als Folge einer nicht- adäquaten Therapie oder Selbstmedikation bei der Behandlung von akuten Kopfschmerzen, stellen ein großes versorgungsrelevantes Problem in Deutschland dar (Robert-Koch-Institut o.J.: 6ff). Einige Studien weisen darauf hin, dass die Schmerzmittelgabe bei MigrantInnen in Deutschland besonders hoch ist (Brucks, Wahl 2003: 16).

Ein weiterer Aspekt ist der Zusammenhang zwischen geringen Deutschkenntnissen und einer besonders großen Schmerzausbreitung, wie es sich als Tendenz in der vorliegenden Studie zeigt. Als Erklärung kann angeführt werden, dass die diffus und ungenau erscheinende Angabe einer großen Schmerzausbreitung von MigrantInnen, die nur über geringe Deutschkenntnisse verfügen, häufig in Zusammenhang mit einem niedrigen Bildungsniveau auftritt und ihre Ursache in dem geringen Wissen über die Anatomie des Körpers zu finden ist (Borde et al. 1999, Kilcher, Spiess 2003: 453). Grundsätzlich stellen geringe Deutschkenntnisse bei den MigrantInnen und mangelnde Fremdsprachenkenntnisse auf Seiten des medizinischen Personals dar. Sie erschweren die Arzt/Ärztin-PatientIn-Interaktion und können bereits in der Phase der Diagnostik zu verzerrten Ergebnissen wie etwa der Diagnose besonders starker Schmerzen führen.

Für die besonders große Schmerzausbreitung bei politischen Flüchtlingen kann der Zusammenhang zwischen psychosozialer Belastung und der Schmerzausbreitung eine Erklärung liefern. Bei Flüchtlingen ist von einer besonders großen psychosozialen Belastung auf Grund körperlicher und psychischer Misshandlungen und Traumatisierungen auszugehen, die sie vor bzw. auch während ihrer Flucht

erlitten haben. Ebenso stellen die restriktiven Reglementierungen bei Aufenthalts- und Arbeitsrecht sowie Zwangsunterbringungen bei den AsylbewerberInnen psychische und gesundheitliche Belastungsmomente dar (Brucks 1994: 66).

Angesicht der verbreiteten These von der erhöhten Somatisierungsneigung von MigrantInnen werden im Folgenden die Ergebnisse zum Einfluss psychosozialer Belastungen auf die Schmerzwahrnehmung noch einmal herausgestellt und zusammen mit weiteren Studienergebnissen diskutiert.

### **These 2: Deutsche und türkische Patientinnen haben eine vergleichbare Neigung zur Somatisierung.**

Auf die Frage nach der Somatisierungsneigung bei einer stark empfundenen psychosozialen Belastung im ethnischen Vergleich können die erhobenen Daten nur bedingt Auskunft geben, da unter Somatisierung das Auftreten von körperlichen Symptomen, wie etwa körperlichen Schmerzen ohne einen organischen Befund, verstanden wird. Als Ursache werden dabei psychosoziale Belastungen angesehen. Das Ausbleiben organischer Störungen – als Bedingung für die Somatisierung – konnte in dieser Arbeit jedoch nicht überprüft werden, da in diese Untersuchung keine medizinischen Befunde einbezogen wurden. Außerdem muss auch hier berücksichtigt werden, dass es sich um die subjektive Selbsteinschätzung der Patientinnen handelt und nicht um Daten, die beispielsweise anhand festgelegter Kriterien den Belastungsgrad bestimmen. Trotzdem können - mit den genannten Einschränkungen - Aussagen zum Zusammenhang zwischen einer erhöhten psychosozialen Belastung und der subjektiv eingeschätzten Schmerzstärke bzw. der angegebenen Schmerzausbreitung sowie dem Auftreten von Schmerzen im Alltag gemacht werden.

Insgesamt zeigen die empirischen Ergebnisse dieser Arbeit, dass bei den Frauen, die ihre psychosoziale Belastung hoch einschätzten, bei den Angaben zur wahrgenommenen Schmerzstärke und der Ausbreitung der Schmerzen keine auffälligen ethnizitätsspezifischen Unterschiede auftreten. Somit kann die Ethnizität in dieser Stichprobe nicht als ausschlaggebender Faktor bei der Somatisierung psychosozialer Belastungen gesehen werden. Im Gegensatz zu den Frauen deuten die ethnizitätsspezifischen Unterschiede bei den Männern eher darauf hin, dass möglicherweise neben anderen Einflussfaktoren, die bei einer weiteren Untersuchung berücksichtigt werden müssten, die ethnische Herkunft einen Einfluss auf die Auswirkungen psychosozialer Belastungen auf die Schmerzwahrnehmung und

den Beschwerdestatus hat. Allerdings muss einschränkend hinzugefügt werden, dass die Fallzahlen bei den männlichen Probanden gering waren.

Die Ergebnisse der im Folgenden vorgestellten Untersuchungen stützen die Annahme, dass der Grad der psychosozialen Belastung berücksichtigt werden muss, um nicht pauschal eine erhöhte Somatisierungsneigung bei MigrantInnen anzunehmen.

Vor dem Hintergrund, dass der Anteil der PatientInnen mit chronischen Rückenschmerzen, die Ende der 90er Jahre vom Balkan in die Schweiz gekommen waren, deutlich zugenommen hat, gehen Kool et al. (2000) in ihrer Studie der Frage nach, ob sich die Nationalität einer Person als Kriterium bei der Beurteilung der körperlichen Leistungsfähigkeit sowie von Rehabilitationsresultaten eignet. Ihre Ergebnisse zeigen, dass weniger die ethnische Herkunft als vielmehr psychosoziale Einflussfaktoren, die sich auf die Leistungsbereitschaft und Motivation auswirken, die Tests zur körperlichen Leistungsfähigkeit und die Rehabilitationsergebnisse beeinflussen. Beim Vergleich der PatientInnen, die eine vergleichbare psychosoziale Belastung aufwiesen, waren keine Unterschiede zwischen den PatientInnen vom Balkan und den Mitteleuropäern zu erkennen.

Soares et al. (1999), die den Einfluss psychosozialer Belastungen auf muskuläre Schmerzen bei Einheimischen und MigrantInnen in Schweden untersuchten, stellen unter anderem fest, dass die MigrantInnen in der Stichprobe über stärkere berufliche und allgemein psychische Belastungen berichteten. Außerdem zeigten sich bei den befragten MigrantInnen häufiger posttraumatische Stressreaktionen. Die AutorInnen folgern daraus, dass bei den PatientInnen mit Migrationshintergrund vor allem die stärkeren psychosozial belastenden Lebensbedingungen einen Einfluss auf eine stärkere Schmerzwahrnehmung haben.

Auch die vorliegende Arbeit zeigt Unterschiede im Hinblick auf den Grad der psychosozialen Belastung, wobei die türkischen/kurdischen Frauen und Männer diese Belastungen stärker einschätzen als die deutschen PatientInnen. Damit weisen auch diese Ergebnisse darauf hin, dass höhere psychosoziale Belastungen vor dem Hintergrund sozialer Benachteiligungen und nicht die kulturelle Herkunft allein zu einer stärkeren Symptompräsentation führen.

Individuelle und migrationsspezifische Belastungen, wie etwa fehlende Kommunikationsmöglichkeiten, können sich vor dem Hintergrund sozialer und allgemei-



---

ner gesellschaftlicher Rahmenbedingungen krankheitsverursachend auswirken. Nicht die kulturelle Herkunft oder der MigrantInnenstatus allein führen zu einer stärkeren Somatisierung psychosozialer Belastungen.

## 10 Schlussfolgerungen und Ausblick

Die Ergebnisse der vorliegenden Arbeit zeigen, dass die Ethnizität der PatientInnen keine alleinige Erklärung für ein unterschiedliches Schmerzempfinden liefert. Das „Mittelmeersyndrom“, unter dessen ‚Label‘ MigrantInnen pauschal ein besonders starkes Schmerzempfinden, eine große Schmerzausbreitung sowie eine erhöhte Somatisierungsneigung zugeschrieben wird und dies auf ihre ethnische Herkunft zurückgeführt wird, lässt sich in dieser explorativen Untersuchung nicht ausreichend nachweisen. Soziale Faktoren wie Alter und Bildungsgrad haben dagegen einen bedeutenden Einfluss auf die Beschwerdewahrnehmung der MigrantInnen. Ebenso zeigen migrationsspezifische Faktoren wie etwa die Deutschkenntnisse und der Migrationsmodus, die alle in der jeweils individuellen Biographie begründet sind, Auswirkungen auf die Schmerzwahrnehmung und den Beschwerdestatus.

Die Defizite, die in der gesundheitlichen Versorgung von MigrantInnen in Deutschland zu erkennen sind, zeigen sich beispielsweise in der Medikalisierung psychosozialer Probleme (Brucks, Wahl 2003: 17) und sind unter anderem Ausdruck einer gestörten Kommunikation. Im medizinischen Alltag trägt dies dazu bei, dass das medizinische Personal die von den MigrantInnen aus dem Mittelraum geäußerten Schmerzempfinden als besonders stark wahrnimmt und daraus unter anderem eine erhöhte Somatisierungsneigung abgeleitet wird.

In Deutschland fehlt immer noch – von einigen Angeboten abgesehen – ein weitreichendes bedarfsgerechtes psychosoziales Behandlungsangebot für MigrantInnen (BBA 2002: 237f). Dies trägt mit dazu bei, dass psychische Probleme von MigrantInnen nicht als solche erkannt und ernst genommen werden, sondern die MigrantInnen als SimulantInnen abgestempelt werden und als Folge davon die These der erhöhten Somatisierungsneigung vertreten wird.

Der individuelle biographische Hintergrund, soziokulturelle sowie ökonomische Faktoren sollten verstärkt in der praktischen Gesundheitsversorgung Berücksichtigung finden, indem unvoreingenommen an eine Diagnose herangegangen wird und gleichzeitig eine Sensibilität für soziale, politische und kulturelle Spezifitäten erhalten bleibt. „Kulturelle Aspekte sind jeweils wichtig, sie sollten allerdings am geeigneten Ort Berücksichtigung finden. Ethnizität sollte weniger in der Diagnose, eher im therapeutischen Prozess zum Tragen kommen“ (Verwey 1994: 27). Es

geht danach im therapeutischen Prozess um Ethnizität als Ressource und nicht um Kultur als Diagnose (Verwey 1994: 27f). „Nicht in der Kulturdifferenz oder dem Heimatverlust, sondern in dieser erfahrenen Hilfs- und Perspektivlosigkeit liegt das Problem – ein von Ausländer- und Sozialpolitik produziertes und zu verantwortendes Problem“ (Brucks et al 1985: 349).

Die Ausführungen zur Komplexität und Mehrdimensionalität des Phänomens Schmerz haben gezeigt, dass bei der Verarbeitung und Aufrechterhaltung von Schmerzsymptomen und damit auch hinsichtlich des Schmerzausdruckes viele verschiedene Faktoren eine Rolle spielen und die Schilderung von Schmerzen von der individuellen Bewertung abhängt. Dies spricht gegen generalisierende Thesen, die die kulturellen Unterschiede in den Vordergrund stellen und zudem eine Kulturalisierung migrationspezifischer Aspekte mit sich bringen.

Die vorliegende Arbeit lieferte Hinweise darauf, dass bei den Männern die Ethnizität eine größere Rolle bei der Schmerzwahrnehmung spielt als bei den Frauen. Im Zusammenhang mit der Darstellung zu Geschlecht und Gesundheit wurde in Kapitel 6 darauf hingewiesen, dass die Bedeutung und der Einfluss der Geschlechterrollen auf die Beschwerdepräsentation und -interpretation noch nicht ausreichend erforscht sind; dies sollte Aufgabe weiterer Studien sein.

Im Rahmen qualitativer Studien zum Schmerzerleben und Schmerzverhalten ließen sich außerdem weitere Erkenntnisse darüber gewinnen, wie sich beispielsweise die im familiären Zusammenhang erworbenen Schmerzerfahrungen auf die eigene Schmerzwahrnehmung und Symptominterpretation auswirken.

In einer weiteren vertiefenden multivariaten Analyse der vorliegenden Daten wäre es zudem sinnvoll, nach dem Ausmaß des Einflusses von sozialen und kulturellen Faktoren auf die Beschwerde- und Schmerzwahrnehmung und Symptominterpretation zu fragen. Die vorliegende Studie konnte Hinweise darauf geben, dass neben der Ethnizität ebenfalls soziale Faktoren wie Alter und Bildungsgrad sowie migrationspezifische Aspekte zu berücksichtigen sind. Die Größe der Stichprobe lässt es zu, nach der vorliegenden deskriptiven Untersuchung in einer vertiefenden Analyse unter Einbeziehung weiterer Faktoren – wie etwa dem Erwerbsstatus und der Aufenthaltsdauer der MigrantInnen in Deutschland – weitere Erkenntnisse über die Schmerzwahrnehmung im soziokulturellen Kontext zu gewinnen, um vermeintliche Diagnosen wie das „Mittelmeer-Syndrom“ wissenschaftlich weiterverfolgen zu können.

Zusätzlich zur Gewinnung neuer wissenschaftlicher Erkenntnisse ist es erforderlich, Ungleichheiten in Bezug auf Gesundheitschancen und Gesundheitsrisiken entgegen zu wirken. In der Gesundheitsversorgung ließe sich zum Beispiel durch die Einrichtung eines flächendeckenden Netzes von professionellen DolmetscherInnen zur Überwindung sprachlicher Verständigungsschwierigkeiten und die Sensibilisierung des medizinischen Personals für soziale, kulturelle und migrationspezifische Aspekte in der Gesundheitsversorgung eine bedeutende Verbesserung erreichen. Hierzu ist jedoch vor allem der politische Wille notwendig, die deutsche Gesellschaft als Einwanderungsgesellschaft anzuerkennen. Das vorläufige Scheitern der Verhandlungen zum Zuwanderungsgesetz im Mai 2004 lässt allerdings erkennen, dass darüber in Deutschland noch kein politischer Konsens besteht.

## 11 Literatur

- Andersen, Uwe; Woyke, Wichard (Hrsg.) (2000): Handwörterbuch des politischen Systems der Bundesrepublik Deutschland. Bonn: Bundeszentrale für politische Bildung.
- Aratow, Kayan (1996): Interkultureller Vergleich der Schmerzwahrnehmung und Krankheitsverarbeitung bei türkischen und deutschen Patienten mit chronischer Polyarthritis. Frankfurt am Main: Peter Lang Verlag.
- Bade, Klaus J. (1994): Ausländer, Aussiedler, Asyl in der Bundesrepublik Deutschland. München: C.H. Beck.
- Baune, Bernhard Th. (1998): Charakterisierung und Evaluierung der Versorgungssituation chronischer Schmerzpatienten. Berlin: Verlag für Wissenschaft und Forschung.
- Beauftragte der Bundesregierung für Ausländerfragen (Hrsg.) (2002): Zur Lage der ausländischen Bevölkerung in Deutschland. Bonn.
- Beauftragte der Bundesregierung für Ausländerfragen und Bundesministerium des Inneren (Hrsg.) (1999): Das neue Staatsangehörigkeitsrecht. Bonn.
- Beauftragte der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration (Hrsg.) (2003a): Daten und Fakten. [www.integrationsbeauftragte.de](http://www.integrationsbeauftragte.de) (Stand: 20.01.2004).
- Beauftragte der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration (Hrsg.) (2003b): Migrationsbericht 2003. Bonn.
- Benhabib, Seyla (1999): Kulturelle Vielfalt und demokratische Gleichheit. Politische Partizipation im Zeitalter der Globalisierung. Frankfurt am Main: Fischer Taschenbuch Verlag.
- Bergener, Manfred (1987): Das Schmerzsyndrom – eine interdisziplinäre Aufgabe. In: Bergener, Manfred; Herzmann, Claus E. (Hrsg.): Das Schmerzsyndrom – eine interdisziplinäre Aufgabe. Weinheim: Edition Medizin, VCH, S. 17-24.
- Bergener, Manfred; Herzmann, Claus E. (Hrsg.) (1987): Das Schmerzsyndrom – eine interdisziplinäre Aufgabe. Weinheim: Edition Medizin, VCH.

- Bergmann, S.; Herrstrom, P.; Hogstrom, K.; Petersson, I.F.; Svensson, B.; Jacobsson, L.T. (2001): Chronic musculoskeletal pain, prevalence rates, and sociodemographic associations in a Swedish population study. In: *Journal of Rheumatology*, 28. Jg., Heft Nr. 6, S. 1369-1377.
- Blechner, Gerda (2001): *Chronischer Schmerz und andere Mentalität*. Regensburg: S. Roderer Verlag.
- Borde, Theda; Braun, Tanja; David, Matthias (2003): Gibt es Besonderheiten bei der Inanspruchnahme klinischer Notfallambulanzen durch Migrantinnen und Migranten? In: Borde, Theda; David, Matthias (Hrsg.): *Gut versorgt? Migrantinnen und Migranten im Gesundheits- und Sozialwesen*. Frankfurt am Main: Mabuse Verlag, S. 43-84.
- Borde, Theda; David, Matthias; Kentenich, Heribert (2000): Probleme der Kommunikation und Aufklärung aus der Sicht deutscher und türkischer Patientinnen sowie des Klinikpersonals. Vortrag beim 6. Kongress „Armut und Gesundheit“ in Berlin 2000, [www.gesundheitberlin.de](http://www.gesundheitberlin.de) (Stand: 02.03.2004)
- Borde, Theda; David, Matthias; Kentenich, Heribert (1999): Wissen über den weiblichen Körper von deutschen und türkischen Patientinnen einer Frauenklinik. *Forum Sexualaufklärung und Familienplanung, BZgA Forum*, 2, S. 12-21.
- Bosma, H.; Peter, R.; Siegrist, J.; Marmot, M. (1998): Two alternative job stress models and risk of coronary heart disease. In: *American Journal of Public Health* 88, S. 68-74.
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.) (2002): *Bericht zur gesundheitlichen Situation von Frauen in Deutschland*. Berlin: Kohlhammer.
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.) (2001): *Dritter Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland*. Deutscher Bundestag 14. Wahlperiode, Drucksache 14/5130.
- Brena, S. F.; Sanders, S. H.; Motoyama, H. (1990): American and Japanese chronic low back pain patients: Cross cultural similarities and differences. In: *The Clinical Journal of Pain* 6, S. 118-124.

- Brucks, Ursula; Wahl, Wulf-Bodo (2003): Über-, Unter-, Fehlversorgung. Bedarfslücken und Strukturprobleme in der ambulanten Gesundheitsversorgung von Migrantinnen und Migranten. In: Borde, Theda; David, Matthias (Hrsg.): Gut versorgt? Migrantinnen und Migranten im Gesundheits- und Sozialwesen. Frankfurt am Main: Mabuse Verlag, S. 15-33.
- Brucks, Ursula (1994): Psychosoziale und gesundheitliche Probleme der Migration. In: Copley, Arthur J.; Ruddat, Detlev Dehn; Lucassen, Sabine (Hrsg.): Probleme der Zuwanderung. Band I, Göttingen: Verlag für Angewandte Psychologie, S. 53-71.
- Brucks, Ursula; von Salisch, Erdmann; Wahl, Wulf-Bodo (1985): „Wir sind seelisch krank, automatisch – und körperlich auch“ Zum Krankheitsverständnis türkischer Arbeiter. In: Collatz, Jürgen; Kürsat-Ahlers, Elcin; Korporal, Johannes (Hrsg.): Gesundheit für alle. Die medizinische Versorgung türkischer Familien in der Bundesrepublik. Hamburg: EBV Rissen, S. 338-350.
- Cağlar, Ayşe N. (1990): Das Kultur-Konzept als Zwangsjacke in Studien zur Arbeitsmigration. In: Zeitschrift für Türkeistudien, 3. Jg., Heft 1, S. 93-105.
- Collatz, Jürgen; Kürsat-Ahlers, Elcin; Korporal, Johannes (Hrsg.) (1985): Gesundheit für alle. Die medizinische Versorgung türkischer Familien in der Bundesrepublik. Hamburg: EBV Rissen.
- Delekat, D., Kis, A. (2001): Gesundheitsberichterstattung Berlin. Spezialbericht 2001-1. Zur gesundheitlichen Lage von Kindern in Berlin. Ergebnisse und Handlungsempfehlungen auf Basis der Einschulungsuntersuchungen 1999. Senatsverwaltung für Arbeit, Soziales und Frauen.
- Domenig, Dagmar (2003): Transkulturelle Kompetenz: eine Herausforderung für die Gesundheitsversorgung. In: Borde, Theda; David, Matthias (Hrsg.): Gut versorgt? Migrantinnen und Migranten im Gesundheits- und Sozialwesen. Frankfurt am Main: Mabuse Verlag, S. 85-103.
- Ektor-Andersen, J.; Janzon, L.; Sjolund, B. (1993): Chronic pain and the socio-demographic environment: results from the Pain Clinic at Malmo General Hospital in Sweden. In: Clinical Journal of Pain 9 (3), S. 183-188.

- Elwert, Georg (1989): Nationalismus und Ethnizität. Über die Bildung von Wir-Gruppen. In: Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie, 41. Jg., Nr. 3, S.440-464.
- Engel, J.; Hoffmann, S.O. (1993): Transkulturelle Aspekte des Schmerzerlebens. In: Egle, U.T.; Hoffmann, S.O. (Hrsg.): Der Schmerzkranken. Stuttgart, New York: Schattauer.
- Ernst, Gernot (2000): Mythos Mittelmeersyndrom: Über akuten und chronischen Schmerz bei Migrantinnen. In: David, Matthias; Borde, Theda; Kentenich, Heribert (Hrsg.): Migration – Frauen – Gesundheit. Perspektiven im europäischen Kontext. Frankfurt am Main: Mabuse Verlag, S.57-66.
- Esser, Hartmut (1988): Ethnische Differenzierung und moderne Gesellschaft. In: Zeitschrift für Soziologie, 17. Jg., Heft 4, S. 235-248.
- Figge, Horst H. (1989): Schmerz – Urerfahrung oder kulturspezifisches Konstrukt? In: Greifeld, Katrin; Kohlen, Norbert; Schröder, Ekkehard (Hrsg.): Schmerz. Interdisziplinäre Perspektiven. Braunschweig/ Wiesbaden: Vieweg Verlag, S. 23-34.
- Gardemann, Joachim; Müller, Wolfgang; Remmers, Angelika (Hrsg.) (2000): Migration und Gesundheit: Perspektiven für Gesundheitssysteme und öffentliches Gesundheitswesen. Tagungsdokumentation und Handbuch, Düsseldorf: Akademie für öffentliches Gesundheitswesen.
- Geertz, Clifford (1983): Dichte Beschreibungen, Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Geißler, Rainer (2002): Die Sozialstruktur Deutschlands. Schriftenreihe Band 384, Bundeszentrale für politische Bildung.
- Gelzer, David (2002): Gemeinsamkeiten sehen, die Unterschiede nicht verleugnen. Gesundheitsversorgung für MigrantInnen. In: Soziale Medizin, Nr. 4.
- Greifeld, Katarina (1995): Was ist „krank“? Wohlbefinden und Missbefinden im interkulturellen Vergleich. In: Mabuse Heft, Nr. 96, S. 22-26.
- Greifeld, Katrin; Kohlen, Norbert; Schröder, Ekkehard (Hrsg.) (1989): Schmerz. Interdisziplinäre Perspektiven. Braunschweig/Wiesbaden: Vieweg Verlag.
- Grottian, Giselinde (1991): Gesundheit und Kranksein in der Migration: Sozialisations- und Lebensbedingungen bei Frauen aus der Türkei. Frankfurt am Main: Verlag für interkulturelle Kommunikation.



- Günay, Ezel; Haag, Antje (1990): Krankheit in der Emigration – Eine Studie an türkischen Patientinnen in der Allgemeinpraxis aus psychosomatischer Sicht. In: Psychotherapie, Psychosomatik und medizinische Psychologie, Nr. 40, S. 417-422.
- Habermann, Monika (2002): Interkulturelle Pflege und Therapie. Qualitätssicherung auch für Migranten? In: Mabuse Heft, Nr. 136.
- Hahn, R. (1995): *Sickness and Healing. An Anthropological Perspective*. New Haven, London: Yale University Press.
- Halm, Dirk (2001): Zwischen kultureller und sozialer Differenz – Lösungsstrategien für interkulturelle Konflikte. In: Zeitschrift für Türkeistudien, 14. Jg., Nr. 1/2.
- Han, Petrus (2000): *Soziologie der Migration*. Stuttgart: Lucius und Lucius.
- Heckmann, Friedrich (1992): *Ethnische Minderheiten, Volk und Nation. Soziologie interethnischer Beziehungen*. Stuttgart: Enke-Verlag.
- Helmert, U.; Mielck, A.; Shea, S. (1997): Poverty, health and nutrition in Germany. In: *Reviews on Environmental Health* 12, S. 159-170.
- Herrmann, Markus (2000): Kulturspezifische Krankheitskonzepte. In: *Beauftragte der Bundesregierung für Ausländerfragen (Hrsg.): Handbuch zum interkulturellen Arbeiten im Gesundheitsamt*. Berlin, Bonn, S. 27-30.
- Herzer, Heinz (2000): Zunehmende Invalidisierung trotz medizinischem Fortschritt bei Schweizern und Ausländern. In: *Schweizerische Ärztezeitung*, 81. Jg., Nr. 47, S. 2668-2672.
- Hinderling, P. (1981): *Kranksein in primitiven und traditionellen Kulturen*. Nordestedt: Verlag für Ethnologie.
- Huber, Alessandro (2000): Der Gastarbeiter in der psychiatrisch-psychotherapeutischen Praxis. In: *Schweizerische Ärztezeitung*, 81. Jg., Nr. 47, S. 2677-2678.
- Hüper, Christa (1997): Schmerzverstehen in der interkulturellen Pflege. In: *Uzarewicz, Charlotte, Piechotta, Gudrun (Hrsg.): Transkulturelle Pflege*. Berlin: Verlag Wissenschaft und Bildung.

- Hüper, Christa (1994): Schmerz als Krankheit. Die kulturelle Deutung des chronischen Schmerzes und die politische Bedeutung seiner Behandlung. Frankfurt am Main: Mabuse-Verlag.
- Illing, Manfred (o.J.): Somatisierung als Kommunikationshilfe? Zur transkulturellen Psychosomatik mediterraner Schmerzpatienten. [www.ruhr-uni-bochum.de](http://www.ruhr-uni-bochum.de) (Stand: 20.09.2003).
- Jamin, Mathilde (1999): Fremde Heimat. Zur Geschichte der Arbeitsmigration aus der Türkei. In: Motte, Jan; Ohlinger, Rainer; von Oswald, Anne (Hrsg.): 50 Jahre Bundesrepublik – 50 Jahre Einwanderung. Nachkriegsgeschichte als Migrationsgeschichte. Frankfurt am Main, New York: Campus, S. 145-164.
- Keel, P. (1992): Prävalenz und Persistenz von Rückenschmerzen bei Fremdarbeitern: schicht- oder kulturbedingt? In: Therapie Umschau, 49. Jg., Nr. 9, S. 616-622.
- Kentenich, Heribert; Borde, Theda; David, Matthias (o.J.): Versorgungssituation gynäkologisch erkrankter türkischer und deutscher Frauen im Krankenhaus. [www.tu-berlin.de/bzhp](http://www.tu-berlin.de/bzhp) (Stand: 11.06.2003).
- Kielhorn, Rita (1994): Psychosomatische Medizin in einer Großstadtpraxis mit hohem Ausländeranteil. In: Uexküll, Thure von (Hrsg.): Integrierte Psychosomatische Medizin in Praxis und Klinik. Stuttgart, New York: Schattauer, S. 103-122.
- Kilcher, Anne; Spiess, Regina (2003): Die hausärztliche Betreuung von Migranten/-innen mit chronischem Schmerzsyndrom. In: Schweizer Ärztezeitung, 84. Jg., Heft Nr. 10, S. 452-460.
- Kirschner, W.; Radoschewski, M.; Kirschner, R. (1995): § 20 SBG V: Gesundheitsförderung, Krankheitsverhütung. Untersuchungen zur Umsetzung durch die Krankenkassen. Sankt Augustin: Asgard-Verlag.

- Kleinman, A. (1980): *Patients and Healers in the Context of Culture. A exploration of the borderland between anthropology, medicine and psychiatry. Comparative studies of health systems and medical care 3.* Berkeley: University of California Press.
- Koch, Eckhardt; Pfeiffer, Wolfgang M. (2000): Migration und transkulturelle Psychiatrie. In: *Curare*, 23 Jg., Nr. 2, S. 133-139.
- Koen, Emy (1986): Krankheitskonzepte und Krankheitsverhalten in der Türkei und bei Migrantinnen in Deutschland: ein Vergleich. In: *Curare*, 9. Jg., S. 129-136.
- Kolip, Petra (2003): Frauen und Männer. In: Schwartz, Friedrich Wilhelm; Badura, R.; Leidl, R. et. al (2003): *Das Public-Health-Buch.* München, Jena: Urban und Schwarzenberg, S. 642-653.
- Kool, J.; Oesch, P.; Bachmann, S. (2000): Ist die Nationalität prädikativ für die Beurteilung der körperlichen Leistungsfähigkeit und für das Rehabilitationsresultat? In: *Schweizerische Ärztezeitung*, 81. Jg., Nr. 47, S. 2656-2663.
- Koopman, C.; Eisenthal, S.; Stoeckle, J. (1984): Ethnicity in the reported pain, emotional distress and requests of medical outpatients. In: *Social Science and Medicine* 18, S. 487-490.
- Koptagel-Ilal, Günsel (2000): Kreative und destruktive Aspekte der Migration und der Begegnung mit dem Fremden. In: *Curare*, 23. Jg., Nr. 2, S. 105-109.
- Kröner-Herwig, Birgit (1990): Chronischer Schmerz – Eine Gegenstandsbestimmung. In: Basler, Heinz-Dieter (Hrsg.): *Psychologische Schmerztherapie: Grundlagen, Diagnostik, Krankheitsbilder, Behandlung.* Berlin, Heidelberg, New York, Tokyo: Springer Verlag, S. 1-16.
- Kürsat-Ahlers, Elcin (2000): Migration als psychischer Prozess. In: Borde, Theda; David, Matthias; Kentenich, Heribert (Hrsg.): *Migration - Frauen - Gesundheit. Perspektiven im europäischen Kontext.* Frankfurt am Main: Mabuse Verlag, S. 45-56.

- Leyer, Emanuela Maria (1990): Verborgene Strukturen in der ärztlichen und psychotherapeutischen Interaktion mit ausländischen Patienten – dargestellt und diskutiert am Beispiel eines türkischen chronischen Schmerzkranken. In: *Psychotherapie, Psychosomatik und medizinische Psychologie* 40, S. 423-431.
- Lipton, James A.; Marbach, Joseph J. (1984): Ethnicity and the Pain Experience. In: *Social Science and Medicine*, Vol. 19, 12, S. 1279-1298.
- Lux, Thomas (2001): Zur Entstehung des medizinanthropologischen Krankheitsbegriffs. In: *Curare*, 24 Jg., Nr. 1/2, S. 19-31.
- Masumbuku, Jean Rahind (1994): Psychosoziale Probleme von Aussiedlern. In: Copley, Arthur J.; Ruddat, Detlev Dehn; Lucassen, Sabine (Hrsg.): *Probleme der Zuwanderung. Band I*, Göttingen: Verlag für Angewandte Psychologie, S. 72-95.
- Mielck, Andreas (2003): Projekte für mehr gesundheitliche Chancengleichheit: Bei welchen Bevölkerungsgruppen ist der Bedarf besonders groß? In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.): *Gesundheitsförderung für sozial Benachteiligte. Aufbau einer Internetplattform zur Stärkung und Vernetzung der Akteure*. Köln: BZgA, S. 10-19.
- Mielck, Andreas; Heinrich, J. (2002): Soziale Ungleichheit und die Verteilung von umweltbezogenen Expositionen (Environmental Justice). In: *Das Gesundheitswesen*, Nr. 64, S. 405-416.
- Mielck, Andreas; Graham, H., Bremberg, S. (2001): Soziale Unterschiede in der Schulung von Typ-2-Diabetikern: Auswertung der Augsburger KORA-A Studie. 36. Jahrestagung der Deutschen Diabetes Gesellschaft, Aachen.
- Mielck, Andreas (2000): *Soziale Ungleichheit und Gesundheit: Empirische Ergebnisse, Erklärungsansätze, Interventionsmöglichkeiten*. Bern: Verlag Hans Huber.
- Mielck, Andreas (1993): *Krankheit und soziale Ungleichheit. Sozialepidemiologische Forschungen in Deutschland*. Opladen: Leske & Budrich.
- Münkler, Herfried; Ladwig, Bernd (1997): *Furcht und Faszination. Facetten der Fremdheit*. Berlin: Akademie Verlag.

- Münz, Rainer; Seifert, Wolfgang; Ulrich, Ralf (1999): *Zuwanderung nach Deutschland. Strukturen, Wirkungen, Perspektiven*. Frankfurt am Main, New York: Campus.
- Neidhardt, Friedhelm (1986): „Kultur und Gesellschaft“. Einige Anmerkungen zum Sonderheft. In: Neidhardt, Friedhelm; Lepsius, M. Rainer; Weiß, Johannes (Hrsg.): *Kultur und Gesellschaft. Sonderheft 27, Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie*. Opladen: Westdeutscher Verlag, S. 10-18.
- Neumann, L.; Buskila, D. (1998): Ethnocultural and educational differences in Israeli women correlate with pain perception in fibromyalgia. In: *Journal of Rheumatology* 25, S. S. 1369-73.
- Ng, B., Dimsdale, J.E.; Rollnik, J.D.; Sharipo, H. (1996): The effect of ethnicity for patient controlled analgesia for post-operative pain. In: *Pain* 66, S. 9-12.
- Noll, H.H.; Habich, R. (1990): Individuelle Wohlfahrt: Vertikale Ungleichheit oder horizontale Disparitäten? In: Berger, P.A.; Hradil, S. (Hrsg.): *Lebenslagen, Lebensläufe, Lebensstile*. Göttingen: Verlag Otto Schwartz & Co., S. 153-188.
- Ots, Thomas (1989): Herr Doktor, ich fühle mich nicht. Ja, wo tut es denn weh? Über die Rolle des Medizinsystems bei der Produktion chronischen Schmerzes. Eine Pilotstudie. In: Greifeld, Katrin; Kohnen, Norbert; Schröder, Ekkehard (Hrsg.): *Schmerz. Interdisziplinäre Perspektiven*. Braunschweig/Wiesbaden: Vieweg Verlag, S. 115-128.
- Petersen, Andrea (1995): Somatisieren die Türken oder psychologisieren wir? Gedanken zur angeblichen Neigung von Türken zum Somatisieren. In: *Culture*, 18. Jg., Nr. 2, S. 531-540.
- Quekelberghe, R. van (1991): *Klinische Ethnopsychologie. Einführung in die transkulturelle Psychologie, Psychopathologie und Psychotherapie*. Heidelberg: Asanger.
- Razum, Oliver; Geiger, Ingrid (2003): Migranten. In: Schwarz, Friedrich Wilhelm et al. (Hrsg.): *Das Public Health Buch*. München, Jena: Urban und Fischer, S. 686-692.

- Reckwitz, Andreas (2001): Multikulturalismustheorien und der Kulturbegriff. Vom Homogenitätsmodell zum Modell kultureller Interferenzen. In: Berliner Journal für Soziologie, 11. Jg., Nr. 2, S. 179-200.
- Reckwitz, Andreas (2000): Die Transformation der Kulturtheorien. Zur Entwicklung eines Theorienprogramms. Weilerswist: Velbrück Wissenschaft.
- Reil-Held, A. (2000): Einkommen und Sterblichkeit in Deutschland: Leben Reiche länger? Institut für Volkswirtschaftslehre und Statistik, Universität Mannheim, Beiträge zur angewandten Wirtschaftsforschung, Nr. 580-00.
- Ritsner, Michael; Ponizovsky, Alexander; Kurs, Rena; Modai, Ilan (2000): Somatization in an Immigrant Population in Israel: A Community Survey of Prevalence, Risk Factors and Help-Seeking Behavior. In: American Journal of Psychiatry 157, 3, S. 385-392.
- Robert-Koch-Institut (Hrsg.) (o.J.): Gesundheitberichterstattung des Bundes, Heft 7 – Chronische Schmerzen, Berlin: Verlag Robert-Koch-Institut.
- Ruhkol, Hilka; Zimmermann, Emil; Bartels, Siegfried (1993): Das Krankheits- und Therapieverständnis türkischer Migranten in der Bundesrepublik Deutschland. Am Beispiel der Eltern von türkischen Patientenkindern in der Universitätskinderklinik Freiburg. In: Robert-Bosch-Stiftung (Hrsg.): Beratung von Migranten: Neue Wege der psychosozialen Versorgung. Berlin: Verlag für Wissenschaft und Bildung, S. 233-258.
- Sabbioni, Marzio E. E.; Eugster, Simone (2001): Interactions of a history of migration with the course of pain disorder. In: Journal of Psychosomatic Research 50, S. 267-269.
- Scheper-Hughes, Nancy (1987): The Mindful Body. Prolegomena to Future Work in Medical Anthropology. In: Medical Anthropology Quarterly 1, S. 6-41.
- Schiefelhövel, Wulf (1989): Ausdruck, Wahrnehmung und soziale Funktion des Schmerzes. Eine humanethnologische Synopse. In: Greifeld, Katrin; Kohlen, Norbert; Schröder, Ekkehard (Hrsg.): Schmerz. Interdisziplinäre Perspektiven. Braunschweig/Wiesbaden: Vieweg Verlag, S. 129-138.

- Schütz, Alfred (1972): Der Fremde. In: Ders.: Gesammelte Aufsätze, Band II, Studien zur soziologischen Theorie. Hrsg. Von Brodersen, Arvid und übersetzt aus dem Amerikanischen von Alexander von Baeyer. Den Haag: Martinus Nijhoff, S. 56-69.
- Senatsverwaltung für Wirtschaft, Arbeit und Frauen (Hrsg.) (2003): Wirtschafts- und Arbeitsmarktbericht 2003. [www.berlin.de/senwiarbfrau/wirtschaft/-berichte/wiarb2003](http://www.berlin.de/senwiarbfrau/wirtschaft/-berichte/wiarb2003) (Stand: 04.04.2004).
- Sheiner E.K.; Sheiner E.; Shoham-Vardi, I.; Mazor, M.; Katz, M. (1999). Ethnic differences influence care giver's estimates of pain during labour. In: *Pain* 81, S. 299-305.
- Siegrist, Johannes; Möller-Leimkühler, Anne Maria (2003): Gesellschaftliche Einflüsse auf Gesundheit und Krankheit. In: Schwartz, Friedrich Wilhelm; Badura, R.; Leidl, R.; et al.: *Das Public-Health-Buch*. München, Jena: Urban und Schwarzenberg, S. 125-139.
- Simmel, Georg (1958): *Soziologie. Untersuchungen über Formen der Vergesellschaftung*. 4. Auflage des unveränderten Nachdruckes der 1928 erschienenen 3. Auflage, Berlin: Duncker & Humblot.
- Soares, J.J.; Grossi, G. (1999): Experience of musculoskeletal pain. Comparison of immigrant and Swedish patient. In: *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 13, 4, S. 254-266.
- Statistisches Bundesamt (2003): *Gesundheitswesen*. [www.destatis.de](http://www.destatis.de) (Stand: 05.03.2004).
- Steinmeyer, R. (2001): Kariesprävalenz und -sanierung bei Koblenzer Erstklässlern in Bezug zu stadtteilbezogenen Sozialindikatoren. In: *Gesundheitswesen*, Nr. 63, S. 423-429.
- Sternbach, R.; Turksy, B. (1965): Ethnic differences among housewives in psychophysical and skin potential responses to electric shock. In: *Psychopathology* 1, S. 241-246.

- Strate, Peter; Koch, Eckhardt (2000): Pilotstudie zur Evaluation psychiatrischer Versorgung von Schmerzpatienten türkischer Herkunft. In: Koch, Eckhardt; Schepker, Renate; Taneli, Suna (Hrsg.): Psychosoziale Versorgung in der Migrationsgesellschaft. Freiburg im Breisgau: Lambertus Verlag, S. 211-227.
- Thalheimer, Philipp (2003): Migration und Integration am Beispiel der Türkei. In: Bundesamt für die Anerkennung ausländischer Flüchtlinge (Hrsg.): Wanderungsbewegungen. Migration, Flüchtlinge und Integration. Nürnberg: Selbstverlag, S. 75-120.
- Uzarewicz, Charlotte (2002): Sensibilisierung für die Bedeutung von Kultur und Migration in der Altenpflege. Kurzbeschreibung. Bonn: Deutsches Institut für Erwachsenenbildung. [www.die-bonn.de/esprid/dokumente/doc-2002/uzarewicz02\\_01.pdf](http://www.die-bonn.de/esprid/dokumente/doc-2002/uzarewicz02_01.pdf) (Stand: 20.11.2003).
- Vangen, S; Stoltenberg, C.; Schei, B. (1996): Ethnicity and use of obstetrical analgesia: do Pakistani women receive inadequate pain relief in labour? In: Ethnicity and Health 1, 2, S. 161-167.
- Verwey, Martine (1994): Kultur ist kein Allheilmittel. Der 'Ethnizismus' in der Medizin bedarf einer Korrektur. In: Soziale Medizin, Nr. 6, S. 26-28.
- Von Ferber, Liselotte; Köster, I.; Celayir-Erdogan, N. (2003): Türkische und deutsche Hausarztpatienten – Erkrankungen, Arzneimittelwirkungen und Verordnungen. In: Gesundheitswesen, Nr. 64, S. 304-311.
- Weisenberg, M.; Caspi, Z. (1989): Cultural and educational influences on pain of childbirth. In: Journal of Pain and Symptom Management 4, S. 13-19.
- Weiss, Regula (2003): Macht Migration krank? Eine transdisziplinäre Analyse der Gesundheit von Migrantinnen und Migranten. Zürich: Seismo Verlag.
- Weiss, Regula (2000): Migrationsspezifische Aspekte in einem psychotherapeutischen Prozess. In: Schweizer Ärztezeitung, 81. Jg., Nr. 47, S. 2664-2667.
- Yildirim-Fahlbusch, Y. (2003): Sozialmedizinische Aspekte bei der Versorgung von türkischen Patienten in Deutschland. [www.aerzteblatt.de/plus1803](http://www.aerzteblatt.de/plus1803) (Ausgabe 05/2003).
- Zatzick, D. F.; Dimsdale J. E. (1990): Cultural variations in response to painful stimuli. In: Psychosomatic Medicine 52, S. 544-557.



- 
- Zborowsky, M. (1969): *People in Pain*. Jossey-Bass, San Francisco.
- Zimmermann, Emil (1986): Inkompatibilität von Krankheitskonzepten und transkulturelle Missverständnisse. In: *Curare*, 9. Jg., S. 149-154.
- Zola, I.K. (1966): Culture and Symptoms – An analysis of patient's presenting complaints. In: *American Sociological Review* 31, S. 615-630.

## **Anhang**

**Anhang-Tabellen**

**Fragebogen**

## Anhang-Tabellen

Anhang-Tab. 1: Bildungsgrad der Frauen nach Geschlecht, Ethnizität und Alter (in %)

	Frauen		
	Bildungsgrad		
	kein Schulabschluss/ nur Grundschule	Haupt-, Real-/ Mittel-/ Berufsschule	Abitur/ Hochschulabschluss
<b>deutsch</b>	p<0,0001		
<b>gesamt (n=213)</b>	<b>8,5</b>	<b>68,1</b>	<b>23,5</b>
< 30 Jahre (n=86)	15,1	59,3	25,6
30 bis 50 Jahre (n=82)	6,1	64,6	29,3
> 50 bis 65 Jahre (n=45)	0,0	91,1	8,9
<b>türk/kurd</b>	p<0,0001		
<b>gesamt (n=156)</b>	<b>44,9</b>	<b>50,6</b>	<b>4,5</b>
< 30 Jahre (n=70)	25,7	65,7	8,6
30 bis 50 Jahre (n=61)	45,9	52,5	1,6
> 50 bis 65 Jahre (25)	96,0	4,0	0,0
<b>andere</b>	p=0,01		
<b>gesamt (n=115)</b>	<b>29,6</b>	<b>41,7</b>	<b>28,7</b>
< 30 Jahre (n=45)	22,2	48,9	28,9
30 bis 50 Jahre (n=48)	22,9	41,7	35,4
> 50 bis 65 Jahre (n=22)	59,1	27,3	13,6

Anhang-Tab. 2: Bildungsgrad der Männer nach Geschlecht, Ethnizität und Alter (in %)

	Männer		
	Bildungsgrad		
	kein Schulabschluss/ nur Grundschule	Haupt-, Real-/ Mittel-/ Berufsschule	Abitur/ Hochschulabschluss
<b>deutsch</b>	p=0,01		
<b>gesamt (n=138)</b>	<b>5,1</b>	<b>66,7</b>	<b>28,3</b>
< 30 Jahre (n=21)	14,3	52,4	33,3
30 bis 50 Jahre (n=64)	3,1	64,1	32,8
> 50 bis 65 Jahre (n=53)	3,8	75,5	20,8
<b>türk/kurd</b>	p=0,3		
<b>gesamt (n=71)</b>	<b>31,0</b>	<b>43,7</b>	<b>25,4</b>
< 30 Jahre (n=28)	21,4	53,6	25,0
30 bis 50 Jahre (n=32)	31,3	40,6	28,1
> 50 bis 65 Jahre (n=11)	54,5	27,3	18,2
<b>andere</b>	p=0,8		
<b>gesamt (n=69)</b>	<b>30,4</b>	<b>52,2</b>	<b>17,4</b>
< 30 Jahre (n=23)	26,1	60,9	13,0
30 bis 50 Jahre (n=31)	35,5	45,2	19,4
> 50 bis 65 Jahre (n=15)	26,7	53,3	20,0

**Anhang-Tab. 3: Anteile der PatientInnen, die starke Schmerzen angaben, nach Geschlecht, Alter und Bildungsgrad (in %)**

	Starke Schmerzen	
	Frauen	Männer
<b>Gesamt</b> p=0,7 (n=484)	<b>37,3</b>	<b>35,1</b>
<b>Ethnizität</b>	p=0,04 (n=316)	p=0,001 (n=168)
deutsch	31,8	25,5
türkisch/kurdisch	43,8	51,6
<b>Altersgruppe</b>	p=0,1 (n=306)	p=0,5 (n=164)
< 30 Jahre	34,5	25,6
30 bis 50 Jahre	33,6	35,6
> 50 bis 65 Jahre	49,0	37,5
<b>Bildungsgrad</b>	p=0,006 (n=308)	p=0,08 (n=161)
kein Schulabschluss/ nur Grundschule	49,4	46,2
Haupt-, Real-/ Mittel-, Berufsschule	34,0	26,1
Abitur/ Hochschulabschluss	21,9	40,4

**Anhang-Tab. 4: Anteile der MigrantInnen, die starke Schmerzen angaben, nach Geschlecht, Migrationsmodus und Deutschkenntnissen (in %)**

	Starke Schmerzen	
	Frauen	Männer
<b>Migrationsmodus</b>	p=0,01 (n=140)	p=0,1 (n=57)
in Deutschland geboren/als Kind mit Eltern gekommen	33,3	36,7
Ehepartner/in in Deutschland	61,4	50,0
Arbeitsaufnahme	55,6	75,0
politische Gründe (Asyl)	0,0	80,0
Studium/Ausbildung	100,0	75,0
<b>Sprechen und Verstehen der deutschen Sprache</b>	p=0,2 (n=143)	p=0,6 (n=61)
gar nicht	66,7	0,0
wenig	57,1	33,3
einigermaßen gut	50,0	64,7
gut	43,3	50,0
sehr gut	33,3	47,6
<b>Lesen und Schreiben der deutschen Sprache</b>	p=0,01 (n=143)	p=0,5 (n=62)
gar nicht	79,2	60,0
wenig	41,4	44,4
einigermaßen gut	40,0	72,7
gut	41,4	50,0
sehr gut	29,3	40,0

**Anhang-Tab. 5: Anteile der PatientInnen, die häufige Alltagsschmerzen angaben, nach Geschlecht, Alter und Bildungsgrad (in %)**

	Häufige Rückenschmerzen		Häufige Kopfschmerzen	
	p=0,1 (605)		p=0,003 (n=607)	
	Frauen	Männer	Frauen	Männer
<b>Gesamt</b>	<b>41,0</b>	<b>34,1</b>	<b>30,6</b>	<b>19,4</b>
<b>Ethnizität</b>	p=0,6 (n=385)	p=0,6 (n=220)	p<0,001 (n=386)	p=0,001
deutsch	39,8	35,2	23,4	13,0
türkisch/kurdisch	42,7	32,0	40,2	31,6
<b>Altersgruppe</b>	p=0,06 (n=373)	p=0,001 (n=214)	p=0,5 (n=374)	p=0,3 (n=216)
< 30 Jahre	34,4	17,0	30,6	22,6
30 bis 50 Jahre	40,8	32,3	29,4	18,2
> 50 bis 65 Jahre	56,3	50,0	33,8	17,2
<b>Bildungsgrad</b>	p=0,005 (n=376)	p=0,5 (n=212)	p<0,001 (n=377)	p=0,2 (n=214)
kein Schulabschluss/ nur Grundschule	39,4	32,1	42,6	34,5
Haupt-, Real-/Mittel-, Berufsschule	45,8	38,1	29,6	15,1
Abitur/ Hochschulabschluss	21,1	29,3	15,8	18,6

**Anhang-Tab. 6: Anteile der MigrantInnen, die häufige Schmerzen im Alltag angaben, nach Geschlecht, Migrationsmodus und den Deutschkenntnissen (in %)**

	Häufige Rückenschmerzen		Häufige Kopfschmerzen	
	Frauen	Männer	Frauen	Männer
<b>Migrationsmodus</b>	p=0,02 (n=157)	p=0,09 (n=70)	p=0,5 (n=157)	p=0,3 (n=71)
in Deutschland geboren/als Kind mit Eltern gekommen	45,1	21,1	40,7	34,2
Ehepartner/in in Deutschland	30,8	27,3	40,4	9,1
Arbeitsaufnahme	81,8	63,6	54,5	33,3
politische Gründe (Asyl)	50,0	20,0	0,0	60,0
Studium/Ausbildung	100,0	40,0	100,0	20,0
<b>Sprechen und Verstehen der deutschen Sprache</b>	p=0,01 (n=161)	p=0,5 (n=74)	p=0,5 (n=161)	p=0,9 (n=75)
gar nicht	0,0	0,0	57,1	0,0
wenig	25,0	40,0	25,0	20,0
einigermaßen gut)	48,7	36,8	43,6	31,6
gut	59,4	42,1	43,8	35,0
sehr gut	42,4	22,6	39,0	32,3
<b>Lesen und Schreiben der deutscher Sprache</b>	p=0,5 (n=160)	p=0,3 (n=75)	p=0,2 (n=160)	p=0,9 (n=76)
gar nicht	46,4	16,7	57,1	33,3
wenig	31,3	58,3	25,0	33,3
einigermaßen gut	50,0	36,4	37,5	36,4
gut	<b>50,0</b>	26,9	43,3	25,9
sehr gut	41,3	25,0	39,1	35,0

**Anhang-Tab. 7: Anteile der PatientInnen, die mehr als fünf Schmerzregionen angaben, nach Geschlecht, Alter und Bildungsgrad (in %)**

	<b>Mehr als fünf Schmerzregionen</b>	
	<b>Frauen</b>	<b>Männer</b>
<b>Gesamt</b> p=0,9 (n=483)	<b>31,3</b>	<b>31,1</b>
<b>Ethnizität</b>	p=0,09 (n=316)	p=0,06 (n=167)
deutsch	27,1	25,5
türkisch/kurdisch	36,3	41,0
<b>Altersgruppe</b>	p=0,03 (n=306)	p=0,9 (n=163)
< 30 Jahre	24,5	31,0
30 bis 50 Jahre	34,5	30,1
> 50 bis 65 Jahre	43,1	31,3
<b>Bildungsgrad</b>	p=0,1 (n=308)	p=0,3 (n=160)
kein Schulabschluss/nur Grundschule	40,0	44,0
Haupt-, Real-/Mittel-/Berufsschule	29,7	31,8
Abitur/ Hochschulabschluss	24,4	25,5

**Anhang-Tab. 8: Anteile der MigrantInnen, die mehr als fünf Schmerzregionen angaben, nach Geschlecht, Migrationsmodus und Deutschkenntnissen (in %)**

	<b>Mehr als fünf Schmerzregionen</b>	
	<b>Frauen</b>	<b>Männer</b>
<b>Migrationsmodus</b>	p=0,007 (n=140)	p=0,3 (n=56)
in Deutschland geboren/als Kind mit Eltern gekommen	28,6	36,7
Ehepartner/in in Deutschland	45,5	30,0
Arbeitsaufnahme	77,8	75,0
politische Gründe (Asyl)	100,0	50,0
Studium/Ausbildung	0,0	25,0
<b>Sprechen und Verstehen der deutschen Sprache</b>	p=0,3 (n=143)	p=0,9 (n=60)
gar nicht	16,7	0,0
wenig	47,6	33,3
einigermaßen gut	43,8	43,8
gut	30,0	45,0
sehr gut	29,6	38,1
<b>Lesen und Schreiben in deutscher Sprache</b>	p=0,06 (n=143)	p=<0,4 (n=61)
gar nicht	58,3	20,0
wenig	37,9	66,7
einigermaßen gut	20,0	45,5
gut	34,5	33,3
sehr gut	26,8	40,0

## **Fragebogen**

**Fragebogen für die Patientenbefragung**

**Forschungsprojekt zur Inanspruchnahme klinischer Notfallambulanzen (2001 – 2003)**

Dr. Theda Borde (MPH) - Dr. M. David - Prof. Dr. Kentenich (Tel. 450 564077)

TEIL 1

Patientennr. \_\_\_\_\_

**GESUNDHEITLICHE BESCHWERDEN UND ERWARTUNGEN AN DIE ERSTE HILFE**

*Bitte nehmen Sie sich etwas Zeit für unsere Untersuchung, in der Sie als Patientinnen und Patienten von Notfallambulanzen befragt werden. Beantworten Sie die folgenden Fragen, indem Sie zunächst alle Antwortmöglichkeiten zu den einzelnen Fragen durchlesen. Kreuzen Sie dann bitte das jeweils für Sie zutreffende Feld an. Einige Fragen erfordern Angaben von Zahlen oder Antworten in Ihren eigenen Worten.*

**1. Wie sind Sie in diese Notfallambulanz gekommen?**

- selbst direkt hierher gekommen..... ( )1
- von Angehörigen oder Bekannten  
hierher gebracht worden..... ( )2
- von der Feuerwehr gebracht worden..... ( )3
- vom Krankenwagen gebracht worden... ( )4
- ein Arzt hat mich eingewiesen..... ( )5
- wann?**
- vor \_\_\_\_\_ Std. \_\_\_\_\_ Tg
- sonstiges..... ( )6

\_\_\_\_\_

**2. Wer hat die Entscheidung getroffen, die Notfallambulanz aufzusuchen bzw. die Feuerwehr/Krankenwagen anzurufen?**

- ich ( )1
- selbst.....
- Ehemann, Ehefrau oder Partner/-in.. ( )2
- andere Familienangehörige..... ( )3
- Freunde, Nachbarn, Kollegen..... ( )4
- Hausarzt..... ( )5
- Facharzt..... ( )6
- Notarzt ..... ( )7
- andere ( )8
- wer? \_\_\_\_\_

**3. Warum sind Sie in die Notfallambulanz gekommen? Welche Beschwerden haben Sie?**

(Sie können hier bis zu 3 Beschwerden angeben:)

- a.) HAUPTBESCHWERDE \_\_\_\_\_
- b.) weitere Beschwerde \_\_\_\_\_
- c.) weitere Beschwerde \_\_\_\_\_

**4. Seit wann haben Sie die HAUPTBESCHWERDE ungefähr?**

seit etwa 1 Stunde	seit heute _____ Uhr	seit gestern _____ Uhr	seit einigen Tagen	seit ca. einer Woche	seit mehr als einer Woche
( )1	( )2	( )3	( )4	( )5	( )6

**5. Hatten Sie diese Beschwerden schon öfter?**

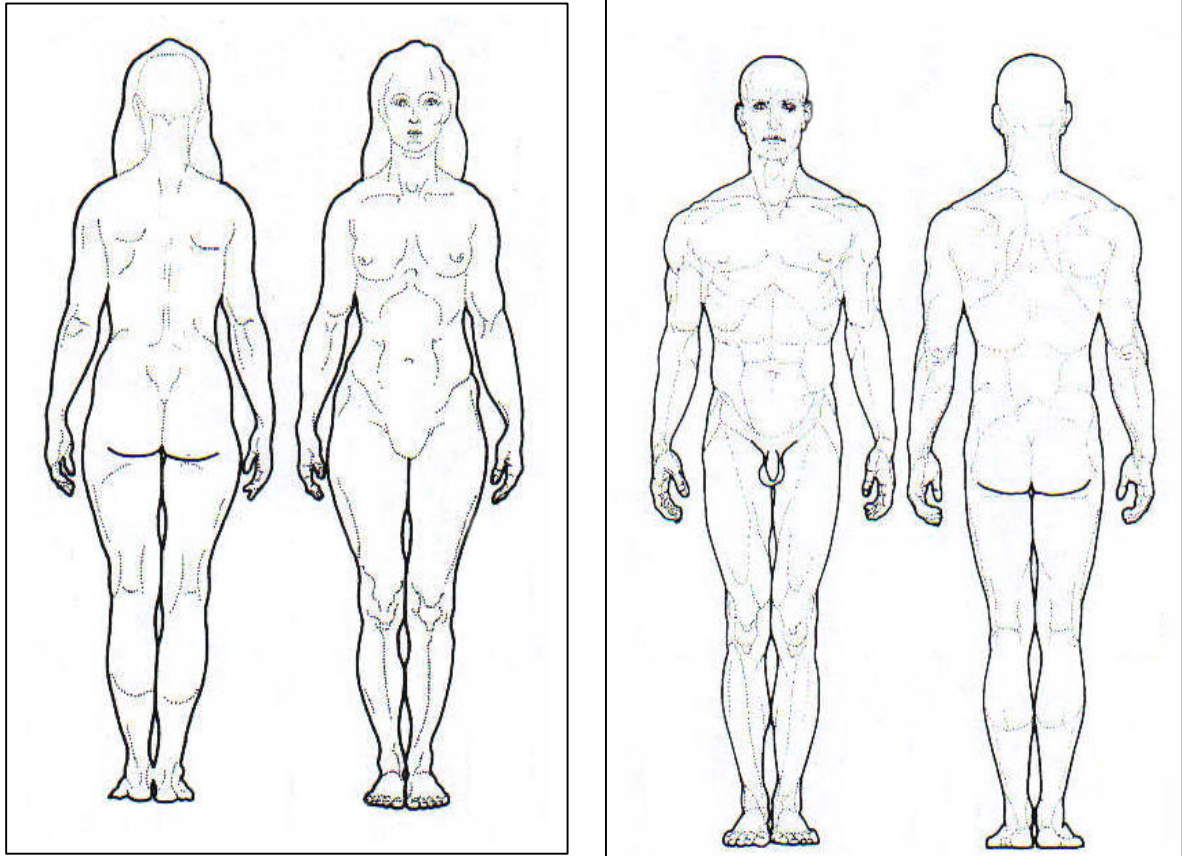
- noch nie ( )1
- einmal vorher ( )2
- mehrmals ( )3



**6. Bitte markieren Sie in dieser Skizze, wo genau Sie jetzt SCHMERZEN haben.**

(Wenn Sie keine Schmerzen haben, weiter mit Frage 10)

entfällt.....( )1



7. Wo ist der Schmerz am stärksten? \_\_\_\_\_

8. Wie stark sind diese Schmerzen? (Bitte kreuzen Sie ein Feld auf der Skala von 0 bis 10 an.)

<b>0 = gar keine Schmerzen</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>8</b>	<b>9</b>	<b>10</b>	<b>10 = völlig unerträgliche Schmerzen</b>
--	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	-----------	--

9. Wie stark sind Sie durch diese Schmerzen beeinträchtigt?

<b>0 = gar nicht beeinträchtigt</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>8</b>	<b>9</b>	<b>10</b>	<b>10 = ganz und gar (völlig) beeinträchtigt</b>
---	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	-----------	--

**10. Wenn Sie jetzt auch ANDERE BESCHWERDEN haben, wie stark sind diese?**

(z.B. Schwindel, Übelkeit, Erbrechen, Durchfall, Atemnot, Fieber, Blutungen...)

*(Schreiben Sie hier bitte jeweils auf, um welche Beschwerden es sich handelt und kreuzen Sie den Wert in der Skala an, der dem Ausmaß Ihrer Beschwerden entspricht)*

<b>0 = gar keine Beschwerden</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>8</b>	<b>9</b>	<b>10</b>	<b>10 = unerträglich starke Beschwerden</b>
--------------------------------------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	-----------	---

a.) \_\_\_\_\_

<b>0 = gar keine Beschwerden</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>8</b>	<b>9</b>	<b>10</b>	<b>10 = unerträglich starke Beschwerden</b>
--------------------------------------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	-----------	---

b.) \_\_\_\_\_

<b>0 = gar keine Beschwerden</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>8</b>	<b>9</b>	<b>10</b>	<b>10 = unerträglich starke Beschwerden</b>
--------------------------------------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	-----------	---

c.) \_\_\_\_\_

**11. Was denken Sie, woher Ihre jetzigen Beschwerden und /oder Schmerzen kommen könnten? Was könnte Ihrer Ansicht nach die Ursache dafür sein?***(Auch wenn Sie nur Vermutungen über die Ursache Ihrer Beschwerden haben, bitten wir Sie, diese hier kurz in Stichworten aufzuschreiben. Sie können dabei auch mehr als eine mögliche Ursache angeben.)*


**12. Befürchten Sie eine bestimmte Erkrankung zu haben? Welche Krankheit könnte das möglicherweise sein?**


---

**13. Bitte kreuzen Sie den Wert an, der Ihrer Einschätzung der DRINGLICHKEIT einer ärztlichen Behandlung entspricht.**

<b>0 = kein dringender Behandlungsbedarf</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>8</b>	<b>9</b>	<b>10</b>	<b>10 = sehr dringend! akute Lebensgefahr</b>
--	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	-----------	---

**14. Warum sind Sie mit Ihren Beschwerden gerade hierher in diese Notfallambulanz gekommen? weil...**

(Bitte kreuzen Sie nur eine Antwort an)

- ich vom Arzt in diese Klinik eingewiesen wurde..... ( )1  
 Empfehlung (m)eines Arztes/Ärztin ..... ( )2  
 die Feuerwehr /Krankenwagen mich direkt hierher gebracht hat..... ( )3  
 meine eigene Entscheidung, weil:
- ich in der Nähe wohne ( )4  
 ich nicht weiß, wohin ich sonst gehen soll ( )5  
 die Arztpraxen zu dieser Zeit schon geschlossen sind ( )6  
 die Versorgung hier besser ist als in einer Arztpraxis ( )7  
 dieses Krankenhaus einen guten Ruf hat ( )8  
 das dieses Krankenhaus für Notfälle zuständig ist ( )9  
 ich dieses Krankenhaus schon kenne ( )10
- andere Gründe und zwar: ( )11
- 

**15. Woher kennen Sie diese Notfallambulanz ? (Bitte kreuzen Sie nur eine Antwort an)**

- bisher kannte ich die Notfallambulanz nicht..... ( )1  
 ich war schon einmal Patientin dieser Notfallambulanz..... ( )2  
 ich war schon öfter Patientin dieser Notfallambulanz..... ( )3  
 ich wurde vor kurzem in diesem Krankenhaus stationär behandelt..... ( )4  
 ich habe schon Angehörige/Bekannte hierher begleitet..... ( )5  
 ich komme immer hierher, wenn ich einen Arzt brauche..... ( )7  
 anderes: \_\_\_\_\_ ( )8

**16. Wie oft waren Sie im letzten Jahr Patientin einer klinischen Notfallambulanz? \_\_\_\_\_ (Anzahl)**

**17. Kennen Sie außer dieser Notfallambulanz noch andere Stellen, die in Notfällen ärztliche Hilfe anbieten?**

nein ..... ( )1    ja..... ( )2    wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

**18. Was ist Ihnen als Patient bzw. Patientin der Ersten Hilfe jetzt am wichtigsten?**

1. ----- 2. -----

3. ----- 4. -----

<b>BELASTUNGEN</b>
--------------------

**19. Wie häufig leiden Sie auch sonst an folgenden Schmerzen?****a. Rückenschmerzen**

- nie..... ( )1  
 selten..... ( )2  
 manchmal..... ( )3  
 häufig..... ( )4

**d. Unterbauchschmerzen**

- nie..... ( )1  
 selten..... ( )2  
 manchmal..... ( )3  
 häufig..... ( )4

**b. Kopfschmerzen**

- nie..... ( )1  
 selten..... ( )2  
 manchmal..... ( )3  
 häufig..... ( )4

**e. Schmerzen im Brustbereich/Herz**

- nie..... ( )1  
 selten..... ( )2  
 manchmal..... ( )3  
 häufig..... ( )4

**c. Magenschmerzen**

- nie..... ( )1  
 selten..... ( )2  
 manchmal..... ( )3  
 häufig..... ( )4

**f. Gliederschmerzen/Arme und Beine**

- nie..... ( )1  
 selten..... ( )2  
 manchmal..... ( )3  
 häufig..... ( )4

**20. Wenn Sie über die vergangene Woche bis heute nachdenken, welche belastenden**

**Vorkommnisse hatten Sie?** (Bitte kreuzen Sie in den Skalen an, wie stark Sie sich belastet fühlten.)

**a. Belastungen oder Stress im Beruf und / oder Haushalt**

0 = gar keine	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	10 = extreme
------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	-----------------

**b. Belastungen oder Stress in der Familie, Ehe oder Partnerschaft**

0 = gar keine	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	10 = extreme
------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	-----------------

**c. Belastungen oder Stress im Alltag (Verkehr, Behörden, Einkauf...)**

0 = gar keine	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	10 = extreme
------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	-----------------

**d. Belastungen oder Stress im Zusammenhang mit einer Erkrankung**

0 = gar keine	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	10 = extreme
------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	-----------------

**f. Belastungen oder Stress durch besondere Ereignisse**

(z.B. Tod eines Angehörigen, Prüfung, Umzug, Hochzeit)

0 = gar keine	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	10 = extreme
------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	-----------------

**g. Stehen Ihre aktuellen Beschwerden im Zusammenhang mit Gewalterfahrungen?**

ja.....( )1

nein.....( )2

möglich.....( )3

<b>SELBSHILFEMASSNAHMEN</b>
-----------------------------

21. Haben Sie selbst, bevor Sie hierher kamen, etwas unternommen, um Ihre Beschwerden bzw. Schmerzen zu lindern?

ja.....()1    nein.....()2

22. Wenn ja, was haben Sie schon alles gemacht?  
(Bitte schreiben Sie Stichworte auf.)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

23. Haben Sie bestimmte Werte gemessen?

nein..()1    ja.....()2

Fieber.....()

Blutdruck.....()

Blutzuckerwerte..()

24. Haben Sie wegen der Beschwerden Medikamente eingenommen?

nein, keine Medikamente genommen..... ()1

ja, folgendes Medikament..... ()2  
(Bitte Namen des Medikaments eintragen)

\_\_\_\_\_

Wenn Sie den Namen nicht wissen, gegen welche Beschwerden war das Mittel? ()3  
(z.B. Mittel gegen Schmerzen, Übelkeit.)

\_\_\_\_\_

25. Wenn ja, wie viel haben Sie heute von diesem Medikament eingenommen / angewendet? entfällt ()0

\_\_\_\_\_

26. Woher hatten Sie dieses Medikament?

entfällt ()0

habe ich immer zu Hause..... ()1

hat mir ein Arzt vor kurzem verschrieben... ()2

„ohne Verschreibung“ aus der Apotheke .... ()3

Angehörige/Freunde haben es mir gegeben ()4

woanders her ()5

von: \_\_\_\_\_

27. Nehmen Sie regelmäßig Medikamente?

nein.....()1

ja .....()2    Wenn ja, welche ?

\_\_\_\_\_

28. Leiden Sie an einer ernsthaften chronischen Erkrankung? nein.....()1

ja

Bluthochdruck..... ()2

Herzerkrankung..... ()3

Diabetes..... ()4

Asthma/Bronchitis..... ()5

Hepatitis (Gelbsucht)..... ()6

Gastritis/Magengeschwür..... ()7

Allergien..... ()9

Krebserkrankung..... ()10

HIV/AIDS ..... ()11

andere..... ()12

Welche?\_\_\_\_\_

29. Wie viele Zigaretten rauchen Sie täglich?

\_\_\_\_\_ pro Tag    keine..... ()1  
(Anzahl)

30. Trinken Sie Alkohol?

nie..... ()1

selten..... ()2

manchmal..... ()3

häufig..... ()4

**31. Haben Sie während der letzten 12 Monate Ärzte und Ärztinnen in ihrer Praxis aufgesucht?**

Wenn „ja“, bitte ankreuzen

- Hausarzt oder Hausärztin..... ( )1  
 Frauenarzt/-in..... ( )2  
 Urologe/-in..... ( )3  
 Internist/-in..... ( )4  
 Orthopäde/-in..... ( )5  
 Zahnarzt/-in..... ( )6  
 Psychiater/-in , Neurologe/-in.... ( )7  
 Hautarzt..... ( )8  
 andere Ärzte oder Ärztinnen? ..... ( )9  
 Welche? \_\_\_\_\_

**32. Wenn Sie einen Hausarzt oder Hausärztin haben, seit wie lange sind Sie dort Patient oder Patientin?**

\_\_\_\_\_ Monate \_\_\_\_\_ Jahre

**33. Wie oft waren Sie selbst im vergangenen Jahr insgesamt bei Ärzten?**

gar nicht..... ( )1 \_\_\_\_\_  
 (Anzahl )

**34. Wo / wie sind Sie krankenversichert?**

\_\_\_\_\_  
 (Name der Krankenkasse )

- AOK..... ( )1  
 BK, IKK, Ersatzkassen..... ( )2  
 private Krankenversicherung..... ( )3  
 Reise(kranken)versicherung..... ( )4  
 Sozialamt..... ( )5  
 nicht krankenversichert (Selbstzahler)... ( )6

**35. Wenn krankenversichert, sind Sie**

- selbst krankenversichert..... ( )1  
 familienversichert..... ( )2

**36. Woher beziehen Sie Ihr Wissen über Gesundheit, Krankheit u. ihren Körper?**

(Hier können Sie mehrere Felder ankreuzen)

- Partner/-in oder Ehemann (-frau)..... ( )1  
 Mutter..... ( )2  
 Vater..... ( )3  
 andere Familienmitglieder..... ( )4  
 Freundinnen/Freunde..... ( )5  
 Fernsehen/Radio..... ( )6  
 Bücher/Zeitschriften..... ( )7  
 Internet..... ( )8  
 Informationen v. meiner Krankenkasse ( )9  
 Ärztinnen/Ärzte..... ( )10  
 eigene Berufsausbildung..... ( )11  
 andere..... ( )12  
 nämlich: \_\_\_\_\_

**37. Wie informieren Sie sich über die**

**Gesundheitsversorgung?** (z. B. welche Ärzte, welches Krankenhaus für Sie in Frage kommen)

- Gespräche mit anderen..... ( )1  
 Telefon- /Branchenbuch „Gelbe Seiten“ ( )2  
 Informationen v. meiner Krankenkasse ( )3  
 Zeitungen, Radio, Fernsehen..... ( )4  
 Internet..... ( )5  
 anderes..... ( )6  
 nämlich: \_\_\_\_\_

## TEIL 2

## FRAGEN ZU IHRER ALLGEMEINEN LEBENSLAGE

## 38. In welchem Jahr sind Sie geboren?

\_\_\_\_\_ (Tragen Sie bitte Ihr Geburtsjahr ein)

## 39. Wie weit wohnen Sie von diesem Krankenhaus entfernt?

\_\_\_\_\_ Minuten zu Fuß..... ( )1

\_\_\_\_\_ Minuten mit dem Auto..... ( )2

außerhalb von Berlin ..... ( )3

wo? \_\_\_\_\_  
(Stadt / Landkreis )

## 40. Postleitzahl Ihres Wohnortes .....

## 41. Wie ist Ihr Familienstand?

ledig..... ( )1

verheiratet..... ( )2

geschieden..... ( )3

verwitwet..... ( )4

## 42. Wenn Sie in einer Partnerschaft leben, wo ist Ihr Partner/-in aufgewachsen?

entfällt, keine Partnerschaft..... ( )1

in Deutschland..... ( )2

im Ausland (gleiches Land wie ich)..... ( )3

in einem anderen Land..... ( )4

## 43. Haben Sie Kinder?

nein ( )1

ja ( )2 Wie viele? \_\_\_\_\_

## 44. Wo sind Sie zur Schule gegangen?

gar nicht..... ( )1

nur in Deutschland..... ( )2

nur im Ausland..... ( )3

in Deutschland und im Ausland..... ( )4

in welchem Land? ( )5

\_\_\_\_\_

## 45. Wie lange haben Sie die Schule besucht?

Ich bin nicht zur Schule gegangen..... ( )1

\_\_\_\_\_ Jahre in Deutschland..... ( )2

\_\_\_\_\_ Jahre im Ausland..... ( )3

(Tragen Sie bitte die Anzahl der Schuljahre hier ein)

## 46. Welchen Schulabschluss haben Sie?

(Kreuzen Sie bitte Ihren höchsten Schulabschluss an)

## a. deutsche Schulabschlüsse

kein Schulabschluss ( )1

Hauptschulabschluss/POS ( )2

Realschulabschluss ( )3

Fachschul- Berufsschulabschluss ( )4

Fachabitur/ Abitur ( )5

Fachhochschul-/ Universitätsabschluss ( )6

## b. ausländische Schulabschlüsse

kein Schulabschluss ( )11

Grundschulabschluss ( )12

Mittelschulabschluss ( )13

Berufsschulabschluss ( )14

vergleichbar Abitur/Hochschulreife ( )15

Fachhochschul-/Universitätsabschluss ( )16

## 47. Haben Sie einen Beruf erlernt?

nein ( )1

ja ( )2

Welchen Beruf haben Sie erlernt?

## 48. Sind Sie zur Zeit berufstätig?

nein ( )1

ja ( )2

Welche Tätigkeit üben Sie jetzt aus?





<b>MIGRATION, KOMMUNIKATION, SOZIALE NETZE</b>
--

**57. Wo sind Sie geboren u. aufgewachsen?**

- altes Bundesland BRD/Berlin (West). ( )1  
 neues Bundesland BRD/Berlin (Ost) . ( )2  
 in einem anderen Land..... ( )3

\_\_\_\_\_

*(Bitte tragen Sie hier das Land ein.)*

**58. Welche Staatsangehörigkeit haben Sie?**

- die deutsche..... ( )1  
 eine andere..... ( )2  
 Welche ?

\_\_\_\_\_

staatenlos ( )3

**59. Wenn Sie keine deutsche Staatsbürgerin sind, haben Sie einen Einbürgerungsantrag gestellt?**

- nein ..... ( )1  
 ja ..... ( )2

**60. Haben Sie jemals einen Asylantrag gestellt?**

- nein ..... ( )1  
 ja ..... ( )2

**61. Welcher Volksgruppe gehören Sie an?****62. Wie sind Sie nach Deutschland gekommen?**

- ich bin hier geboren..... ( )1  
 als Kind mit Eltern hierher gezogen ( )2  
 mein/e Ehepartner/-n lebte schon hier ( )3  
 Arbeitsaufnahme in Deutschland ..... ( )4  
 politische Gründe (Asyl)..... ( )5  
 zum Studium oder Ausbildung..... ( )6  
 als deutschstämmige Aussiedler..... ( )7  
 ich bin hier zu Besuch (Tourist)..... ( )8  
 andere Wege..... ( )9  
 welche?

**63. Wie lange leben oder sind Sie jetzt (schon) in Deutschland?**

\_\_\_\_\_ Jahre \_\_\_\_\_ Monate

**64. Haben Sie Familienangehörige in Berlin? (Mehrfachnennung möglich.)**

- keine..... ( )1  
 Eltern..... ( )2  
 Schwiegereltern..... ( )3  
 Geschwister..... ( )4  
 Kinder..... ( )5  
 sonstige..... ( )6  
 (Cousins/en, Nichten/Neffen, Tanten/Onkels)

**65. Wer unterstützt und pflegt Sie zu Hause normalerweise wenn Sie krank sind?**

- Familienangehörige..... ( )1  
 Freunde..... ( )2  
 Nachbarn..... ( )3  
 niemand..... ( )4  
 ambulanter Pflegedienst..... ( )5

**66. Durch welche Medien informieren Sie sich in der Regel?**

*(Sie können hier bis zu 3 Antworten wählen)*

- Gespräche mit anderen..... ( )1  
 Fernsehen..... ( )2  
 Radio..... ( )3  
 Zeitungen..... ( )4  
 Internet..... ( )5

**67. Bevorzugen Sie dabei Medien in**

- deutscher Sprache ..... ( )1  
 in ihrer Muttersprache..... ( )2  
 in einer anderen Sprache..... ( )3  
 welche? \_\_\_\_\_ ( )3

**68. Welche Sprache ist Ihre Muttersprache?****69. Wie gut lesen und schreiben Sie Ihre Muttersprache?**

- gar nicht..... ( )1  
 wenig/kaum..... ( )2  
 einigermaßen gut..... ( )3  
 gut..... ( )4  
 sehr gut..... ( )5

**Wenn Ihre Muttersprache nicht deutsch ist, beantworten Sie bitte auch noch die folgenden Fragen Nr. 69 bis 73.**

**70. Sprechen Sie neben Ihrer Muttersprache noch andere Sprachen gut? Welche?**

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_

**71. Welche Sprache sprechen Sie in der Familie?**

- überwiegend deutsch..... ( )1  
überwiegend Muttersprache..... ( )2  
überwiegend eine andere Sprache..... ( )3  
deutsch und andere  
Muttersprache/Sprache zusammen..... ( )4

**72. Wie gut sprechen und verstehen Sie nach Ihrer eigenen Einschätzung die deutsche Sprache?**

- gar nicht..... ( )1  
wenig/kaum..... ( )2  
einigermaßen..... ( )3  
gut..... ( )4  
sehr gut..... ( )5

**73. Wie gut lesen und schreiben Sie nach Ihrer eigenen Einschätzung die deutsche Sprache?**

- gar nicht..... ( )1  
wenig/kaum..... ( )2  
einigermaßen..... ( )3  
gut..... ( )4  
sehr gut..... ( )5

***Wir danken für Ihre Mitarbeit.***

### **Eidesstattliche Erklärung**

Ich erkläre, an Eides Statt, dass ich beiliegende Diplomarbeit selbständig und ohne fremde Hilfe verfasst, andere als die angegebenen Quellen nicht benutzt und die den benutzten Quellen wörtlich und inhaltlich entnommenen Stellen als solche kenntlich gemacht habe.

Berlin, den 10.05.2004

Hiermit erkläre ich, dass meine Diplomarbeit in den Katalog der Soziologischen Bibliothek aufgenommen wird und dort eingesehen werden kann.

Die Urheberrechte müssen gewahrt bleiben. Die Arbeit enthält keine personenbezogenen Daten.

Berlin, den 10.05.2004