

Mortalität der ausländischen und der einheimischen Bevölkerung in der Bundesrepublik Deutschland

Lutz Altenhofen, Ingberg Weber

Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung, Köln

Forschungsstand

Vergleichende Studien zur Mortalität von Ausländern und Einheimischen sind, zumindest bezogen auf die Bevölkerung im Erwachsenenalter, für die Verhältnisse in der Bundesrepublik Deutschland noch nicht durchgeführt worden. Forschungsbefunde aus anderen Ländern weisen je nach betrachteter Todesursache und der jeweiligen ethnischen bzw. nationalen Herkunft der Zuwanderer auf teilweise ausgeprägte Mortalitätsdifferenzen gegenüber den Verhältnissen in den Einreisländern hin. Sozialepidemiologische Studien aus den USA und Großbritannien konnten zeigen, daß die Mortalität an Krankheiten des Kreislaufsystems in einigen Migrantengruppen dieser Länder erhöht ist, während in aller Regel die Mortalität an bösartigen Neubildungen geringer ist als bei der einheimischen Bevölkerung^{1–3}. Offenbar spiegelt das Mortalitätsrisiko der Migrantengruppen jedoch nicht allein bekannte internationale Sterblichkeitsunterschiede wider, vielmehr scheinen Migranten, auch gemessen an den Verhältnissen in den jeweiligen Herkunftsländern, ein in der Regel unterdurchschnittliches Sterberisiko aufzuweisen⁴.

Die Ausprägung dieses, häufig in Anlehnung an entsprechende Erkenntnisse aus der Arbeits- und Sozialmedizin genannten „healthy-migrant“-Effektes ist jedoch im allgemeinen nicht unabhängig von den jeweiligen Sterbewahrscheinlichkeiten in

den Herkunftsländern und scheint darüber hinaus auch abhängig von der Aufenthaltsdauer (Expositionszeit) im Einreisland zu sein^{5,6} wie auch vom Alter bei Zuwanderung⁷. Die Befunde werfen die Frage auf, ob diese Beobachtungen auch für Migrantengruppen der Bundesrepublik in ähnlicher Weise bestätigt werden können, deren Aufenthalt bekanntlich im Unterschied zu den amerikanischen und britischen Verhältnissen in erster Linie erwerbsmotiviert und meist befristet ist. Im folgenden soll das Ausmaß der Sterblichkeitsdifferenzen zwischen ausländischer und deutscher Bevölkerung beschrieben werden.

Charakteristika der in der Bundesrepublik lebenden Ausländer

Der Anteil der ausländischen Bevölkerung an der im deutschen Bundesgebiet insgesamt lebenden Bevölkerung betrug 1987 nach den Ergebnissen der Volkszählung 6,8%. Von den erwerbstätigen Ausländern waren 71% als Arbeiter, einschließlich Auszubildende im gewerblichen Bereich, tätig⁸. In den 60er Jahren wurden Ausländer seitens deutscher Stellen gezielt zwecks Aufnahme einer Erwerbstätigkeit in der Bundesrepublik angeworben, damals verbunden mit der Erwartung eines vorübergehenden Aufenthaltes. Es zeigte sich, daß der in diesem Zusammenhang geprägte Begriff des „Gastarbeiters“ nur teilweise der Realität entspricht⁹. Ein Teil der Einwohner mit nichtdeutscher Staatsangehörigkeit lebt mittlerweile in der zweiten und dritten Generation in Deutschland. Dennoch wird der Umfang der Ausländerbevölkerung in Deutschland immer noch wesentlich stärker durch die Wanderungsbilanz (Zuzüge und Fortzüge) bestimmt als durch die Geburten- und Sterbefälle¹⁰. Dabei beträgt die Zahl der registrierten Fortzüge von Ausländern jährlich mehr als 400 000 Personen, was etwa 10% der ausländischen Bevölkerung der Bundesrepublik entspricht.

Die Ausländerbevölkerung ist in ihrer nationalen Zusammensetzung sehr heterogen. Bezogen auf die im Vordergrund unseres Interesses stehende Altersgruppe der 25- bis 64jährigen, entfallen 70,6% der Ausländer auf die Herkunftsländer Türkei, (ehem.) Jugoslawien, Italien und Griechenland.

Tab. 1. Größe der ausländischen Bevölkerung und ihr relativer Anteil an der Wohnbevölkerung der Bundesrepublik (25–64 Jahre) im Jahr 1987^a.

Altersgruppe	Männer		Frauen	
	N	%	N	%
25–29	211 365	8,39	167 799	7,01
30–34	198 573	9,06	190 966	9,00
35–39	227 228	10,63	214 130	10,36
40–44	228 290	11,80	155 351	8,50
45–49	209 486	8,30	112 090	4,70
50–54	144 685	6,99	74 345	3,73
55–59	82 651	4,60	47 391	2,63
60–64	43 596	3,12	31 225	1,62
25–64	1 345 874	8,12	993 837	6,01

^a Ergebnisse der Volkszählung vom 25. Mai 1987.

Tab. 2. Standardized, Mortality Ratio (SMR) für ausgewählte Todesursachen der in der Bundesrepublik Deutschland 1986 verstorbenen Ausländer im Alter von 25 – 64 Jahren.

Todesursache	Männer			Frauen		
	beob.	SMR	(95% Konfid.)	beob.	SMR	(95% Konfid.)
Alle Todesursachen	2560	0,62	0,60–0,65	897	0,50	0,47–0,54
Bösartige Neubildungen gesamt (ICD 140–208)	655	0,57	0,53–0,62	363	0,47	0,42–0,52
bN Verdauungsorgane (ICD 150–159)	182	0,52	0,45–0,60	76	0,42	0,33–0,53
bN Atmungsorgane (ICD 160–165)	253	0,70	0,61–0,79	30	0,50	0,34–0,71
bN weibliche Brustdrüse (ICD 174)	–	–	–	94	0,40	0,32–0,49
bN Harn-/Geschlechtsorgane (ICD 179–189)	35	0,36	0,25–0,49	65	0,44	0,34–0,56
Ischämische Herzkrankheiten (ICD 410–414)	467	0,63	0,58–0,70	54	0,43	0,32–0,56
And. Krankheiten des Kreis- laufsystems (ICD 415–448)	299	0,61	0,55–0,69	118	0,58	0,48–0,69
Krankheiten der Verdauungs- organe (ICD 520–579)	159	0,42	0,36–0,50	50	0,37	0,28–0,49
Verkehrsunfälle (E810–819)	177	1,02	0,88–1,18	51	1,08	0,81–1,42
Suizid (E950–959)	148	0,47	0,40–0,56	59	0,51	0,39–0,66

Datenbasis

Die Altersstruktur der Ausländer weicht erheblich von der der deutschen Bevölkerung ab. Die Ausländerbevölkerung ist durchschnittlich jünger. Diese Tatsache erschwert grundsätzlich Vergleiche zwischen der deutschen und der ausländischen Bevölkerung.

Die im folgenden präsentierte Mortalitätsanalyse war nur auf der Basis einer Sonderauswertung möglich¹¹. Vom Statistischen Bundesamt wurden u. a. für das Jahr 1986 die Daten über Sterbefälle, aggregiert nach 5-Jahres-Altersgruppen sowie klassifiziert nach dem dichotomen Merkmal „Staatsangehörigkeit“ (deutsch/andere), zur Verfügung gestellt. In die hier vorgestellte Auswertung wurden allein die Sterbefälle aus der Altersgruppe der 25-bis unter 65jährigen einbezogen, soweit es sich nicht um Staatenlose oder Verstorbene mit unbekannter Staatsangehörigkeit handelte.

Den im folgenden dargestellten Mortalitätsraten des Jahres 1986 liegt als Nennerbevölkerung das Ergebnis der Volkszählung (VZ) des Jahres 1987 zugrunde, die als eine Stichtagserhebung mit Auskunftspflicht durchgeführt wurde. Auf diese Weise konnten die bekannten Fehler aus den Bevölkerungsfortschreibungen der amtlichen Statistik vermieden werden¹².

Die Zugrundelegung der VZ-Ergebnisse läßt unter Berücksichtigung der geringen zeitlichen Differenz zwischen dem Jahresende 1986, für welches Mortalitätsraten zu ermitteln waren, und dem Stichtag der VZ (25. Mai 1987) eine weitgehend unverzerrte Schätzung der Sterblichkeitsverhältnisse erwarten. Aus den Totenscheinen selbst geht die Staatsangehörigkeit der Verstorbenen nicht hervor. Erst in den

Tab. 3. Sterbefälle unter Ausländern.

Jahr	verstorbene Ausländer
1970	8005
1975	8991
1980	8511
1983	8064
1984	7835
1985	7694
1986	7845
1987	8030
1988	8598
1989	8695

Tab. 4. Frühberentungsquoten^a (BU/EU) der versicherungspflichtig beschäftigten Männer 1990 – Arbeiter-Rentenversicherung.

im Alter von... Jahren	Ausländer	Deutsche
20	0,12 %	0,00 %
25	0,21 %	0,03 %
30	0,32 %	0,08 %
35	1,24 %	0,06 %
40	1,69 %	0,12 %
45	2,39 %	0,47 %
50	0,03 %	1,86 %
55	0,00 %	4,60 %
60	0,00 %	10,61 %

^a Frühberentete aus 1990, versicherungspflichtig Beschäftigte aus 1989.

Statistischen Landesämtern werden die Angaben zu den Todesursachen eines jeden Falles mit den Meldungen der persönlichen Daten der Verstorbenen einschließlich des Merkmals der Staatsangehörigkeit, welche durch die zuständigen Standes- bzw. Einwohnermeldeämter erfolgt, zusammengefügt.

Berechnungsverfahren

Bezogen auf den ausländischen wie auf den deutschen Teil der Wohnbevölkerung in der Bundesrepublik wurden für einzelne Todesursachen Sterberaten berechnet, die sich jeweils auf 100 000 Männer und Frauen der Bezugsbevölkerung beziehen.

Neben den Mortalitätsraten auf der Grundlage der 5-Jahres-Altersgruppen für die Haupttodesursachen berechneten wir ein summarisches Maß für die Mortalitätsverhältnisse zwischen Ausländern und Deutschen, welches der Tatsache Rechnung trägt, daß die Altersstruktur der beiden Populationen recht unterschiedlich ist. Unsere Entscheidung für die Kalkulation einer „Standardized Mortality Ratio“ (SMR), der ein indirektes Standardisierungsverfahren zugrundeliegt, war begründet in der Überzeugung, daß es sich bei diesem Maß um einen transparenten Parameter des Verhältnisses der Sterblichkeit einer exponierten zu der einer nicht exponierten Bevölkerung handelt, der einige günstige mathematische Eigenschaften aufweist¹³. Als Bezugsgröße der SMR wählten wir die Mortalitätsraten der Bevölkerung mit deutscher Staatsangehörigkeit entsprechend ihrer Zusammensetzung nach den Ergebnissen der VZ vom Mai 1987 (Stichtagsbevölkerung am 25. Mai 1987) und der Zahl aller Sterbefälle des Jahres 1986.

Verfahrenstechnisch wird hierbei die Zahl der beobachteten Todesfälle in einer Altersspanne mit der zu erwartenden Zahl verglichen, die sich aus der Gewichtung der Sterblichkeitsraten der Referenz-

population mit dem Umfang der „exponierten“ Population ergibt¹⁴. Entsprechend dem bei Gardner und Altman¹⁵ vorgestellten Verfahren wurden zusätzlich 95% Konfidenzintervalle bestimmt.

Da die Gewichtungsfaktoren für die männliche und die weibliche Teilbevölkerung bei der indirekten Standardisierung jeweils unterschiedlich sind, können die SMR zwischen den Geschlechtern in ihrer Höhe nicht direkt miteinander verglichen werden. Selbstverständlich handelt es sich bei der SMR um ein Maß, welches durchschnittliche Mortalitätsrelationen über das gewählte Altersspektrum zum Ausdruck bringt.

Generell können summarische Maße wie die SMR dann zu Fehlschlüssen über die tatsächlichen Sterbeverhältnisse führen, wenn die Relationen der Mortalitätsraten über die einzelnen Strata inkonsistent verlaufen¹⁶.

Ergebnisse

Der Vergleich der Mortalität nach 5-Jahres-Altersgruppen zwischen Ausländern und Deutschen läßt überwiegend erhebliche Differenzen in der Sterblichkeit bei nahezu allen Todesursachen erkennen, die in der Regel über die betrachteten Altersgruppen konsistent waren und mit zunehmendem Alter ausgeprägter wurden.

Die Abbildungen machen deutlich, daß die Diskrepanzen in der Sterblichkeit zwischen Ausländern und Deutschen je nach Altersgruppe und in Abhängigkeit von den betrachteten Todesursachen unterschiedlich sind. Während die Mortalitätsraten zu den Krankheiten der Verdauungsorgane und zu den Suiziden auch bereits in den unteren Altersgruppen deutliche Differenzen zwischen der ausländischen und deutschen Bevölkerung erkennen lassen, ist ein ähnlich deutlicher Unterschied des Mortalitätsrisikos bei den Krankheiten des Kreislaufsystems erst im Bereich der oberen Altersgruppen zu erkennen.

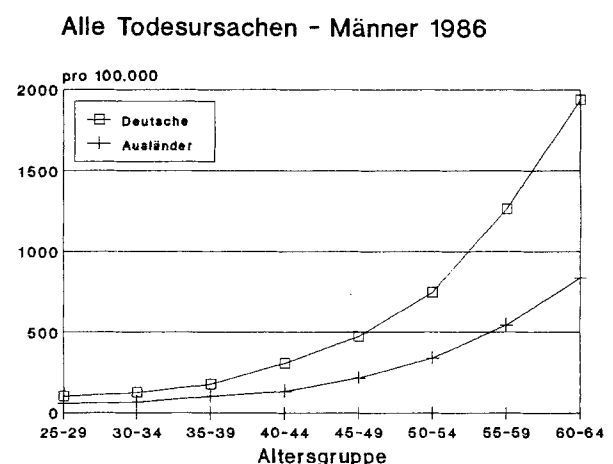
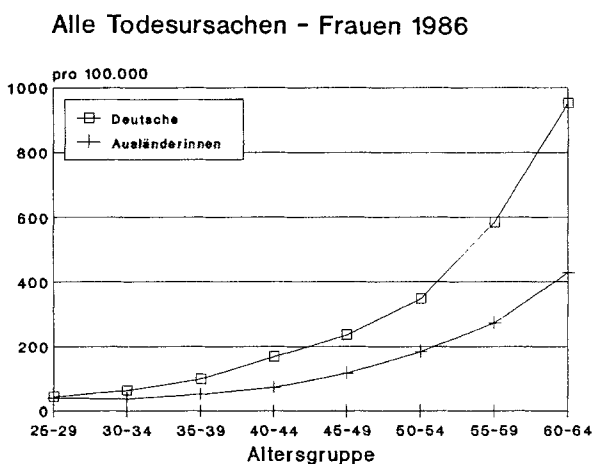
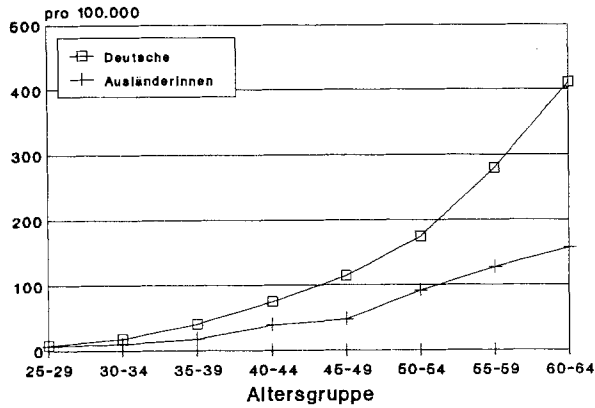


Abb. 1. Sterberaten für alle Todesursachen, Ausländer und Deutsche, 1986.

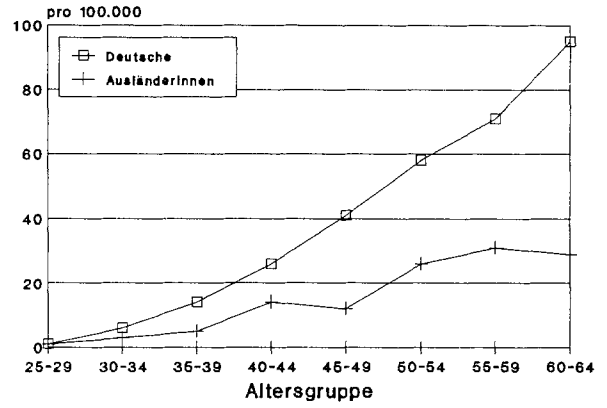
**ICD 140-208 Bösartige Neubildungen
- Frauen - 1986**



Zentralinstitut, Köln, 1992

F14086.CH1

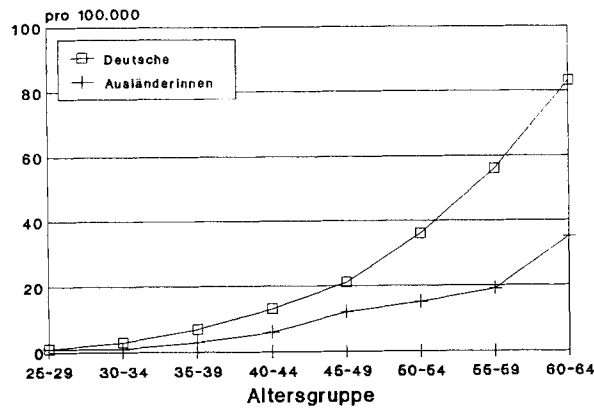
**ICD 174 Bösartige Neubildungen der Brustdrüse
- Frauen - 1986**



Zentralinstitut, Köln, 1992

F17486.CH1

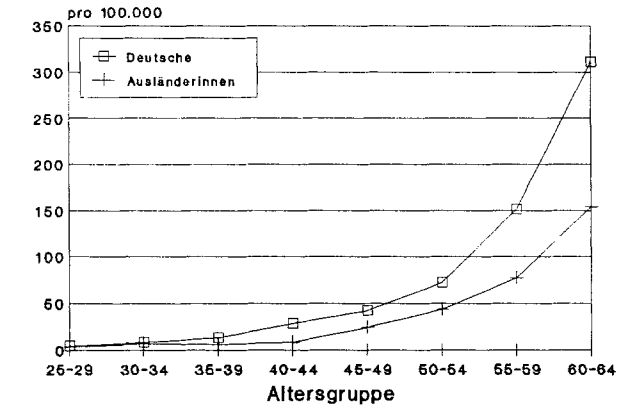
**ICD 179-189 Bösartige Neubildungen der Harn- und
Geschlechtsorgane - Frauen - 1986**



Zentralinstitut, Köln, 1992

F17986.CH1

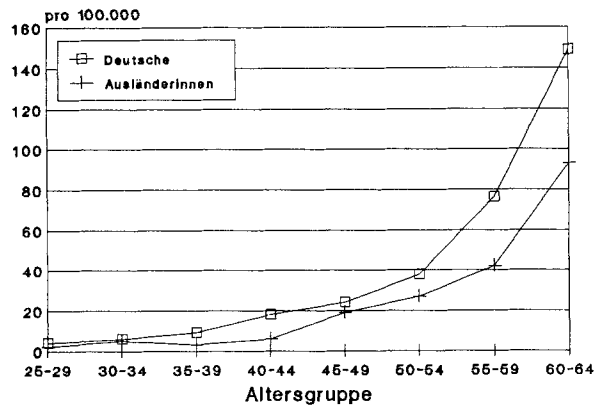
**ICD 390-459 Krankheiten des Kreislaufsystems
- Frauen - 1986**



Zentralinstitut, Köln, 1992

F39086.CH1

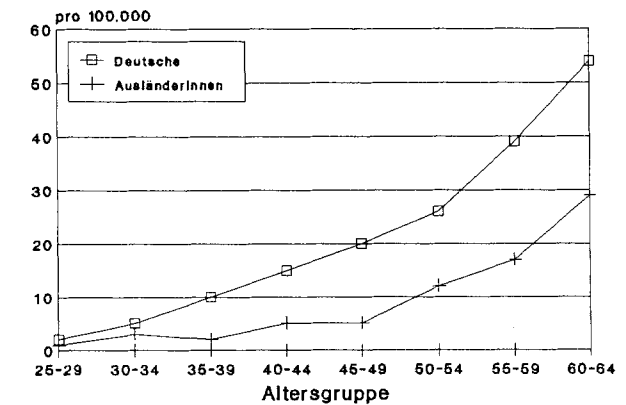
**ICD 415-448 And. Krankheiten des Kreislaufsystems
- Frauen - 1986**



Zentralinstitut, Köln, 1992

F41586.CH1

**ICD 520-579 Krankheiten der Verdauungsorgane
- Frauen - 1986**

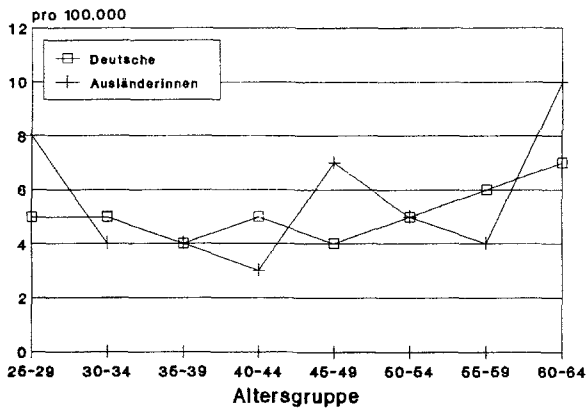


Zentralinstitut, Köln, 1992

F52086.CH1

Abb. 2a. Sterberaten für ausgewählte Todesursachen, ausländische und deutsche Frauen, 1986.

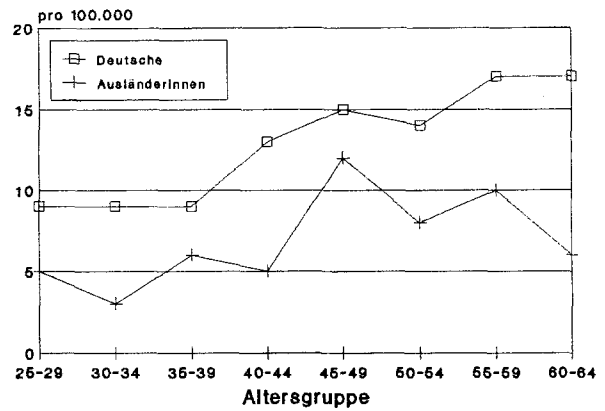
ICD E 810-819 Verkehrsunfälle
- Frauen - 1986



Zentralinstitut, Köln, 1992

F81086.CH1

ICD E 950-959 Suizid - Frauen - 1986

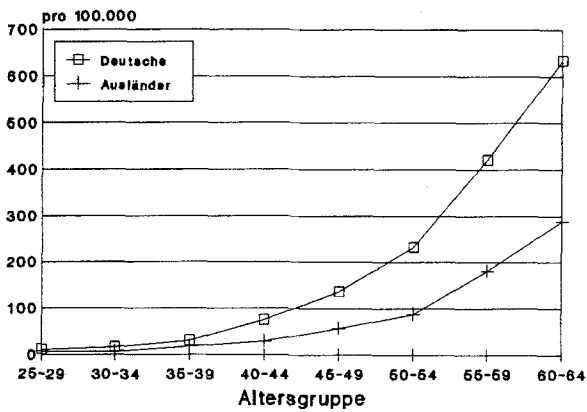


Zentralinstitut, Köln, 1992

F96086.CH1

Abb. 2a (Fortsetzung)

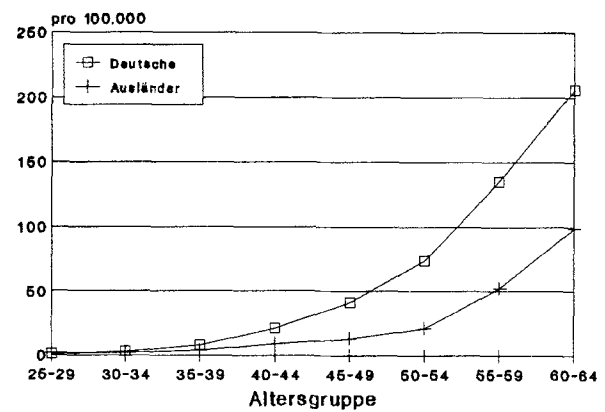
ICD 140-208 Bösartige Neubildungen
- Männer - 1986



Zentralinstitut, Köln, 1992

M14086.CH1

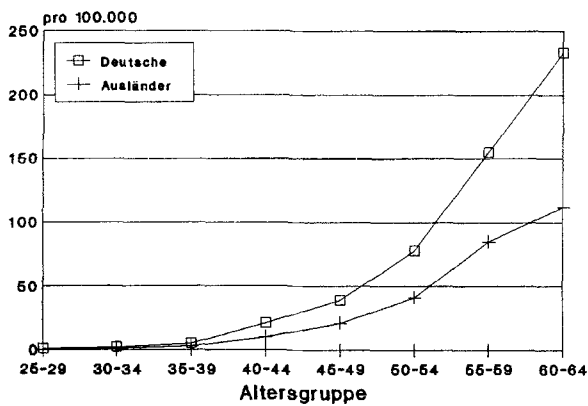
ICD 150-159 Bösartige Neubildungen der
Verdauungsorgane - Männer - 1986



Zentralinstitut, Köln, 1992

M15086.CH1

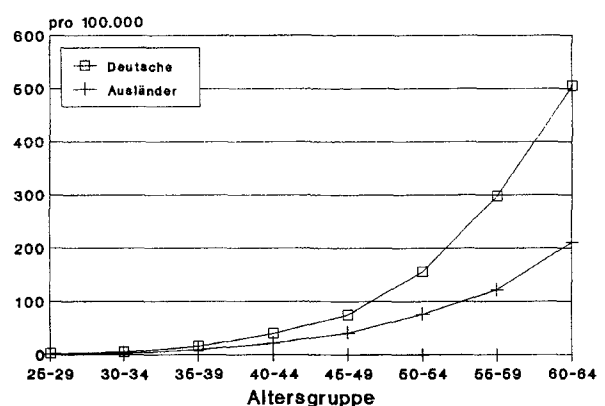
ICD 160-165 Bösartige Neubildungen der Atmungsorgane
- Männer - 1986



Zentralinstitut, Köln, 1992

M16086.CH1

ICD 410-414 Ischämische Herzkrankheiten
Männer - 1986

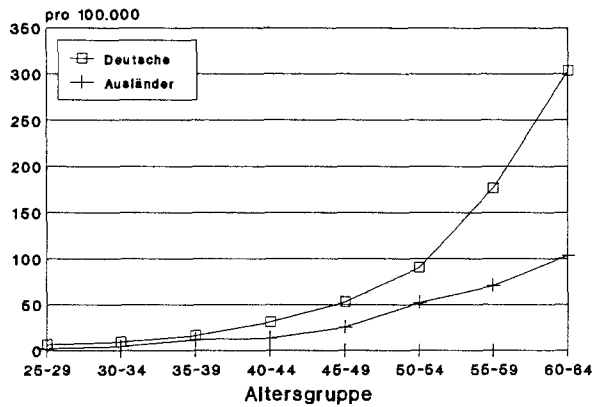


Zentralinstitut, Köln, 1992

M41086.CH1

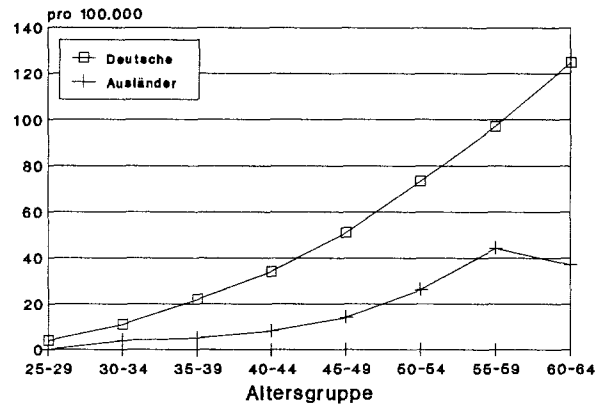
Abb. 2b. Sterberaten für ausgewählte Todesursachen, ausländische und deutsche Männer, 1986.

ICD 415-448 And. Krankheiten des Kreislaufsystems
- Männer - 1986



Zentralinstitut, Köln, 1992

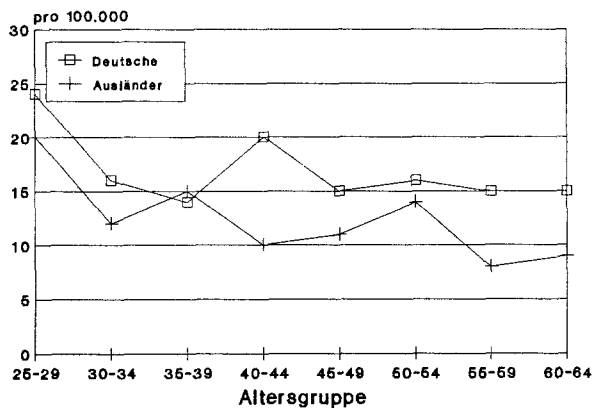
ICD 520-579 Krankheiten der Verdauungsorgane
- Männer - 1986



Zentralinstitut, Köln, 1992

M62086.CH1

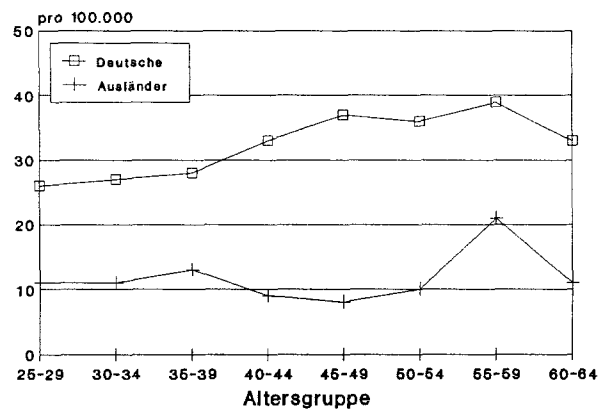
ICD E 810-819 Verkehrsunfälle
- Männer - 1986



Zentralinstitut, Köln, 1992

M41586.CH1

ICD E 950-959 Suizid - Männer - 1986



Zentralinstitut, Köln, 1992

M95086.CH1

Abb. 2b. Sterberaten für ausgewählte Todesursachen, ausländische und deutsche Männer, 1986.

Die bösartigen Neubildungen scheinen demgegenüber eher eine Zwischenstellung einzunehmen. Vor dem Hintergrund dieser Beobachtungen nehmen die Mortalitätsverhältnisse bezogen auf die tödlichen Verkehrsunfälle eine Sonderstellung ein. Die Sterblichkeit an Unfällen im Strassenverkehr ist bekanntlich bei Männern im jüngeren Erwachsenenalter sehr hoch. Auf der Ebene der Mortalitätsraten der 5-Jahres-Altersgruppen zeigt sich dieser Alterseffekt sowohl bei den ausländischen als auch bei den deutschen Männern der Altersgruppe 25–29 Jahre. Insgesamt differieren die Sterberaten von Deutschen und Ausländern nur in geringfügigem Maße. In der Gruppe der ausländischen Frauen liegen die Mortalitätsraten in drei der 5-Jahres-Altersgruppen höher als die entsprechenden Raten der deutschen Frauen. Sowohl die „Standardized Mortality Ratios“ für die Todesursachen insgesamt wie auch für die

einzelnen Todesursachen lassen erkennen, daß die Sterblichkeit der Ausländer im Vergleich zu der der Deutschen in der Regel beträchtlich niedriger liegt.

Diskussion

Wenngleich nicht auszuschließen ist, daß das Merkmal der Staatsangehörigkeit der Todesfälle von den Meldebehörden nicht ausreichend zuverlässig an die entsprechenden Statistischen Landesämter berichtet wird, liegen leider entsprechende Untersuchungen zu einem möglichen „underreporting“ nicht vor. Angesichts der relativen Stabilität der jährlichen Gesamtzahl der Todesfälle unter Ausländern während der letzten 15 Jahre, ist es aber kaum wahrscheinlich, daß sich eine Mortalitätsdifferenz in dieser Größenordnung im wesentlichen auf ein solches Artefakt gründet.

Auf entsprechende Nachfragen versicherten uns kommunale Meldebehörden, Statistische Landesämter und einzelne Experten, daß unsere methodischen Bedenken diesbezüglich nicht gerechtfertigt seien und von einer guten Verlässlichkeit der amtlichen Meldedaten ausgegangen werden muß.

Selbst wenn man berücksichtigt, daß die in der Bundesrepublik lebende Ausländerbevölkerung nach Staatsangehörigkeiten bzw. Ethnien heterogen ist und in ihr einzelne Nationalitäten mit (aufgrund der Lebenserwartung in den entsprechenden Heimatländern) relativ „günstigen“ Risiken, wie etwa Österreicher, Niederländer, Briten und US-Amerikaner, enthalten sind, erscheinen die ermittelten Ergebnisse in ihrer Größenordnung bemerkenswert.

Eine mögliche Erklärung der überraschenden Befunde sind selektive Prozesse, die dafür verantwortlich sein mögen, daß es sich bei den in der Bundesrepublik ansässigen und verstorbenen Ausländern nicht um eine Zufallsauswahl der Bevölkerungen aus den jeweiligen Heimatländern handelt. Bezogen auf die Herkunftsländer, aus denen die Mehrzahl der Arbeitsmigranten stammt, muß vielmehr eine selektive Anwerbung in Rechnung gestellt werden. In den 60er bzw. 70er Jahren wurden in den sogenannten Anwerbeländern bei Migrationswilligen medizinische Voruntersuchungen durch Beauftragte ärztlicher Kommissionen (in der Regel handelte es sich um deutsche Ärzte) durchgeführt, um sicherzustellen, daß möglichst nur gesunde Arbeitskräfte nach Deutschland kamen. Die Untersuchungen betrafen den Stütz- und Bewegungsapparat, das Herz-Kreislauf-System, das Seh- und Hörvermögen; zusätzlich wurden Röntgenaufnahmen der Lunge, Urin- und Blutuntersuchungen usw. vorgenommen. In den ersten 15 Jahren seit Beginn der Anwerbung und Vermittlung ausländischer Arbeiter durch die Vermittlungseinrichtungen der Bundesanstalt für Arbeit im Ausland wurden insgesamt 2004700 ausländische Bewerber in ihren Heimatländern ärztlich untersucht. Etwa 9% wurden aus gesundheitlichen Gründen abgelehnt¹⁷. Zusätzlich waren vermutlich Mechanismen der Selbstselektion wirksam, die in unbekanntem Ausmaß verhindert haben mögen, daß in ihrem Gesundheitszustand beeinträchtigte Personengruppen einen Antrag auf eine Arbeitserlaubnis für die Bundesrepublik gestellt haben. Es kann daher angenommen werden, daß es sich bei den ausländischen Arbeitsmigranten um eine unter gesundheitlichen Gesichtspunkten positive Auswahl der jeweiligen nationalen Bevölkerungen handelte.

Nach einer These von Dietzel-Papakyriakou¹⁸ sind auch bei der Rückkehr von Ausländern ins Heimatland Selektionsprozesse aufgrund gesundheitlicher Gesichtspunkte in Betracht zu ziehen, hier allerdings unter negativem Vorzeichen. Sie vertritt die Auffassung, daß gesundheitliche Probleme bei der Rückkehrentscheidung der Migranten eine bedeu-

tende Rolle spielen. Dietzel-Papakyriakou entwickelte ihre These aufgrund von Beratungserfahrungen mit griechischen Rückkehrern in Thessaloniki, einem regionalen Schwerpunkt der Emigration und Remigration in Griechenland.

Wenngleich die These krankheitsbedingter Rückkehr von Arbeitsmigranten empirisch noch nicht überzeugend belegt werden konnte, so wird sie immerhin durch eine vergleichende Analyse der Frühberentungen bei Deutschen und Ausländern¹⁹ gestützt. Die Analyse der Frühberentungsquoten des Jahres 1990 zeigt, daß das nach arbeitssoziologischen Erkenntnissen zu erwartende überdurchschnittlich hohe Frühinvalidisierungsrisiko der Arbeitsmigranten lediglich für Beschäftigte im jüngeren Lebensalter (bis zu 45 Jahren) belegt werden kann. Zur Erklärung der extrem niedrigen Frühberentungsquoten der Ausländer in höheren Altersgruppen mutmaßt der Autor, daß ältere Ausländer im Falle ernsthafter gesundheitlicher Handicaps in ihre Heimat zurückkehren, um sich dort behandeln zu lassen.

Zunächst erscheinen die genannten Vermutungen von Dietzel-Papakyriakou und Rehfeld plausibel und stimmen auch mit den Ergebnissen unserer Analyse überein. Wirklich überprüfen ließe sich die Gültigkeit der Hypothese von der krankheitsbedingten Rückkehr aber nur mit sehr hohem Aufwand im Rahmen einer prospektiven Studie an einer umfangreichen Stichprobe von Migranten oder Remigranten.

Aufschlußreich ist die Gegenüberstellung unserer Ergebnisse mit den Befunden aus anderen europäischen Ländern: Hier sind etwa die Arbeiten von Adelstein und Marmot von Bedeutung, die umfassende Untersuchungen zur Migrantenmortalität in Großbritannien vorgestellt haben³. Bekanntlich bietet Großbritannien hinsichtlich der Zusammensetzung der Bevölkerung mit nicht-britischer Abstammung ein differenziertes Bild, da zum einen Auswanderer aus den früheren Commonwealth-Staaten den grössten Teil der nicht-britischen Minderheit stellen. Zum anderen sind jedoch in nicht geringem Umfang auch Minderheiten in Großbritannien ansässig, die insbesondere aus mittel-, ost- sowie südeuropäischen Ländern (z. B. Italien und Spanien) stammen. Adelstein, Marmot et al.⁴ gelangen zu dem Ergebnis, dass hinsichtlich der Gesamtsterblichkeit und des Mortalitätsrisikos bei den meisten Todesursachen von einer Übersterblichkeit der Migrantenpopulation ausgegangen werden muss. Allerdings sind die Verhältnisse zwischen den nicht-britischen Minderheitengruppen sehr unterschiedlich und variieren darüberhinaus zusätzlich nach Geschlecht.

Für unsere Analyse ist bedeutsam, dass die Autoren für die aus Südeuropa stammenden Bevölkerungsgruppen ein Mortalitätsrisiko berechnet haben, das gegenüber den Sterbeverhältnissen der englischen Bevölkerung ähnliche Muster zeigt, wie wir es für

die Bundesrepublik beschrieben haben und das auch im Vergleich mit anderen in Großbritannien lebenden nationalen Minderheiten sehr günstig ausfällt.

Ausblick

Vermutlich verliert unter den Bedingungen von Krankheit und Erwerbsunfähigkeit und deren wirtschaftlichen Folgen das Gastland als Aufenthaltsort zumindest für die ältere Migrantengeneration an Attraktivität. Gegebenenfalls hat eine Rückkehr ins Heimatland aufgrund der dort vergleichsweise niedrigeren Lebenshaltungskosten sogar materielle Vorteile. Zudem kann man davon ausgehen, dass im Unterschied zu den in der Bundesrepublik geborenen Ausländern die Zuwanderergeneration noch stärker über traditionale und soziale Bindungen an ihre Heimatländer verfügt. Darüberhinaus ist anzunehmen, daß nicht zuletzt die geographische Nähe der europäischen Heimatländer zur Bundesrepublik eine Rückkehr erleichtert. Man wird kaum fehlgehen in der Annahme, dass es sich bei den vermuteten Motiven um einen ausgeprägten Kohorteneffekt handelt, der mit wachsender Assimilation der jüngeren Ausländergeneration und dadurch bedingter zunehmender Entfremdung gegenüber den sog. Heimatländern in seiner Deutlichkeit zukünftig abnehmen wird. Somit erwächst daraus an die sozialepidemiologische Forschung der Auftrag, den Mortalitätsverhältnissen zwischen deutscher und ausländischer Bevölkerung auch in Zukunft Aufmerksamkeit zu schenken.

Zusammenfassung

Vergleichende Mortalitätsanalysen unter dem Aspekt der Staatsangehörigkeit sind für die Bundesrepublik Deutschland noch nicht umfassend präsentiert worden. Eine Sonderauswertung der Todesursachenstatistik für das Jahr 1986, differenziert nach Nationalität, weist auf ein vergleichsweise niedrigeres Mortalitätsrisiko der in der Bundesrepublik lebenden ausländischen Bevölkerung hin. Abgesehen von möglichen Fehlerquellen infolge von „underreporting“ des Merkmals Staatsangehörigkeit bei den Todesfällen oder einer Überschätzung der Bevölkerungsgröße der ausländischen Population, muss aus sozialepidemiologischer Sicht die Möglichkeit in Betracht gezogen werden, daß Selektionsprozesse das Mortalitätsrisiko der Ausländer nachhaltig beeinflussen. Eine von der Qualität des Gesundheitszustands abhängige Aufenthaltsdauer bzw. eine bei Vorliegen chronischer Erkrankungen gehäuft vollzogene Rückwanderung könnten wichtige Einflußfaktoren darstellen, um die Sterblichkeitsdifferenzen zwischen ausländischer und deutscher Bevölkerung zu erklären.

Résumé

Mortalité de la population étrangère et indigène en République Fédérale d'Allemagne

Des analyses de mortalité en considération de la nationalité, n'ont pas été présentées de façon étendue en République Fédérale d'Allemagne (RFA). Une exploitation spéciale de la statistique de décès de l'année 1986, différenciée selon la nationalité, indique un risque de mortalité comparativement bas parmi la population étrangère qui vit en RFA. Abstraction faite de possibles causes d'erreur par suite d'une «sous-déclaration» de la caractéristique de la nationalité en ce qui concerne les cas de mort ou bien d'une surestimation du nombre des étrangers, il pourrait en résulter du point de vue socioépidémiologique la possibilité que des processus de sélection exerceront une influence considérable sur le risque de mortalité de la population étrangère. La dépendance de la persistance du séjour, de la qualité d'état de la santé et une probabilité de réémigration plus élevée en cas de maladies chroniques pourraient présenter un facteur d'influence important pour expliquer les différences de mortalité entre la population étrangère et la population allemande.

Summary

Mortality of the migrant and the indigenous population in the Federal Republic of Germany

Comparative mortality studies with respect to nationality have not yet been published in a comprehensive way for the Federal Republic of Germany. A recent special analysis of causes of death for German mortality statistics of the year 1986 indicates a lower mortality risk among the migrant compared to the indigenous population. Apart from potential biases, such as underreporting of nationality of death cases or overestimation of the size of the non-indigenous population in Germany, from the perspective of socioepidemiology the possibility arises that selection processes lastingly affect the mortality risk of migrants. The dependence of the length of stay from the quality of the state of health or rather a plausible increased likelihood of remigration in case of chronic disease may constitute important influences, which could explain the differences in mortality between indigenous and migrant population.

Literaturverzeichnis

- 1 Balarajan R, Bulusu L, Adelstein AM, Shukla V. Patterns of mortality among migrants to England and Wales from the Indian subcontinent. *Br Med J* 1984; 289:1185–1187.
- 2 Balarajan R. Ethnic differences in mortality from ischaemic heart disease and cerebrovascular disease in England and Wales. *Br Med J* 1991; 302:560–564.

- 3 *Adelstein AM, Marmot MG.* The health of migrants in England and Wales: Causes of death. In: Cruickshank JK, Beevers DG, eds. Ethnic factors in health and disease. London: Butterworth 1989; 35–47.
 - 4 *Marmot MG, Adelstein AM, Bulusu L.* Immigrant mortality in England and Wales 1970–1978. Causes of death by country of birth. London: Office of Population, Census and Surveys, HMSO, 1984. (Studies on Medical and Population Subjects; no 47).
 - 5 *Benjamin B.* Variation of mortality in the United Kingdom with special reference to immigrants and minority groups. In: Coleman DA ed. Demography of Immigrants and Minority Groups in the United Kingdom. London: 1982; 43–69.
 - 6 *Syme SL, Marmot MG, Kagan A, Kato H, Rhoads GG.* Epidemiologic studies of coronary heart disease and stroke in Japanese men living in Japan, Hawaii and California. *Am J Epidemiol* 1975; 102:477–480.
 - 7 *Marmot MG.* General approaches to migrant studies: the relation between disease, social class and ethnic origin. In: Cruickshank JK, Beevers DG, eds. Ethnic factors in health and disease. London: Butterworth 1989; 12–17.
 - 8 *Statistisches Bundesamt* Bevölkerung und Erwerbstätigkeit. Volkszählung vom 25.5.1987. Stuttgart 1990 (Fachserie 1; no 5).
 - 9 *Kühl J.* Zur Bedeutung der Ausländerbeschäftigung für die Bundesrepublik Deutschland. In: Reimann H, Reimann H eds. Gastarbeiter. Analyse eines sozialen Problems. 2nd ed. Opladen: Westdeutscher Verlag 1987; 21–45.
 - 10 *Thon M.* Ausländer in der Bundesrepublik Deutschland. In: Hönekopp E. ed. Aspekte der Ausländerbeschäftigung in der Bundesrepublik Deutschland. Beiträge zur Arbeitsmarkt- und Berufsforschung. Nürnberg: Eigenverlag 1987; 9–49.
 - 11 Für die Überlassung der absoluten Zahl der Todesfälle danken wir Herrn Prof. Korporal (Berlin), der die Sonderauswertung im Rahmen eines Unterauftrags für das Projekt „Prioritäre Gesundheitsziele“, durchgeführt beim Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung, veranlaßte.
 - 12 *Fleischer H.* Entwicklung der Ausländerzahl seit 1987. *Wirtschaft und Statistik*; 1989; 594–599.
 - 13 *Inskip H, Beral V, Fraser P.* Methods for age-adjustment of rates. *Stat in Med* 1983; 2:455–466.
 - 14 *Rothman KJ.* Modern epidemiology. Boston/Toronto: Little, Brown, 1986.
 - 15 *Gardner MJ, Altman DG* eds. Statistics with confidence. London: The Universities Press 1989.
 - 16 *Fleiss JL.* Statistical methods for rates and proportions. 2nd ed. New York: Wiley 1981.
 - 17 *Mehle J.* Evaluation der deutschsprachigen medizinischen Literatur von 1962 bis 1979 über die Epidemiologie und die Konfliktfelder im Gesundheitsverhalten ausländischer Arbeitnehmer in der Bundesrepublik. *Med Diss Bochum*: 1981.
 - 18 *Dietzel-Papakyriakou M.* Krankheit und Rückkehr. Frühinvalidität ausländischer Arbeitnehmer am Beispiel griechischer Rückkehrer. Berlin: edition sigma, 1987.
 - 19 *Rehfeld U.* Ausländische Arbeitnehmer und Rentner in der gesetzlichen Rentenversicherung. *Deutsche Rentenversicherung* 1991; 7:468–492.
- Korrespondenzadresse:**
L. Altenhofen
Zentralinstitut für
Kassenärztliche Versorgung
Herbert-Lefin-Strasse 5
D-50931 Köln/Deutschland