



PD Dr. Alfons Holleder

Landesinstitut für Gesundheit und Arbeit NRW (LIGA.NRW)

Westerfeldstr. 35-37 in 33611 Bielefeld

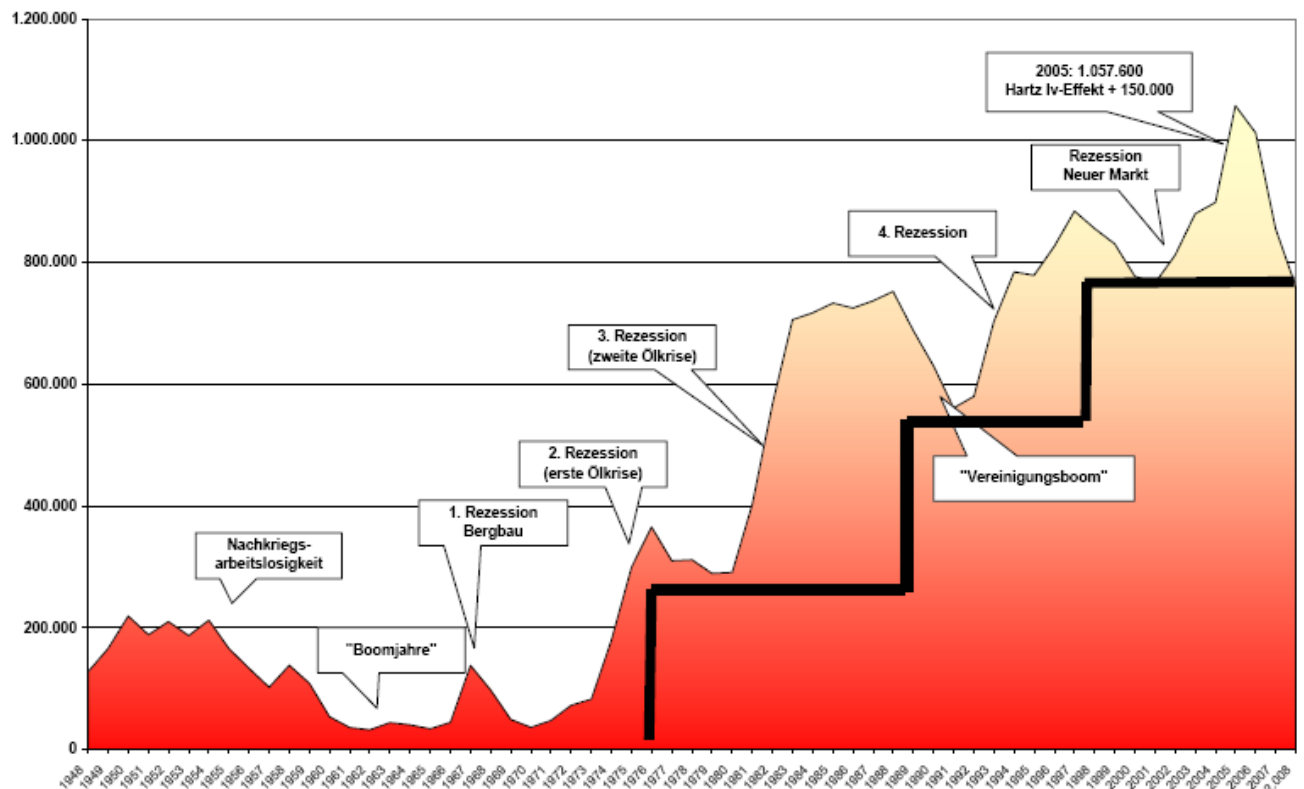
E-Mail: alfons.holleder@liga.nrw.de

Arbeitslosigkeit und Gesundheit von Migrantinnen und Migranten in Nordrhein-Westfalen

Einleitung

Die deutsche Nachkriegsgeschichte ist geprägt durch sehr große und verschiedenartige Einwanderungswellen, die weitgehend auf Arbeitsmigration (mit Ausnahme der Kriegsverreibungen) zurückzuführen sind. Gleichzeitig ist die Phase seit dem „Ölpreisschock“ von 1973 gekennzeichnet von hoher Arbeitslosigkeit und mehreren Rezessionen. Die Abbildung zeigt für Nordrhein-Westfalen, dass die Zahl der Arbeitslosen zwischen den Rezessionen zwar wieder zurückging, aber nie wieder auf die niedrigen Werte der 60er Jahre sank. Dadurch hat sich strukturell ein hohes Niveau einer so genannten „Sockelarbeitslosigkeit“ aufgebaut. Die Abbildung verdeutlicht auch, wie die Arbeitsloskeitsrisiken bzw. Wiedereingliederungschancen stark von den konjunkturellen Zyklen abhängen. Die negativen Gesundheitsfolgen von unfreiwilliger und lang andauernder Arbeitslosigkeit werden in Deutschland schon lange beobachtet (aktueller Überblick in Holleder, 2010). Die Zusammenhänge zwischen Arbeitsmarktintegration, Arbeitslosigkeit und Gesundheit von Migrantinnen und Migranten fanden dabei aber bisher relativ wenig Beachtung.

Abbildung: Entwicklung der Anzahl der Arbeitslosen in Nordrhein-Westfalen seit 1948 (im Jahresdurchschnitt)



Quelle: Regionaldirektion Nordrhein-Westfalen (2009). Der Arbeitsmarkt zum Jahreswechsel 2008/2009. PM vom 7.1.2009

Arbeitslosigkeit und Integration von Migrantinnen und Migranten

Migranten sind wesentlich stärker von Arbeitslosigkeit betroffen als Deutsche. Die offizielle Arbeitslosenquote (bezogen auf alle zivilen Erwerbspersonen) von Ausländern lag im September 2010 in Nordrhein-Westfalen mit 19,5 Prozent mehr als doppelt so hoch wie die der Deutschen mit 8,4 Prozent (BA, 2010). Ausländer machen fast ein Viertel des Bestandes an Arbeitslosen in Nordrhein-Westfalen aus. Detaillierte Analysen der Arbeitsmarktintegration von Migrantinnen und Migranten finden sich z.B. in den Analytikberichten der BA-Statistik (BA, 2006a). Trotz dieser negativen Befunde beurteilen Rürup und Sesselmeier (2001) den deutschen Arbeitsmarkt aber als „nicht ethnisch segmentiert“, sondern sehen in der ungünstigeren Humankapitalausstattung von Zuwanderern die Ursache für die „überproportional häufige Positionierung am unteren Ende des Arbeitsmarkts“. Die meisten registrierten arbeitslosen Ausländer besitzen keine abgeschlossene oder LIGA.NRW Stand: 04.10.2010

offiziell anerkannte Berufsausbildung (BA, 2006a). Außerdem sind Ausländer laut Rürup und Sesselmeier (2001) vom Strukturwandel stärker betroffen, da viele ihrer ursprünglichen Arbeitsplätze in der industriellen Massenfertigung und in der Schwerindustrie verloren gegangen sind.

Nach der OECD-Studie „Die Arbeitsmarktintegration von Zuwanderern in Deutschland“ (2005) scheinen sich zudem die Integrationsprobleme auf die Kinder der Zuwanderer bzw. die in Deutschland geborene zweite Generation zu tradieren und im internationalen Vergleich zu ungünstigeren Bildungs- und Beschäftigungschancen zu führen. Sie benennt als „Kernprobleme“

- die Qualifikationsstruktur der in Deutschland geborenen und zugewanderten Bevölkerung
- das Bildungsniveau der Eltern und dessen Auswirkungen auf die Bildungsergebnisse der Kinder in Verbindung mit dem Spracherwerb von Zuwandererkindern
- die Teilnahme der Migranten an der dualen Berufsausbildung und
- den Zugang von Migranten zur Selbstständigkeit.

Die Migration erfordert komplexe Anpassungsprozesse an neue gesellschaftliche, soziale und kulturelle Lebensbedingungen und ist daher vielfach mit psychischen Belastungen verbunden. Der individuelle Verarbeitungsprozess dieses psychosozialen Stressors ist aber in erheblichem Ausmaß durch die gesetzlichen Rahmenbedingungen, den psychosozialen Kontext und auch durch die Sicherheit des Aufenthalts mitbestimmt. Eine andauernde Arbeitslosigkeit kann nach heutigem Wissensstand die Gesundheit kausal belasten und parallel zu Selektionseffekten bei den Übergängen von und in Beschäftigung wirken (Hollederer, 2009, 2010; Hollederer & Brand, 2006). Über die speziellen Zusammenhänge von Migrationsstatus und psychosozialer Bewältigung von Arbeitslosigkeit gibt es allerdings nur wenige gesicherte Befunde. Festgestellte Unterschiede werden in der Literatur vorsichtig interpretiert, da sie evtl. durch Variablen wie sozioökonomischer Status bzw. soziale Klasse oder durch vorhandene finanzielle Ressourcen überlagert werden (Winefield, 1995; Warr, Jackson & Banks, 1988).

„Healthy Migrant Effect“

Nach der Arbeitslosenstatistik der Bundesagentur für Arbeit (BA) ist überraschenderweise der Anteil der Arbeitslosen mit vermittlungsrelevanten gesundheitlichen Einschränkungen bei den Ausländern mit 16,5 % sogar deutlich geringer als bei den Deutschen (ohne Spätaussiedler) mit 23,4 % im Arbeitslosenbestand vom September 2005 (BA, 2006b, S. 192). Mit großem Abstand ist er am niedrigsten bei den Spätaussiedlern, von denen nur 5,7 % gesundheitliche Einschränkungen in der Arbeitslosenstatistik aufweisen.

Möglicherweise schlägt sich gerade bei den vor kurzem zugewanderten Spätaussiedlern ein sogenannter „healthy migrant effect“ nieder. Das Konzept des „healthy migrant effects“ wird in der Wissenschaft kontrovers diskutiert und ist nicht unumstritten (vgl. Ingleby et al., 2005; Razum, 2006). Danach wären Immigranten im Durchschnitt gesünder als die autochthone Bevölkerung, weil mit der Migration eine Selektion verbunden ist. Menschen, die nicht ganz gesund sind, neigen in geringerem Maße zur Migration oder es kommt zu einer Vorauswahl durch das Personaleinstellungsverfahren. Auswanderer gehören tendenziell zu den jüngeren und körperlich fitten Menschen des Herkunftslandes. Es gibt aber auch Beobachtungen, die gegen einen „healthy migrant effect“ sprechen. So gibt es Studien, die deutlich schlechtere Gesundheitszustände von Migranten im Vergleich zur autochthonen Bevölkerung belegen (Weilandt et al., 2000; Krones, 2001; Landtag NRW, 2004; Rommel, Weilandt & Eckert, 2006; u.a.).

Eine konfundierende Variable stellen in diesem Zusammenhang die Sprachkenntnisse dar. Eingeschränkte Deutschkenntnisse werden häufig als Barriere für den Zugang sowohl zum Arbeitsmarkt als auch zum Gesundheitswesen berichtet. Sie wirken sich aber auch schon bei der Stellensuche bei Arbeitssuchenden aus (Nivorozhkin, Romeu Gordo, Schöll & Wolff, 2006) und beeinflussen die Suchintensität und Suchwege. Je besser die deutschen Sprachkenntnisse sind, desto eher werden von Arbeitssuchenden schriftliche Stellenanzeigen in Zeitungen oder im Internet wahrgenommen und sich darauf beworben. Eine Rolle spielt die Mehrsprachigkeit, denn erwerbslose Migranten, die zu Hause überwiegend eine Fremdsprache sprechen, sind bei der Stellensuche passiver als andere Arbeitslose.

Ergebnisse des Mikrozensus 2005 für Nordrhein-Westfalen

Zur vollständigen Beschreibung der Integration und Gesundheit von Migrantinnen und Migranten besteht in Deutschland ein Datendefizit. Der amtliche Mikrozensus soll diese Informationslücke in Deutschland schließen und hat im Jahr 2005 deshalb neue Fragen ins Programm aufgenommen, um den Migrationshintergrund der interviewten Personen adäquat und besser zu erfassen.

Das Hauptfragenprogramm des Mikrozensus 2005 unterliegt i.d.R. einer gesetzlichen Auskunftspflicht. Der Auswahlatz liegt bei 1 % der Bevölkerung. Der Mikrozensus 2005 integriert auch die Arbeitskräftestichprobe der EU 2005 nach der Labour Force Konzeption (ILO 1998). Das Zusatzprogramm zur Gesundheit ist fakultativ. Die Beantwortung der Gesundheitsfragen ist mit ca. 89% Rücklaufquote bei Krankheiten und Unfallverletzungen sehr hoch. Die Methoden, Qualität und Ergebnisse des Mikrozensus 2005 sind in den Publikationsreihen des Statistischen Bundesamtes (Statistisches Bundesamt 2006a - d) und zur Gesundheit bei Hollederer (2010) gut dokumentiert. Der Mikrozensus Scientific Use File 2005 enthält eine nach dem Zufallsprinzip gezogene 70 %-Unterstichprobe des Originaldatensatzes. Er beinhaltet die Zugehörigkeit der Wohnsitze der Befragten zu den Bundesländern.

Nach den nordrhein-westfälischen Mikrozensus-Daten in der Tabelle weisen die Arbeitsuchenden mit 13,4 % signifikant mehr Erkrankte bzw. Unfallverletzte in den letzten vier Wochen in Relation zu den Erwerbstätigen mit 9,3 % auf. Solche Gesundheitsunterschiede zwischen den Erwerbsstatusgruppen sind auch innerhalb der Gruppe der Deutschen, der Ausländer aus EU-Staaten und Ausländer aus Nicht-EU-Staaten zu beobachten.

Im Vergleich zu den Deutschen liegen die Anteile der in den letzten vier Wochen Erkrankten und Unfallverletzten bei den Ausländern aus EU-Staaten leicht und bei Ausländern aus Nicht-EU-Staaten etwas höher (Tabelle). Der Anteil der in den letzten vier Wochen Erkrankten und Unfallverletzten ist bei den türkischen Staatsangehörigen deutlich erhöht. Besonders auffällig ist er bei den türkischen Arbeitsuchenden mit 15,5 %.

Beim Vergleich ist zu beachten, dass es sich bei den Türken um relativ junge Bevölkerungsgruppen mit einem Durchschnittsalter von ca. 37 Jahren handelt während das Durchschnittsalter der Deutschen ca. 40 Jahre in Nordrhein-Westfalen beträgt. Die Adjustierung des Alters würde die Krankheitsrisiken bei Staatsangehörigen der Russischen Föderation und der Türkei im Mittel noch vergrößern.

Tabelle: Anteile der Erkrankten und Unfallverletzten in den letzten vier Wochen nach Staatsangehörigkeit

(N in 1.000; N mit freiwilligen Gesundheitsangaben)	Erwerbs- tätige	Arbeit- such- ende	Sonstige Nicht- erwerbs- pers.	Total
	<i>Krankheits-/Unfallquoten in den letzten vier Wochen (Spalten-%)</i>			
1	2	3	6	7
Krankheit/Unfall in den letzten vier Wochen nach Staatsangehörigkeit (N)				
	(6.720)	(936)	(2.984)	(10.641)
Deutscher	9,1	13,1	12,3	10,3
Ausländer aus EU-Staaten	9,2	12,5	12,6	10,6
Ausländer aus Nicht-EU-Staaten	10,8	14,8	11,2	11,7
<i>Darunter: 1. Staatsangehörigkeit Türkisch</i>	11,6	15,5	12,3	12,5
Total	9,3	13,4	12,2	10,4

Konklusion

Die Ergebnisse des Mikrozensus 2005 zeigen signifikant erhöhte Krankheitsrisiken (in den letzten vier Wochen) von Arbeitssuchenden im Vergleich zu Erwerbstätigen in Nordrhein-Westfalen auf. Besonders hoch sind die Anteile bei den arbeitssuchenden Ausländern aus Nicht-EU-Staaten und darunter vor allem bei Arbeitssuchenden mit türkischer Staatsangehörigkeit. Zwischen Ausländern aus EU-Staaten und Deutschen divergieren in Erwerbslosigkeit die Anteile der in den letzten vier Wochen Erkrankten und Unfallverletzten in Nordrhein-Westfalen relativ wenig. Das könnte auf den oben beschriebenen „healthy migrant effect“ zurückzuführen sein. Möglicherweise wirkt sich die Erwerbslosigkeit auch bei Deutschen und Ausländern ähnlich negativ auf die Gesundheit aus. Das würde in Einklang mit der Meta-Analyse von Paul, Hassel und Moser (2006) bzw. Paul und Moser (2009) stehen, die keinen signifikanten Moderationseffekt für Nationalität bei der Wirkung von Arbeitslosigkeit

auf die psychische Gesundheit fanden. Auch wenn erwerbslose Migrantinnen und Migranten individuell ähnlich wie Deutsche unter der Massenerwerbslosigkeit leiden, so kommt jedoch ein wesentlich höherer Anteil der Migranten durch das mehr als doppelt so hohe Arbeitslosigkeitsrisiko in diese gesundheitsbelastende Situation.

Literatur

- Bundesagentur für Arbeit (2010). Arbeitsmarkt in Zahlen. Arbeitsmarktreport Land Nordrhein-Westfalen. Nürnberg, September 2010.
- Bundesagentur für Arbeit (BA) (2006a). Analyse des Arbeitsmarktes für Ausländer. Analytikreport der Statistik. Nürnberg.
- Bundesagentur für Arbeit (BA) (2006b). Arbeitsstatistik 2005 – Jahreszahlen. Sonder-nummer der Amtlichen Nachrichten der Bundesagentur für Arbeit. Nürnberg.
- Hollederer, A. (2009) (Hrsg.). Gesundheit von Arbeitslosen fördern! Frankfurt a.M.: Fachhochschulverlag/Verlag für angewandte Wissenschaften.
- Hollederer, A. (2010). Erwerbslosigkeit, Gesundheit und Präventionspotenziale: Ergebnisse des Mikrozensus 2005. VS-Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden, 301 Seiten.
- Hollederer, A. & Brand, H. (2006) (Hrsg.). Arbeitslosigkeit, Gesundheit und Krankheit. Handbuch Gesundheitswissenschaften. Bern: H. Huber Verlag.
- Ingleby, D., Chimienti, M., Hatziprokopiou, P., Ormond, M. & de Freitas, C. (2005). The role of health in integration. In M.L. Fonseca & J. Malheiros (eds.), Social integration and mobility: education, housing and health. IMISCOE Cluster B5 State of the art report, Estudos para o Planeamento Regional e Urbano n 67 (pp. 88-119). Lisbon: Centro de Estudos Geográficos.
- Internationale Labour Organization in Genf (ILO) (Hrsg.) (1998). Resolution concerning the measurement of underemployment and inadequate employment situations, adopted by the Sixteenth International Conference of Labour Statisticians (October 1998). The Sixteenth International Conference of Labour Statisticians.
- Krones, T. (2001). Nationalität, Migration und Gesundheitszustand. In A. Mielck & K. Bloomfield (Hrsg.), Sozialepidemiologie (S. 95-106). Weinheim: Juventa Verlag.

- Landtag Nordrhein-Westfalen (Hrsg.) (2004). Zukunft einer frauengerechten Gesundheitsversorgung in NRW. Bericht der Enquetekommission des Landtags Nordrhein-Westfalen. Wiesbaden: VS Verlag.
- Nivorozhkin, A., Romeu Gordo, L., Schöll, C. & Wolff, J. (2006). Deutschkenntnisse beeinflussen Suchintensität und Suchwege. IAB-Kurzbericht Nr. 25 vom 18.12.2006.
- OECD (2005). The Labour Market Integration of Immigrants in Germany. Dezember 2005. Paris: OECD Publishing.
- Paul, K. I., Hassel, A. & Moser, K. (2006). Die Auswirkungen von Arbeitslosigkeit auf die psychische Gesundheit: Befunde einer quantitativen Forschungsintegration. In A. Holleder & H. Brand (Hrsg.), Arbeitslosigkeit, Gesundheit und Krankheit (S. 35–51). Bern: Huber Verlag.
- Paul, K. I. & Moser, K. (2009). Unemployment impairs mental health: Meta-analyses. *Journal of Vocational Behavior* 74, 264-82.
- Razum, O. (2006). Migration, Mortalität und der Healthy-migrant-Effekt. In M. Richter & K. Hurrelmann. *Gesundheitliche Ungleichheit* (S. 255-270). VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Rommel, A., Weilandt, C. & Eckert, J. (2006). Gesundheitsmonitoring der schweizerischen Migrationsbevölkerung. Endbericht an das Bundesamt für Gesundheit und das Bundesamt für Migration. Bonn.
- Rürup, B. & Sesselmeier, W. (2001). Demographische Entwicklung und Arbeitsmarkt: Die Rolle von Zuwanderung im Rahmen eines beschäftigungspolitischen Strategienbündels. In Schriftenreihe des Bundesamtes für die Anerkennung ausländischer Flüchtlinge (215-242). Band 8. Nürnberg.
- Statistisches Bundesamt (StaBu) (2006a). Mikrozensus 2005 - Fragen zur Gesundheit: Kranke und Unfallverletzte. 6. Juni 2006. Wiesbaden.
- Statistisches Bundesamt (StaBu) (2006b). Mikrozensus 2005 - Fragen zur Gesundheit: Rauchgewohnheiten der Bevölkerung. 6. Juni 2006. Wiesbaden.
- Statistisches Bundesamt (StaBu) (2006c). Mikrozensus 2005 - Fragen zur Gesundheit: Körpermaße der Bevölkerung. 6. Juni 2006. Wiesbaden
- Statistisches Bundesamt (StaBu) (2006d). Mikrozensus: Bevölkerung und Erwerbstätigkeit - Beruf, Ausbildung und Arbeitsbedingungen der Erwerbstätigen. Fachserie 1 Reihe 4.1.1. 29.9.2006, Wiesbaden.

- Warr, P., Jackson, P. & Banks, M. (1988). Unemployment and Mental Health: Some British Studies. *Journal of Social Issues*, Vol. 44, No. 4, 47-68.
- Weilandt, C., Huisman, A., Joksimovic, L., Klaes, L., Van Den Toorn, S. & Winkler, J. (2000): Gesundheit von Zuwanderern in Nordrhein-Westfalen. Sonderbericht im Rahmen der Gesundheitsberichterstattung Nordrhein-Westfalen. Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales NRW (Hrsg.).
- Winefield, A. H. (1995). Unemployment: Its psychological costs. *International Review of Industrial and Organizational Psychology*. Vol. 10. Chichester: Wiley, 169-212.