

Zeitschrift:	Schweizerische Zeitschrift für Religions- und Kulturgeschichte = Revue suisse d'histoire religieuse et culturelle = Rivista svizzera di storia religiosa e culturale
Herausgeber:	Vereinigung für Schweizerische Kirchengeschichte
Band:	102 (2008)
Artikel:	Religion, eine Gesundheitsressource in der Migration?
Autor:	Büchi, Silvia
DOI:	https://doi.org/10.5169/seals-130429

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften auf E-Periodica. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen sowie auf Social Media-Kanälen oder Webseiten ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. [Mehr erfahren](#)

Conditions d'utilisation

L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. La reproduction d'images dans des publications imprimées ou en ligne ainsi que sur des canaux de médias sociaux ou des sites web n'est autorisée qu'avec l'accord préalable des détenteurs des droits. [En savoir plus](#)

Terms of use

The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. Publishing images in print and online publications, as well as on social media channels or websites, is only permitted with the prior consent of the rights holders. [Find out more](#)

Download PDF: 25.02.2026

ETH-Bibliothek Zürich, E-Periodica, <https://www.e-periodica.ch>

Religion, eine Gesundheitsressource in der Migration?

Silvia Büchi

Sowohl in der Migrations- als auch der Gesundheitsforschung war Religion lange Zeit ein vernachlässigtes Thema. Erst seit kurzem werden wieder vermehrt Zusammenhänge verschiedener Aspekte von Migration, Religion und Gesundheit untersucht, obwohl seit langem bekannt ist, dass Menschen, die sich an einem neuen Ort niederlassen und in einer neuen Lebensform eingewöhnen, dabei oft auch religiöse Unterstützung suchen. Zumindest den Pionieren der Migrationsforschung in der ersten Hälfte des 20. Jahrhunderts ist dies nicht entgangen.¹ So haben sie beispielsweise beschrieben, wie Einwanderer nach Nordamerika im 19. und frühen 20. Jahrhundert familiäre religiöse Praktiken in ihren Herkunfts- sprachen ausübten, wenn sie mit schwierigen Lebens- und Arbeitsbedingungen, Einsamkeit und Diskriminierung konfrontiert waren.² In den amerikanischen sozialwissenschaftlichen Disziplinen setzte sich jedoch vor allem seit den 1960er Jahren zunehmend das Paradigma der Modernität durch, demzufolge Religionen in den modernen Gesellschaften ihre Bedeutung verlieren und global der Säkularismus dominieren werde. Religion wurde auch von Migrationsforschenden kaum mehr untersucht. Angesichts von Moderne und Säkularisierung scheint ihnen der Objektbereich «Religion» schlüssig aus dem Wahrnehmungs- und Denkhorizont heraus gefallen zu sein.³ In den Publikationen der 1970er und 1980er Jahre findet sich bezeichnenderweise kaum etwas zu den religiösen Orientierungen der untersuchten Migrantinnen und Migranten. Besonders wir-

¹ Evangelos Karagiannis/Nina Glick Schiller, Contesting Claims to the Land. Pentecostalism as a Challenge to Migration Theory and Policy, in: *Sociologus* 2006, 137–171.

² Vgl. dazu beispielsweise Robert E. Park/Herbert A. Miller, *Old World Traits Transplanted*, New York 1921; R. A. Schermerhorn, *These Our People*, Boston 1949.

³ Martin Baumann, Religion und ihre Bedeutung für Migranten. Antrittsvorlesung am Religionswissenschaftlichen Seminar, Luzern 2002.

kungsvoll zeigte sich die Narration vom Bedeutungsverlust der Religionen unter westeuropäischen Forschenden und Praktikern im Migrationsbereich. Viele setzten Religion mit Tradition gleich und betrachteten sie als ein Relikt der Vergangenheit. Eine mögliche Bedeutung von Religion für das Sozialleben wurde schlicht ignoriert, oder aber Religion als etwas betrachtet, das den Menschen schade und darum zu überwinden sei.⁴ Wenn überhaupt, so tauchte Religion lediglich als Funktion auf: Religion erbringe eine Leistung, etwa den ethnisch-nationalen Zusammenhalt der Gruppe zu stärken. Eine Eigenwahrnehmung von Religion durch die Migrantinnen und Migranten findet sich in der Literatur nicht.⁵

Auch in der öffentlichen Debatte und in der Forschungsliteratur über den spezifischeren Bereich der erzwungenen Migration (Deportation, Flucht) wurde dem Thema Religion bis Ende der 1990er Jahre nur wenig Aufmerksamkeit gewidmet.⁶ Dies ist erstaunlich, denn einerseits stellt die religiöse Verfolgung eines der Kriterien dar zur Anerkennung von Flüchtlingen durch das Uno-Hochkommissariat für Flüchtlinge (UNHCR) als auch durch die Behörden der verschiedenen Aufnahmeländer, beispielsweise der Schweiz. Zudem sind viele der im Flüchtlingsbereich international und national tätigen Hilfswerke religiöser Orientierung. Wurde Religion in Forschungen zu Flucht und Deportation behandelt, so galt die Aufmerksamkeit meist der Rolle, die die Religion im konkreten Konfliktgeschehen oder bei der Politisierung einer religiösen Identität einnahm. Dieser eingeschränkte Blickwinkel liess bislang viele Bereiche im Dunkeln, obwohl Religion die Erfahrungen von vielen Migrantinnen und Migranten vor, während, aber auch nach der Migration prägt.

Im Zentrum der Aufmerksamkeit westeuropäischer Forschender und Praktiker des Migrationsbereichs der 1980er und 1990er Jahre stand das kulturelle und religiöse Anderssein von eingewanderten Personen. Religiöse Differenz wurde meist als Barriere für eine erfolgreiche Eingliederung in die Aufnahmegerellschaft betrachtet. Wie Karagiannis und Glick Schiller schreiben,⁷ spiegelt sich in dieser Annahme der Einfluss zweier wichtiger Entwicklungen in Westeuropa: Einerseits ist zwar die Geschichte Europas von Jahrhunderten der Migration und regionaler Unterscheidungen geprägt, trotzdem wird eine Tradition der Erwartung gepflegt, dass Nationalstaaten kulturell und religiös homogen sein sollen. Anderseits haben sich europäische Migrationsforschende – als ihnen die Bedeutung von Religion im Integrationsprozess von Migranten bewusster wurde – hauptsächlich dem Islam zugewandt. Mit dem Islam verbindet sich in Europa aber eine lange Geschichte der kulturellen und territorialen Eroberungs- und Rückeroberungsgeschichte und heute sind westliche Eliten zunehmend besorgt über die politische Loyalität der Muslime gegenüber den westlichen liberalen

⁴ Gritt Klinkhammer, Einführung: Religion – Migration – Integration, in: Beauftragte der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration (Hg.) Religion – Migration – Integration in Wissenschaft, Politik und Gesellschaft, Berlin 2004, 12–15.

⁵ Baumann, Religion und ihre Bedeutung für Migranten (wie Anm. 3).

⁶ Elzbieta M. Gozdziaik/Dianna J. Shandy, Editorial Introduction: Religion and Spirituality in Forced Migration, in: Journal of Refugee Studies, 15 (2002), 129–135.

⁷ Karagiannis/Glick Schiller, Contesting Claims to the Land (wie Anm. 1), 141.

Staaten.⁸ Der Fokus der Migrationsforschenden auf den Islam begünstigte die Auffassung, dass Religion allgemein eher eine Quelle von Problemen und Konflikten darstelle, denn eine Ressource, die den Ansiedlungsprozess von Migrantinnen und Migranten erleichtern könnte.

Der vorliegende Aufsatz behandelt die Wahrnehmung von Religion durch Migrantinnen und Migranten, insbesondere ihre Bedeutung für das Erleben von Gesundheit. In einer kürzlich durchgeföhrten qualitativen Forschung mit dem Titel «Gesundsein in der Migration» untersuchten wir, wie gesunde afrikanische Migrantinnen und Migranten in der Schweiz über Gesundheit denken und was sie in ihrem Alltag für ihre Gesundheit tun.⁹ Dabei zeigte sich, dass Religion sowohl im Bezug auf die subjektiven Gesundheitskonzepte der untersuchten Migrantinnen und Migranten, wie auch auf ihre gesundheitlichen Handlungspraktiken eine wichtige Rolle einnimmt. Religion wird als Gesundheitsressource betrachtet und religiöse Praktiken spielen eine wichtige Rolle im alltäglichen Umgang mit den Anforderungen der Migration. Die Gespräche mit den Migrantinnen und Migranten zeigten, welche Bedeutung das Menschen- und Weltbild für die Wahrnehmung und Aufrechterhaltung von Gesundheit hat. Und sie machten deutlich, wie in unseren westeuropäischen Gesellschaften die lange Tradition der Trennung zwischen Medizin und Religion wirksam ist: Durch die zunehmende Etablierung der medizinischen Wissenschaft seit dem 16. Jahrhundert und der «Geburt der Klinik»¹⁰ um 1800 konnte sich in unseren Gesellschaften im 19. Jahrhundert die medizinische Profession als zentrale Instanz der Krankenversorgung etablieren. Damit erhielten neue Gesundheits- und Krankheitskonzepte und entsprechende Behandlungsweisen eine vorher ungekannte Autorität. Eine naturwissenschaftliche, sich rational verstehende Medizin konnte aus sich selbst heraus normative Kraft beanspruchen. Krankheit war nicht länger von Gott oder anderen übermenschlichen Instanzen gesandt, der Kranke war für seine Mitmenschen nicht länger sinnstiftend.¹¹ Auch das heutige schweizerische Gesundheitswesen baut auf dieser naturwissenschaftlichen und krankheitsorientierten Medizin auf. Dies widerspiegelt sich nicht zuletzt darin, dass in der Forschungsliteratur zu Krankheits- und Gesundheitsfragen Religion, wenn überhaupt, nur ganz marginal auftaucht.

⁸ Peter van der Veer, Transnational religion. Hindu and Muslim movements, in: *Global Networks*, 2 (2002), 95–109.

⁹ Im Rahmen der Bundesstrategie «Migration und Gesundheit 2002–2007» forschten Prof. Dr. Brigit Obrist (Ethnologisches Seminar der Universität Basel) und lic.phil. Silvia Büchi gemeinsam mit Rosa Anaba, Abdulai Keita, Anisa Sherif, Mohomodou Houssouba und Josephine Sanvee. Ich danke ganz herzlich meinen Forschungsmitarbeitenden und allen Studienteilnehmenden für ihre Bereitschaft, ihre Erfahrungen zu teilen. Mein Dank geht auch an das Bundesamt für Gesundheit für die Finanzierung des Forschungsprojektes.

¹⁰ Michel Foucault, *Die Geburt der Klinik*, Paris 1973.

¹¹ Thomas Lux, *Krankheit und ihre kulturellen Dimensionen*, in: Thomas Lux (Hg.), *Kulturelle Dimensionen der Medizin*, Berlin 2003.

In meinen nachfolgenden Ausführungen gehe ich von einem praxisorientierten Religionsbegriff aus, wie ihn der Religionssoziologe Martin Riesebrodt seiner Theorie der Religionen zugrunde gelegt hat.¹² Religionen stellen nach Riesebrodt komplexe sinnhafter Praktiken dar, die auf der Prämissen der Existenz in der Regel unsichtbarer persönlicher oder unpersönlicher Mächte beruhen. Weltweit ist allen Religionen ein Heilsversprechen gemeinsam: Menschen können durch die Pflege ihrer Beziehungen zu übermenschlichen Mächten Unheil abwehren, Krisen bewältigen und Heil empfangen. Die «Übermenschlichkeit» dieser Mächte besteht darin, dass ihnen Einfluss auf oder Kontrolle über Dimensionen des individuellen oder gesellschaftlichen menschlichen Lebens und der natürlichen Umwelt zugeschrieben werden, die sich direkt menschlicher Kontrolle gewöhnlich entziehen.

Was als Heil oder Unheil gilt, wird zwar kulturell spezifisch interpretiert, besitzt aber auch Konstanten über historische und kulturelle Grenzen hinweg. Dimensionen von Heil und Unheil sind die natürliche Umwelt des Menschen, der menschliche Körper sowie zwischenmenschliche Beziehungen. So gelten etwa Krankheit und Hunger, Leiden und Schmerz, Not und Unterdrückung, Verfolgung und Vertreibung, Flut und Dürre, Krieg und Vernichtung gemeinhin als Unheil, wohingegen Gesundheit und Überfluss, erfolgreiche Jagd, Fruchtbarkeit und reiche Ernte, Frieden und soziale Harmonie als Heil gelten. Hinzu kommen transzendentale Heilserwartungen, die irdisches Heil und Unheil auf eine andere Ebene transponieren. Hier gibt es dann für die Geretteten kein Unheil, keine Krisen, kein Unglück mehr, sondern sie erfreuen sich eines ewigen Heilszustandes.

Religiöse Praktiken im Umgang mit Unheil, Krisen und Heilung bestehen in der Regel darin, durch kulturell vorgegebene Mittel Kontakt mit diesen übermenschlichen Mächten aufzunehmen oder Zugang zu ihnen zu gewinnen. Sie werden kollektiv und/oder individuell ausgeführt. Jede Religion hat ihre eigenen institutionalisierten Praktiken entwickelt. Diese religiösen Praktiken und die damit verbundenen Konzepte stellen ein Bezugssystem dar, das Individuen, aber auch ganzen Gruppen erlaubt, ihren verschiedensten Erfahrungen (intellektuelle, emotionale, moralische) eine sinnhafte Form geben zu können.¹³ Im Alltagsleben eignen sich die Individuen die Formen und Inhalte der Praktiken an und deuten diese gleichzeitig auch selbst aus. Die persönliche Religiosität eines Menschen stellt somit das Ergebnis einer Dialektik von institutionalisierten Praktiken und subjektiver Aneignung und Ausdeutung dar.

Migrantinnen und Migranten nehmen auf ihrer Reise die erworbenen religiösen Handlungspraktiken und Deutungssysteme mit. Religiöse Bindungen haben für viele Menschen eine unterstützende und Trost bietende Bedeutung. Gerade angesichts von Gefahren auf der Flucht und einer unklaren Zukunft

¹² Martin Riesebrodt, *Cultus und Heilsversprechen*, München 2007.

¹³ Clifford Geertz, *Religion as a Cultural System*, in: M. Banton (Hg.), *Anthropological approaches to the study of religion*, London 1966.

bieten religiöse Rückversicherungen Halt und Zuversicht.¹⁴ Auf dem Weg und in der neuen Lebenswelt unterliegen diese Handlungspraktiken und Deutungssysteme in Auseinandersetzung mit den neu gewonnenen Lebenserfahrungen aber auch einem Veränderungsprozess. Heimatliche religiöse Bindungen und Orientierungen können im Zuge der sozialen Integration und gesellschaftlichen Akzeptanz verloren gehen oder abgelegt werden; oder aber im Gegenteil bewusster wahrgenommen und gelebt werden. Neuankömmlinge und Flüchtlinge finden oft in religiösen Vereinigungen neben emotionaler Unterstützung und Trost auch ein Gefühl von Vertrautheit und Heimatverbundenheit. Gerade aber die Wahrnehmung der eigenen religiösen Zugehörigkeit in der Abgrenzung zu anderen Glaubensansprüchen und in einer rechtlich säkular verfassten Gesellschaft lässt die eigene Religion auch in einem neuen Licht erscheinen. Der neue und meist ungewohnte Minderheitenstatus zwingt zu einer veränderten Selbst- und Traditionswahrnehmung, gerade wenn Religion ein Kennzeichen von Differenz darstellt.¹⁵

Gesundheit in der Migration

Im Themenbereich Migration und Gesundheit orientierten sich die bis anhin durchgeführten Forschungsstudien – auch wenn sie die Lebenswelt von Migrantinnen und Migranten ins Zentrum stellten – vorwiegend an der Pathologie.¹⁶ Die Analyse von Belastungen im Migrationsprozess und deren Auswirkungen auf die Gesundheit standen im Vordergrund, sowohl in Bezug auf die Arbeitsmigration als auch der erzwungenen Migration. Dies gilt nicht nur für Forschungen in der Schweiz, sondern auch in der Europäischen Union¹⁷ und in Deutschland.¹⁸ Eigentlich müsste man daher von der bisherigen Forschung als Forschung über «Migration und Krankheit» sprechen, denn fast ausnahmslos geht es um (potentiell) kranke Migrantinnen und Migranten und deren Defizite und Schwierigkeiten. Dieser einseitige Blick ist erstaunlich, denn in repräsentativen Umfragen haben sich bisher fast genauso viele Eingewanderte als gesund oder sehr gesund bezeichnet wie Schweizerinnen und Schweizer, nämlich rund 80%.¹⁹ Forschende haben sich offensichtlich vor allem damit beschäftigt, was in der Aufnahmegeellschaft Probleme bereitet, nämlich der Umgang mit (potentiell) kranken Migrantinnen und Migranten. Eine solch verengte Forschungsperspektive birgt jedoch Risiken, nicht zuletzt für die betroffenen Menschen, denn werden durch die

¹⁴ Martin Baumann, Religion und ihre Bedeutung für Migranten, in: Beauftragte der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration (Hg.), Religion – Migration – Integration in Wissenschaft, Politik und Gesellschaft, Berlin 2004, 19–30.

¹⁵ Baumann, Religion und ihre Bedeutung (wie Anm. 14), 22.

¹⁶ Regula Weiss, Macht Migration krank? Zürich 2003.

¹⁷ Manuel Carballo/Jose Julio Divino/Damir Zeric, Migration and Health in the European Union, in: Tropical Medicine and International Health, 3 (1998), 936–944.

¹⁸ Peter Marschalck/Karl Heinz Wiedl, Migration, Krankheit und Gesundheit. Probleme der Forschung, Probleme der Versorgung – eine Einführung, in: Peter Marschalck/Karl Heinz Wiedl (Hg.), Migration und Krankheit, Osnabrück 2001, 9–34.

¹⁹ Schweizerische Gesundheitsbefragungen 1997 und 2002, Neuchâtel.

Forschung die negativen Aspekte der Gesundheit ethnischer Minderheitengruppen betont, so kann dies nicht nur dem gesellschaftlichen Ansehen dieser Menschen schaden sondern auch die Aufmerksamkeit von ihren Gesundheitsprioritäten ablenken.²⁰

Forderungen nach einem Perspektivenwechsel in der Forschung zu Migration und Gesundheit wurden bereits 1992 an der WHO-Konferenz «Migration and Health» gestellt. Anstatt danach zu forschen, weshalb Menschen krank werden, sollte man besser untersuchen, weshalb sie trotz erschwerenden Bedingungen gesund blieben. In Anlehnung an Aaron Antonovsky sprach man von einer salutogenetischen Sichtweise, die die pathogenetische ablösen solle.²¹ Der amerikanische Medizinsociologe Antonovsky²² geht davon aus, dass ein Mensch immer sogenannten endogenen und exogenen Stressoren ausgesetzt ist, die sich auf seine Gesundheit einwirken. Aber anstatt nach den krankmachenden zu fragen, suchte Antonovsky nach Faktoren, die dazu beitragen, dass es Menschen immer wieder gelingt sich zu stabilisieren und gesund zu erhalten, trotz massiver Belastung durch krankmachende Einflüsse und Risikofaktoren. Wesentliche salutogenetische Kräfte sind seiner Meinung nach einerseits der erfolgreiche Umgang mit Stressoren, andererseits körperliche, materielle, psychische, soziale und kulturelle Widerstandsressourcen. Als besonders wichtige Ressource erkannte er den «Kohärenzsinn». Mit diesem Begriff bezeichnet Antonovsky eine Orientierung im Sinne eines generalisierten, überdauernden und doch dynamischen Gefühls des Vertrauens in dreierlei Hinsicht: dass 1) die Ereignisse in der Lebenswelt strukturiert, vorhersehbar und erklärbar sind; 2) Ressourcen zur Verfügung stehen, um den aus diesen Ereignissen resultierenden Anforderungen zu entsprechen; und 3) diese Anforderungen positiv und eines Engagements wert sind. Antonovsky entwickelte einen Fragenkatalog für die quantitative Erforschung der Salutogenese und befragte Menschen, die eine schwierige Zeit durchlebt hatten, welche Kategorien ihrer Gesundheit am wichtigsten waren.

Eine weitere Forschungstradition ist von Antonovsky und seiner salutogenetischen Perspektive inspiriert, benutzt jedoch eine qualitative Methodologie, um Kategorien von Gesundsein und von persönlichen und sozialen Ressourcen aus der Sicht der Betroffenen zu entwickeln.²³ Diese Ausrichtung erweitert den Ansatz von Antonovsky, indem sie die subjektive und soziale Konstruktion von Ge-

²⁰ Raj Bhopal, Is research into ethnicity and health racist, unsound, or important science?, in: *British Medical Journal*, 314 (1997), 1751–1756.

²¹ World Health Organisation, *Migration and Health. Migration in the year 2000 – whither the future?*, Geneva 2000.

²² Aaron Antonovsky, *Health, Stress and Coping. New Perspectives on Mental and Physical Well-being*, San Francisco 1979, sowie Aaron Antonovsky, *Unraveling the Mystery of Health. How People Manage Stress and Stay Well*, San Francisco 1987.

²³ Toni Faltermaier, *Gesundheitsbewusstsein und Gesundheitshandeln. Über den Umgang mit Gesundheit im Alltag*, Weinheim 1994; Martina Belz-Merk, *Gesundheit ist Alles und alles ist Gesundheit*, Frankfurt a.M. 1995; Regine Strittmatter, *Alltagswissen über Gesundheit und gesundheitliche Protektivfaktoren*, Frankfurt a.M. 1995; Toni Faltermaier/Irene Kühnlein/Martina Burda-Viering, *Gesundheit im Alltag. Laienkompetenz in Gesundheitshandeln und Gesundheitsförderung*, Weinheim 1998.

sundheit mitberücksichtigt. Sie greift dabei auf eine Theorie zurück, die von Claudine Herzlich²⁴ in Frankreich begründet wurde. Herzlich führte Ende der 1960er Jahre in Frankreich mit Männern und Frauen Gespräche über das Erleben von Gesundsein und Kranksein und entdeckte, dass diese Personen nicht nur über Gesundheit und Krankheit sprachen, sondern auch ausdrückten, wie sie das Verhältnis zwischen ihrer Person und ihrer Umgebung wahrnahmen. Herzlich postulierte, dass individuelles Gesundsein – ebenso wie Kranksein – in einer Wechselwirkung mit sozialen Konstruktionen bzw. Repräsentationen von Gesundheit – bzw. Krankheit – steht. Individuelle Aussagen zu Gesundsein und Kranksein sind spezifische Mittel, mit denen Individuen ausdrücken, wie sie das Verhältnis zwischen ihrem Körper, der Natur und der Gesellschaft erleben und in welchem Spannungsfeld sie stehen.²⁵ Diese subjektiven Sichtweisen sind aber nicht von jeder einzelnen Person für sich allein in der stillen Kammer entwickelt worden, sondern sie sind das Ergebnis von Erfahrungen im Umgang mit spezifischen Lebensbedingungen und Interaktionen mit anderen Menschen unter bestimmten historischen, politischen und gesellschaftlichen Bedingungen. Da das Erleben von Gesundheit/Krankheit mit Bildern vom Individuum in der Gesellschaft gekoppelt ist, so lassen sich Ambivalenzen der subjektiven Gesundheitskonzepte auf Widersprüche der gesellschaftlichen Situation zurückzuführen, in der die Menschen sich befinden.²⁶ Herzlich selber sprach von einem Paradox der Gesellschaft: Die Gesellschaft verlangt vom Individuum, was sie ihm gleichzeitig verweigert, nämlich Gesundheit.²⁷ Sie verlangt Gesundheit als Voraussetzung für Arbeit und Funktionieren – das meinen die instrumentellen Aspekte der Gesundheitskonzepte. Gleichzeitig macht Gesellschaft krank, verweigert Gesundheit, indem sie den Individuen Stress, Hetze, schlechte Luft, ungesunde Ernährung, etc. aufzwingt. Gesundheit wird in diesem Zusammenhang als Widerstand auf der Ebene ganz individuellen Erlebens gegen die Zwänge definiert. Herzlich formulierte ihr Argument ganz allgemein als Erfahrung des Individuums in der Gesellschaft, egal ob Mann oder Frau, sozial besser oder schlechter gestellt. Nachfolgende Arbeiten haben aber gezeigt, dass das Paradox abverlangter und verweigerter Gesundheit sehr unterschiedlich erfahren und verarbeitet wird, je nach Position in der Gesellschaft.²⁸ Entsprechend lassen sich Unterschiede nach Geschlecht und Schicht feststellen. Die Unterschiedlichkeit der Gesundheitskonzepte von sozialen Gruppen (z.B. Männer/Frauen, Oberschicht/Unterschicht) widerspiegelt, wie unterschiedlich diese Sozialgruppen als Kollektive jeweils das Paradox von abverlangter und verweigerter Gesundheit erfahren.

²⁴ Claudine Herzlich, *Health and Illness. A social psychological analysis*, London 1973.

²⁵ Janine Pierret, *What social groups think they can do about health*, in: R. Anderson/J.K. Davies/I. Kickbusch/D. McQueen/J. Turner (Hg.) *Health behaviour research and health promotion*, Oxford 1988, 45–52.

²⁶ Cornelia Helfferich, Das unterschiedliche «Schweigen der Organe» bei Frauen und Männern. Subjektive Gesundheitskonzepte und «objektive» Gesundheitsdefinitionen, in: A. Franke/M. Broda (Hg.) *Psychosomatische Gesundheit*, Tübingen 1992.

²⁷ Herzlich, *Health and Illness* (wie Anm. 24), 30.

²⁸ Helfferich, Das unterschiedliche «Schweigen der Organe» bei Frauen und Männern (wie Anm. 26).

Individuelle Gesundheitskonzepte und individuelles Gesundheitshandeln sagen folglich weniger über Gesundheit an sich aus, als über die Möglichkeiten und Unmöglichkeiten gesunden Lebens in bestimmten sozialen Situationen.

In den vergangenen Jahren wurde der Ansatz Antonovskys in den Forschungen zu Migration und Gesundheit kaum verfolgt und umfassende qualitative Untersuchungen zu Migration und Gesundheit aus einer salutogenetischen Perspektive liegen nicht vor.²⁹ Einige neuere Arbeiten bieten jedoch Ansatzpunkte für eine Hinwendung zu einer solchen Forschungs-Perspektive.³⁰ Da aber auch sie offen lassen, von welchen Vorstellungen von Gesundheit sich Migrantinnen und Migranten in ihrem Alltagshandeln im neuen Land leiten lassen, wollten wir dieser Frage in unserem eigenen Forschungsprojekt nachgehen.

Die Forschung «Gesundsein in der Migration»: Teilnehmende und Methode

Im Zentrum unserer Studie standen Menschen aus afrikanischen Ländern südlich der Sahara und die spezifischen Bedingungen ihrer Lebenswelt in der Schweiz. Von den afrikanischen Migrantinnen und Migranten wollten wir wissen, was Gesundheit und Gesundsein in der Migration überhaupt heissen kann und was sie persönlich in ihrem Alltag für diese Gesundheit tun.

Aktuell umfasst die heterogene Migrationsgruppe aus Sub-Sahara-Afrika nur rund 45'000 Menschen oder 0,5% der gesamten Wohnbevölkerung in der Schweiz. Aufgrund ihrer Hautfarbe bilden sie jedoch eine sichtbare Minderheit

²⁹ Toni Faltermaier, Migration und Gesundheit. Fragen und Konzepte aus einer salutogenetischen und gesundheitspsychologischen Perspektive, in: Marschalck/Wiedl (Hg.) *Migration und Krankheit* (wie Anm. 18), 93–112.

³⁰ In Deutschland und der Schweiz sind dies folgende Arbeiten: Azra Purgholam-Ernst, *Das Gesundheitserleben von Frauen aus verschiedenen Kulturen*, Münster 2002; Julia Boger, *Gesundheit in der «Fremde» – Gesundheitsvorstellungen afrikanischer Frauen und Männer im Migrationskontext*, Mainz 2004; Brigitte Hunkeler/Eva Müller, *Aufenthaltsstatus und Gesundheit. Eine ressourcenorientierte qualitative Untersuchung zur Unsicherheit des Aufenthaltsstatus im Zusammenhang mit der psychosozialen Gesundheit bei Migrantinnen in der Stadt Zürich*, Zürich 2004; Cathrine Moser, *Zwischen Normalität und Über-Leben. Bosnische Kriegsflüchtlinge in der Schweiz*, in: *Departement Migration des Schweizerischen Roten Kreuz (Hg.)*, *Migration – eine Herausforderung für Gesundheit und Gesundheitswesen*, Zürich 2005; Christine Achermann/Milena Chimienti, *Migration, Prekarität und Gesundheit. Ressourcen und Risiken von vorläufig Aufgenommenen und Sans-Papiers in Genf und Zürich*, Neuenburg 2006; Martine Verwey, *Vulnerabilität und Spannkraft. Perspektiven der Gesundheitsförderung traumatisierter Gewaltflüchtlinge*, in: P. van Eeuwijk/B. Obrist (Hg.), *Vulnerabilität, Migration und Altern. Medizinethnologische Ansätze im Spannungsfeld von Theorie und Praxis*, Zürich 2006; Laurence Ossipow/Letizia Toscani, *Vulnérabilité, héroïsation et resilience. L'exemple de quinze récits recueillis à Genève en policlinique de médecine communautaire*, in: P. van Eeuwijk/B. Obrist (Hg.), *Vulnerabilität, Migration und Altern. Medizinethnologische Ansätze im Spannungsfeld von Theorie und Praxis*, Zürich 2006. In Kanada sind dies die Arbeiten von: Isabel Dyck, *Immigration, Place and Health. South Asian Women's Accounts of Health, Illness and Everyday Life*, Vancouver 2004; Isabel Dyck/Parin Dossa, *Place, Health and «Home»: Gender and migration in the constitution of healthy space*, in: *Health and Place*, 13 (2007), 691–701.

und sind einem starken *cultural othering* ausgesetzt.³¹ sehr oft werden sie auf ein «Fremdsein» festgeschrieben, das von stereotypen Bildern und Vorurteilen ge-nährt wird. Grosse und kleinere Unterschiede zwischen den Personen (z.B. be-züglich Herkunft, Migrationsdauer oder aktueller Staatszugehörigkeit, etc.) aber auch Gemeinsamkeiten mit Einheimischen werden kaum wahrgenommen. Für afrikanische Migrantinnen und Migranten gehört dadurch das Erleben von latenten oder gar expliziten fremdenfeindlichen Haltungen zu ihrem Alltag³² und der Zugang zum schweizerischen Arbeitsmarkt ist für sie schwieriger als für andere. So war zeigte sich in der Volkszählung im Jahr 2000, dass die Erwerbslosen-rate³³ der Einwanderer aus afrikanischen Ländern südlich der Sahara die höchste aller ausländischen Gruppen innerhalb der ständigen Wohnbevölkerung war: 21,9% der erwerbsfähigen Menschen aus Afrika waren auf Arbeitssuche (Männer 19,9%, Frauen 24,7%), gegenüber nur 2,3 % bei den SchweizerInnen (Männer 3,4%, Frauen 2,8%) und 5,9% bei den AusländerInnen insgesamt 5,9% (Männer 11,5%, Frauen 8,2%).³⁴

Da aber sonst über den Lebensalltag von Afrikanerinnen und Afrikanern in der Schweiz nur wenig bekannt ist, hatte unsere Studie zu Gesundheitskonzepten und -aktivitäten einen explorativen Charakter. Mit einem partizipativen Ansatz führte das afrikanisch-schweizerische Forschungsteam über einen Zeitraum von zwei Jahren hinweg (2004–2006) zunächst eine explorative qualitative Studie durch und erarbeitete anschliessend Visualisierungsinstrumente zu «Gesundsein in der Migration», die in Gruppendiskussionen mit zusätzlichen Personen zur Überprüfung der ersten Ergebnisse getestet wurden.³⁵ Kriterien zur Auswahl der Studienteilnehmenden war einerseits, dass diese über einen relativ sicheren Aufenthaltsstatus³⁶ verfügten und andererseits, dass sie sich selbst als jemanden bezeichneten, der/die mit Problemen, die die Gesundheit betreffen, gut zurecht kam oder von anderen Personen so charakterisiert wurden. Wir nahmen an, dass die meisten Personen im Laufe ihrer Migrationsgeschichte schon mit kürzeren

³¹ Hans-Rudolf Wicker, Einleitung: Migration, Migrationspolitik und Migrationsforschung, in: Hans-Rudolf Wicker/Rosita Fibbi/Werner Haug (Hg.), *Migration und die Schweiz*, Zürich 2003.

³² Carmel Fröhlicher-Stines/Kelechi M. Mennel, *Schwarze Menschen in der Schweiz. Ein Le-ben zwischen Integration und Diskriminierung*, Bern 2004; Tangram 8, *Farbige Schweiz*, Bern 2000; Chinwe Ifejika Speranza/Claudia Roth, *African-Swiss women's social networks*, in: J. Knörr/B. Meier (Hg.), *Women and Migration. Anthropological Perspectives*, New York, 2000.

³³ In der Volkszählung 2000 wurde der Status der Erwerbstätigkeit aufgrund einer Selbstdeklara-tion der Befragten erhoben. Erwerbslos werden diejenigen Personen zwischen 15 und 74 Jahren bezeichnet, die eine Arbeit suchten und dabei nicht von einem Arbeitsverbot betrof-fen waren (ob nun als Arbeitsloser registriert oder nicht). Diese sind also höher als die vom SECO erhobenen Zahlen der registrierten Arbeitslosen.

³⁴ Lorenz Widmer, *Chômage et population étrangère*, in: W. Haug/Ph. Wanner (Hg.), *Migrants et marché du travail*, Neuchâtel 2005, 53.

³⁵ Brigit Obrist/Silvia Büchi, *Gesundsein in der Migration. Forschungsschlussbericht zuhanden des Bundesamtes für Gesundheit*, 2006.

³⁶ Aufenthaltsstatus B, C oder Schweizerpass. Eine Teilnehmerin verfügte lediglich über eine F-Bewilligung, obwohl sie schon seit 15 Jahren in der Schweiz lebte.

oder längeren Phasen der Unsicherheit und mit Gesundheitsproblemen konfrontiert waren und wir wollten wissen, wie sie gelernt hatten damit umzugehen. Mit dieser Orientierung auf sogenannte «resiliente» Personen,³⁷ erhofften wir Ressourcen zu entdecken, die in der Migrationssituation ihre «salutogenetische Wirksamkeit entfalten».³⁸ Die 9 Frauen und 11 Männer für die explorative Studie fanden wir schliesslich über persönliche Kontakte und nach dem Schneeballprinzip. In der ersten Phase wurden ausführliche offene Interviews von einem oder zwei Mitgliedern des Forschungsteams mit den Teilnehmenden an einem Ort ihrer Wahl durchgeführt, meistens zuhause, aber auch in Restaurants oder am Arbeitsplatz. Entsprechend ihrem Wunsch fand das Gespräch in Deutsch, Französisch oder Englisch statt und wurde mit ihrer Einwilligung auf Tonband aufgenommen. Der offene Leitfaden bot viel Raum für die Teilnehmenden ihre eigenen Schwerpunkte zu setzen. Danach wurden die Daten transkribiert und in MAXqda eingegeben, einem Computerprogramm zur Analyse qualitativer Daten. Im Team wurden diese, wie auch die durch unsere teilnehmende Beobachtung gewonnenen Daten, laufend verglichen, diskutiert und kritisch reflektiert. So konnten wir mit diesem iterativen Analyseprozess ein vorläufiges Verständnis für das Gesundsein in der Migration aus der Innensicht der von uns gewählten Untersuchungsgruppe entwickeln. Aufgrund dieser Erkenntnisse entwickelten wir fünf Visualisierungsinstrumente,³⁹ die in den nachfolgenden Gruppendiskussionen, organisiert von lokalen Ansprechpersonen afrikanischer Organisationen, getestet wurden.

Die Frauen und Männer, die in unserer Untersuchung teilnahmen, stammen aus dreizehn verschiedenen Sub-Sahara-Ländern und sind alle als Erwachsene in die Schweiz migriert. Eine Person kam in den 1970er Jahren, je sieben in den 1980ern und 1990ern und fünf nach 2000. Fünf sind vor politischen Unruhen geflüchtet, sieben haben ihren Ehepartner begleitet, acht sind migriert weil sie Arbeit suchten oder um zu heiraten. Zum Zeitpunkt unserer Studie waren 19 der 20 Personen zwischen 33 und 46 Jahren alt, eine Person bereits über 65 Jahre. Die meisten stammten aus einem städtischen Umfeld (17) und verfügten über höhere Ausbildungen (18), mussten jedoch in der Migration einen beruflichen Abstieg hinnehmen. Sieben Männer waren verheiratet und lebten gemeinsam mit Frau und Kind, zwei waren unverheiratet, drei weitere geschieden. Die Kinder

³⁷ In der Psychiatrie und Psychologie wird mit Resilienz die Stärke eines Menschen bezeichnet, widrige Lebensbedingungen wie sozioökonomische Benachteiligung, Armut und Gewalt oder einschneidende Lebensereignisse wie einen Todesfall, Unfall oder Arbeitslosigkeit in der Familie ohne anhaltende Beeinträchtigung durchzustehen. So werden zum Beispiel Kinder als resilient bezeichnet, die in einem sozialen Umfeld aufwachsen, das durch Risikofaktoren wie Armut, Drogenkonsum und Gewalt gekennzeichnet ist, und sich dennoch zu erfolgreich sozialisierten Erwachsenen entwickeln (S. Luthar, Resilience and vulnerability. Adaptation in the context of childhood adversities, Cambridge 2003).

³⁸ Marschalck/Wiedl, Migration, Krankheit und Gesundheit (wie Anm. 18), 18.

³⁹ Die fünf Visualisierungsinstrumente zu «Gesundsein in der Migration» thematisieren die Dynamik der Gesundheit über die Zeit hinweg (Gesundheitskurve), grundlegende Elemente für den Aufbau von Gesundheit (Gesundheitsbausteine), wichtige Aspekte der Lebenswelt (Prioritätenliste) und soziale Netzwerke (social map).

der geschiedenen Männer lebten mit ihren Müttern oder waren schon erwachsen. Zwei Frauen lebten mit Ehemann und Kindern, die meisten der Frauen (6) waren jedoch geschieden, eine verwitwet. Alle Frauen lebten mit ihren Kindern zusammen.

Vor, während und nach der Migration machte natürlich jede dieser Personen ihre eigenen Lebenserfahrungen. Diese individuellen Erfahrungen sind sowohl durch die strukturellen Bedingungen im Heimatland als auch in der Schweiz geprägt und dies beeinflusst die Art und Weise wie die Leute sich fühlen und wie sie über ihre Gesundheit denken und sprechen. In diesem Aufsatz werden nicht die Unterschiede zwischen den einzelnen Biographien und Gesundheitserfahrungen analysiert, sondern es werden die gemeinsamen Themen im Umgang mit Gesundheit und Krankheit betrachtet, die in den Erzählungen der verschiedenen Personen auftauchten. Um die Vertraulichkeit der Personen zu bewahren, haben wir ihre persönlichen Angaben verändert.

Untersuchungsergebnisse

Bedeutung von Gesundheit: «Être en bonne santé, c'est avoir toute la richesse»
 Der Gesundheit wird von unseren Gesprächspartnerinnen und Gesprächspartnern eine zentrale Bedeutung beigemessen. Einige sprechen von Gesundheit als «Reichtum», wie Gold oder Diamanten, für den es sich einzusetzen lohne, wie Karamoko A. meinte:

«Die Gesundheit ist mein ganzer Reichtum. Ich denke, es bringt mir nichts, wenn ich viel Geld habe und nicht gesund bin, (...) darum investiere ich auch relativ viel Zeit und Energie in alles, das Gesundheit betrifft.» (Karamoko A., m, 46 Jahre, Kapverden)

Überlegungen rund um die Gesundheit spielen schon vor der Migration eine wichtige Rolle. In die Entscheidfindung zur Migration fliesst auch die Einschätzung des Gesundheitszustandes ein, ob jemand beispielsweise als gesund genug erachtet wird, um die Strapazen einer Migration auf sich zu nehmen oder aber ob gerade wegen einer schlechten Gesundheit migriert werden soll, um an einem anderen Ort Hilfe zu bekommen. Später ist es wichtig, dass man gesund bleibt und nicht krank wird. Denn nur so kann man die Ziele erreichen, die man sich im Zusammenhang mit der Migration gesetzt hat. Gesundsein ist die Grundlage für eine erfolgreiche Umsetzung des Migrationsprojektes, Kranksein kann es dagegen ernsthaft in Frage stellen.

Die Personen, die vor ihrer Einreise in die Schweiz in einem anderen europäischen Land wohnten,⁴⁰ erlebten eine Verknüpfung zwischen der Erteilung einer Arbeits- und Aufenthaltsbewilligung mit vorgängigen Gesundheitstests. Wird bei

⁴⁰ Drei unserer StudienteilnehmerInnen kamen als Kinder oder Jugendliche aus ihren Heimatländern (alles ehemalige portugiesische Kolonien) nach Portugal und besitzen die portugiesische Staatsbürgerschaft. Im Zuge der portugiesischen Arbeitsmigration sind sie schliesslich als Erwachsene auf der Suche nach Arbeit in die Schweiz gekommen. Ein weiterer Studienteilnehmer lebte einige Zeit in Spanien bevor er in die Schweiz kam.

solchen Tests eine gute Gesundheit festgestellt und erhalten sie daraufhin eine Arbeits- und Aufenthaltsbewilligung, so bedeutet das für sie auch, dass sie sich nicht zuletzt aufgrund ihres Gesundheitszustandes eine neue Zukunft aufbauen können. Asylsuchende in der Schweiz wurden kurz nach dem Einreichen ihres Asylgesuches ebenfalls medizinisch untersucht und kamen so in den ersten Kontakt mit dem Schweizer Gesundheitssystem. Für sie standen die medizinischen Untersuchungen in enger Beziehungen zu ihrem Asylverfahren und mindestens in der ersten Zeit des Verfahrens war es für viele nicht klar, ob und welchen Einfluss ihr Gesundheitszustand auf den Ausgang des Verfahrens hatte. Die meisten unserer Gesprächspartnerinnen und -partner betonten, dass Gesundheit für sie durch die Migration eine neue Bedeutung erhalten hat. Verschiedene Personen erklärten, dass sie nun ihrer Gesundheit mehr Aufmerksamkeit schenken als sie es zuvor in ihrer Heimat taten. Unter den oft prekären Arbeitsbedingungen, in denen die Personen stehen, bedeutet Kranksein oft, dass man nicht arbeiten und deshalb keinen Verdienst erzielen kann. Auch können die Arbeitsbewilligung und Aufenthaltsbewilligung gefährdet sein. Mehrere unserer Gesprächsteilnehmenden denken, dass sie es sich nicht erlauben können, krank zu werden. Sie wollen für die Verwirklichung ihrer Migrationsprojekte gesund bleiben und haben gleichzeitig Angst davor, krank zu werden. Verbunden mit der Angst vor dem Krankwerden ist auch die Angst vor dem Tod in der Migration, eine besonders schwierige Vorstellung. Tamarha I. meinte:

«Et puis après, mourir. Et alors, si je meurs, on va m'enterrer ici. Donc là, je reste étrangère pour de bon. Et oui, c'est ça». (Tamarha I., w, 33, Burundi)

Dass für die von uns befragten Frauen und Männer Gesundheit eine grosse Bedeutung im Migrationsprozess hat, steht im Gegensatz zu einer weit verbreiteten Hypothese, nämlich, dass der subjektive Stellenwert und die praktische Bedeutung von Gesundheit im Leben von Migranten eher gering sei, denn gerade in der Anfangsphase müssten sie primär berufliche und andere existentielle Anforderungen bewältigen, was ihnen wenig Raum für die Beschäftigung mit gesundheitlichen Fragen liesse.⁴¹ Unsere Studie zeigt aber gerade, wie die Bewältigung der verschiedenen Migrationsanforderungen von den Migranten selbst als eng mit Gesundheit verknüpft wahrgenommen wird.

Gesundheitskonzepte und Gesundheitserleben: «Alors pour moi, le mot santé est un ensemble d'une vie épanouie»

Die von uns befragten Frauen und Männer verfügen über mehrdimensionale und komplexe Gesundheitsvorstellungen. Wenn sie über Gesundheit sprechen, so beginnen viele ihre Reflexionen mit einer Beschreibung ihrer aktuellen persönlichen Lebenssituation. Dabei stellen sie ein erfülltes Leben ins Zentrum ihres Verständnisses von Gesundheit. Das Erleben von Gesundheit wird eng mit der Erfüllung ihres Lebensprojektes oder Migrationsprojektes verbunden. Cheikh T. sagte beispielsweise:

⁴¹ Vgl. Faltermaier, Migration und Gesundheit (wie Anm. 29), 108ff.

«Bon, avec ma santé..., je sais que je suis asthmatique, ça c'est clair. Mais je suis sportif aussi. Donc ma santé, je trouve que tout est bien. Je n'ai pas de problèmes de santé. En Suisse, moi je trouve que j'ai quelque chose ici. Ma vie est..., parce que tout le monde n'est pas pareil, il y a des Africains qui ne se sentent pas bien ici, mais il y a des Africains aussi qui sont à l'aise ici. Parce que, si je vois, j'ai ma petite famille ici et je travaille. Donc je ne vois pas d'autres choses.» (Cheikh T., m, 35, Mali)

Cheik T. hat zwar seit Kindesbeinen Asthma mit dem er aber im Laufe der Jahre umzugehen gelernt hat. Da er sehr sportlich ist, fühlt er sich heute auch fit. Er findet, dass er in der Schweiz etwas aufgebaut hat, denn er lebt glücklich mit Frau und Kindern zusammen und hat eine gute Arbeit gefunden; zwei für das Erleben von Gesundheit wichtige Dinge, über die viele Afrikaner in der Schweiz nicht verfügen.

Die von unseren Studienteilnehmenden formulierten Gesundheitskonzepte sind multidimensional und umfassen sowohl physische, emotionale, soziale wie auch religiöse Aspekte. Sie erleben Gesundheit als etwas Dynamisches, ein Auf und Ab und als etwas, das eng mit der eigenen Biographie verknüpft ist und durch sich verändernde Lebensbedingungen beeinflusst wird. Gesundheit könne man bei anderen Menschen an ihrem Verhalten und Gesichtsausdruck erkennen. Fröhlichkeit gilt als sicheres Zeichen für Gesundheit. An sich selber erkenne man Gesundheit daran, dass man den Lebensalltag mit all seinen Herausforderungen gut meistern könne und eine Zufriedenheit spüre. Die Gesundheitskonzepte unserer Gesprächspartnerinnen und -partner zeigen viele Gemeinsamkeiten mit denjenigen, die in ähnlichen Untersuchungen in den 1990er Jahren in der deutschen Bevölkerung gefunden wurden.⁴² In diesen untersuchten Gruppen sind öko-bio-psycho-soziale Konzepte vorherrschend. Eine in der Schweiz durchgeführte Studie zeigte, dass ein ähnliches Gesundheitsverständnis auch in der Schweizer Bevölkerung vorhanden ist.⁴³ Der auffällige Unterschied in unserer Studiengruppe, den Migrantinnen und Migranten aus Sub-Sahara Afrika, ist die Bedeutung die der religiösen Dimension in den Gesundheitskonzepten beigemessen wird. Religion bildet einen integralen Bestandteil der Gesundheitskonzepte und daher wird auch dieser Dimension von Gesundheit im Alltag Beachtung geschenkt, genauso wie der physischen, der psychischen und der sozialen. Djau C. beispielsweise führte das folgendermassen aus:

«Oui, la santé, ça a à peu près deux ou trois branches. Être en santé, c'est d'abord être en santé physique, être en santé morale et la santé spirituelle. Mais, avoir la santé physique et ne pas avoir la santé morale ou spirituelle, là la santé n'est pas complète. Alors pour moi, toutes les choses doivent aller ensemble. Pour ça, quand

⁴² Martina Belz-Merk, Gesundheit ist Alles und alles ist Gesundheit (wie Anm. 23); Faltermaier/Kühnlein/Burda-Viering, Gesundheit im Alltag (wie Anm. 23); Ulrike Frank/Martina Belz-Merk/Jürgen Bengel/Regine Strittmatter, Subjektive Gesundheitsvorstellungen gesunder Erwachsener, in: U. Flick (Hg.), *Wann fühlen wir uns gesund? Subjektive Vorstellungen von Gesundheit und Krankheit*, Weinheim 1998.

⁴³ Maargaret Duetz Schmucki/Thomas Abel, Gesundheitskonzepte im intranationalen Vergleich. Empirische Explorationen zwischen der West- und der Deutschschweiz, in: P. Perrig-Chiello/F. Höpflinger (Hg.) *Gesundheitsbiographien*, Bern 2003.

on a toutes ces deux choses, pour moi, je me dis, je suis en bonne santé. Mais l'aspect où l'homme se sent bien, c'est le moment où le physique ne se plaint de rien. Et une fois le physique ne se plaint de rien, pour toi, tu peux te dire que tu es en bonne santé. Tu te sens bien. Alors quand il n'y a pas de défaillance physique, pour moi, je suis en bonne santé. Et sur le plan moral, quand je suis près de Dieu, aussi je peux dire, je suis en santé spirituellement. Etre près de Dieu, cela veut dire exercer ce qu'il a recommandé, la prière et tout ce qui s'en suit. Alors là, sur le plan moral, partout dans la vie l'homme vit avec un autre, il vit dans la famille, avec ses amis ou avec sa femme. Et quand on vit avec ses genres, des personnes ou on vit dans le monde ensemble avec les autres, il faut l'entente, moralement. Et quand il y a l'entente, toujours moralement avec ceux-ci, là la santé morale est acquise». (Djau C., m, 35, Senegal)

Die von uns befragten Afrikaner und Afrikanerinnen beschrieben ein breites Spektrum von Gesundheitsaspekten. Es umfasste sowohl die Abwesenheit von Krankheit und Schmerz als auch ein körperliches, emotionales und soziales Wohlbefinden, familiäre Harmonie, gute finanzielle Situation, Friede mit sich selbst und anderen, Leistungsfähigkeit, im Alltag nicht eingeschränkt sein, bis hin zum Gedeihen der Natur und einem spirituellen Wohlbefinden. Sowohl Männer als auch Frauen betonten, dass man für das Gesundsein etwas tun müsse. Karamoko A. erklärte:

«Gesundheit ist ein Geschenk, aber es muss gepflegt werden. Und pflegen, das bedeutet, ich darf nicht warten bis ich krank werde. Das heisst, ich muss vorher etwas unternehmen, ich muss vorher schon versuchen gesund zu leben.» (Karamoko A., m, 46 Jahre, Kapverden)

John, mit 68 Jahren der älteste unserer Gesprächspartner, meinte sogar, dass Gesundheit Tag für Tag erobert werden müsse:

«La santé a une place capitale. C'est une conquête permanente pour chaque personne qui vit sur cette terre». (John A., m, 68 Jahre, Benin)

Krankheitserleben in der Migration: «Well, my body, my spirit, my soul, and my mind are under stress. So I have pain everywhere»

Wir baten die Frauen und Männer, auf einem Papier die Kurve ihrer Gesundheit über die Zeit hinweg aufzuzeichnen. Bei einem Teil der Teilnehmenden veränderte sich die Kurve nach ihrer Ankunft in der Schweiz nicht generell. Viele aber erlebten eine Verschlechterung. Wie sie betonten, waren zwar die Lebensbedingungen in der Schweiz besser und tropische Krankheiten belasteten sie nicht mehr. Sie wiesen auch darauf hin, dass wichtige gesundheitliche Grundlagen wie Hygiene, Zugang zu Informationen sowie Behandlungsmöglichkeiten hier viel besser seien als in ihrem Herkunftsland. Neben Grippe und Erkältungen nannten sie nur wenige körperliche Krankheiten, die sie hier durchgemacht hatten. Trotzdem heisst das noch nicht, dass sie sich auch gut fühlten. Sie waren mit neuen Problemen konfrontiert, die ihre Gesundheit beeinträchtigten. Mehrere Personen erzählten uns von längeren Krankheitsepisoden, v.a. auch in den ersten Jahren ihres Aufenthaltes, und wie die beigezogenen Ärzte keine Ursache für ihr Leiden

finden konnten. Sabine S. meinte, dass nicht primär die physische Gesundheit einer Migrantin oder eines Migranten in der Schweiz sei gefährdet, sondern die psychische:

«Je ne dirais pas que je suis malade dans mon pays d'accueil parce que une mouche m'a piqué. Parce que ici il y a tellement d'hygiène. On a des précautions. On mange bien, du moins on est bien nourri. C'est difficile de tomber malade physiquement. Donc la maladie qui me menace le plus, c'est le psychique. C'est à dire cet état de dépression qui est permanent. C'est-à-dire ce risque de dépression permanent». (Sabine S., w, 46, Gabun)

Die Analyse der Interviews zeigte, dass die Migrantinnen und Migranten v.a. Probleme mit nahen sozialen Beziehungen, rund um die Arbeit und in Bezug auf soziale Anerkennung erlebten. Konflikte in nahen sozialen Beziehungen betreffen vorwiegend die Partnerschaft und Familie. Viele Interviewte berichteten von schwierigen bzw. gescheiterten Partnerschaften, Gewalt in der Partnerschaft, nicht akzeptiert werden von der Schwiegerfamilie und einige vermissten auch ihre Herkunftsfamilien. Bezuglich Probleme mit der Arbeitssituation reicht das Spektrum von Arbeitslosigkeit über unterqualifizierte Jobs bis hin zu Überforderung durch zu viel Arbeit oder Ausbeutung. Die meisten der afrikanischen Migrantinnen und Migranten in unserer Studie sind gut ausgebildet (Gymnasium, Universität) und mussten dennoch erfahren, dass ihre Ausbildungen und Berufserfahrungen in der Schweiz nicht anerkannt werden. Viele hatten Mühe, überhaupt eine Arbeit zu finden, und sie mussten einen beruflichen Abstieg hinnehmen. Die Mehrzahl der Frauen arbeitet heute in untergeordneten Stellungen in den Bereichen Reinigung, Pflege oder Gastronomie. Die Männer sind zur Hauptrolle in der Gastronomie, im Bauwesen oder in der Industrie tätig. Ihre Einkommen sind entsprechend niedrig. Nur Vereinzelte konnten auf ihrem herkömmlichen Arbeitsgebiet eine Stelle finden. Diese Diskrepanz zwischen mitgebrachter Ausbildung und Arbeitserfahrungen einerseits und den tatsächlichen Chancen auf dem Arbeitsmarkt andererseits ist für viele sehr belastend. In den Gesprächen mit uns sprachen sie denn auch von mangelndem sozialem Respekt und von Erlebnissen rassistischer Diskriminierung im Alltag. Sie erzählten von Problemen bei der Wohnungssuche, am Arbeitsplatz, in der Öffentlichkeit aber auch mit Behörden (vor allem der Polizei). Viele haben den Eindruck, dass sie sich mehr als andere Ausländerinnen und Ausländer bemühen müssen und dass gesellschaftliche Vorurteile gegenüber Schwarzen fast nicht zu überwinden sind. Rassistische Erlebnisse seien aber schwierig zu ertragen und hätten einen direkten Einfluss auf die Gesundheit, wurde erklärt. Cheikh T. sagte:

«Des fois tu es toujours nerveux. Tu es nerveux, tu ne sais pas ce qui se passe. Ça peut te rendre aussi méchant contre les autres. Tu dois vraiment te calmer. Peut-être oublier ça. Faire quelque chose d'autre. Sinon, ça ne va pas. Ça ne va pas du tout.» (Cheikh T., m, 35, Mali)

Wenn unsere Gesprächspartnerinnen und -partner von ihren Problemen sprachen, verwendeten sie in ihren Erzählungen häufig den Begriff «Stress». Stress wird einerseits mit einem schnelleren Tempo, mit Hetze und einer stärkeren Regle-

mentierung in Verbindung gebracht. Mit der Metapher Stress fassen sie aber auch diffuse Gefühle und unterschiedliche Empfindungen von Unwohlsein zusammen, und verwenden sie generell zur Beschreibung von Sorgen und Problemen, mit denen sie im Alltag konfrontiert sind. Es stellte sich heraus, dass sie sich diesen Begriff und das ihm zugrunde liegende Krankheitskonzept im Kontakt mit Europa angeeignet haben.⁴⁴ Das Krankheitskonzept Stress ist in ihren Herkunftsändern kaum bekannt, in der Schweiz jedoch bei Laien und Experten sehr populär. Unseren Studienteilnehmenden dient es dazu, die Schwierigkeiten ihres Lebens in einer (post)modernen Immigrations-Gesellschaft auszudrücken und Gehör zu finden.

Religion als Gesundheitsressource und -risiko:

Wir wollten von unseren Gesprächspartnerinnen und -partnern aber auch wissen, was für sie in ihrem Lebensalltag wichtig ist, um gesund zu bleiben. In ihren Schilderungen erwähnten die afrikanischen Migrantinnen und Migranten eine Vielzahl von Aktivitäten und Einstellungen, die ihnen geholfen haben/helfen, mit dem erlebten kumulierten Stress umzugehen: Sie versuchen, ihre Situation zu akzeptieren, wehren sich aber auch für ihre Rechte. Wichtig ist es, mit anderen zu sprechen, nicht allein daheim zu sitzen und über seine Probleme zu brüten. Sich selbst gesetzte Ziele zu verfolgen und eigene Projekte zu verwirklichen sind weitere Elemente, die zu einem guten Wohlbefinden beitragen. Individuelles Handeln zur Aufrechterhaltung von Gesundheit wird von den Frauen und Männern als unerlässlich gesehen. Sie anerkennen, dass sie persönlich Einfluss auf ihre Gesundheit nehmen können und sie erzählten uns auch von Lebensereignissen, bei denen sie gewisse Verhalten verändert haben. Ihre Erfahrung hat ihnen ihre Handlungsfähigkeit aufgezeigt und Mut gemacht. Generell lassen sich ihre Antworten zu Gesundheitsressourcen folgenden sechs Themenbereichen zuordnen: *soziale Beziehungen, Arbeit, Religion, gesundes Essen, Bewegung* und das *Inanspruchnehmen von Hilfe*.⁴⁵ Im Folgenden betrachten wir etwas genauer, inwiefern die von uns Befragten in ihrem Alltag Religion als eine Gesundheitsressource erleben.

Als wir die afrikanischen Frauen und Männer zur Rolle von Gesundheit in ihrem Leben befragten, bezogen sich alle Frauen (9) und 6 von 11 Männern spontan in der einen oder anderen Weise auf Religion.⁴⁶ Von unseren weiteren Kontakten wissen wir, dass 17 der 20 Personen regelmässig die Kirche oder Moschee besuchen und/oder aktive Mitglieder einer religiösen Vereinigung sind. Eine Person erklärte, dass sie in ihrer Jugendzeit schlechte Erfahrungen in der

⁴⁴ Ausführlicher behandelt in Brigit Obrist/Silvia Büchi, Stress as an idiom for resilience. Health and migration among Sub-Saharan Africans in Switzerland, in: Anthropology & Medicine, 15 (2008), 249–259.

⁴⁵ Ausführlicher dargestellt in Obrist/Büchi, Gesundsein in der Migration (wie Anm. 35).

⁴⁶ Personen, die ihre Jugendjahre in Portugal verbrachten oder schon sehr lange in der Schweiz lebten, waren zurückhaltender und sprachen das Thema erst im späteren Verlaufe des Interviews an.

katholischen Kirche gemacht und sie deshalb verlassen habe. Eine weitere Person ist sehr vom Buddhismus angetan und praktiziert buddhistische Meditation und eine dritte erklärte explizit, Atheist zu sein.

Unsere afrikanischen Studienteilnehmenden waren schon in ihren Jugendjahren in mehr oder weniger engem Kontakt mit den «modernen» Religionen, wie das Christentum und der Islam auch bezeichnet werden. Nach ihrer Ankunft in der Schweiz war es für die meisten wichtig, Kontakte zu religiösen Gemeinschaften oder Gruppen knüpfen zu können. So suchten Personen mit früheren Kontakten zu christlichen Gemeinschaften an ihrem neuen Wohnort Anschluss in reformierten oder orthodoxen Kirchen oder in lokalen katholischen Pfarreien. Für viele war das aber erst der Anfang ihrer Suche. Aufgrund von Sprachschwierigkeiten wechselten einige in eine französisch- oder englischsprachige reformierte Kirche oder katholische Sprachmission. Mehrere fühlten sich in den lokalen Landeskirchen nicht sehr willkommen und akzeptiert. Sie vermuten, dass sich die Schweizerinnen und Schweizer von ihnen distanzierten aufgrund ihrer afrikanischen Herkunft und/oder weil sie als Asylsuchende in unser Land kamen. Einen Platz an dem sie sich wohlfühlen konnten, suchten sie sich daraufhin anderswo. Sie knüpften Kontakte zu Freikirchen oder wandten sich neueren christlichen Kirchen afrikanischen Ursprungs zu. Seit den späten 1980er Jahren gibt es in der Schweiz eine wachsende Zahl evangelikal-charismatischer Kirchen afrikanischer Herkunft. Heute sind es schätzungsweise über sechzig grössere und kleinere afrikanische Kirchen, die Mehrheit davon französischsprachig.⁴⁷ Einige haben ihre Mutterkirche in Afrika (z.B. Nigeria, Ghana), andere wurden hier in der Schweiz gegründet, oder haben sich von schweizerischen Freikirchen unabhängig gemacht.⁴⁸ Die muslimischen Personen in unserer Untersuchungsgruppe suchten ihrerseits Moscheen und Gebetsräume von islamischen Glaubensgemeinschaften auf, deren Mitglieder schon seit längerem in der Schweiz leben und beispielsweise aus der Türkei oder aus arabischen Ländern stammen. Nur wenige Gruppen afrikanischer Muslime aus Sub-Sahara Afrika verfügen mittlerweile über eigene Treffpunkte in der Schweiz.

Typisch ist, dass es bei den meisten Personen einige Zeit dauerte, bis sie einen Platz in einer religiösen Gemeinschaft fanden. Lovit M. aus Eritrea beispielsweise erzählte:

«Jetzt gehe ich in die Kirche am Bucheggplatz, das ist eine evangelische Kirche. Dort ist es gut. Die haben auch Kinderbetreuung während dem Gottesdienst. Weisst Du, ich bin orthodox. Am Anfang bin ich in die griechisch-orthodoxe Kirche gegangen, die war ganz in der Nähe von mir. Da haben sie auch so Weihrauch, das habe ich von früher her gekannt. Aber ich habe nichts verstanden. Dann habe ich verschiedene Kirchen ausprobiert. Mir ist es egal welche Kirche, katholisch, evangelisch. Am Bucheggplatz fühle ich mich wohl. Nach dem Gottesdienst gehen wir

⁴⁷ Aussage des Pastors Jean Zida, zitiert in Sabine Jaggi, «Yesu azali awa». Untersuchung einer afrikanischen, frankophonen MigrantInnenkirche in Bern, unveröffentlichte Lizziatatsarbeit am Institut für Ethnologie der Universität Bern 2005, 188.

⁴⁸ Vgl. die Entstehungsgeschichte der von Jaggi untersuchten Kirche. Jaggi, «Yesu azali awa» (wie Anm. 47).

auch zusammen Kaffee trinken und «Gipfeli» essen. Meine Kinder sind Mitglieder der Pfadfindergruppe der katholischen Kirche hier im Quartier und ich gehe am Sonntag weit weg in die evangelische Kirche am Bucheggplatz». (Lovit M., w,40, Eritrea)

Kirchen, Gebetsräume und Moscheen sind nicht nur sakrale Orte, sie sind auch zentrale soziale Begegnungsräume. In der obigen Aussage von Lovit M. wird deutlich, wie wichtig gerade dieser soziale Aspekt für sie ist. Einige der von uns befragten Personen berichteten uns auch davon, wie es für sie generell schwierig war Kontakte zu finden, insbesondere zu Schweizerinnen und Schweizern. In Kirchen und Moscheen konnten sie neue Leute kennen lernen und soziale Beziehungen knüpfen. Caroline M. hat hier gar ihre besten Freundinnen gefunden:

«It took me three good years to find friends. I met them in the church. I was in the choir, singing in the church. I sing every Sunday in the church. They are the friends I always hang on with. They are living the type of life I am living, we are today like sisters.» (Caroline M., w, 40, Kamerun)

Sowohl für den Aufbau, wie auch für die Aufrechterhaltung oder den Wiederaufbau von Gesundheit üben unsere Gesprächspartnerinnen und -partner verschiedene religiöse Aktivitäten aus, wie beispielsweise Beten, die Bibel oder andere heilige Texte lesen, Fasten, Amulette tragen oder in gemeinschaftlichen religiösen Ritualen teilnehmen, sowohl hier in der Schweiz als auch während Aufenthalten in ihrem Heimatland. Wenn beispielsweise der in Portugal aufgewachsene Informatik-Spezialist Karamoko A., nach Kapverden zu seiner Familie fährt, so unterzieht er sich einem lokalen Reinigungsritual, das er als wichtig für die Aufrechterhaltung seiner Gesundheit betrachtet.

Als wir Lovit M. fragten, was sie für ihre Gesundheit im Alltag tue, erwähnte sie zuerst ihr organisiertes Leben, ihre Arbeit und die guten Nachbarn. Dann fügte sie hinzu:

«Und dann Glaube, Kirche. Das ist das Allerwichtigste. Den Glauben brauche ich. Ich will nicht mit meiner Kraft alles erreichen. Wenn ich bete, dan sehe ich den Erfolg. Ich danke Gott für alles, für unsere Gesundheit und dass meine Kinder wohlgeraten sind. Das ist alles von Gott.» (Lovit M, w, 40, Eritrea)

Vor allem im Zusammenhang mit der Aufrechterhaltung ihres psychischen Wohlbefindens erwähnten mehrere ihre Religiosität, die für sie eine Quelle von Kraft darstellt. Sabine S., eine Witwe und Mutter von sieben Kindern erklärte, dass sie in ihrem Leben mit vielen Schwierigkeiten konfrontiert gewesen sei, dass ihr der Glaube an Gott aber Mut gegeben habe, weiter zu kämpfen:

«Moi j'ai une stabilité dans ma tête et je dirais aussi en moi. Et donc, il ya déjà cette croyance en Dieu qui me maintient». (Sabine S., w, 46, Gabun)

Wenn sie mit einem Problem konfrontiert sei, so erzählte sie uns, dann bete sie und suche gleichzeitig irdische Hilfe auf:

«Dès que je suis devant une difficulté je prie d'abord Dieu. Ensuite je cherche de l'aide. C'est à dire je suis capable d'aller trouver moi-même un psychiatre qui peut m'écouter. Parceque justement, dans ce pays qui m'accueille, on ne parle pas beau-

coup de ses problèmes, les gens sont un peu renfermés sur eux- mêmes et n'ont pas le temps d'écouter les autres. Alors moi j'ai donc choisi cette politique d'aller trouver moi-même un psychiatre qui peut m'écouter». (Sabine S., 46, w, Gabun)

Beten für das Gelingen der verschiedenen Dinge, die man vor sich hat, und Dankesgebete für Erlebtes sind alltägliche Handlungen, die meist alleine und in verschiedenen Situationen ausgeübt werden. Charlotte B. erzählte uns, wie ihr das Beten hilft, mit alltäglichen Angstgefühlen umzugehen. Sie hat einen eigenen Coiffeursalon in der Stadt. Wenn sie am Abend von dort nach Hause geht, macht sie folgendes:

«I pray, when I close my shop in the evening. For not being overwhelmed by anxiety that my shop could be destroyed, I entrust my shop to God. I say: here, my shop is in your hands. Then, I leave assured. One is assured and is not anxious. And when I pray, I also entrust my way home to God. I walk assured. Even if I drive my car carefully, I'm also assured to have God's protection. Later, when I arrive at home, I thank the Lord for having let me returned safely». (Charlotte B., w, 37, Togo)

Einige erzählten uns auch, wie sie für andere Personen beten und umgekehrt, dass andere Personen, z.B. Angehörige oder Freunde, für das Gelingen ihrer Projekte oder Unternehmungen beteten. Dies kann im privaten Rahmen oder während des Besuches eines Gottesdienstes oder Freitaggebetes stattfinden. Es gebe ihnen ein Gefühl der Unterstützung durch andere. Auch die Teilnahme an religiösen Ritualen in der Gemeinschaft lasse positive Gefühle erleben. Lovit M. erzählte:

«Ich spüre, dass ich erleichtert bin, wenn ich in der Kirche bin. Manchmal weine ich, so nahe geht es mir.» (Lovit M, w, 40, Eritrea)

Für Holly wiederum ist die Kirche einer der wenigen Orte wo sie Respekt und soziale Anerkennung erlebt, v.a. für ihr Engagement als Vorbeterin. Ihr Leben in der Schweiz ist schwierig, eigentlich würde sie gerne zurück nach Afrika gehen, aber ihre vier Kinder wollen nicht. Holly hat keine feste Arbeit und lebt von der Sozialhilfe. Sie ist oft krank. Das Gebet ist Holly wichtig, aber sie sieht auch Grenzen, Beten alleine reiche nicht:

«It is by the grace of God that prayer helped me a lot. But for how long this prayer will help me? Because if you are hungry, you cannot just say: ok, I'm praying, then I will be full. If you are physically not ok, you have too much stress. It is not the spirit that will help your body to be ok.» (Holly E., w, 39, Nigeria)

Trotzdem ist das Gebet v.a. in Krisensituationen für viele enorm wichtig, beispielsweise wenn rassistische Diskriminierungen oder Konflikte in der Partnerschaft erlebt werden. Charlotte B., die Coiffeuse, verlor einst eine Arbeitsstelle infolge einer rassistisch motivierten Beschuldigung. Ein solches Erlebnis hinterlässe eine Verletzung, die man sofort verbinden müsse und dabei spiele das Gebet eine wichtige Rolle, sagte sie:

«Ou on est malade, ou alors on soigne. Et puis on fait un pansement et puis on passe. C'étaient des blessures qu'il faut penser tout de suite. Sinon ça s'infecte. C'était ça».

Interviewer: «Comment êtes-vous parvenu de penser ça tout de suite?»

Charlotte: «Ah oui, parce qu'il y a un être suprême. C'est toujours la prière. On s'accroche. Il faut qu'on s'accroche à quelque chose dans la vie, sinon on n'y arrive pas. On ne peut pas s'accrocher dans le vide.» (Charlotte B., w, 37, Togo)

Diese Beispiele zeigen, wie die Befragten im Umgang mit ihren Ängsten, mit Einsamkeit und Verletzungen durch ihren Glauben an die Wirksamkeit übermenschlicher Mächte und durch das Ausüben von religiösen Aktivitäten, sei es allein oder in Gemeinschaft mit anderen, positive Gefühle erleben können. Auch das Erleben von Respekt und sozialer Anerkennung ist in der Gemeinschaft mit anderen Gleichgesinnten möglich. Die Beispiele zeigen aber auch, dass unsere Gesprächspartnerinnen und Gesprächspartner sich im Umgang mit Problemsituationen nicht nur auf die Wirksamkeit übermenschlicher Mächte verlassen, sondern dass sie, je nach Situation, auch andere, weltliche Problemlösungen suchen.

Im Zusammenhang mit Religion haben einige unserer afrikanischen Studienteilnehmenden jedoch auch zusätzliche Probleme erlebt. Gerade die Tatsache, dass unser Land eine lange Tradition der Säkularisierung kennt und sich viele Menschen als nicht-religiös bezeichnen, stellt eine Herausforderung dar. Der Umgang damit kann sich in nahen sozialen Beziehungen als schwierig erweisen. Sané N., ein 34 jähriger Senegalese, der mit einer Schweizerin verheiratet ist, findet beispielsweise, dass das Eheleben in einer eher säkularen Gesellschaft noch komplizierter sei. Seit langem prägen Schwierigkeiten seine Partnerschaft. Im Interview hob Sané N. einen Schwerpunkt des Konfliktes hervor: den unterschiedlichen Stellenwert, den er und seine Partnerin in ihrem Leben der Religion beimessen. Sané N. erläuterte:

«Parce que, tu sais, il y a une différence, comme le ciel et la terre, pour moi entre une européenne et un africain. Il faut faire beaucoup de sacrifice. Il faut faire beaucoup de sacrifice. Le plus dur pour moi, si vous n'êtes pas de même religion. Laissons les traditions, les coutumes, tout ça de côté. La base pour moi, c'est la religion. Si vous n'êtes pas de même religion, c'est très dur. Mais si l'un des deux est pratiquant, l'autre ne pratique pas, c'est très grave. Pour moi c'est grave.» (Sané N., m, 34, Senegal)

In einer neuen Gesellschaft kann es anderseits auch sehr schwierig sein, als Fremder Zugang in eine Gemeinschaft Gleichgesinnter zu finden. Über dieselbe Religionszugehörigkeit zu verfügen garantiert noch nicht, dass einem Respekt und soziale Anerkennung entgegengebracht werden. Doudou N., ein 34-jähriger Kriegsflüchtling aus einem zentralafrikanischen Land, machte diese Erfahrung in einer lokalen christlichen Landeskirche. In der Schweiz landete er zufälligerweise, weil er im Transit eines Schweizer Flughafens auf seiner Flucht nach England angehalten wurde. Schliesslich reichte er hier ein Asylgesuch ein. Später erfuhr er, dass ein Entwicklungshelfer und ein Pastor, die in seinem Heimatort tätig waren und von denen er damals gar nicht wusste, dass sie Schweizer waren, ganz in seiner Nähe leben. Früher hatte er in seinem Heimatdorf immer wieder die christliche Kirche des Schweizer Pastors besucht. Als Doudou N. nun hier in einer lokalen Kirchengemeinde Anschluss suchte, machte er die schmerz-

hafte Erfahrung, dass der Platz auf der Kirchenbank neben ihm stets leer blieb. Er fühlte sich in dieser Kirche nicht willkommen. Sehr oft erleben Afrikaner und Afrikanerinnen, dass im öffentlichen Raum (Zug, Bus, etc.) der Platz neben ihnen leer bleibt, oder dass sich Leute erheben und anderswo hinsetzen. Ein solches Zeichen von Ausschluss aber an einem Ort zu erleben, an dem die Gemeinschaft Gleichgesinnter gepflegt wird, war für Doudou N. sehr hart. Es machte ihn traurig und schliesslich wandte er sich von dieser Kirche ab. Er betonte, dass es auch für ihn sehr schwierig war, Kontakt zu der Bevölkerung zu finden, und dass er erst nach gut zwei Jahren Freunde gefunden habe.

Diskussion

Die Frauen und Männer aus Sub-Sahara Afrika in unserer Forschung erzählten von ihrem persönlichen Erleben von Gesundheit und ihren Gesundheitsproblemen in der Migration und wie sie im Alltag versuchen, ihre Gesundheit aufrecht zu erhalten oder wiederzuerlangen. In ihren Berichten wird das Spannungsfeld deutlich, in dem diese Menschen stehen. Die Gespräche zeigen auch, wie zentral das Menschen- und Weltbild nicht nur die Wahrnehmung von Gesundheit bestimmt, sondern auch die Art und Weise beeinflusst, wie Gesundheit geschützt und aufrechterhalten wird. Die Gespräche machen uns daher auch darauf aufmerksam, wie wirksam in unseren westeuropäischen Gesellschaften die die lange Tradition der Trennung zwischen Medizin und Religion ist. Es erstaunt daher auch nicht, dass die Personen, die Claudine Herzlich Ende der 1960er Jahre in Frankreich befragte, in ihren Gesprächen zu Gesundheit Religion nicht erwähnten. Sie sind in einer Gesellschaft aufgewachsen, die eine lange Tradition der Säkularisation kennt und sie haben daher sehr wohl gelernt, nicht spontan über Religion und persönliche Religiosität zu sprechen, wenn sie zu Gesundheit befragt werden. Nachfolgende Studien zum Gesundheitsverständnis in den 1990er Jahren in Deutschland zeigten Ähnliches.⁴⁹ Auch in diesen Studien sprachen die Befragten nicht über Religion. Die Forschenden ihrerseits haben in diesen Studien aber offenbar auch nicht danach gefragt. So haben beide Seiten Religion und Gesundheit getrennt. Die eingangs erwähnte Narration der weltweit zunehmenden Säkularisierung hat auch in der sozialwissenschaftlich orientierten Gesundheits- und Krankheitsforschung ihre Spuren hinterlassen.

Die von uns befragten Migrantinnen und Migranten berichteten dagegen sehr spontan über die Relevanz von Religion für ihre persönliche Gesundheit in der Migration. Ihr Eingebundensein in die Welt ist nicht nur, aber auch ein religiöses Eingebundensein. Religiöse Aktivitäten nehmen neben anderen ihren Platz im alltäglichen Gesundheitshandeln ein. Wie viele andere Migrantinnen und Migranten in der Schweiz, stammen auch die von uns untersuchten gesunden

⁴⁹ Faltermaier, Gesundheitsbewusstsein und Gesundheitshandeln (wie Anm. 23); Belz-Merk, Gesundheit ist Alles und alles ist Gesundheit (wie Anm. 23); Strittmatter, Alltagswissen über Gesundheit und gesundheitliche Protektivfaktoren; Faltermaier/Kühnlein/Burda-Viering, Gesundheit im Alltag (wie Anm. 23).

Frauen und Männer, aus Ländern, in denen Religion in den verschiedenen Bereichen des sozialen Lebens präsent ist, und die keine vergleichbare Geschichte der Säkularisierung erlebt haben, wie wir in Westeuropa. Auf ihrer Reise in die Migration nahmen sie ihre religiöse Sozialisierung mit und setzen sich nun damit – und gleichzeitig mit einer säkular verfassten Gesellschaft – auseinander.

Die afrikanischen Frauen und Männer in unserer Studie sind nur teilweise in Folge von Krieg oder Konflikten migriert und sie verfügen heute über einen relativ sicheren Aufenthaltsstatus. Trotzdem weisen ihre Erzählungen zu Gesundsein und Kranksein in der Migration auf ein wiederholtes Erleben von Ausschluss hin und sie zeigen, dass diese Menschen weiterhin um einen angemessenen Platz in der Schweizer Gesellschaft verhandeln. Ihre Schilderungen von krankmachenden Problemen in den drei Bereichen 1) nahe soziale Beziehungen, 2) berufliche Integration, sowie 3) gesellschaftliche Anerkennung in der Schweiz, zeigen, dass die Afrikaner und Afrikanerinnen in vieler Hinsicht mit ähnlichen Schwierigkeiten kämpfen wie die Schweizer und Schweizerinnen. Auch sie haben Probleme mit Partnern, der Familie, bei der Arbeit und im Zusammenhang mit gesellschaftlicher Anerkennung. Diese Schwierigkeiten der afrikanischen Migrantinnen und Migranten manifestieren sich aber zum Teil unterschiedlich, sie sind vielschichtiger und facettenreicher. Oft sind diese Frauen und Männer – wie viele andere ausländische Personen auch – konfrontiert mit einer Kumulation von Problemen, die mit migrationsspezifischen Lebensbedingungen zu tun hat und ihre Lebenswelt mitprägt. So erschweren bestimmte rechtliche Bedingungen ihre Situation wie auch das Vorhandensein von gesellschaftlicher Diskriminierung gegenüber Nicht-Schweizern. Die Schilderungen der Afrikaner und Afrikanerinnen weisen auf drei zentrale Bereiche des Paradoxons von abverlangter und verweigerter Gesundheit für Migrantinnen und Migranten in unserer Gesellschaft hin:

1) Migrantinnen und Migranten verfügen in der Schweiz oft über eine Aufenthaltsbewilligung, die sie in Abhängigkeit von ihrer Ehepartnerin/ihrem Ehepartner bringt (Grund der Bewilligung: «Verbleib beim Ehepartner»). Sie müssen während Jahren in einer ehelichen Partnerschaft leben, ansonsten droht ihnen der Verlust ihres Aufenthaltsrechtes. Gleichzeitig erhöht sich seit längerer Zeit innerhalb der Schweizer Bevölkerung die Scheidungsrate von Jahr zu Jahr. Von ausländischen Personen wird verlangt, was unter Schweizerinnen und Schweizern nicht mehr unbedingt gelebt wird. Staatlicherseits steht jedoch nur ein kleines Beratungs- und Unterstützungsangebot für Paare und Familien zur Verfügung. Harmonisches Ehe- und Familienleben wird vom Staat gefordert, aber nicht unbedingt gefördert.

2) Ganz allgemein besteht in der Schweiz ein grosser Druck zur Integration in den Arbeitsmarkt. Dies gilt sowohl für Schweizer/innen als auch für Ausländer/innen. Migrantinnen und Migranten aus Nicht-EU-Ländern sind aufgrund ihres Aufenthaltsstatus, nicht anerkannten Ausbildungen und vorherrschenden Vorurteilen erhebliche Schwierigkeiten beim Zugang zum Arbeit ausgesetzt. Zu arbeiten wird gefordert und gleichzeitig erschwert.

3) Wer in der Schweiz lebt, soll sich integrieren; so lautet eine weitere Forderung. Afrikanerinnen und Afrikaner, die sich längst im beruflichen als auch im gesellschaftlichen Leben in der Schweiz integriert haben, werden aber aufgrund ihrer Hautfarbe weiterhin als «Fremde» betrachtet. Integration wird gefordert und gleichzeitig verweigert.

Das Paradox von abverlangter und verweigerter Gesundheit für diese Migrantinnen und Migranten in unserer Gesellschaft besteht also aus geforderter und gleichzeitig vorenthalter gesellschaftlicher Integration und Anerkennung. In ihrem alltäglichen Umgang mit dieser Situation nutzen sie verschiedene Ressourcen, darunter oft auch ihre eigene Religiosität und Angebote religiöser Gemeinschaften. Religiöse Praktiken können in dieser Lebenssituation auch als Widerstandsressourcen im Sinne von Antonovsky verstanden werden: Widerstandsressourcen, die dazu beitragen, dass Menschen auch in Situationen paradoxer Anforderungen einen Kohärenzsinn bewahren können. Wir haben zumindest in den ausgeführten Beispielen gesehen, dass durch das Ausüben religiöser Aktivitäten ein Erleben positiver Emotionen und sozialer Anerkennung ermöglicht wird. Daneben wurde aber auch darauf hingewiesen, dass Religiosität zu einem gesundheitlichen Risikofaktor werden kann. Beispielsweise dann, wenn religiöse Identitäten im sozialen Umfeld nicht unterstützt werden, eine Erfahrung, die durch neuere Studien gestützt wird.⁵⁰

Aussagen von Migrantinnen und Migranten zur Bedeutung von Religion für ihre persönliche Gesundheit sind auch in einigen wenigen weiteren qualitativen Studien in der Schweiz zu finden. So betrachten asylsuchende Frauen, die aus verschiedenen Herkunftsländern stammen und in Zürich befragt wurden, Glaube und religiöse Aktivitäten als wichtige Ressourcen im Umgang mit ihrer prekären Situation.⁵¹ Ebenso sprachen Personen mit einem unsicheren Aufenthaltsstatus (F oder keine gültige Aufenthaltsbewilligung [sans papiers]) aus Kosovo, Lateinamerika und Afrika von Religion als Gesundheitsressource.⁵² In diesen beiden Forschungen wurden Personen befragt, die entweder flüchten mussten und/oder unter prekären Verhältnissen in einem neuen Land leben und nicht wissen, ob sie längerfristig bleiben können. In einer weiteren, neueren Studie aus Kanada zeigte sich aber auch, dass Frauen indischer Herkunft, die in sichereren Bedingungen leben, neben anderem auch religiöse Aktivitäten als Gesundheitsressourcen in ihrem Alltagsleben nutzen.⁵³

Inwiefern in der Schweizer Bevölkerung ähnliches Denken und Verhalten vorhanden ist, ist unklar. Die bisher durchgeführten Studien zu Gesundheitskonzepten und alltäglichem Gesundheitsverhalten gingen auf den Themenbereich Religion nicht ein. Doch auch in der Schweizer Bevölkerung gibt es religiöse Menschen. Nach der neusten repräsentativen Umfrage von Iso Public im Auftrag der Bertelsmann Stiftung (Religionsmonitor 2008) können von den befragten

⁵⁰ Siehe dazu: Kenneth I. Pargament, The Bitter and the Sweet. An Evaluation of the Costs and Benefits of Religiousness, in: *Psychological Inquiry* 2002, Vol. 13, No.3, 168–181.

⁵¹ Hunkeler/Müller, Aufenthaltsstatus und Gesundheit (wie Anm. 30).

⁵² Achermann/Chimienti, Migration, Prekarität und Gesundheit (wie Anm. 30).

⁵³ Dyck, Immigration, Place and Health (wie Anm. 30).

1'000 Schweizerinnen und Schweizer 16% als nicht religiös, 61% als religiös und 23% als hochreligiös bezeichnet werden. Im Leben der hochreligiösen Menschen nimmt Religion in vielen Lebensbereichen eine ganz zentrale Bedeutung ein.⁵⁴ Im Vergleich der unterschiedlichen Generationen sei in der Schweiz eine hohe Konsistenz und Stabilität religiöser Überzeugungen festzustellen. Es ist daher zu erwarten, dass zumindest in einem Teil der Schweizer Bevölkerung Gesundheitsverständnisse mit einer religiösen Dimension zu finden sind und Menschen Religion und Religiosität als Gesundheitsressource erleben. Bislang ist dies jedoch nicht untersucht worden.

In ihrer repräsentativen Studie zur Gesundheitskompetenz in der Schweizer Bevölkerung von 2006 haben Schmid und Wang⁵⁵ zumindest Hinweise erhalten, die in diese Richtung weisen. Eine der Fragen in ihrer Untersuchung lautete: «Do you take some moments of prayer, meditation or contemplation or something like that?» Von den 1'252 Befragten haben 355 mit «ja» geantwortet, das ist ein Anteil von 28%. Was diese Menschen nun genau tun, inwiefern es mit gelebter Religion zu tun hat und ob sie zwischen diesen Tätigkeiten und Gesundheit einen Bezug herstellen, wissen wir jedoch noch nicht. Auf eine zweite, offene Frage («Was tun Sie bevorzugt für die Erhaltung Ihrer Gesundheit?») machten 30 der befragten 1'255 Personen spontane Aussagen, die von den Forschenden mit «meditation, prayer, spirituality» zusammengefasst wurden⁵⁶. Diese wenigen Personen zumindest scheinen einen hohen Zusammenhang zwischen ihren möglicherweise religiösen Aktivitäten und einer positiven Auswirkung auf ihre Gesundheit wahrzunehmen. Welche Gesundheitsverständnisse und -verhalten diese Menschen teilen und inwiefern diese in der weiteren Bevölkerung verbreitet sind, müsste in weiteren Forschungen genauer untersucht werden.

Die Situation von Migrantinnen und Migranten ist sicherlich besonders stark durch Veränderung gekennzeichnet. Durch ihr Verlassen von Vertrautem und dem Versuch in neuer Umgebung Fuss zu fassen, sind sie mit vielen Veränderungen konfrontiert und müssen mit unterschiedlichsten, oft auch sich widersprechenden Anforderungen umgehen lernen. Es liegt auf der Hand, dass die Suche nach Kohärenz und Sinnhaftigkeit im Leben für sie ein wichtiges Thema ist. Doch wir alle sind mit Veränderungen konfrontiert. Die Suche nach Sinn und Kohärenz ist auch für uns ein Thema. In der heutigen globalisierten Welt verändert Migration nicht nur das Leben der Migrierten, sondern auch der «Sesshaften». Wir sind in globalen Netzwerken involviert und dies verändert auch unsere Identitäten. Güter, Ideen und Menschen gehen heute in alle Richtungen um die Welt. Daher hat Globalisierung auch Auswirkungen auf den Umgang mit Gesundheit und Krankheit, mit Heil und Heilung. Wir bilden neue Gemeinschaften mit anderen Menschen, suchen Sinn und kreieren Tradition.⁵⁷ Ob nun Schweize-

⁵⁴ Bertelsmann Stiftung, Religionsmonitor 2008, Gütersloh 2007.

⁵⁵ Margareta Schmid und Jen Wang, «Gesundheitskompetenz Schweiz» (Swiss Health Literacy Survey 2006 – HLS.CH), www.gesundheitskompetenz.ch

⁵⁶ Jen Wang, persönliche Mitteilung.

⁵⁷ James V. Spickard, «Healing, the individual search for meaning, and modernity», Vortrag gehalten an der University of Southern Denmark, September 2007.

rinnen und Schweizer – in einer säkular verfassten Gesellschaft aufgewachsen und im Umgang mit Fragen von Gesundheit und Krankheit bereits ihr Leben lang mit der Trennung von Medizin und Religion konfrontiert – heute mit Gesundheit und Krankheit, Heil und Heilung anders umgehen als eingewanderte Migrantinnen und Migranten, müsste weiter untersucht werden.

Religion, eine Gesundheitsressource in der Migration?

In der Migrationsforschung sind die Themen Gesundheit und Religion lange Zeit vernachlässigt worden. Nur wenige Forschende haben Gesundheit und Wohlbefinden anstatt Krankheit und Kranksein von Migranten untersucht, trotz Forderungen nach einem Perspektivenwechsel. Inspiriert von Antonovsky's salutogenetischem Ansatz, wurde eine qualitative explorative Studie in der Schweiz durchgeführt, um mehr über das Erleben von Gesundheit durch Migrantinnen und Migranten zu erfahren, wie auch über Ressourcen, die sie dafür in ihrem Alltag mobilisieren. Ein schweizerisch-afrikanisches Forschungsteam untersuchte Gesundheitskonzepte und gesundheitliche Alltagshandlungen von in der Schweiz lebenden Sub-Sahara Afrikanerinnen und Afrikanern, die sich selber gesund fühlen und/oder von anderen Personen so charakterisiert wurden.

Die Daten zeigen, dass diese Migrantinnen und Migranten Gesundheit als eng verbunden mit der Erfüllung ihres eigenen Migrations- oder Lebensprojektes erleben. Sie verstehen Gesundheit als dynamisch und multidimensional. Eine religiöse Dimension bildet einen wesentlichen Bestandteil ihrer Gesundheitskonzepte. Gesundheit und Krankheit erleben die Migrantinnen und Migranten in der Interaktion mit einer vielfältigen und sich verändernden Umwelt und dies beeinflusst ihre gesundheitlichen Alltagspraktiken. Verschiedene persönliche, soziale und materielle Ressourcen werden im Umgang mit den Anforderungen der zum Teil schwierigen und paradoxalen Lebensbedingungen mobilisiert. Unter anderem werden Glaube und religiöse Aktivitäten als wichtige Gesundheitsressourcen betrachtet, doch auch diese können zu einer Quelle von Problemen werden.

La religion: une ressource de santé dans la migration?

Les thèmes de la religion et de la santé ont longtemps été négligés dans la recherche sur la migration. Dans le domaine migration et santé, seul un petit nombre de chercheurs se sont penchés sur la santé et le bien-être, plutôt que sur la maladie et le mal-être des migrants, et cela malgré une exigence croissante d'un changement de perspectives dans la recherche. Inspirée par l'approche saluto-génétique de Antonovsky, une étude qualitative fut réalisée en Suisse visant une meilleure compréhension de la perception qu'ont les migrants de la santé, ainsi que des ressources qu'ils mobilisent. L'équipe de recherche africano-suisse a exploré les concepts de santé et les activités quotidiennes liées à la santé des Africains subsahariens vivant en Suisse. Ceux-ci considèrent savoir gérer leurs problèmes de santé, et/ou en ont la réputation.

Les données démontrent que ces migrants perçoivent la santé en fonction de l'accomplissement de leur propre projet de migration ou de vie. Ils éprouvent la santé comme dynamique et multidimensionnelle. La dimension religieuse constitue une part essentielle de leurs concepts de santé. Ils vivent la santé et la maladie en interaction avec un environnement multiple et changeant, ce qui influence leurs pratiques quotidiennes liées à la santé. Ils mobilisent diverses ressources personnelles, sociales et matérielles pour répondre aux conditions difficiles et paradoxales de la vie. La foi et les activités religieuses sont considérées, parmi d'autres, comme d'importantes ressources de santé, mais peuvent également devenir des sources de problèmes.

Religion, a health resource for migrants?

In migration research the topics of religion and health have been neglected for a long time. Despite a growing demand for changing research perspectives few researchers in the field of migration and health have studied the health and well-being of migrants rather than disease. Inspired by Antonovsky's salutogenic approach, a qualitative exploratory study was carried out in Switzerland, aimed at discovering more about the experience of

health by migrants and about the resources they mobilise regarding health. The mixed African-Swiss research team explored the health concepts and daily health activities of Sub-Saharan Africans living in Switzerland who consider themselves and/or are considered by others as healthy.

The data show that these migrants experience health in close relation to the fulfilment of their own migration or life project. They understand health as dynamic and multidimensional. A religious dimension forms an integral part of their health concepts. Health and illness are experienced in interaction with a multifaceted and changing environment and this influences their daily health practices. Various personal, social and material resources are mobilised in response to the demands of difficult and paradoxical life conditions. Among others, belief and religious activities are valued as important health resources, although they may also become a source of problems.

Schlüsselbegriffe – Mots clés – Keywords

Afrikanische Migranten – migrants africains – African migrants, Gesundheit – santé – health, Resilienz – résilience – resilience, Medizinethnologie – anthropologie médicale – medical anthropology – Schweiz – Suisse – Switzerland

Silvia Büchi, lic.phil, Doktorandin am Schweizerischen Tropeninstitut und an der Universität Basel.