

**Migration und Gesundheit (1700-2000)  
Workshop des ‚Arbeitskreises  
Sozialgeschichte der Medizin‘**

**Veranstalter:** Arbeitskreis Sozialgeschichte der Medizin, Institut für Geschichte der Medizin der Robert Bosch Stiftung

**Datum, Ort:** 21.05.2012–22.05.2012, Stuttgart

**Bericht von:** Marion Baschin, Institut für Geschichte der Medizin der Robert Bosch Stiftung, Stuttgart

Der Arbeitskreis Sozialgeschichte der Medizin wurde vom Institut für Geschichte der Medizin der Robert Bosch Stiftung Stuttgart 1991 ins Leben gerufen. Er ist ein wichtiges Forum, um neue Forschungsgebiete im Rahmen der Sozialgeschichte der Medizin zu etablieren beziehungsweise Forschende und Experten zu einem relativ jungen Untersuchungsgegenstand zusammenzubringen. Das Thema des elften Arbeitskreistreffens war „Migration und Gesundheit“. Damit vertieft das Institut eines der eigenen neueren Arbeitsfelder, welches derzeit – neben der Geschichte der Prävention – entwickelt wird.

Migration ist ein Phänomen, das in den letzten Jahrzehnten immer mehr Beachtung in der wissenschaftlichen Forschung gefunden hat. Dieses für Migrantinnen und Migranten einschneidende Erlebnis wurde jedoch kaum unter medizinisch-sozialgeschichtlichen Fragestellungen betrachtet. Wohl galt Gesundheit als Voraussetzung für eine erfolgreiche Migration, doch wurde nach der Perspektive der Migranten und Migrantinnen selbst sowie deren Wahrnehmungen, Einstellungen, Erfahrungen, Praktiken und Strategien bezüglich Gesundheit und Krankheit selten gefragt. Diesen galt daher die besondere Aufmerksamkeit des Workshops. Doch sollten ebenso die gesundheitspolitischen Maßnahmen und Diskurse in den Aufnahmegesellschaften berücksichtigt werden. Die Themen der insgesamt sieben Vorträge fokussierten dementsprechend, inwieweit Gesundheit oder Krankheit von Migrantinnen und Migranten bei deren Wanderung beziehungsweise Aufnahme in die Zielgesellschaft eine Rolle spielten.

LUTZ HÄFNER (Göttingen) konzentrierte sich in seinem Beitrag auf die Migration, wel-

che innerhalb des Russischen Reiches stattfand. Die russische Obrigkeit stand jeglicher Wanderung zunächst ablehnend gegenüber und hatte aufgrund der geringen Durchstaatlichung kaum die Möglichkeiten, die Wanderungsbewegungen angemessen zu organisieren oder die medizinische Versorgung der Migranten sicherzustellen. Im Rahmen der transnationalen Migration, die besonders von Familien unternommen wurde, waren die Wandernden daher mehrheitlich auf sich selbst angewiesen. Obgleich nur Gesunden eine Migration empfohlen wurde, waren die Strapazen einer solchen Reise für Kinder und ältere Menschen sehr hoch. Besondere Aufmerksamkeit legte Häfner auf die Arbeitsmigration, welche auch quantitativ bedeutender war. Zwar waren die meist männlichen Wandernden jung und kräftig. Dennoch sorgten die Migrationsbewegungen ständig für die Verbreitung von Krankheiten wie Cholera oder Typhus. Deren Auftreten lasse sich, so die Ausführungen Häfners, aber nicht allein auf „kranke“ Wandernde zurückführen, sondern auch auf unzureichende hygienische Standards und die katastrophale Unterbringung der Arbeitenden in den Städten. Häufig war beispielsweise die Trinkwasserversorgung mangelhaft und die lokalen Gesundheitsbehörden verweigerten den Arbeitsmigranten die Hilfeleistungen. Allerdings standen die Arbeiter selbst den Ärzten oft ablehnend gegenüber und verzichteten aus finanziellen Gründen darauf, diese Hilfe in Anspruch zu nehmen. Kampagnen für eine gesundheitliche und hygienische Aufklärung scheiterten in der Regel an dem weit verbreiteten Analphabetismus der russischen Bevölkerung. Erst mit der Choleraepidemie des Jahres 1892 änderte sich langsam die Einstellung bezüglich der Gesundheitsversorgung von Migrantinnen und Migranten und man versuchte, die Wanderungsbewegungen durch die Gründung einer „Umsiedlungsverwaltung“ ab 1896 besser zu organisieren.

SASCHA TOPP (Gießen) ging in seinem Vortrag der Frage nach, wie die Gesundheitsuntersuchungen durch deutsche Ärzte im Ausland abliefen. Dabei nahm er vergleichend die Praktiken der Untersuchungen in Spanien und in der Türkei in den Blick. In Spanien reisten „fliegende Teams“

---

durch die Provinzen, um vor Ort unter oft unzureichenden Bedingungen, beispielsweise in ungeeigneten Räumlichkeiten oder ohne Röntgenapparate, die potentiellen Auswanderer zu untersuchen. In der Türkei war hingegen eine zentrale Stelle in Istanbul, die über eine angemessene medizinische Ausstattung verfügte, für diese Prüfungen zuständig. Ausschlusskriterien seien körperliche Behinderungen, Beeinträchtigungen der Sinnesorgane, ein schlechter zahnmedizinischer Befund, eine Schwangerschaft oder ansteckende Krankheiten wie Tuberkulose oder Syphilis gewesen. Die Ablehnungsquoten, dies konnte Topp bereits nachweisen, korrelierten jeweils mit der wirtschaftlichen Lage in Deutschland. Im Rahmen des geregelten Verfahrens kamen sowohl Effizienzüberlegungen von Seiten der Industrie in Bezug auf die „Tauglichkeit“ der Bewerber als auch „Protektionswünsche“ von Seiten des Staates bezüglich des Gesundheitsschutzes der deutschen Bevölkerung gegenüber vermeintlichen Bedrohungen zum Tragen. Die vor einem Jahr begonnene Forschungsarbeit soll durch einen Vergleich der Verfahren der Gesundheitsprüfungen in der Türkei, Spanien und Italien weitere Hinweise auf die jeweiligen Auswahlkriterien und die Motive der medizinischen Auswahlverfahren geben.

Doch selbst wenn die Migrantinnen und Migranten diese erste Hürde hinsichtlich der Auswanderung genommen hatten, konnten sie aufgrund von Krankheit und damit zusammenhängender Erwerbsunfähigkeit noch aus der Aufnahmegesellschaft ausgeschlossen werden. Dabei spielten besonders psychische Erkrankungen eine Rolle, wie JENNY PLEINEN (Trier) in ihrem Beitrag zeigen konnte. Ihre vergleichende Studie zu Belgien und Deutschland macht deutlich, dass bei der Frage, ob ein erkrankter Migrant im Land bleiben durfte, unterschiedliche Kriterien in den jeweiligen Ländern zur Anwendung kamen. Während in Belgien der aktuelle Gesundheitszustand eine größere Rolle spielte, wurden in Deutschland die mittelfristigen Gesundheitsperspektiven berücksichtigt. Prinzipiell kam in beiden Ländern familiären Netzwerken eine bedeutende Rolle zu. Dies galt nach den Ausführungen der Referentin sowohl für den Fall einer Auswei-

sung als auch für den Fall, dass der Erkrankte im jeweiligen Auswanderungsland verbleiben sollte.

Wesentlich prekärer ist die Frage der gesundheitlichen Versorgung für solche Migrantinnen und Migranten, welche sich illegal in einem Land aufhalten. Verschiedene Staaten entwickelten unterschiedliche Strategien, wie mit dieser Personengruppe, die es aus der Sicht des Staates gar nicht geben dürfte, im Hinblick auf deren gesundheitliche Beschwerden umzugehen sei. INSA BREYER (Berlin) arbeitete in einem Vergleich zwischen Deutschland und Frankreich heraus, wie verschiedene Inklusions- und Exklusionsstrategien wirksam wurden. Während in Deutschland die weitreichenden Übermittlungspflichten an die öffentlichen Behörden die medizinische Versorgung illegal Eingereister meist verhinderten, etablierte sich in Frankreich mit der Aide Médicale d'État ein besonders für diese Personengruppe geschaffenes staatliches Versorgungssystem. In Deutschland sorgten hingegen oft kirchliche und ehrenamtliche Organisationen für eine wenigstens notdürftige medizinische Betreuung der „Illegalen“. In Frankreich kann die Inanspruchnahme des staatlich geregelten besonderen Versorgungssystems langfristig sogar zu einer Legalisierung des Aufenthalts führen.

In dieser ersten Sektion stand damit der Umgang der Aufnahmegesellschaft mit den Migrantinnen und Migranten beziehungsweise deren Gesundheit und Krankheit im Mittelpunkt. Die Perspektiven und Strategien der Wandernden selbst kamen dabei weniger zum Tragen. Diesen wie den Aktivitäten der Migrierenden selbst wandten sich die Referenten und Referentinnen der zweiten Sektion zu.

Briefe von deutschen Auswanderern in die USA aus dem Zeitraum von 1830 bis 1930 bilden das Hauptquellenkorpus der Arbeit von JENS GRÜNDLER (Stuttgart). Ein vorläufiges Ergebnis ist, dass die deutschen Auswanderer über ein Repertoire an Strategien verfügten, um mit Krankheiten umzugehen. Dabei spielten bereits ausgewanderte Familienangehörige oder vorhandene Netzwerke in der Aufnahmegesellschaft eine bedeutende Rolle, obwohl dies in den Briefen nur selten im Detail

ausgeführt wird und daher meist indirekt aus den Quellen erschlossen werden muss. Dieses „Schweigen“ über private Hilfeleistungen stehe in einem direkten Zusammenhang mit dem Schweregrad der geschilderten Erkrankungen. Denn während die Autoren der Briefe die Verläufe gravierender Erkrankungen sowie schwerer Verletzungen und die damit einhergehenden Konsultationen von Ärzten ausführlich darstellten, wurden alltägliche Krankheiten nur selten thematisiert. Dieser Umstand sei nicht zuletzt der Funktion der Auswandererbriefe als wichtigem, aber nicht alltäglichem Kommunikationsmittel geschuldet, so Gründler. Die weitere Auswertung der Quellen verspricht dabei differenziertere Ergebnisse für das Gesundheitsverhalten von Auswanderern.

Die Gesundheitsverhältnisse türkischer Migrantinnen standen im Fokus des Vortrags von ASLI TOPAL-CEVAHIR (Düsseldorf). Während Frauen in der Forschung bisher eher als „passive“ Migrantinnen gesehen wurden, hob die Referentin hervor, dass Türkinen oftmals selbstständig emigrierten oder von ihren Familien dazu aufgefordert wurden, um männlichen Angehörigen eine Nachreise zu ermöglichen. Besonders belastend empfanden die Migrantinnen die Trennung von ihren Familien und das Fehlen von Ansprechpartnern in der Aufnahmegesellschaft. Obwohl die Frauen die Gesundheitsprüfungen in Istanbul erfolgreich überstanden hatten und somit die Ansprüche der Kommissionen hinsichtlich des gesundheitlichen Zustandes erfüllt hatten, führten die psychischen Belastungen und die oftmals harten Arbeitsbedingungen zu gesundheitlichen Problemen. Allgemein reagierten die Migrantinnen meist anders als männliche Auswanderer auf die gesundheitlichen Herausforderungen. Diese Reaktionen gelte es im Verlauf des Projekts noch zu präzisieren, wie die Referentin selbst hervorhob. Ein gezielter Vergleich mit türkischen Migranten, der in einem eigenen Projekt erarbeitet werden müsste, verspreche näheren Aufschluss zu diesem Punkt.

In ihrer Studie über Migrantinnen und Migranten aus der ehemaligen UdSSR betonte POLINA ARONSON (Warwick) die Bedeutung der kulturellen und sozialen Identität der Migrierenden für die Inanspruchnah-

me medizinischer Versorgung in der Zielgesellschaft. Die Sozialisierung im Herkunftsland sowie der sozioökonomische Status vor der Auswanderung beeinflussten nach den Ausführungen der Referentin ganz wesentlich das spätere Verhalten im Hinblick auf Gesundheit und Krankheit nach der Emigration. Aronson unterschied zwischen denjenigen „benachteiligten Russlanddeutschen“, welche überwiegend aus den ländlichen Teilen der UdSSR stammten, und den „privilegierten Auswanderern“, welche aufgrund ihrer eigenen sozialen und ökonomischen Ressourcen bessere Integrationsmöglichkeiten hatten. Während erstere meist größere gesundheitliche Probleme aufwiesen und sich zugleich mit der Nutzung medizinischer Angebote schwer taten, imitierten letztere häufig die als „gesund“ angesehenen Praktiken der Aufnahmegesellschaft und würden sich beispielsweise oft an Heilpraktiker wenden. Diese Rolle von eigenem „kulturellem Kapital“ im Hinblick auf die unterschiedlichen Verhaltensweisen bezüglich Gesundheit und Krankheit müsste durch weitere Studien auch mit anderen Migrantengruppen vertieft werden.

„Gesundheit“ und „Krankheit“ waren im Laufe eines Migrationsprozesses von wesentlicher Bedeutung. Dies betonten alle Beiträge. Zum einen war (und ist) eine erfolgreiche Auswanderung meist nur in gesundem Zustand möglich. Zum anderen war der Erhalt der Gesundheit in der neuen Umgebung relevant für die Frage, ob der Migrant oder die Migrantin bleiben konnte. „Krankheit“ entwickelte sich schnell zu einem Problemfall, auf den auch die Aufnahmegesellschaften unterschiedlich reagierten.

In den Vorträgen wurde deutlich, dass es die jeweilige Quellenlage meist erleichtert, den Fokus auf die Mechanismen der Einwanderungsgesellschaften und deren „Auswahlkriterien“ bezüglich der Gesundheit und Krankheit der Migrierenden zu richten. Die Wahrnehmungen und Strategien der Wandernden selbst herauszuarbeiten, fällt demgegenüber ungleich schwerer. Dies gilt besonders für die Wanderungsbewegungen vor dem Zweiten Weltkrieg. Gerade dieser Bereich der historischen Migrationsforschung scheint im Hinblick auf sozialgeschichtlich-medizinhistorische Fragestellungen noch sehr

---

wenig bearbeitet zu sein. Für die Zeitschicht bieten Interviews eine entsprechende Möglichkeit, doch fällt es dann schwer, den qualitativen Zugang durch quantitative Ergebnisse zu kontrastieren. Hinzu kommt, dass häufig die Gruppen der Migrierenden verschieden definiert werden und diese damit auch in Statistiken und den Quellen in unterschiedlichen Kategorien zusammengefasst sind oder teilweise nicht gesondert erfasst werden. Dies gilt beispielsweise besonders für diejenigen Migranten, die mittlerweile einen deutschen Pass besitzen.

In den ausführlich diskutierten Vorträgen war erkennbar, dass über die Zeit hinweg sprachliche, kulturelle und religiöse Hürden bestanden, denen im Hinblick auf die medizinische Versorgung sowie das jeweilige Verhalten der Migrierenden in Bezug auf Gesundheit und Krankheit eine bedeutende Rolle zukam. Hinsichtlich der Bewältigungsstrategien der Migrantinnen und Migranten war deren eigene Wahrnehmung der sozialen wie ökonomischen Ressourcen im Einwanderungsland bedeutend. Gerade dies ist jedoch ein Punkt, den es weiter zu erforschen gilt. Ferner wurde angeregt die Frage der „Krankenversorgung“ auch unter dem Aspekt der „push-Faktoren“, das heißt als Motiv für eine Auswanderung in Betracht zu ziehen. Eine weitere lohnende Studie könnte über diejenigen Migrationswilligen, welche bei den Gesundheitsprüfungen „durchgefallen“ waren, Aufschluss geben. Damit würden die gesundheitlichen Ausschlusskriterien der Auswahlkommissionen stärker an Kontur gewinnen. Zugleich könnte die Gruppe, wenn es gelänge, den weiteren Lebensweg einzelner „Abgewiesener“ in Erfahrung zu bringen, im Hinblick auf den späteren Gesundheitszustand von Migranten als Vergleichsgruppe dienen.

Die im Call for Paper erbetene Zentrierung auf die Migrantinnen und Migranten sowie deren Wahrnehmungen und Strategien wurde nur teilweise eingelöst. Dies ist sicherlich der Tatsache geschuldet, dass viele der vorgestellten Arbeiten, welche sich vorwiegend mit den Erfahrungen und Praktiken der Migrantinnen und Migranten befassen, noch in der Erhebungs- und Quellenstudienphase begriffen sind. Ebenso zeigte sich deutlich, dass alle Referentinnen und Referenten mit ih-

ren jeweiligen Projekten Pionierarbeit auf diesem relativ jungen Forschungsgebiet leisten. Untersuchungen zu migrantischen Selbsthilfeorganisationen gibt es beispielsweise noch selten. Auch die unterschiedlichen Strategien der Inanspruchnahme von medizinischen Angeboten und Wahrnehmungen bezüglich des eigenen Handlungsspielraumes in Bezug auf Krankheit und Gesundheit wären näher zu erforschen. Zu wünschen bleibt daher, dass dieses Treffen und die dabei geknüpften Kontakte weitere Arbeiten zu dem Themenbereich „Migration und Gesundheit“ anregen. Dies gilt besonders hinsichtlich der aktuellen Relevanz der Fragestellungen in einer Gesellschaft, die auf Einwanderung angewiesen bleibt und die bereits betroffene Migrantinnen und Migranten in die medizinische Versorgung einbinden muss.

#### **Konferenzübersicht:**

*Sektion 1 (Diskussionsleitung: Martin Dinges)*

Lutz Häfner (Göttingen): „Auf Auswanderung sollen sich nur Gesunde begeben“. Migrations-, Gesundheits- und Hygienediskurse im Zarenreich 1880 bis 1914

Sascha Topp (Gießen): Medizinische Selektion bei der Anwerbung von Arbeitsmigranten („Gastarbeitern“). Praxis und Funktion von Gesundheitsuntersuchungen unter dem Einfluss wirtschaftlicher und politischer Interessen der Bundesrepublik Deutschland, 1955-1973

Jenny Pleinen (Trier): „Als Folge Ihrer Krankheit beeinträchtigt Ihre Anwesenheit in der Bundesrepublik Deutschland die innere Sicherheit und öffentliche Ordnung“. Krankheit als Exklusionsrisiko aus kollektivbiographischer Perspektive

Insa Breyer (Berlin): Medizinische Versorgung irregulärer Migranten in Deutschland und Frankreich. Zwischen rechtlicher Regulierung und praktischen Behandlungsoptionen

*Sektion 2 (Diskussionsleitung: Robert Jütte)*

Jens Gründler (Stuttgart): Thematisierung von Gesundheit und Krankheit in Briefen. Deutsche Auswanderer in den USA, 1830-1930

Asli Topal-Cevahir (Düsseldorf): Die historische Entwicklung der Gesundheitsverhältnisse von Migrantinnen aus der Türkei in der BRD

Polina Aronson (Warwick): Health Beliefs and Help-Seeking Practices of Migrants from Former USSR to Germany

Tagungsbericht *Migration und Gesundheit (1700-2000) Workshop des ‚Arbeitskreises Sozialgeschichte der Medizin‘*. 21.05.2012–22.05.2012, Stuttgart, in: H-Soz-Kult 05.07.2012.