

8 Arbeitsbelastungen und Migration

In diesem Kapitel befassen wir uns mit dem Effekt der Arbeit auf die Gesundheit, unter besonderer Berücksichtigung der Migrant*innen. Im Vorfeld ist klarzustellen, dass Arbeit im Normalfall nicht krank macht, sondern dass sie großteils der Gesundheit förderlich ist. Denn sie eröffnet Möglichkeiten der Selbstentfaltung, verleiht einen sozialen Status, ermöglicht eine eigenständige finanzielle Absicherung des Lebensunterhalts und eröffnet Kontakte mit Mitmenschen. Sie strukturiert auch den Alltag, was, wie wir spätestens seit der Studie über die Arbeitslosen von Marienthal aus dem Jahr 1933 wissen, für die Gesundheit nicht unwesentlich ist (Jahoda/Lazarsfeld/Zeisel 1975). Auch heute noch sehen wir, dass Arbeitslose weniger gesund sind als Beschäftigte ([Dooley/Fielding/Levi 1996](#); [Biffi 2005](#); [Dorling 2009](#)). Allerdings können Arbeitsbelastungen ein merkliches Gesundheitsrisiko darstellen, was wir im Folgenden näher untersuchen. Denn Migrant*innen sind Arbeitsbelastungen im Schnitt stärker ausgesetzt als Einheimische. Das hat zur Folge, dass sich der Gesundheitszustand der Migrant*innen mit der Dauer des Aufenthalts im Aufnahmeland verschlechtert und an den der Einheimischen anpasst. Denn Migrant*innen sind zum Zeitpunkt der Zuwanderung als Folge der Selbstselektion, d.h. der stärkeren freiwilligen Auswanderung junger und gesunder Menschen, sowie einer selektiven Zuwanderungspolitik, im Schnitt gesünder als vergleichbare Personen im Herkunftsland und im Aufnahmeland. Welche Faktoren für den Verlust dieses sogenannten Healthy-Migrant-Effekts verantwortlich sind, wird in der Literatur unterschiedlich beurteilt ([Neuman 2014, 108](#); vgl. [Abschnitt 8.2](#)).

Wir gehen in [Abschnitt 8.1](#) auf die Rahmenbedingungen für Gesundheitspolitik ein, für die Migrant*innen eine spezifische Zielgruppe sind; in [Abschnitt 8.2](#) untersuchen wir das Zusammenspiel von Arbeit und Gesundheit, gefolgt von empirischen Befunden zu Arbeitsbelastungen und der spezifischen Betroffenheit von Migrant*innen relativ zu Einheimischen, wobei dem Effekt von COVID-19 besonderes Augenmerk geschenkt wird ([Abschnitt 8.3](#)). In [Abschnitt 8.4](#) legen wir den Schwerpunkt auf wissenschaftliche

Überlegungen zu den Hintergründen für die überproportionalen Arbeitsbelastungen von Migrant*innen und im letzten [Abschnitt 8.5](#) fassen wir wesentliche Punkte des Kapitels zusammen, ergänzt um Schlussfolgerungen.

8.1 Rahmenbedingungen der arbeitsbezogenen Gesundheitspolitik

Der Gesundheitszustand der Bevölkerung rückt im Gefolge der Coronapandemie verstärkt in das Blickfeld der Öffentlichkeit. Dabei nimmt der Arbeitsmarkt mit seinen spezifischen physischen und psychischen Belastungen einen besonderen Platz ein. Aber nicht nur die Arbeit beeinflusst die Gesundheit, sondern auch das individuelle Gesundheitsverhalten. Dabei geht es u. a. um das Ernährungs- und Bewegungsverhalten, Rauchen und Alkoholkonsum sowie die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen und Präventionsmaßnahmen, zu denen auch Früherkennungs- und Vorsorgeuntersuchungen sowie der Impfschutz zählen.

Im Jahr 2007 legte die Europäische Agentur für Sicherheit und Gesundheitsschutz am Arbeitsplatz (EU-OSHA) einen Plan und eine Strategie zur Reduzierung der arbeitsbedingten Krankheiten und Unfälle am Arbeitsplatz vor. Die Strategie und die dazugehörigen Programme werden laufend ergänzt und erweitert ([EU-OSHA o. J.](#)). Noch eine Einrichtung hat die Förderung der Gesundheit am Arbeitsplatz zum Ziel, nämlich die Europäische Säule sozialer Rechte, die auf dem Göteborger Gipfel 2017 proklamiert wurde; darin werden faire Arbeitsbedingungen für alle eingefordert, unabhängig von Bildung, Herkunft, Geschlecht und Alter (siehe hierzu [Europäische Kommission 2018a](#)). Zur Umsetzung dieser Forderung wurde von der Europäischen Kommission ein Aktionsplan erstellt, dessen Ziele bis 2030 erreicht werden sollen. Dabei geht es um die Sicherstellung von *decent work*. Dem Verständnis der ILO (International Labour Organization) und der Europäischen Kommission zufolge umfasst das Konzept von *decent work* eine faire Entlohnung, sichere Arbeitsbedingungen, Chancengleichheit auf dem Arbeitsmarkt, Sozialschutz für Arbeitnehmer*innen und ihre Familien, persön-

liche Weiterbildung und -entwicklung sowie soziale Integration (siehe hierzu [Europäische Kommission 2018b](#)). Auch die Schaffung der Europäischen Arbeitsagentur ([European Labour Authority](#)) im Jahr 2019 dient der Sicherstellung der Sozialrechte, insbesondere der Einhaltung der Regeln zur innereuropäischen Arbeitsmobilität und der Koordinierung des Sozialschutzes.

Migrant*innen sind eine spezifische Zielgruppe, wenn es um die Sicherstellung gleicher Arbeitschancen und -bedingungen geht. Das gilt sowohl für europäische Binnenmigrant*innen als auch für Drittstaatsangehörige. Arbeitsmigrant*innen üben nämlich häufig Tätigkeiten aus, die ausgeprägte körperliche und/oder psychische Arbeitsbelastungen mit sich bringen. Zudem sind die strukturellen Rahmenbedingungen für ihre Arbeit oft schlechter als für Einheimische. Das gilt insbesondere für Drittstaatsangehörige, einerseits weil sie häufig unter ihren Qualifikationen beschäftigt sind ([Kirilova et al. 2016](#); [Statistik Austria 2015b](#)), andererseits weil sie öfter instabile Jobs und atypische Beschäftigungsverhältnisse haben. Ihre Möglichkeiten der Selbstbestimmung in der Arbeit sind geringer. Alle diese Nachteile werden oft durch einen unsicheren Aufenthaltsstatus verstärkt ([Eurofound 2019a](#)).

Im internationalen Vergleich haben Migrant*innen in Österreich gemäß Selbsteinschätzung einen etwas schlechteren Gesundheitszustand als die nichtmigrantische Bevölkerung ([OECD 2015, 195](#)), während es im EU28-Schnitt kaum einen Unterschied gibt: 71,10 Prozent der Einwohner*innen, die in Österreich geboren wurden, sagen, dass ihre Gesundheit gut oder sehr gut ist, gegenüber nur 62,4 Prozent (altersbereinigt) der im Ausland geborenen Migrant*innen. Im EU28-Schnitt lagen die Werte bei 68 respektive 70 Prozent. Bis zum Jahr 2021 hat sich der Anteil der Personen, die sagen, dass ihre Gesundheit gut oder sehr gut ist, in Österreich unter Auslands- und Inlandsgeborenen auf 69 respektive 73 Prozent erhöht. Damit ist der Abstand zwischen Migrant*innen der 1. Generation und Inlandsgeborenen verringert.⁷⁵

⁷⁵ Dazu [Eurostat-Datenbank](#): Self-perceived health by sex, age and groups of country of birth (hlth_silc_23).

Die Arbeitsbelastungen veränderten sich über die letzten Jahrzehnte, einerseits infolge des technischen Fortschritts, andererseits infolge eines dynamischen Wandels der Arbeitswelt. Dieser betrifft sowohl die Zusammensetzung der Belegschaften nach Geschlecht, Alter, Beruf, Bildungsgrad und ethnisch-kultureller Herkunft als auch die Arbeitsorganisation im Gefolge von Globalisierung, Digitalisierung und dem Einsatz neuer Produktions- und Kommunikationstechnologien. Obendrein nimmt die Spaltung der Erwerbsbevölkerung in Insider und Outsider zu ([Lindbeck/Snower 1984](#); [Galí 2022](#); [Biegert 2019](#)), nicht zuletzt durch den steigenden Einsatz alternativer Beschäftigungsformen und den Bedeutungsgewinn von Plattformökonomien ([OECD 2019c](#), [Europäische Kommission 2021](#)), die allesamt den Wettbewerb um Arbeitsplätze verstärken und Beschäftigte verunsichern. Die Arbeitsorganisation verändert sich auch im Gefolge der Auflösung der Grenze zwischen Arbeits- und Wohnumfeld. Maßnahmen zur Bekämpfung der Coronapandemie haben den Trend zu einem verstärkten Einsatz von Homeoffice noch beschleunigt. Dieser komplexe Wandel auf dem Arbeitsmarkt hat auch Konsequenzen für das Ausmaß und die Art der Arbeitsbelastungen, insbesondere den Mix von physischen und psychischen Belastungen.

Dabei ist klar, dass der Strukturwandel auf der Angebots- und Nachfrageseite des Arbeitsmarktes im Zusammenwirken mit den technologischen Veränderungen der Arbeitsprozesse und der Arbeitsorganisation das Spektrum der Arbeitsbelastungen erweitert. Es geht nicht mehr nur um die Sicherheit am Arbeitsplatz, also um Arbeitsunfälle und Berufskrankheiten ([Statistik Austria 2014](#)), sondern auch um das ganze Umfeld der Arbeitswelt, etwa das Ausmaß der internationalen Vernetzung über Wertschöpfungsketten im Gefolge der Globalisierung, die für bestimmte Berufs- und Qualifikationsgruppen eine verstärkte Arbeitsplatzunsicherheit mit sich bringt, sowie die verringerte Bedeutung der Sozialpartnerschaft und damit der Kontrolle des Arbeitnehmerschutzes. Dazu kommen noch unerwartete Ereignisse wie die COVID-19-Pandemie sowie Umweltbelastungen im Zusammenhang mit dem Klimawandel, die allesamt einen Einfluss auf Arbeitsbedingungen haben. Der

Klimawandel trägt schon jetzt zu verstärkten Arbeitsbelastungen bei, etwa bei Arbeiten im Freien in der Bauwirtschaft und der Landwirtschaft mit der Zunahme von Hitzetagen, die die Arbeitsfähigkeit beeinträchtigen ([IPCC 2014, 731](#)).

Wie im Folgenden gezeigt wird, sind Migrant*innen wegen ihrer Konzentration auf bestimmte Tätigkeiten in höherem Maße verschiedenen Formen der Arbeitsbelastung ausgesetzt. Ob das auch in Zukunft so sein wird, ist eine offene Frage, denn der Wandel des Arbeitsmarktes verringert auch die Nachfrage nach bestimmten Berufen und Tätigkeiten. Darauf geht [Kapitel 10](#), in dem es u. a. um mögliche Alternativen zur Arbeitsmigration geht, genauer ein.

8.2 Das komplexe Zusammenwirken von Arbeitsbelastungen und Gesundheit

Arbeit ist zwar oft mit Belastungen verbunden, ist aber auch ein Quell unserer Wohlfahrt, wie Studien zum Effekt des Verlustes der Arbeit zeigen ([Klimont/Baldaszi/Ihle 2016, 20](#); [Wilson/Finch 2021](#)). Arbeitsbedingte Belastungen können jedoch Auslöser für Krankheiten sein, die sich je nach beruflicher Tätigkeit, Arbeitsorganisation und Arbeitstechnologie sowie persönlicher Konstitution anders artikulieren und entwickeln können ([Europäische Agentur für Sicherheit und Gesundheitsschutz am Arbeitsplatz, 2022](#)). Auf die persönliche Konstitution nehmen dabei Alter, Geschlecht und Herkunft ebenso Einfluss wie sozioökonomische Faktoren ([Biffi 2003b](#)). Kausale Zusammenhänge zwischen Arbeitsbedingungen und der Gesundheit sind daher schwer zu isolieren, da es sich um eine wechselseitige Beziehung handelt: Der Gesundheitszustand hat einen Einfluss auf die Beschäftigungswahrscheinlichkeit, während gleichzeitig die Arbeitsbedingungen auf die Gesundheit einwirken ([Barney 2015](#)).

Die verschiedenen Arbeitsbelastungen können je nach Branche und Arbeitsplatz in Kombinationen auftreten (multifaktorielle Belastungen) und damit die körperliche, psychische und mentale Leistungskraft der Einzelnen in unterschiedlichem Maße kurz-, mittel- und längerfristig beeinträchtigen. Zusätzlich können in-

dividuelle Verhaltensmuster für den jeweils besonderen Verlauf einer Krankheit verantwortlich sein.

Obschon Migrant*innen von Arbeitsbelastungen stärker betroffen sind, ist ihre Lebenserwartung oft nicht kürzer als die der Aufnahmegesellschaft. Das zeigt eine Studie des Bundesamts für Migration und Flüchtlinge (BAMF) in Deutschland, der zufolge „die Mortalität von erwachsenen Ausländerinnen und Ausländern im Alter von 20 bis 60 Jahren geringer ist als bei erwachsenen Deutschen“ ([Kohls 2011, 11](#)). Zu ähnlichen Ergebnissen kommen Untersuchungen in Australien ([Anikeeva et al. 2014](#)), den Vereinigten Staaten von Amerika ([Riosmena/Kuhn/Jochem 2017](#)), Frankreich ([Wallace/Khlat/Guillot 2019](#)) und den nordischen Ländern ([Wallace et al. 2021](#)). Diesen Analysen zufolge ist der Gesundheitszustand der Migrant*innen zum Zeitpunkt der Zuwanderung als Folge der Selbstselektion junger und gesunder Menschen, die eher bereit sind auszuwandern ([Kennedy/McDonald/Biddle 2006](#)), besser als der von Gleichaltrigen im Herkunftsland ebenso wie im Aufnahmeland. Mit zunehmender Dauer des Aufenthalts im Einwanderungsland geht allerdings dieser sogenannte Healthy-Migrant-Effekt verloren und der Gesundheitszustand der Migrant*innen nähert sich dem der Aufnahmebevölkerung an ([Neuman 2014](#); [Giuntella/Mazzonna 2015](#)). Als Erklärung hierfür werden in der Literatur u. a. die Übernahme von gesundheitsschädlichen Verhaltensmustern im Aufnahmeland angeführt, etwa eine ungesunde Ernährung, wenig Bewegung, Rauchen und/oder Alkoholkonsum. Weitere Faktoren sind der Verlust des traditionellen eigenen sozialen, ethnisch-kulturellen Umfelds sowie eine geringere Inanspruchnahme der gesundheitlichen Infrastruktur des Aufnahmelandes, etwa von Vorsorgeuntersuchungen ([Antecol/Bedard 2006](#)). Letzteres mag mit gewissen Barrieren beim Zugang von Migrant*innen zur Gesundheitsversorgung zu tun haben oder auch einer mangelnden Berücksichtigung spezifischer Bedürfnisse von Migrant*innen im Gesundheitssystem des Aufnahmelandes geschuldet sein (Biffi 2012b).

Der wesentliche Faktor für die Verschlechterung der relativen Gesundheit der Migrant*innen dürfte jedoch der Arbeitsmarkt im

Aufnahmeland mit seinen Belastungen für die Gesundheit sein ([Giuntella/Mazzonna 2015](#)). Dafür ist u. a. die Unfallhäufigkeit, die auch Auswirkungen auf die spätere Gesundheit und den Krankenstand hat, ein wichtiger Indikator. So üben bestimmte Migrationsgruppen in Deutschland vermehrt Berufe aus, die ein erhöhtes Unfallrisiko haben ([Kohls 2011, 10](#)). In Österreich ist die Situation nicht viel anders. Im Jahr 2020 etwa – dem Zeitpunkt der letzten diesbezüglichen Erhebung der Statistik Austria – hatten 4,3 Prozent der Beschäftigten mit Migrationshintergrund zumindest einen Arbeitsunfall im Laufe des Jahres gegenüber 3,3 Prozent der Arbeitskräfte ohne Migrationshintergrund (Statistik Austria [2022b](#), 25)⁷⁶. Besonders hoch ist das Unfallrisiko bei körperlichen Tätigkeiten im Baugewerbe, in der Landwirtschaft, bei Hilfs- und Nebentätigkeiten im Verkehr und der Logistik sowie bei gering qualifizierten Tätigkeiten in der verarbeitenden Industrie. In diesen Sektoren ist der Anteil ausländischer Arbeitskräfte überdurchschnittlich hoch (siehe [Abschnitt 2.4, Tabelle 1](#)).

Am Beispiel des Gesundheitswesens wollen wir darstellen, welchen besonderen Arbeitsbelastungen Migrant*innen in bestimmten Berufen ausgesetzt sind. Im Gesundheits- und Sozialwesen liegt der Ausländeranteil an den Beschäftigten mit 16,3 Prozent zwar etwas unter dem Durchschnitt, jedoch gibt es hier große Unterschiede nach Beruf und Bildungshintergrund. Angesichts der fragmentierten Datenlage im Gesundheits- und Sozialbereich sind diese Strukturen in Österreich allerdings schwer zu fassen. Es gibt nämlich eine Vielzahl unterschiedlicher Akteure auf den verschiedenen Gesetzgebungs- und Verwaltungsebenen einerseits (Bund, Länder, Gemeinden) und in der Selbstverwaltung der Sozialversicherung andererseits. Die föderale Struktur und die Einbindung der

⁷⁶ Diese Daten entstammen einem Sondermodul der Mikrozensus-Arbeitskräfteerhebung, was eine Differenzierung der Migrant*innen nach der ersten und zweiten Generation erlaubt ([Statistik Austria o. J.a.](#)), im Gegensatz zu Daten aus der Sozialversicherung, die nur eine Differenzierung der Beschäftigung nach Staatsangehörigkeit erlaubt.

Selbstverwaltung führen dazu, dass Informationen aus unterschiedlichen Datenquellen zusammengeführt werden müssen, wenn man einen Einblick in den Grad der Einbindung von Migrant*innen in das Beschäftigungssystem des Gesundheitsbereichs erhalten will. Die Coronapandemie hat die unterschiedlichen Zuständigkeiten und die damit verbundenen Koordinationsprobleme für die Bevölkerung allseits sichtbar gemacht. Es ist aber nicht nur die Sicherstellung einer adäquaten Versorgung, die ein hohes Maß an Abstimmung zwischen den beteiligten Einrichtungen voraussetzt. Auch die diversen Daten, etwa zu Beschäftigung, Gesundheitsverläufen, Medikamentenkonsum oder zum Impfverhalten müssen erst zusammengeführt werden, denn nicht alle Daten laufen bei einer Einrichtung, zum Teil aus Datenschutzgründen, zusammen.

Den Daten der Sozialversicherungsträger zufolge waren im Jahr 2021 143.300 Personen im Gesundheitswesen unselbstständig beschäftigt, 16 Prozent davon mit einer ausländischen Staatsangehörigkeit. Zusätzlich zu den unselbstständig Beschäftigten sind mehr als 100.000 Arbeitskräfte des Gesundheits- und Sozialwesens selbstständig erwerbstätig. In der Gruppe der Selbstständigen unterscheidet sich der Anteil der ausländischen Arbeitskräfte je nach Kategorie deutlich: In der 24-Stunden-Betreuung sind von den ca. 60.000 Erwerbstätigen mehr als 90 Prozent ausländische Arbeitskräfte. Im Gegensatz dazu sind von den knapp 50.000 berufsausübenden Ärzt*innen in Österreich, von denen etwa die Hälfte Frauen sind, kaum 10 Prozent ausländische Staatsangehörige (OECD-Statistik der Health Care Resources, [OECD 2021](#)). Nicht viel anders ist die Situation bei Krankenpfleger*innen, davon ca. 80 Prozent Frauen; von ihnen haben kaum 10 Prozent eine ausländische Staatsangehörigkeit. Der vergleichsweise geringe Anteil von ausländischen diplomierten Pflegekräften ist u. a. darauf zurückzuführen, dass sie, den Aussagen der Interessenvertretungen zufolge – ähnlich wie Ärzt*innen – in stärkerem Maße die österreichische Staatsbürgerschaft annehmen als Personenbetreuer*innen. Die niedrige Einbürgerungsquote Letzterer dürfte mit der geringen erwarteten oder tatsächlichen Dauerhaftigkeit der Tätigkeit in Österreich zu tun haben.

Arbeitskräfte in den Pflegeberufen sind besonderen Belastungen ausgesetzt, denen in der Entlohnung nicht Rechnung getragen wird. Das Zusammenwirken von physischen und psychischen Belastungen, familienfeindlichen Arbeitszeitstrukturen sowie geringer Entlohnung ([Schönherr 2021](#)) trägt dazu bei, dass es schwierig ist, ausreichend Arbeitskräfte im Inland zu finden. Das hat die Coronakrise verdeutlicht. Trotz hoher Arbeitslosigkeit war es unter den derzeitigen Lohn- und Arbeitsbedingungen nicht möglich, ohne Migrant*innen aus dem Ausland die Versorgung von Pflegebedürftigen in Österreich sicherzustellen. Als es im Frühjahr 2020 zu Grenzsicherungen kam, die dazu beitragen sollten, die Verbreitung von COVID-19 in Österreich einzuschränken, zeigte sich, dass die Versorgung der Pflegebedürftigen in Österreich ohne ausländische Pfleger*innen zusammenbrechen würde. Daher wurden von der österreichischen Regierung bilaterale Abkommen mit den östlichen Nachbarländern sowie Rumänien getroffen, die es Pfleger*innen ermöglichten, in Sonderzügen ohne Zwischenstopp nach Österreich zu kommen (siehe dazu [OTS 2020](#)).

Die Coronapandemie verschärfte die schwierigen Arbeitsbedingungen des Gesundheitspersonals, insbesondere in den Intensivstationen. In Anerkennung der coronabedingten Mehrbelastungen genehmigte das Parlament einen „Corona-Bonus“ für Gesundheitspersonal, Betreuungs- und Pflegekräfte sowie Reinigungspersonal in Spitälern ([Parlament 2021](#)). Dabei stellte der Bund 500 Euro pro Person zur Verfügung; Länder, Gemeinden und Krankenanstaltsträger wurden eingeladen, darüber hinaus Zeichen der Anerkennung der besonderen Leistungen zu setzen.

Dieser einmalige Bonus kann allerdings nur ein erster Schritt in den Bemühungen sein, die Gesundheitsversorgung und Pflege der österreichischen Bevölkerung sicherzustellen. So zeigt eine Studie des SORA Instituts ([Schönherr 2021](#)), dass 65 Prozent der befragten Arbeitskräfte im Pflegesektor nicht davon ausgehen, den Beruf bis zur Pension auszuüben. 15 Prozent hatten sogar schon konkrete Schritte unternommen, den Beruf bzw. den Tätigkeitsbereich zu wechseln. Eine Umfrage der Arbeiterkammer unter den verschiedenen Gesundheitsberufen im Jahr 2018 ([Schalek](#)

[2019](#)) zeigte besonders große Unzufriedenheit mit der Entlohnung, den Arbeitszeitregelungen, dem Arbeits- und Zeitdruck, den schwachen beruflichen Entwicklungsmöglichkeiten und der geringen Wertschätzung des Pflegeberufs (Goesmann/Nölle 2009). Am größten ist, dieser Befragung zufolge, die Unzufriedenheit in Krankenhäusern und Pflegeheimen. Da sich keine Verbesserung der Situation abzeichnete, setzten die Arbeitnehmervertretungen (GPA und vda) bei den Kollektivvertragsverhandlungen der Sozialwirtschaft zu Jahresbeginn 2020 Warnstreiks (siehe [Wiener Zeitung 2020](#)) ein, um der Forderung nach einer Arbeitszeitverkürzung bei vollem Lohnausgleich Nachdruck zu verleihen. Nicht nur in Österreich gehen Vertreter*innen der Gesundheitsberufe auf die Straße, um ihren Anliegen nach einer Verbesserung der Arbeitsbedingungen Gehör zu verschaffen, sondern auch in Frankreich ([Joeres 2018](#)), Kanada ([Gibson 2020](#)) und anderen hoch entwickelten Industrieländern. Dabei geht es nicht nur um Löhne und Arbeitszeitregelungen, sondern auch um die Sicherheit am Arbeitsplatz. Diese gewann in der Coronapandemie die zusätzliche Dimension des Infektionsschutzes ([Salama/McIsaac/Campbell 2019](#)).

8.3 Empirische Erkenntnisse zur Arbeitsbelastung von Migrant*innen

Im Folgenden bieten wir einen kurzen Einblick in die typischen Arbeitsbelastungen in den diversen Berufen und Branchen. Die Datenbasis hierfür ist die europäische Erhebung über die Arbeitsbedingungen ([European Working Conditions Survey – EWCS](#)). Eine nach Migration differenzierte Datenauswertung der Erhebungen ist leider nicht verfügbar. Allerdings ist der Anteil von Migrant*innen in den Tätigkeiten, in denen die Belastungen besonders ausgeprägt sind, überdurchschnittlich hoch.

Die Erhebungen der Arbeitsbedingungen in den diversen Wellen dieser Umfrage zeigen, dass es sowohl zwischen Wirtschaftsklassen als auch innerhalb der Wirtschaftsbereiche große Unterschiede in der Qualität der Arbeitsplätze gibt (Eurofound [2019b](#),

2020). Dabei ist die Art der Belastungen sehr unterschiedlich. So weisen etwa die Landwirtschaft ebenso wie die verarbeitende Industrie, die Bauwirtschaft, der Handel, das Transportwesen sowie der Tourismussektor ein hohes Maß an physischen Belastungsfaktoren und belastenden Arbeitszeitstrukturen auf, bieten vergleichsweise geringe Karrieremöglichkeiten und ein geringes Maß an Selbstbestimmung am Arbeitsplatz. Im Gegensatz dazu ist die physische Umwelt in den Finanzdienstleistungen wenig belastend, auch gibt es bessere Aufstiegs- und Entwicklungsmöglichkeiten sowie einen größeren Entscheidungsspielraum bei der Arbeit; allerdings ist die Arbeitsintensität hier besonders ausgeprägt, verbunden mit einem hohen Arbeits- und Zeitdruck und damit starken psychischen Belastungen. Innerhalb aller Branchen haben üblicherweise die besser qualifizierten Arbeitskräfte, darunter Manager*innen, Akademiker*innen und andere Fachkräfte, bessere Arbeitsbedingungen als Hilfs- und Anlernkräfte.

So gesehen hängen die gesundheitsrelevanten Belastungen in der Arbeitswelt sowohl von der Wirtschaftsstruktur als auch dem Bildungsgrad der Arbeitskräfte und der Arbeitsorganisation ab. Unter den physischen Belastungsfaktoren sind vor allem Vibrationen, Lärm, Staub, Abgase und hohe Temperaturen von Bedeutung. In Österreich gaben dem EWCS 2015 zufolge je nach Merkmal zwischen 22 und 28 Prozent der Beschäftigten an, am Arbeitsplatz mindestens ein Viertel der Zeit diesen Belastungen ausgesetzt zu sein. Niedrige Temperaturen, Chemikalien und Strahlungen sind weniger häufig; sie spielen bei 12 bis 16 Prozent der Beschäftigten am Arbeitsplatz eine Rolle. Ergonomische Belastungsfaktoren, die sich auf Bewegungsabläufe und die Mensch-Maschine-Schnittstelle beziehen, betreffen in Österreich ca. 15 Prozent der Beschäftigten fast die ganze Zeit; 31 Prozent der Befragten gaben an, mindestens ein Viertel der Arbeitszeit schwere Lasten tragen zu müssen, und 26 Prozent übten fast die ganze Zeit repetitive Hand- und Armbewegungen aus. Weiters müssen rund 30 Prozent der Beschäftigten immer Schutzkleidung tragen und 25 Prozent der Beschäftigten arbeiten unter dauerndem hohen Arbeitstempo, 24 Prozent unter dauerndem Termindruck.

Die Arbeitsintensität hat in den letzten Jahren zugenommen und betraf in der Erhebung 2015 je nach Indikator bis zu 50 Prozent der Beschäftigten Österreichs. Darüber hinaus arbeiteten 32 Prozent der Beschäftigten zumindest einmal im Monat mehr als 10 Stunden pro Tag. 10 Prozent der Arbeitskräfte sind Schichtarbeiter*innen, zumindest einmal pro Monat arbeiten 17 Prozent in der Nacht und 45 Prozent auch am Wochenende ([EWCS 2016](#)).

Österreich liegt hinsichtlich vieler Belastungsdimensionen im europäischen Mittelfeld. Die Arbeitsintensität und der Zeitdruck sind allerdings etwas ausgeprägter als im Schnitt der EU28. Hinter den Durchschnittswerten verbirgt sich jedoch eine sehr heterogene Verteilung der Arbeitsplatzbelastungen auf verschiedene Gruppen von Beschäftigten.

Das Bildungsniveau korreliert stark mit der Art der ausgeübten Tätigkeit, was unterschiedliche bildungsspezifische Belastungsmuster zur Folge hat. Personen mit niedrigem Bildungsniveau, die in erster Linie als Hilfs- oder Anlernkräfte tätig sind, haben eine höhere Unfallgefährdung, üben häufiger schwere und monotone Tätigkeiten aus und sind Umgebungsbelastungen stärker ausgesetzt. Auch haben Arbeitskräfte mit einem niedrigen Qualifikationsniveau einen geringen Gestaltungsspielraum in der Arbeitsausübung. Die Kombination aus einem im Schnitt deutlich geringeren Qualifikations- und Bildungsgrad der Migrant*innen und einem hohen Konzentrationsgrad auf bestimmte Berufe und Tätigkeiten mit überdurchschnittlichen Belastungen erklärt, warum Migrant*innen in Österreich häufiger gesundheitliche Probleme haben als die nichtmigrantische Bevölkerung.

Ein Kriterium für die Bewertung des Gesundheitszustands ist das Ausmaß von dauerhaften Krankheiten oder chronischen Gesundheitsproblemen wie Bluthochdruck, Depression, Kreuzschmerzen oder Diabetes. Der Gesundheitsbefragung von Statistik Austria im Jahr 2019 zufolge ([Statistik Austria 2020a](#)) leiden im Schnitt etwa zwei Drittel der österreichischen Bevölkerung unter mindestens einer chronischen Erkrankung; ältere Menschen sind häufiger davon betroffen als junge ([Tabelle 7](#)). Migrant*innen aus den EU-Mitgliedstaaten ab 2004 sind in Österreich etwas seltener

von chronischen körperlichen Erkrankungen betroffen als Personen ohne Migrationshintergrund bzw. Migrant*innen aus der EU/EFTA vor 2004 (63 gegenüber 66 Prozent). Im Gegensatz dazu haben Migrant*innen aus dem ehemaligen Jugoslawien und der Türkei häufiger zumindest eine chronische Krankheit (Frauen 74 Prozent, Männer 69 Prozent).

Tabelle 7: Prävalenz mindestens einer chronischen Krankheit nach Migrationshintergrund, Alter und Geschlecht 2019 (altersstandardisierte Prozentwerte)

Migrationshintergrund Geschlecht	Insgesamt	15–29	30–44	45–59	60–74	75+
Männer	65,7	42,0	53,9	73,2	84,1	88,3
Österreich	65,9	43,6	54,6	72,7	83,1	87,9
EU-MS vor 2004/ EFTA	67,4	53,7	61,0	62,5	84,7	88,5
EU-MS ab 2004	61,9	34,7	45,2	71,9	83,5	90,5
ehem. Jugoslawien (außerhalb der EU), Türkei	69,3	39,6	51,5	82,1	94,9	91,2
Sonstige	60,4	26,5	54,6	70,4	93,5	55,6
Frauen	66,1	41,2	55,1	71,8	85,5	90,7
Österreich	65,5	42,2	53,5	70,1	86	90,2
EU-MS vor 2004/ EFTA	66,3	48,8	58,4	71,9	75,1	89,1
EU-MS ab 2004	64,2	35,6	54,5	74,3	75,7	97,9
ehem. Jugoslawien (außerhalb der EU), Türkei	73,8	39,6	65,6	86,5	90,1	
Sonstige	60,5	35,6	51,3	76,2	57,4	

Quelle: [Statistik Austria 2020a](#), 66; Übersicht 26.

Bei Allergien spielt der Migrationshintergrund vor allem bei Männern aus dem europäischen Wirtschaftsraum eine Rolle – allergische Erkrankungen treten nämlich in hochindustrialisierten Län-

dern häufiger auf als in weniger industrialisierten. Betrachtet man die sozioökonomisch bereinigten Daten von migrantischen Frauen ist ersichtlich, dass Bluthochdruck (vor allem bei älteren Frauen), chronische Nackenschmerzen sowie Kopfschmerzen wesentlich häufiger auftreten als bei Frauen ohne Migrationshintergrund, und zwar insbesondere bei Frauen aus dem vormaligen Jugoslawien (ohne EU) und der Türkei.

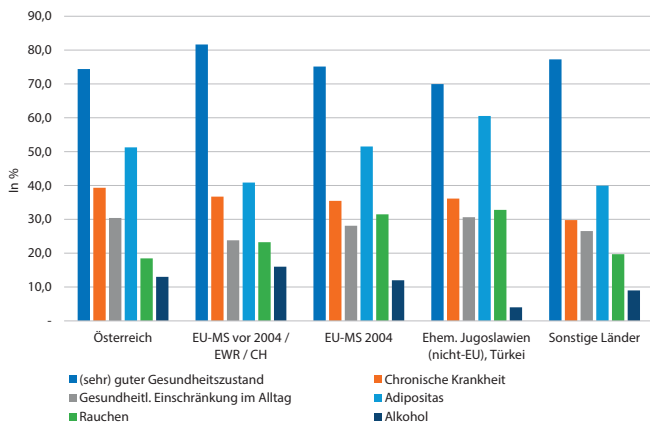
Zusätzlich zu den arbeitsbedingten Belastungen beeinflussen sozioökonomische Faktoren den Gesundheitszustand. Sozial benachteiligte Bevölkerungsgruppen, darunter Personen mit niedrigem Ausbildungs- und/oder Einkommensniveau, Armuts- oder Ausgrenzungsgefährdete sowie Erwerbslose, beurteilen ihren Gesundheitszustand deutlich öfter als schlecht oder sehr schlecht und sind häufiger von chronischen Erkrankungen betroffen ([Statistik Austria 2020a](#), [2015a](#), [2015b](#)). So gaben 2019 nur 57,9 Prozent der Pflichtschulabsolvent*innen einen guten oder sehr guten Gesundheitszustand an gegenüber 88,7 Prozent der Akademiker*innen. Dasselbe gilt für 59,8 Prozent der Arbeitslosen gegenüber 85,5 Prozent der Erwerbstätigen. Chronische Krankheiten hatten 45 Prozent der Arbeitslosen, aber nur 28,5 Prozent der Erwerbstätigen, und gesundheitliche Einschränkungen im Alltag hatten 43,4 Prozent der Pflichtschulabsolvent*innen, aber nur 17 Prozent der Akademiker*innen.

Migrant*innen sind häufiger bei Alltagstätigkeiten aufgrund gesundheitlicher Probleme eingeschränkt ([Abbildung 14](#)). Insbesondere Migrant*innen aus den vormaligen Gastarbeiterländern, abgeschwächt auch jene aus den EU-Mitgliedstaaten ab 2004, leiden überdurchschnittlich oft an Erkrankungen des Muskel- und Skelettsystems, an Bluthochdruck, chronischen Kopfschmerzen, chronischen Angstzuständen oder Depressionen ([Hofmarcher/Singhuber 2021](#), [Statistik Austria 2013/2020a](#)). Dies ist einerseits darauf zurückzuführen, dass es sich hier vielfach um Personen handelt, die häufig in Berufen tätig sind, die schwere körperliche sowie psychische Arbeitsbelastungen mit sich bringen, etwa durch Schichtarbeit. Andererseits handelt es sich im Fall von Personen aus dem früheren Jugoslawien auch oft um Kriegsflüchtlinge, und

damit um Menschen, die außergewöhnlichen psychischen und physischen Belastungen ausgesetzt waren.

Aus [Abbildung 14](#) ist ersichtlich, dass auch das Gesundheitsverhalten das gesundheitliche Wohlbefinden beeinflussen kann. So sind Personen aus den früheren Gastarbeiterländern häufiger tägliche Raucher*innen als Nicht-Migrant*innen oder mobile EU-Arbeitskräfte; obendrein sind sie häufiger übergewichtig. Im Gegensatz dazu trinken sie aber seltener Alkohol als in Österreich geborene Personen oder Migrant*innen aus der EU, nicht zuletzt da viele von ihnen Muslim*innen sind.

Abbildung 14: Gesundheitsindikatoren in Österreich nach Migrationshintergrund und Herkunft 2019 (Anteil an der Bevölkerung 15 Jahre und älter in %)



Quelle: [Statistik Austria 2020a](#), Gesundheitsbefragung 2019. Personen mit Migrationshintergrund: Beide Elternteile wurden im Ausland geboren, das Geburtsland der Mutter wird angezeigt.

Generell ist zu sagen, dass Personen mit Migrationshintergrund unabhängig von ihrer Herkunft häufiger von psychischen Erkrankungen wie chronischen Angstzuständen oder Depressionen be-

troffen sind als Personen ohne Migrationshintergrund. Besonders oft sind depressive Erkrankungen mit Angst, substanzbezogenen psychischen Störungen, Schmerz oder einer Reihe von somatischen Krankheiten wie Diabetes sowie chronischen Erkrankungen und bösartigen Neubildungen assoziiert. Auch Rückenschmerzen und ähnliche Beschwerden sind nicht nur auf körperlich schwere Arbeit und schmerzhaftes Haltungen zurückzuführen, sondern ebenso auf psychosoziale Faktoren.

Der europäischen Agentur für Sicherheit und Gesundheitsschutz am Arbeitsplatz ([EU-OSHA 1999](#)) zufolge gibt es drei unterschiedliche Mechanismen, über die psychosoziale Faktoren auf Muskel und Skelettkrankheiten einwirken: Die ersten sind physiologischer Natur und haben organische Veränderungen zur Folge, die zweiten beeinflussen das Schmerzempfinden und der dritte ist soziopsychologischer Natur und beeinflusst die Fähigkeit, mit Krankheit oder Schmerz umzugehen. Der Gesundheitsbefragung der Statistik Austria aus 2019 zufolge litten 7,5 Prozent der Bevölkerung über 15 Jahren in den letzten 12 Monaten vor der Erhebung nach eigener Aussage unter Depression, eine entsprechende ärztliche Diagnose hatten 5,9 Prozent. Unter Personen ohne Migrationshintergrund war die Prävalenz etwas geringer mit 6,9 Prozent (ärztliche Diagnose 5,6 Prozent), und bei Personen mit Migrationshintergrund höher mit 9,7 Prozent (ärztliche Diagnose 6,7 Prozent).

Diese Daten stimmen relativ gut mit denen des Depressionsberichts 2019 ([Nowotny et al. 2019](#)) des Gesundheitsministeriums überein (Daten vorwiegend aus 2015): Diesen Daten zufolge litten 6,5 Prozent der erwachsenen österreichischen Bevölkerung zu einem bestimmten Zeitpunkt an einer depressiven Erkrankung. Unter türkischen Migrant*innen war der Anteil mit 10,5 Prozent deutlich höher.

Besonders belastet sind Flüchtlinge – nach Schätzungen leiden etwa 30 bis 40 Prozent unter Depressionen ([Nowotny et al. 2019, 21](#)). Diese Schätzungen sind Richtwerte, da die Diagnose psychischer Probleme auch den kulturellen Kontext berücksichtigen muss. Jedoch sind empirisch gesicherte Risikofaktoren für die Entwicklung einer Depression, neben genetischen und biolo-

gischen Markern, psychosoziale Faktoren, insbesondere schwierige Lebenssituationen, akute Belastungen wie Verlust oder Tod von wichtigen Bezugspersonen sowie chronische Überlastungssituationen. Verstärkt kann die Situation noch durch spezifische Arbeitsbelastungen wie hohen Zeitdruck, Überbeanspruchung sowie eine geringe berufliche Autonomie und wenig Unterstützung durch die Kollegenschaft bzw. das soziale Umfeld werden. Depressive Erkrankungen gehen mit erhöhter Morbidität sowie verminderter Lebensqualität einher.

Die COVID-19-Krise hat viele Aspekte der ungleichen Verteilung von Arbeitsbelastungen und damit die besondere Lage der Migrant*innen sichtbar gemacht. Laut Erhebungen der OECD ([2020b](#)) waren Zugewanderte doppelt so oft von einer Covid-19-Infektion betroffen als Personen, die im jeweiligen OECD-Land geboren wurden. Dies ist darauf zurückzuführen, dass sie häufig in Berufen tätig sind, die „systemrelevant“ sind und in denen es schwierig ist, physische Distanz zu wahren; darüber hinaus leben sie häufiger in Armut und in beengten und schlecht ausgestatteten Wohnungen, was ihre gesundheitliche Widerstandskraft ebenfalls beeinträchtigt. In Österreich ist die Situation nicht viel anders. Dabei waren migrantische Frauen besonders belastet, da sie oft in den am stärksten von der Pandemie betroffenen Branchen arbeiten, etwa den Gesundheits- und Pflegeberufen, in den Reinigungsdiensten und im Einzelhandel.

8.4 Erklärungen für die Beschäftigung von Migrant*innen in Tätigkeiten mit hohen Arbeitsbelastungen

In der EU ebenso wie in Österreich ist eine relativ starke Segregation der Beschäftigung zwischen Migrant*innen und nichtmigrantischen Arbeitskräften nach Branche, Beruf und Beschäftigungsform zu beobachten. Diese Differenzierung ist nur zum Teil mit dem Bildungsniveau zu erklären. Vielmehr resultiert sie hauptsächlich aus der Abwanderung der einheimischen Arbeitskräfte in besser bezahlte Jobs mit geringeren Arbeitsbelastungen. In der Folge eröffnen sich einerseits Arbeitsmöglichkeiten für Migrant*innen,

andererseits beeinträchtigen diese Jobs ihre Gesundheit, während die Einheimischen von der Abwanderungsmöglichkeit gesundheitlich profitieren. Das wird von Giuntella und Mazzonna (2015) für Deutschland nachgewiesen.

Die Migrationspolitik ist selektiv, etwa über eine explizite Anwerbung und das Instrument der Mangelberufe; sie bringt Migrant*innen in Bereiche, die der Wettbewerbsfähigkeit der Exportwirtschaft förderlich sind oder die zu einer leistbaren lokalen Versorgung der Bevölkerung beitragen (vgl. Abschnitt 2.4). Das erklärt die Konzentration der Migrant*innen auf Branchen, die handelbare Güter erzeugen, wie etwa den arbeitsintensiven industriell-gewerblichen Bereich (Textil-, Leder- und Bekleidungsindustrie, Nahrungsmittelerzeugung), sowie auf Dienstleistungen, die unter einem starken internationalen Wettbewerbsdruck stehen; in Österreich ist das vor allem der Tourismus. Zusätzlich strömen Migrant*innen in Produktionsbereiche, die Güter und Dienstleistungen für den lokalen Bedarf anbieten, im Wesentlichen in die Bauwirtschaft, den Gesundheits- und Pflegebereich sowie private Haushalte (Biffi 2002a). Dabei kann es zu unterschiedlichen beruflichen Spezialisierungen nach Herkunft der Migrant*innen kommen.

Die wirtschaftlichen Überlegungen für die Beschäftigung von Migrant*innen unterscheiden sich je nachdem, ob es sich um die Produktion von handelbaren oder nicht handelbaren Gütern und Dienstleistungen handelt (Biffi 2003c). Migrant*innen tragen dazu bei, dass es in exportorientierten Wirtschaftszweigen zu keinen Arbeitskräfteengpässen kommt, die einen Verlust an Marktanteilen bewirken können. Aber auch bei Gütern und Dienstleistungen des lokalen Bedarfs können schwierige Arbeitsbedingungen bei gleichzeitig niedrigen Löhnen zu einer Verknappung von lokalen Arbeitskräften führen. Das zeigte sich jüngst im Fall der Krankenpfleger*innen, die angesichts der coronabedingten merklichen Verschlechterung der Arbeitsbedingungen ohne eine adäquate Kompensation durch Anhebung der Löhne in andere Bereiche abwanderten. Die Antwort auf derartige Entwicklungen kann, neben einer Anhebung der Löhne, in einer Verbesserung der Arbeitsbedingungen liegen, etwa über eine Änderung der Produktions-

technologie (dazu ein Vergleich der Bauwirtschaft in Österreich und Schweden Biffl 1987), oder in einer verstärkten Neuzuwanderung (Mangelberufe).

Die Ziele, die mit der Beschäftigung von Migrant*innen verfolgt werden, stehen daher mit den Arbeitsbedingungen, die auch Löhne umfassen, und den Beschäftigungschancen in Zusammenhang. In Summe kann gesagt werden, dass der Druck auf die Arbeitsbedingungen mit der Elastizität der Substitution von Migrant*innen und Einheimischen zunimmt ([Biffl 2019b](#)). Damit ist gemeint, dass dort, wo Einheimische durch Zuwander*innen ersetzt werden können, Letztere die Abwanderung der Einheimischen kompensieren können. Es heißt aber auch, dass Einheimische in Bereichen, in denen sie komplementär zu Zuwander*innen eingesetzt werden, von Letzteren profitieren, und zwar sowohl was die Verbesserung der Beschäftigungschancen anbelangt als auch die realisierbaren Löhne.

Die Schwierigkeiten bei der Messung der Segmentation der Beschäftigung in Migrant*innen und Nicht-Migrant*innen erklärt, warum keine gesicherten Aussagen zum Netto-Effekt der Beschäftigung von Migrant*innen gemacht werden können, da es offenbar Gewinner*innen und Verlierer*innen gibt. Die empirische Forschung in Österreich legt nahe, dass es verhältnismäßig wenig direkten Wettbewerb zwischen Migrant*innen und Nicht-Migrant*innen gibt, das heißt, dass die Segmentation der Arbeit sehr stark ist (Winter-Ebmer/Zweimüller [1996/1999](#); Biffl 2000a, [Horvath 2012](#)). Da Migrant*innen häufiger Hilfs- und Anlernkräfte sind, ist der Wettbewerb in dieser Qualifikationsgruppe zwischen zugewanderten und in Österreich geborenen Personen allerdings besonders ausgeprägt ([Hofer/Huber 2003](#); [Biffl/Bittner et al. 2002](#)).

In der Gastarbeiterzuwanderung wurden die ökonomischen Mechanismen der sozialen und wirtschaftlichen Unterschichtung am Arbeitsmarkt durch einen unsicheren Aufenthalts- und Rechtsstatus der Migrant*innen noch verstärkt. Das hat sich mit der Mitgliedschaft Österreichs in der EU nur geringfügig geändert, nicht zuletzt weil, wie in [Kapitel 5](#) näher ausgeführt, Drittstaatsangehörige aufenthaltsrechtlich nach wie vor nicht mit österreichischen Staatsbürger*innen und EU-Bürger*innen gleichgestellt sind.

8.5 Zusammenfassung und Schlussfolgerung

In diesem Kapitel haben wir eingangs gezeigt, wie der technologische und organisatorische Wandel der Arbeitsmärkte das Spektrum der Arbeitsbelastungen erweitert und den Mix aus körperlichen und psychischen Belastungen verändert. So verringert sich etwa das Ausmaß an Arbeitsunfällen und Berufskrankheiten, während psychische Belastungen infolge eines verstärkten Arbeitsdrucks an Bedeutung gewinnen. In [Abschnitt 8.2](#) wurde verdeutlicht, dass Arbeitsbelastungen zwar gesundheitliche Beeinträchtigungen bewirken können, dass das Ausmaß jedoch von der individuellen Konstitution nach Alter und Geschlecht ebenso abhängt wie vom Lebensstil und sozioökonomischen Faktoren. Dabei wurde festgehalten, dass Migrant*innen bei der Ankunft im Aufnahmeland im Schnitt gesünder sind als die Einheimischen. Dieser Aspekt wird in der Literatur als Healthy-Migrant-Effekt bezeichnet; er wird u. a. als Erklärung dafür herangezogen, dass Migrant*innen trotz einer höheren Betroffenheit von Arbeitsbelastungen keine kürzere Lebenserwartung und keine höhere Krankheitsinzidenz haben als in Österreich geborene Personen.

Die gesundheitsrelevanten Belastungen in der Arbeitswelt hängen sowohl von der Wirtschaftsstruktur als auch vom Bildungsgrad der Beschäftigten und der Arbeitsorganisation ab. Österreich liegt hinsichtlich vieler Belastungsdimensionen im europäischen Mittelfeld, allerdings sind Arbeitsintensität und Zeitdruck etwas ausgeprägter. Die körperlichen Belastungen sind in Hilfstätigkeiten besonders häufig, was die Gesundheit der Migrant*innen aus dem vormaligen Jugoslawien und der Türkei besonders trifft (chronische Erkrankungen, Einschränkungen in Alltagstätigkeiten). Migrant*innen sind aber auch unabhängig von ihrer Herkunft deutlich häufiger von psychischen Erkrankungen wie chronischen Angstzuständen oder Depressionen betroffen als Einheimische.

Warum Migrant*innen häufiger in Berufen und Tätigkeiten arbeiten, die starke arbeitsbedingte Belastungen aufweisen, hat eine gewisse ökonomische Logik. In Österreich geborene Personen wandern nämlich aus Berufen und Tätigkeiten ab, die hohe

Belastungen aufweisen, wenn diese nicht über eine adäquate Entlohnung kompensiert werden. In der Folge werden Migrant*innen angeworben (Mangelberufsliste), um diese Lücke zu füllen. Solange Migrant*innen in ausreichender Zahl zur Verfügung stehen und bereit sind, zu diesen Bedingungen zu arbeiten, wird sich daran wohl kaum etwas ändern.