

Aktueller Forschungsstand

Sind Menschen mit Migrationshintergrund stärker von Covid-19 betroffen?

Dr. Aleksandra Lewicki, University of Sussex

Juni 2021

Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung: Risikofaktoren für eine Covid-19-Erkrankung.....	2
2. Zusammenhang zwischen Arbeit, Covid-19 und Migrationshintergrund	3
3. Zusammenhang zwischen Lebensbedingungen, Covid-19 und Migrationshintergrund.....	6
4. Zusammenhang zwischen Gesundheitsstatus, Covid-19 und Migrationshintergrund.....	8
5. Fazit.....	10

MEDIENDIENST INTEGRATION

Schiffbauerdamm 40

10117 Berlin

Telefon: +49 30 200 764 80

mail@mediendienst-integration.de

1. Einleitung: Die wichtigsten Risikofaktoren für eine Covid-19-Erkrankung

Erkranken Menschen mit Migrationshintergrund häufiger an Covid-19? Um diese Frage entspann sich in den vergangenen Monaten eine rege Debatte. In Deutschland mangelt es an repräsentativen Daten, um die Frage abschließend zu beantworten. Studien aus anderen Ländern hingegen belegen, dass Minderheiten überdurchschnittlich oft von Covid-19 betroffen sind.¹

Aber auch in Deutschland lassen zahlreiche Forschungsergebnisse indirekt darauf schließen, dass Menschen mit Migrationsgeschichte stärker von Covid-19 betroffen sind. Sie sind, so der derzeitige Wissensstand, häufiger als Menschen ohne Migrationshintergrund den wichtigsten Risikofaktoren für eine Covid-19-Erkrankung ausgesetzt: Überdurchschnittlich viele Menschen mit sogenanntem Migrationshintergrund arbeiten in Berufen, die viele soziale Kontakte erfordern und leben häufiger in Stadtteilen mit einer hohen Siedlungsdichte. Bei vielen wirken sich diese Lebensbedingungen negativ auf ihre Gesundheit aus. Es gibt hingegen keine belastbaren repräsentativen Daten, die nahelegen würden, dass Menschen mit "Migrationshintergrund" *aus anderen Gründen* einem höheren Risiko einer Covid-19-Erkrankung ausgesetzt sind als Menschen ohne "Migrationshintergrund". Ethnisch konnotierte Erklärungen, die vornehmlich individuelle Verhaltensentscheidungen in den Blick nehmen oder gar kulturell begründen, verstellen unseren Blick auf die eigentlichen Risiken – für Menschen *mit* sowie *ohne* Migrationsgeschichte.

Zu berücksichtigen ist zudem, dass Menschen mit einem sogenannten Migrationshintergrund nicht alle *aus denselben Gründen* höhere Krankheitsrisiken haben. Die Kategorie "Migrationshintergrund"² beschreibt keine homogene Gruppe, sondern 21,2 Millionen Menschen mit unterschiedlichen Biographien. Darunter fallen zum Beispiel Rentner*innen, die einen Großteil ihres Erwerbslebens in Deutschland gewohnt und gearbeitet haben, in Deutschland geborene Erwerbstätige, Menschen, die angeworben wurden, um als Fachkräfte in der Pflege zu arbeiten, Saisonarbeitskräfte, die bei der Ernte aushelfen oder Geflüchtete mit oder ohne Aufenthaltsstatus. Menschen mit solch verschiedenen Biographien sind unterschiedlichen Risiken ausgesetzt.

Der derzeitige Forschungsstand lässt sich in drei Risikokomplexe einteilen:

- 1. Die Art der beruflichen Tätigkeit und das Beschäftigungsverhältnis:** Studien zeigen, dass Berufe, die in geschlossenen Räumen ausgeübt werden und zahlreiche Kontakte und direkte Berührungen erfordern, mit einem höheren Infektionsrisiko einhergehen. Dies trifft z.B. auf Beschäftigte im Pflege- und Gesundheitssektor zu. Menschen in diesen Berufen erkranken fünfmal so häufig an Covid-19 wie z.B. Lehrende an einer Hochschule, die ihre Arbeit kontaktarm online ausüben können. Pflegeberufe werden überproportional oft von Menschen mit „Migrationshintergrund“ ausgeführt. Zusätzliche, für Deutschland noch nicht hinreichend untersuchte Faktoren, sind die Arbeitsbedingungen in Sektoren mit prekären

¹ OECD (2020) 'What is the impact of the Covid-19 pandemic on immigrants on their children?', Tackling Coronavirus (Covid-19): Contributing to a Global Effort, Paris: OECD, S. 3 -7, Unter: [https://read.oecd-ilibrary.org/view/?ref=137_137245-8saheqv0k3&title=What-is-the-impact-of-the-COVID-19-pandemic-on-immigrants-and-their-children%](https://read.oecd-ilibrary.org/view/?ref=137_137245-8saheqv0k3&title=What-is-the-impact-of-the-COVID-19-pandemic-on-immigrants-and-their-children%20)

² Die Kategorie Migrationshintergrund wird je nach Erhebungszweck und -methode unterschiedlich definiert. Häufig beschreibt sie Personen, die selbst im Ausland geboren sind, sowie Personen, die zumindest einen im Ausland geborenen Elternteil haben.

Arbeitsverhältnissen. Das betrifft neben der Pflege Tätigkeiten in Lagerhäusern, im Sicherheitsdienst, in der Fleisch- und Bekleidungsindustrie, aber auch in Restaurants und Lieferdiensten. Menschen mit Migrationsgeschichte sind besonders oft in solchen Jobs tätig und arbeiten dort überproportional häufig prekär.

- 2. Die Lebensbedingungen:** Studien zeigen, dass sozio-ökonomisch weniger gut gestellte Stadtteile eine höhere Covid-19-Inzidenz haben. Die Wohnsituation sowie Dichte der Besiedlung erschwert in weniger gut situierten Gegenden das Abstandhalten und erhöht die Anzahl sozialer Kontakte. Diese Faktoren bestimmen häufig die Lebensbedingungen in Stadtteilen mit einem hohen Migrationsanteil. Dieser Risikokomplex betrifft somit sowohl etablierte Minderheiten als auch neu Eingewanderte. Er betrifft aber auch Menschen, die in Sammelunterkünften untergebracht sind, in denen Schlafräume und Sanitäranlagen von mehreren Personen geteilt werden – etwa Geflüchtete, die auf eine Anerkennung ihres Asylgesuchs warten, oder Arbeitsmigrant*innen in der Fleischindustrie und in der Ernte.
- 3. Der allgemeine Gesundheitszustand:** Unsichere Arbeitsverhältnisse oder Arbeitslosigkeit beeinflussen nachweislich die allgemeine Gesundheit und begünstigen Stress und Erkrankungen. Menschen mit niedrigem sozial-ökonomischen Status leiden häufiger an Diabetes, Herzkrankheiten, Depression, hohem Blutdruck, Übergewicht oder Atemwegserkrankungen und haben eine niedrigere Lebenserwartung. Vorerkrankungen können die Immunabwehr schwächen und einen schwereren Verlauf einer Covid-19 Infektion bedingen. Studien zeigen, dass Arbeitslose und Menschen in Niedriglohnjobs bis zu doppelt so häufig mit einer Covid-19 Infektion stationär behandelt wurden. Menschen mit „Migrationshintergrund“ arbeiten besonders oft in Niedriglohnjobs und es gibt Indizien dafür, dass ihre Gesundheit durch ihre Arbeitsbedingungen negativ beeinflusst wird. Diskriminierungserfahrungen im Gesundheitssystem kommen erschwerend hinzu.

2. Zusammenhang zwischen Arbeit, Covid-19 und Migrationshintergrund

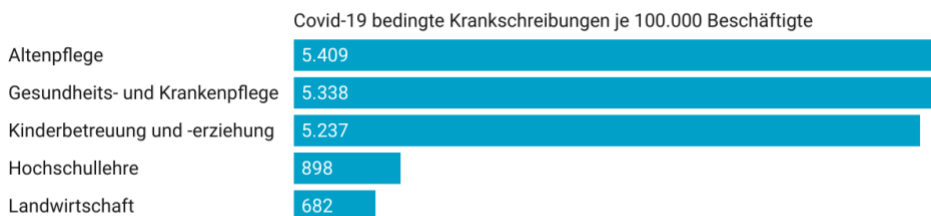
Zur Frage des Zusammenhangs zwischen Art der beruflichen Tätigkeit, der Prekarität des Arbeitsverhältnisses und der Wahrscheinlichkeit einer Covid-19 Erkrankung gibt es eine Reihe relevanter Erkenntnisse für Deutschland. So hat das wissenschaftliche Institut der AOK die der Krankenversicherung vorliegenden Angaben zur Arbeitsunfähigkeit von März 2020 bis Februar 2021 ausgewertet.³ Der AOK lagen Daten von 14.1 Millionen erwerbstätigen Versicherten zur ersten und zweiten Welle vor.

Die Auswertung zeigt, dass Menschen, die in Sorgeberufen arbeiten, bis zu fünfmal häufiger an Covid-19 erkranken als Vergleichsgruppen. So waren Menschen, die in der Seniorenpflege tätig sind, am häufigsten wegen Covid-19 krankgeschrieben: von 100 000 Beschäftigten waren es 5.409.

³ Wissenschaftliches Institut der AOK (2021) Ein Jahr Covid-19 bedingte Fehlzeiten am Arbeitsplatz, Pressemitteilung 22. April 2021. Berlin. Unter: https://www.aok-bv.de/imperia/md/aokbv/presse/pressemitteilungen/archiv/pm_wido_210422_audaten_12_monate_covid-19.pdf

Auch Beschäftigte in der Gesundheits- und Krankenpflege waren häufiger krank: hier waren es 5.338 pro 100.000 Beschäftigte. Beschäftigte in der Kinderbetreuung und -erziehung erkrankten mit 5.237 pro 100.000 auch besonders häufig an Covid-19. Zum Vergleich: Unter Berufstätigen in der Landwirtschaft oder der Hochschule erkrankten nur 682 bzw. 898 pro 100 000 Beschäftigten.

Pflegekräfte sind am häufigsten von Covid-19 betroffen



Zwölf-Monatsbilanz (März 2020-Februar 2021) über corona-bedingte Arbeitsunfähigkeit unter 14 Millionen AOK-Versicherten Erwerbstätigen.

Grafik: © Mediendienst Integration 2021 • Quelle: Wissenschaftliches Institut der AOK • Erstellt mit Datawrapper

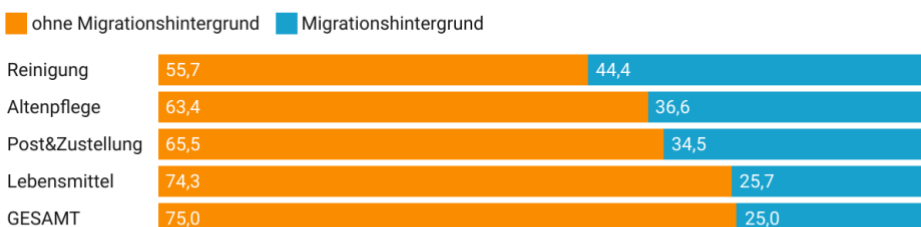
Die Wahrscheinlichkeit, mit dem Virus in Kontakt zu kommen, sowie ihm mehr als einmal ausgesetzt zu sein, ist deutlich höher für jene, die ältere oder kranke Menschen versorgen oder Kinder betreuen, als für jene, die von zu Hause oder im Freien arbeiten können. Das Infektionsrisiko für Sorgeberufe entsteht hierbei primär aus der Nähe des persönlichen Kontakts in geschlossenen Räumen.

Wer macht nun vornehmlich solche Jobs mit höherem Ansteckungsrisiko? Zu dieser Frage liegen belastbare Daten für den deutschen Arbeitsmarkt vor. In Deutschland haben 21,2 Millionen Menschen einen „Migrationshintergrund“. Sie stellen 23 % der erwerbstätigen Bevölkerung. Bemerkenswert ist, dass diese Bevölkerungsgruppe, im Vergleich zur gesamten Bevölkerung, überproportional häufig in Dienstleistungs- und Pflegeberufen tätig ist. So haben 44% der Menschen, die in der Reinigung tätig sind, einen „Migrationshintergrund“, in der Seniorenpflege 36,6 %, in der Postzustellung 34 %, im Transportwesen 30 % und im Verkauf von Lebensmitteln 25

%. Auch unter den Humanmediziner*innen sind sie mit einem Anteil von 29 % der Beschäftigten überproportional vertreten, wie auch in der Verwaltung im Gesundheitswesen (26%).⁴

Menschen mit Migrationshintergrund arbeiten häufiger in systemrelevanten Berufen mit höherem Corona-Risiko

Menschen mit Migrationshintergrund machen 23 Prozent der erwerbstätigen Bevölkerung in Deutschland aus. In systemrelevanten Jobs sind sie überrepräsentiert.



Zahlen für 2018 (in Prozent, gewichtet)

Grafik: © Mediendienst Integration 2021 • Quelle: DeZIM-Institut • Erstellt mit Datawrapper

⁴ Khalil, Samir, Lietz, Almuth und Mayer, Sabrina (2020) Systemrelevant und prekär beschäftigt: Wie Migrant*innen unser Gemeinwesen aufrechterhalten, Berlin: DeZIM. S. 3-5. Unter: https://dezim-institut.de/fileadmin/Publikationen/Research_Notes/DRN_3_Systemrelevante_Berufe/ResearchNotes_03_200525_web.pdf

Auch die neuste Analyse des Instituts für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung (IAB) stellt fest, dass Menschen mit „Migrationshintergrund“ und Geflüchtete überdurchschnittlich oft in systemrelevanten Berufen arbeiten: Nach dieser Auswertung üben 60% der Geflüchteten und 54% der Menschen mit „Migrationshintergrund“ Berufe aus, die als kritisch für die Infrastruktur klassifiziert werden – etwa in Bereichen wie Verkehr, Logistik, Sicherheit oder Reinigung.⁵

Bei diesen Berufen kommt hinzu, dass sie häufig mit prekären Vertragsverhältnissen einhergehen. Berufe im Gesundheitswesen, aber auch andere systemrelevante Tätigkeiten werden nicht selten über Zeitarbeitsfirmen vermittelt, Verträge sind befristet, sehen keine festen Arbeitszeiten vor, und werden geringfügig entlohnt.

Wie und ob das Vertragsverhältnis das Ansteckungsrisiko zusätzlich erhöht, ist für den deutschen Kontext nicht untersucht worden. Ein Blick ins Ausland verweist allerdings auf einen Zusammenhang zwischen Vertragsverhältnis und Infektionsrisiko. In Großbritannien zeigt eine Auswertung der Mitgliedsdaten des Gewerkschaftsbunds, dass Menschen in prekären und Zeitverträgen doppelt so häufig an Covid-19 sterben wie Menschen in gesicherten Vertragsverhältnissen.⁶ Dies betraf in Großbritannien auch Beschäftigte im Krankenhaus oder in der Seniorenpflege. Hinzu kamen Tätigkeiten in Lagerhäusern, im Sicherheitsdienst, in der Fleisch- sowie Bekleidungsindustrie, als auch in Restaurants und für Lieferdienste. Hierbei ging es nicht nur um die Art der Tätigkeit und die Nähe sozialer Kontakte, sondern auch um Abhängigkeiten, die aus prekären Vertragsverhältnissen erwachsen. So hatten prekär Beschäftigte Schwierigkeiten, angemessene Schutzkleidung zu fordern, Heimarbeit oder Kurzarbeit zu beantragen, wenn sie eine Vorerkrankung hatten, oder frei zu nehmen, wenn die Schulen zu waren. In Sektoren wie der Fleischindustrie, in denen es häufig keine Lohnfortzahlung im Krankheitsfall gibt, trauten sich Beschäftigte, die sich einen Lohnausfall nicht leisten konnten, bisweilen trotz einer Erkrankung nicht, zu Hause zu bleiben.

Für Deutschland wissen wir, dass Personen mit Migrationsgeschichte besonders häufig in prekären Vertragsverhältnissen arbeiten: In systemrelevanten Berufen haben z.B. 35,5 % der prekär Beschäftigten einen „Migrationshintergrund“.⁷ Auswertungen des IAB zeigen, dass z.B. 69% der Geflüchteten und 23% der Menschen mit „Migrationshintergrund“ befristet beschäftigt sind. Zum Vergleich: Nur 10% der Menschen ohne Migrationshintergrund haben einen befristeten Arbeitsvertrag.⁸ Mit Blick auf die Forschungsergebnisse aus Großbritannien ist somit zu vermuten, dass dies ihr Risiko, öfter oder schwerer zu erkranken, ebenfalls vergrößert.

⁵ Brücker, Herbert, Gundacker, Lidwina, Hauptmann, Andreas, Jaschke, Phillip (2021): Die Arbeitsmarktwirkungen der Covid-19 Pandemie auf Geflüchtete und andere Migrantinnen und Migranten, Nürnberg: Institut für Arbeitsmarkt und Berufsforschung, S. 17. Unter: <http://doku.iab.de/forschungsbericht/2021/fb0521.pdf>

⁶ Trades Union Congress (2021) Covid 19 and Insecure Work, London: TUC. S.16. Unter: <https://www.tuc.org.uk/sites/default/files/2021-04/Covid-19%20and%20Insecure%20Work%20TUC%20template%20report%20130421.pdf>

⁷ Khalil, Samir et.al. (2020) S. 6. Unter: https://dezim-institut.de/fileadmin/Publikationen/Research_Notes/DRN_3_Systemrelevante_Berufe/ResearchNotes_03_200525_web.pdf

⁸ Brücker, Herbert et.al. (2021), S. 14. Unter: <http://doku.iab.de/forschungsbericht/2021/fb0521.pdf>

Menschen mit Migrationshintergrund sind häufiger befristet angestellt als Menschen ohne Migrationshintergrund

Anteil der Beschäftigten mit befristeten Arbeitsverträgen



Analyseergebnisse des Instituts für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung unter Berücksichtigung eigener Befragungen von ca. 8.000 Menschen in Deutschland im Sommer 2020 sowie weiterer Daten des Statistischen Bundesamtes von 2018 bis 2020.

Grafik: © Mediendienst Integration 2021 • Quelle: IAB • Erstellt mit Datawrapper

3. Zusammenhang zwischen Lebensbedingungen, Covid-19 und Migrationshintergrund

Auch zum Zusammenhang von Lebensbedingungen, Covid-19 und Migrationsgeschichte gibt es eine Reihe relevanter Erkenntnisse. Ein Forschungsteam des Robert Koch Instituts (RKI) hat untersucht, ob ein Zusammenhang besteht zwischen Wohngegend und der Wahrscheinlichkeit, sich mit Covid-19 anzustecken. Dazu haben sie bundesweite Meldungen positiver Covid-19 Tests mit einem Index für sozio-ökonomische Benachteiligung abgeglichen.⁹ Ihre Auswertungen zeigen, dass sich beim Ausbruch der ersten und der zweiten Pandemiewelle das Virus zunächst in besser situierten Gegenden verbreitete. Dies verbindet das Forschungsteam mit der anfänglich hohen Inzidenz in Skiresorts sowie mit dem Reise- und Pendelverhalten von ökonomisch besser situierten Bevölkerungsgruppen. Im weiteren Verlauf, also nach der Einführung von Einschränkungen und Lockdowns, sank die Inzidenzrate in wohlhabenderen Gegenden jedoch, während sie in sozio-ökonomisch benachteiligten Gegenden weiter anstieg.¹⁰

Diese Befunde lassen sich auf eine Reihe verschiedener Faktoren zurückführen:

- Steigende Inzidenzen zu Beginn der beiden Pandemiewellen werden mit der beruflichen und privaten Mobilität von besser Situierten in Zusammenhang gebracht. Sobald Einschränkungen, wie etwa Lockdowns und Reiseverbote greifen, können sich aber jene, die zunächst zur Ausbreitung des Virus beigetragen haben, in Wohnräume mit höherer Abstandmöglichkeit zurückziehen sowie ihre berufliche Tätigkeit häufiger von zu Hause ausüben. Dies dämmt die Ausbreitung in besser gestellten Gegenden ein. Menschen, die in systemrelevanten Berufen tätig sind, gehen auch im Lockdown weiter zur Arbeit.
- Menschen, die in weniger gut situierten Gegenden leben, haben weniger Wohnfläche zur Verfügung, was es erschwert, innerhalb ihres Haushalts Abstand zu halten. Bisweilen werden einzelne Räume von mehreren Personen bewohnt, oder mehrere Generationen

⁹ Wachtler, Benjamin, Michalski, Niels, Nowossadeck, Enno, Diercke, Michaela, Wahrendorf, Morten, Santos-Hövener, Claudia, Lambert Thomas, Höbel, Jens (2020): Sozioökonomische Ungleichheit im Infektionsrisiko mit SARS-CoV-2 – Erste Ergebnisse einer Analyse der Meldedaten für Deutschland, Journal of Health Monitoring 5, 19–31, S.7. Unter:

https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloadsJ/Focus/JoHM_S7_2020_Ungleichheit_SARS-CoV-2_Meldedaten.pdf?__blob=publicationFile, sowie: Höbel, Jens, Michalski, Niels, Wachtler, Benjamin, Diercke, Michaela, Neuhauser, Hannelore, Wieler Lothar H., Santos-Hövener, Claudia (2021) 'Socioeconomic Differences in the Risk of infection during the second SARSCoV-2 wave in Germany', Deutsches Ärzteblatt Intern., 118, 269-1. Unter:

<https://www.aerzteblatt.de/archiv/218459/Sozioökonomische-Unterschiede-im-Infektionsrisiko-waehrend-der-zweiten-SARS-CoV-2-Welle-in-Deutschland>

¹⁰ Wachtler et al. (2020), S. 23-24, Höbel et al. 2021, S. 1.

wohnen auf kleiner Fläche unter einem Dach. Auch die Bevölkerungsdichte ist in weniger gut situierten Gegenden höher.

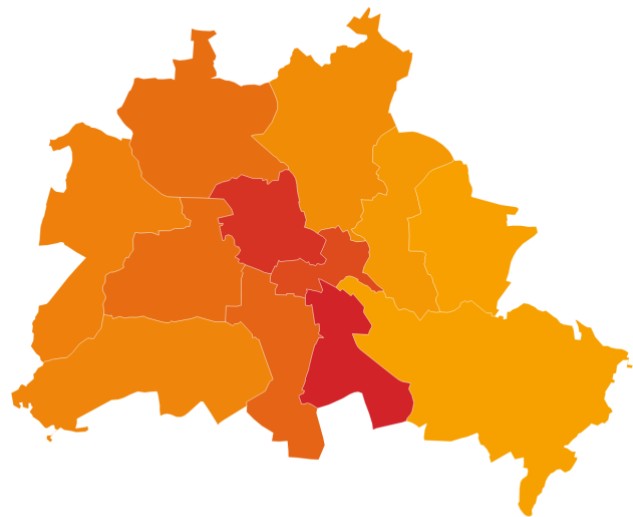
- Menschen in ärmeren Gegenden sind außerdem häufiger auf die Nutzung öffentlicher Verkehrsmittel angewiesen, als Menschen, die entweder von zu Hause arbeiten können, oder ein oder mehrere Fahrzeuge pro Haushalt zur Verfügung haben.

Wer wohnt nun in diesen Gegenden? Menschen mit Migrationshintergrund sind aus einer Reihe von Gründen häufiger in sozio-ökonomisch benachteiligten Gegenden vorzufinden. Historisch wurden z.B. die sogenannten Gastarbeiter*innen in räumlicher Nähe zu ihren Arbeitsplätzen, z.B. Fabriken, angesiedelt und ließen sich anschließend häufig in der Nähe dieser so etablierten lokalen Communities nieder. Neueinwandernde suchen häufig Wohnraum mit günstigen Mietpreisen, wobei auch Geschäfte und Restaurants, die von Minderheiten betrieben werden, eine Gegend zusätzlich attraktiv machen können. Eine Studie des Berliner Senats zeigte, dass die Covid-19 Inzidenz von März bis Oktober 2020 in Stadtteilen mit hohem Anteil an Menschen mit Migrationsgeschichte am höchsten war: Neukölln, Mitte und Friedrichshain-Kreuzberg waren mit mehr als 1.000 Fällen pro 100.000 Einwohner*innen am stärksten betroffen.¹¹ Die Studie zeigte auch, dass die Inzidenz steigt, je dichter ein Stadtteil besiedelt ist, und je weniger Quadratmeter Grünfläche pro Einwohner*in vorhanden sind.¹²

Covid-19 Inzidenz in Berliner Stadtteilen mit hohem Anteil an Menschen mit Migrationshintergrund am höchsten

COVID-19-Fälle je 100.000 Einwohnerinnen und Einwohner in Berlin - nach Bezirken
Berlin gesamt: 796

418 1.361



Stand: 29.10.2020

Grafik: © Mediendienst Integration 2021 • Quelle: Senatsverwaltung für Gesundheit, Pflege und Gleichstellung • Erstellt mit Datawrapper

Auch Menschen, die in Sammelunterkünften untergebracht sind, sind häufig hohen Risiken ausgesetzt. So gab es im Jahr 2020 mehrere große Ausbrüche in fleischverarbeitenden Betrieben, in deren Unterkünften die Einhaltung der Mindesthygienestandards unmöglich war.¹³ Ähnlich mangelhafte Hygienebedingungen wurden für Saisonarbeitskräfte aus Ostmitteleuropa festgestellt, die in Landwirtschaftsbetrieben tätig sind.¹⁴ Aber auch Geflüchtete sind häufig in Sammelunterkünften untergebracht und von diesem Risiko betroffen.¹⁵ Maßgeblich sind hier die

¹¹ Senatsverwaltung für Gesundheit, Pflege und Gleichstellung (2020) Das SARS-CoV-2 Infektionsgeschehen in Berlin – Zusammenhang mit Soziodemografie und Wohnumfeld, Gesundheitsberichterstattung Berlin. S. 2-3. Unter: https://www.berlin.de/sen/gesundheits/assets/service/gesundheitsberichterstattung/kurz-informiert_2020-2_sars-cov-2_in_berlin.pdf

¹² Ebenda. S. 7.

¹³ Birke, Peter (2021): Die Fleischindustrie in der Coronakrise: Eine Studie zu Migration, Arbeit und multipler Prekarität, Sozial.Geschichte Online, 29: 1-47. Zu Covid-19 Ausbrüchen und Hygienebedingungen siehe v.a. S. 8, 13, 16, 25. Unter: <https://sozialgeschichteonline.files.wordpress.com/2020/12/birke-fleischindustrie-vorveroeffentlichung-heft-28-pdf.pdf>

¹⁴ Weisskircher, Manès (2021) 'Arbeitsmigration während der Corona-Pandemie. Saisonarbeitskräfte aus Mittel- und Osteuropa in der deutschen Landwirtschaft', Midem – Policy Paper 01/21, Dresden. S. 4. Unter: https://forum-midem.de/cms/data/fm/user_upload/Projekte/TUD_MIDEM_PolicyPaper_2021-1_Arbeitsmigration.pdf

¹⁵ Bozorgmehr, Kayvan, Hintermeier Maren, Razum, Oliver, et al. (2020) SARS-CoV-2 in Aufnahmeeinrichtungen und Gemeinschaftsunterkünften für Geflüchtete: Epidemiologische und normativ-rechtliche Aspekte. 2020, Bremen: Kompetenznetz

die Enge des Wohnraums, die enge Belegungsdichte, die gemeinsame Nutzung der Sanitäreinrichtungen sowie sprachliche Verständigungsschwierigkeiten (unter den Bewohner*innen als auch zwischen den dort Beschäftigten und den Bewohner*innen).

4. Zusammenhang zwischen allgemeinem Gesundheitsstatus, Covid-19 und Migrationshintergrund

Ein dritter Risikokomplex, der berücksichtigt werden sollte, ist der Zusammenhang zwischen allgemeinem Gesundheitsstatus und der höheren Wahrscheinlichkeit eines schweren Verlaufs einer Covid-19 Erkrankung. Was genau wissen wir darüber?

Auch hierzu gibt es eine Reihe relevanter Erkenntnisse für Deutschland. Analysen des RKI zeigen, dass in der zweiten Welle die Covid-19 Sterblichkeit in sozial stark benachteiligten Gegenden um 50 bis 70 % höher lag als in weniger sozial benachteiligten Regionen.¹⁶ Medizinsoziolog*innen aus Düsseldorf haben daher untersucht, ob ein Zusammenhang zwischen der individuellen Lebenssituation und der Wahrscheinlichkeit besteht, mit einer Covid-19 Erkrankung ins Krankenhaus zu kommen.¹⁷ Hierzu haben sie Daten von 1,28 Millionen Krankenversicherten der AOK Hamburg /Rheinland ausgewertet und den Erwerbstatus bzw. die Einkommenshöhe jener geprüft, deren Covid-19 Erkrankung stationär behandelt wurde. Die Ergebnisse zeigen, dass Arbeitslose und Menschen in Niedriglohnjobs ein deutlich erhöhtes Risiko eines schweren Krankheitsverlaufs haben. Menschen, die langzeitarbeitslos sind, werden im Vergleich zu Menschen, die einer regulären Beschäftigung nachgehen, nahezu doppelt so häufig ins Krankenhaus eingeliefert.¹⁸

Diese Befunde lassen sich auf eine Reihe verschiedener Faktoren zurückführen. Die Daten erlauben nur bedingt Rückschlüsse auf das Ansteckungsrisiko, vielmehr geht es hier um das Risiko eines *schweren* Krankheitsverlaufs.¹⁹ Die Autor*innen merken an, dass das Ansteckungsrisiko nicht erwerbstätiger Menschen sogar niedriger sein könnte, da sie keine beruflich bedingten sozialen Kontakte haben. Menschen, die in Niedriglohnjobs arbeiten, und solche die nicht arbeiten, haben jedoch eine Gemeinsamkeit – das ist ihr vergleichsweise niedriger sozio-ökonomischer Status. Unsichere Arbeitsverhältnisse oder Arbeitslosigkeit beeinflussen nachweislich die allgemeine Gesundheit negativ und begünstigen Stress und Erkrankungen. Auch Umweltbedingungen, wie etwa Luftverschmutzung in urbanen Räumen, können sich negativ auf die Gesundheit auswirken. Menschen mit einem niedrigen Einkommen leiden daher häufiger an Diabetes, Herzkrankheiten,

Public Health COVID-19. S. 1-3. Unter: https://www.public-health-covid19.de/images/2020/Ergebnisse/FactSheet_PHNetwork-Covid19_Aufnahmeeinrichtungen_v1_inkl_ANNEX.pdf

¹⁶ Robert Koch Institut (2021): Soziale Unterschiede in der Covid-19 Sterblichkeit während der zweiten Infektionswelle in Deutschland, Faktenblatt, Stand 12.05.2021., https://www.rki.de/DE/Content/GesundAZ/S/Sozialer_Status_Ungleichheit/Faktenblatt_COVID-19-Sterblichkeit.html.

¹⁷ Währendorf, Morten, Rupprecht, Christoph, Dortmann, Olga, Scheider, Maria, Dragano, Nico (2021): Erhöhtes Risiko eines Covid-19 bedingten Krankenhausaufenthalts für Arbeitslose: Eine Analyse von Krankenkassendaten von 1.28 Mio Versicherten in Deutschland, Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz, 64 (314 – 321). Unter: <https://link.springer.com/article/10.1007%2Fs00103-021-03280-6>

¹⁸ Ebenda, S. 4.

¹⁹ Da Daten von Menschen ausgewertet wurden, die hospitalisiert wurden, lassen sich keine Rückschlüsse darüber treffen, wie sie sich zur Gesamtpopulation der positiv Getesteten verhalten (ibid.)

Depression, hohem Blutdruck, Übergewicht oder Atemwegserkrankungen und haben eine durchschnittlich niedrigere Lebenserwartung. Vorerkrankungen hingegen können die Immunabwehr schwächen und einen schwereren Verlauf einer Covid-19 Infektion bedingen.²⁰

Wir wissen zudem aus der Forschung, dass Menschen mit niedrigem sozio-ökonomischen Status gesundheitliche Vorsorgeleistungen, die mit Kosten verbunden sind, weniger in Anspruch nehmen und seltener einen Facharzt aufsuchen.²¹ Der Zusammenhang zwischen struktureller Benachteiligung und gesundheitlicher Versorgung ist für den Zeitraum der Covid-19-Pandemie nicht untersucht worden, jedoch verweist das Düsseldorfer Forschungsteam auf mögliche finanzielle Barrieren für Covid-19-Tests sowie für die Erreichbarkeit medizinischer Einrichtungen (inkl. Impfzentren).²²

Die mangelnde Verfügbarkeit von Daten erschwert die Einschätzung, ob und wie Zusammenhänge zwischen Migrationsbiographien und einem schweren Krankheitsverlauf bestehen. Wir wissen jedoch, dass die Risikofaktoren, die gesamtgesellschaftlich greifen, auch diese Gruppe betreffen. Aus früheren Studien wissen wir zudem, dass sich die Arbeits- und Lebensbedingungen häufig negativ auf die Gesundheit von Arbeitsmigrant*innen auswirken. Studien attestierten etwa der ersten Generation der türkischen „Gastarbeiter*innen“ eine besonders gute Gesundheit bei ihrer Ankunft;²³ mit längerer Verweildauer im Einwanderungsland hatten sie jedoch einen vergleichsweise höheren Krankenstand, eine früher einsetzende Pflegebedürftigkeit, und eine kürzere Lebensdauer. Es gibt also Indikatoren dafür, dass für verschiedene in der Großkategorie „Migrationshintergrund“ erfasste Untergruppen dieser Risikokomplex relevant ist – darunter auch Rentner*innen, Menschen mit niedrigem Einkommen und von Arbeitslosigkeit betroffene Arbeitsmigrant*innen.

Auch ein erschwerter Zugang zu gesundheitlicher Versorgung erhöht das Risiko eines schweren Verlaufs. Insbesondere Geflüchtete und Menschen ohne Aufenthaltsstatus haben einen begrenzten Zugang zu gesundheitsstaatlichen Leistungen.²⁴ Aber auch Angehörige etablierter Minderheiten berichten von Diskriminierung im Gesundheitswesen.²⁵ Die Antidiskriminierungsstelle des Bundes verzeichnete im Coronajahr 2020 z.B. deutlich mehr Beschwerden von asiatisch gelesenen Menschen, unter anderem Terminabsagen beim Arzt.²⁶

²⁰ Wahrendorf, Morten et al. (2021). S.6. Unter: <https://link.springer.com/article/10.1007%2Fs00103-021-03280-6>.

²¹ Klein, Jens und von dem Knesebeck, Olaf (2016): Soziale Unterschiede in der ambulanten und stationären Versorgung, Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz, 59 (238 – 244), S.3-4. Unter: <https://link.springer.com/article/10.1007/s00103-015-2283-6>.

²² Wahrendorf, Morten et al. (2021). S.5. Unter: <https://link.springer.com/article/10.1007%2Fs00103-021-03280-6>.

²³ Hier handelt es sich um den sogenannten ‚healthy migrant effect‘. Vor allem gesunde und fitte Menschen nehmen die Beschwerden einer Reise und die Herausforderungen einer neuen Umgebung auf sich. Für eine Übersicht des Wissensstandes siehe Schenk, Liane und Pepler, Lisa (2020) ‚Migration‘, Deinzer, Renate, von dem Knesebeck, Olaf, Hrsg., Online Lehrbuch der Medizinischen Psychologie und Medizinischen Soziologie, Berlin. S. 3-4. Unter: https://books.publisso.de/en/publisso_gold/publishing/books/overview/46/181

²⁴ Razum, Oliver, Akbulut, Nurcan, Bozorgmehr, Kayvan (2020): Diversität und Diskriminierung am Beispiel der Gesundheit und gesundheitlichen Versorgung von Migrant*innen und Geflüchteten, Razum, Oliver, Kolip Petra, Hrsg. Handbuch Gesundheitswissenschaften, Weinheim, 621–646.

²⁵ Für eine Übersicht: Lewicki, Aleksandra (2021): Gesundheit in Merx, Andreas, Lewicki, Aleksandra, Schlenzka, Nathalie, Vogel, Katrin: Umgang mit kultureller, sozio-ökonomischer und religiöser Vielfalt, Essen: Stiftung Mercator.

²⁶ Antidiskriminierungsstelle des Bundes (2020): Diskriminierungserfahrungen im Zusammenhang mit der Coronakrise, Berlin. S. 1-3. Unter: <https://tinyurl.com/vcypuxde>

5. Fazit

Der Forschungsstand weist auf einen Zusammenhang zwischen der Art der beruflichen Tätigkeit und einem erhöhten Infektionsrisiko hin. Ein prekäres Arbeitsverhältnis ist ein zusätzlicher Risikofaktor. Relevant ist auch die Wohnsituation – Menschen, denen weniger Wohnraum zur Verfügung steht, oder die ihren Raum mit anderen Personen teilen, haben ein höheres Infektionsrisiko. Die Gesundheit von Menschen mit niedrigem sozio-ökonomischen Status – also solchen, die in Niedriglohnjobs tätig oder arbeitslos sind – ist oft beeinträchtigt, was wiederum das Risiko eines schweren Verlaufs einer Infektion erhöht.

Wir können davon ausgehen, dass diese Trends, die für die gesamte Gesellschaft dokumentiert wurden, auch auf Menschen mit unterschiedlichen Migrationsbiographien zutreffen. Es liegen zahlreiche Indikatoren dafür vor, dass Menschen mit einem „Migrationshintergrund“ diesen Risiken besonders häufig ausgesetzt sind. Die drei Risikokomplexe betreffen verschiedene Untergruppen, die in der Großkategorie „Migrationshintergrund“ erfasst werden, auf unterschiedliche Weise – also nicht alle *aus denselben Gründen*. Es gibt hingegen keine belastbaren repräsentativen Daten, die nahelegen würden, dass Menschen mit sogenanntem „Migrationshintergrund“ *aus anderen Gründen* einem höheren Risiko einer Covid-19-Erkrankung ausgesetzt sind als Menschen ohne Migrationshintergrund. Bei vielen Geflüchteten kommen neben der Unterbringung in einer Sammelunterkunft und der gesundheitlichen Belastung, die mit der Flucht und ihren Folgen verbunden ist, durchaus sprachliche Verständigungsprobleme hinzu. Auch bei Arbeitsmigrant*innen in der Fleischindustrie kann die Sprache eine Barriere darstellen. Bei Beschäftigten in der Seniorenpflege oder im Krankenhaus ist dies kaum plausibel – diese Tätigkeiten erfordern gute Sprachkenntnisse und gesundheitliches Grundwissen.

Auch das individuelle Verhalten wird bei den rund 20 Millionen Menschen, die in der Großkategorie „Migrationshintergrund“ erfasst werden, wie auch bei den 60 Millionen Menschen ohne Migrationshintergrund eine Rolle spielen. Auch Menschen mit „Migrationshintergrund“ haben im vergangenen Jahr Feste gefeiert oder sind in Urlaub gefahren. Es gibt aber keine Daten, die nahelegen würden, dass Menschen mit „Migrationshintergrund“ stärker unter den Urlauber*innen oder Feiernden vertreten waren als Menschen ohne Migrationshintergrund.

Was wissenschaftlich belegt ist, ist ein Zusammenhang zwischen sozio-ökonomischer Benachteiligung und einem höheren Gesundheitsrisiko. Daraus sollten sich keine ethnisch kodierte Schuldzuweisungen ableiten, sondern eine Politik, die die Risiken für alle Betroffenen senkt. Gezielte Impfungen in ärmeren Wohngebieten oder Informationen in verschiedenen Sprachen in Sammelunterkünften gehören dazu. Derlei Interventionen greifen jedoch nur punktuell – und somit an der Oberfläche der sozialen Frage, die durch die Pandemie noch sichtbarer geworden ist. Die Befunde verweisen auf die Notwendigkeit größerer Strukturreformen, wie etwa einer Verbesserung der Lebensbedingungen in ärmeren Wohngebieten, des gleichberechtigteren Zugangs zu gesundheitlichen Leistungen unabhängig von Einkommen oder Herkunft, der materiellen und ideellen Aufwertung von Sorgearbeit und Pflegeberufen, sowie einem Abbau prekärer Vertrags- und Arbeitsbedingungen.