

Oppen, Maria

**Book Part — Digitized Version**

## Ausländerbeschäftigung, Gesundheitsverschleiß und Krankenstand

**Provided in Cooperation with:**

WZB Berlin Social Science Center

*Suggested Citation:* Oppen, Maria (1985) : Ausländerbeschäftigung, Gesundheitsverschleiß und Krankenstand, In: Jürgen Collatz, Elcin Kürsat-Ahlers, Johannes Korporal (Ed.): Gesundheit für alle: die medizinische Versorgung türkischer Familien in der Bundesrepublik, ISBN 3-923002-17-3, E.B. Verlag Rissen, Hamburg, pp. 196-212

This Version is available at:

<https://hdl.handle.net/10419/112179>

**Standard-Nutzungsbedingungen:**

Die Dokumente auf EconStor dürfen zu eigenen wissenschaftlichen Zwecken und zum Privatgebrauch gespeichert und kopiert werden.

Sie dürfen die Dokumente nicht für öffentliche oder kommerzielle Zwecke vervielfältigen, öffentlich ausstellen, öffentlich zugänglich machen, vertreiben oder anderweitig nutzen.

Sofern die Verfasser die Dokumente unter Open-Content-Lizenzen (insbesondere CC-Lizenzen) zur Verfügung gestellt haben sollten, gelten abweichend von diesen Nutzungsbedingungen die in der dort genannten Lizenz gewährten Nutzungsrechte.

**Terms of use:**

*Documents in EconStor may be saved and copied for your personal and scholarly purposes.*

*You are not to copy documents for public or commercial purposes, to exhibit the documents publicly, to make them publicly available on the internet, or to distribute or otherwise use the documents in public.*

*If the documents have been made available under an Open Content Licence (especially Creative Commons Licences), you may exercise further usage rights as specified in the indicated licence.*



## WZB-Open Access Digitalisate

## WZB-Open Access digital copies

---

Das nachfolgende Dokument wurde zum Zweck der kostenfreien Onlinebereitstellung digitalisiert am Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung gGmbH (WZB). Das WZB verfügt über die entsprechenden Nutzungsrechte. Sollten Sie sich durch die Onlineveröffentlichung des Dokuments wider Erwarten dennoch in Ihren Rechten verletzt sehen, kontaktieren Sie bitte das WZB postalisch oder per E-Mail:

Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung gGmbH  
Bibliothek und wissenschaftliche Information  
Reichpietschufer 50  
D-10785 Berlin  
E-Mail: [bibliothek@wzb.eu](mailto:bibliothek@wzb.eu)

The following document was digitized at the Berlin Social Science Center (WZB) in order to make it publicly available online.

The WZB has the corresponding rights of use. If, against all possibility, you consider your rights to be violated by the online publication of this document, please contact the WZB by sending a letter or an e-mail to:

Berlin Social Science Center (WZB)  
Library and Scientific Information  
Reichpietschufer 50  
D-10785 Berlin  
e-mail: [bibliothek@wzb.eu](mailto:bibliothek@wzb.eu)

---

Digitalisierung und Bereitstellung dieser Publikation erfolgten im Rahmen des Retrodigitalisierungsprojektes **OA 1000+**. Weitere Informationen zum Projekt und eine Liste der ca. 1 500 digitalisierten Texte sind unter <http://www.wzb.eu/de/bibliothek/serviceangebote/open-access/oa-1000> verfügbar.

This text was digitizing and published online as part of the digitizing-project **OA 1000+**. More about the project as well as a list of all the digitized documents (ca. 1 500) can be found at <http://www.wzb.eu/en/library/services/open-access/oa-1000>.

## **Ausländerbeschäftigung, Gesundheitsverschleiß und Krankenstand**

### **1. Problemlage**

Die Lebenslage der Ausländer in der Bundesrepublik ist gekennzeichnet durch eine Vielzahl von Problemen: Sie sind in der Arbeitswelt benachteiligt gegenüber ihren deutschen Kollegen hinsichtlich der Stellung im Produktionsprozeß, der Sicherheit ihres Arbeitsplatzes sowie der Aus- und Weiterbildungsmöglichkeiten. Darüber hinaus sind ungünstige bis unzumutbare Wohnbedingungen, Sprachbarrieren, Anpassungsschwierigkeiten an ungewohnte Lebens- und Arbeitsformen, soziale Diskriminierung sowie insgesamt unsichere Zukunftsperspektiven Stichworte, die ihre Situation umreißen. Erhebliche Einschränkungen des sozialen, psychischen und körperlichen Wohlbefindens als Folgen liegen auf der Hand, vor allem dann, wenn Ausländer solchen Belastungskumulationen jahrelang ausgesetzt sind.

Umso erstaunlicher erscheint es daher auf den ersten Blick, daß die Untersuchung der besonderen Belastungen in ihrem Einfluß auf den Gesundheitszustand oder die Ermittlung von Risikokonstellationen in der ausländischen Bevölkerung bisher nur in Ansätzen Gegenstand wissenschaftlicher Bearbeitung waren<sup>1</sup>. Geht man der Frage nach, warum systematische Untersuchungen über spezifische Morbiditätsmuster und Gesundheitsrisiken der Arbeitsmigranten und ihrer Familien auf dem Hintergrund ihrer konkreten Arbeits- und Lebensbedingungen eher rar sind, so lassen sich auf den "zweiten Blick" eine Reihe von Ursachen hierfür benennen:

- Das ursprüngliche Konzept der "Gastarbeiterpolitik" ging vom Rotationsprinzip aus, dem nur zeitweiligen Verbleib der angeworbenen Arbeitskräfte. Damit wurde auch das Problem der medizinischen Versorgung eher ausgeblendet. Die Migranten waren von Anfang an krankenversichert und konnten jederzeit Leistungen der gesundheitlichen Versorgung in Anspruch nehmen. Zudem hatten die anfangs zur Arbeitsaufnahme eingereisten Migranten eine sehr günstige Altersstruktur, waren gesund und belastungsfähig als Ergebnis der Auslese durch die medizinischen Voruntersuchungen im Anwerbeland.
- In der medizinischen Versorgung von Ausländern traten allerdings alsbald Probleme auf und zwar hinsichtlich der Patient-Arzt-Beziehung und der Zugangsbarrieren zu den Einrichtungen des Gesundheitswesens. Sie wurden häufig reduziert auf Aspekte der inadäquaten Teilnahme an Vorsorgeuntersuchungen und

auf das abweichende Morbiditätsspektrum bei Ausländern. Begründet wurden Probleme des Inanspruchnahmeverhaltens und der medizinischen Versorgung häufig mit Kommunikationsschwierigkeiten, die den Sprachbarrieren, der kulturellen Prägung von Krankheitsverständnis und Krankheitsverhalten der ausländischen Patienten geschuldet seien (Korporal/Zink 1984). Für die Ursachen ausländerspezifischer Beschwerdebilder stehen häufig Erklärungsmodelle wie der sogenannte Migrationsstreß (Verständigungsschwierigkeiten, Trennung von der gewohnten Umgebung, Eingewöhnung in völlig andere kulturelle, soziale Lebensumstände und ähnliches) und seine psychosomatischen Folgen, die mißlungene Integration oder der Selektionseffekt, nach dem sich psychisch instabile Personen in besonderem Maße zur Migration entschließen, im Vordergrund. Die Krankheitsursachen konnten damit überwiegend in den psychosozialen bzw. soziokulturellen Bereich verwiesen werden; eine Individualisierung gesellschaftlicher Problemlagen und eine Zuschreibung der Ursachen zu Kultur und Struktur in den Herkunftsländern ist hierin angelegt. Die Betonung des "Imports" der Probleme führt damit tendenziell von den real bestehenden Problemlagen der Ausländer in diesem Lande weg.

- Die gesundheitlichen Risiken für Ausländer sind in ihrer ganzen Tragweite allerdings auch erst in Verbindung mit länger andauerndem Aufenthalt, Familiennachzug, zunehmenden Verbleibabsichten und der längerfristigen Ausrichtung auf Erwerbstätigkeit in der Bundesrepublik Deutschland statistisch in Erscheinung getreten. Die langjährigen Verschleißfolgen von unterprivilegierten Arbeits- und Lebensbedingungen können kurativ nicht mehr behoben werden. Versicherungsleistungen wie Kuren, Rehabilitationsmaßnahmen oder Berufs- und Erwerbsunfähigkeitsrenten müssen in größerem Umfang als früher von den Ausländern in Anspruch genommen werden (Korte/Schmidt 1983). Ähnliches gilt auch für die erhöhte Inanspruchnahme von Lohnfortzahlung und Krankengeld in Folge von Arbeitsunfähigkeit. Die langfristigen gesundheitlichen Auswirkungen der vielfältigen Überlastungen der Arbeitsmigranten in Verbindung mit einer nach längerem Aufenthalt wachsenden Einsicht in die Schutzfunktion der Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung zur Vermeidung von Krankheitsverschlimmerung und zur Wiederherstellung von Gesundheit und Arbeitsvermögen sind zentrale Gründe dafür anzusehen, daß der Ausländerkrankenstand in den letzten zehn Jahren denjenigen der deutschen Versicherten deutlich übersteigt. In einer Reihe von Untersuchungen wurden dagegen noch bis etwa Mitte der siebziger Jahre keine Auffälligkeiten im Krankenstand der Ausländer festgestellt (Lelgemann o.J.; Gaugler 1978; Schlegel 1982)<sup>2</sup>.

Die Chance dafür, daß dieser zumindest auf der Kostenseite spürbare Problemdruck ein erhöhtes wissenschaftliches Aufmerksamkeitsniveau und die Entwicklung entsprechender primärpräventiver gesundheitsbezogener Maßnahmen bewirken könnte, sind als eher gering zu veranschlagen. Denn erstens werden nun auch diese Entwicklungen mit persönlichem Fehlverhalten, der "mißbräuchlichen Ausnutzung" des bundesdeutschen Sozialversicherungssystems, mit mangelnder Identifikation mit Beruf und Betrieb in Zusammenhang gebracht. Zweitens führt die Politik der "Rückkehrhilfen" dazu, daß die Folgekosten des Verschleißes von Arbeitsvermögen, des Aufbrauchs von Gesundheit, auf die Herkunftsländer verlagert werden, wenn vor allem ältere und/oder gesundheitsbeeinträchtigte Erwerbspersonen zur Rückwanderung veranlaßt werden können. Der "positive" Einfluß dieser Politik zum Beispiel auf die Krankenstandsentwicklung wird von dem arbeitgebernahen Institut der Deutschen Wirtschaft thematisiert, wenn der immense Rückgang des Krankenstandes in den letzten Jahren unter anderem darauf zurückgeführt wird, daß "immer mehr Ausländer, deren Krankenstand deutlich über dem der deutschen Kollegen lag, in ihre Heimat zurückgekehrt sind." (Westdeutsche Allgemeine vom 6.3.1985)

## 2. Strukturdaten zur Arbeitsunfähigkeit

Im folgenden wird der Versuch unternommen, an Hand von Arbeitsunfähigkeitsdaten, die bei den Krankenkassen routinemäßig anfallen, die Erkrankungs- und Verschleißschwerpunkte der ausländischen Erwerbstätigen näher zu beleuchten und Zusammenhänge zu spezifischen Belastungen und Risiken herzustellen, unter denen Ausländer bei uns leben und arbeiten müssen, aber auch zu den eingeschränkten Bewältigungsmöglichkeiten in bezug auf diese Belastungen und Gesundheitsbeeinträchtigungen.

Die hier vorgestellten Ergebnisse entstammen einer Studie zur Arbeitsunfähigkeit (AU), die für drei Untersuchungsregionen (Berlin, Hamburg und München) unter einer gänzlich anderen Fragestellung durchgeführt wurde<sup>3</sup>. Ich werde mich im folgenden auf die berliner Population beziehen; es handelt sich um eine Stichprobe von rund zehn Prozent aller Pflichtversicherten der Allgemeinen Ortskrankenkasse (AOK) unter Ausschluß derjenigen, die im Untersuchungsjahr 1981 arbeitslos waren. Ausländer sind unter diesen rund 30.000 AOK-Versicherten mit 16 Prozent gegenüber ihrem Anteil an der Erwerbsbevölkerung Berlins überrepräsentiert<sup>4</sup>. Die Zusammensetzung der Ausländer nach Geschlecht zeigt einen nur leicht geringeren Frauenanteil als bei den deutschen Versicherten. Die Altersstruktur der Ausländer dagegen unterscheidet sich erheblich von derjenigen der deutschen Versi-

cherten: der Anteil der über vierundvierzigjährigen Ausländer liegt bei 15 Prozent (versus 33 Prozent). Über 50 Prozent aller Ausländer haben die türkische Staatsangehörigkeit.

Wie eine Reihe neuerer Untersuchungen (Georg u.a. 1982; Schlegel 1982) belegen auch unsere Daten, daß der Krankenstand der Ausländer erheblich über demjenigen der deutschen Versicherten liegt. Im Laufe des Untersuchungsjahres 1981 war jeder Deutsche durchschnittlich 21 Kalendertage arbeitsunfähig, türkische Versicherte dagegen 32 Tage, während die Versicherten aus den anderen südeuropäischen Herkunftsländern mit 28 Tagen eine mittlere Position einnehmen. Der Krankenstand der Ausländer insgesamt übersteigt somit denjenigen der Deutschen um rund 40 Prozent. Aufgrund der günstigeren Altersstruktur der Ausländer bewirkt eine altersbezogene Standardisierung eine Verstärkung dieser Abweichung auf 57 Prozent.

Der folgenden Übersicht (Tab. 1) läßt sich entnehmen, daß eine erhöhte Anzahl von AU-Tagen in nahezu allen Altersgruppen und gleichermaßen bei Männern und Frauen auftritt, wobei die dreißig- bis vierundvierzigjährigen Ausländerinnen als besondere Risikogruppe anzusehen sind.

	Alter	Männer		Frauen	
		Deutsche	Ausl.	Deutsche	Ausl.
AU-Tage pro	-29	1.989	2.190	1.943	2.724
100 Vers.	30-44	1.916	2.731	1.689	3.348
älter als 44		2.597	3.593	2.186	3.526
AU-Fälle pro	-29	164	172	141	177
100 Vers.	30-44	107	153	91	170
älter als 44		91	149	89	132
Tage pro Fall	-29	12,1	12,8	13,8	15,4
	30-44	17,9	17,9	18,5	19,7
älter als 44		28,5	23,6	24,5	26,7
Anteil Vers.	-29	66,9	68,4	62,8	70,8
mit AU	30-44	58,5	72,5	51,9	75,1
in %	älter als 44	55,0	71,2	51,2	71,3
AU-Tage	-29	832	988	768	1.439
bei mehr als	30-44	532	1.115	421	1.456
3 Fällen i.J.	älter als 44	479	1.392	502	1.035

**Tabelle 1: Vergleich der AU-Indikatoren nach Nationalität, Geschlecht und Alter**

Quelle: Oppen u.a. (1984)

Es wird weiter deutlich, daß der höhere Krankenstand der Ausländer nur zu einem geringen Teil durch eine längere durchschnittliche Falldauer, überwiegend dagegen durch eine erheblich größere Anzahl von Fällen bestimmt wird. Die höhere Fallzahl ist sowohl auf eine höhere Betroffenheit von Arbeitsunfähigkeit unter den Ausländern als auch auf einen höheren Anteil von Personen, die mehr als zweimal im Untersuchungsjahr krankgeschrieben waren, zurückzuführen. So waren nur 57 Prozent aller Deutschen, aber 71 Prozent der Ausländer im Laufe eines Jahres arbeitsunfähig. Insgesamt 10 Prozent der deutschen Versicherten waren mehr als zweimal im Jahr arbeitsunfähig krank, dagegen aber 20 Prozent Ausländer.

Das den Krankenstand der Ausländer bestimmende Diagnosespektrum spiegelt im wesentlichen die Erfahrungen aus der ärztlichen Praxis in bezug auf ausländerspezifische Beschwerdebilder wider (Kielhorn 1984; Hamm 1982). Die grobe Gliederung nach den 17 Gruppen der 'Internationalen Klassifikation der Krankheiten' (ICD) weist für Frauen und Männer Erkrankungen der Atmungsorgane, Verdauungsorgane und des Bewegungsapparates als ausschlaggebend für den höheren Krankenstand der Ausländer aus (Tab. 2)

Krankheitsgruppen	Männer		Frauen	
	Deutsche	Ausl.	Deutsche	Ausl.
Seelische Störungen	75	101	66	95
Herz - Kreislauf	254	182	208	297
Atmungsorgane	346	529	350	563
Verdauungsorgane	268	507	199	389
Harn- u. Geschlechtsorgane/ Komplikationen d. Schwangerschaft	-	-	236	661
Bewegungsapparat	465	730	392	535
Unfälle	471	449	224	260
Sonstige	280	250	265	372
Insgesamt:	2.159	2.747	1.939	3.171

**Tabelle 2: Verteilung der AU-Tage pro 100 Versicherte auf Krankheitsarten nach Nationalität**

Quelle: Oppen u.a. (1984)

Erhöhte Werte für diese drei Krankheitsgruppen lassen sich in allen Altersabschnitten konstatieren. Als Besonderheit bei Aus-

ländern ergibt sich eine im Altersverlauf gleichbleibend große Anzahl von AU-Tagen infolge Erkrankungen der Atmungsorgane, die dagegen bei Deutschen nur in der Altersgruppe der unter Dreißigjährigen besonders hoch liegt. Der geringere Stellenwert der Herz-Kreislaufkrankungen bei den männlichen Ausländern ist Resultat des niedrigeren Durchschnittsalters, denn diese Krankheitsgruppe gewinnt erst mit zunehmendem Alter eine besondere Bedeutung für das Krankheitsspektrum. In der Altersgruppe der über Vierundvierzigjährigen aber liegt der AU-Wert bei den Ausländern mit 497 Tagen bereits leicht über demjenigen der Deutschen mit 421 Tagen pro 100 Versicherter.

Bei den Ausländerinnen spielen neben diesen drei Diagnosegruppen die Harn- und Geschlechtsorganerkrankungen sowie die Komplikationen der Schwangerschaft eine besondere Rolle: Sie verursachen bei den ausländischen Frauen rund dreimal so viele AU-Tage wie bei den deutschen Frauen.

### **3. Beschäftigungssituation und Gesundheitsrisiken**

Eine Reihe von Untersuchungen zum Krankenstand in der Erwerbsbevölkerung (Georg u.a. 1982; Kollmeier u.a. 1980; Ferber/Slesina 1981; Oppen u.a. 1984) kommt zu dem Ergebnis, daß die erheblichen gruppenspezifischen Differenzen der AU-Werte, gegliedert etwa nach Branche, Beruf und betrieblichem Status, Ausdruck der unterschiedlichen Belastungskonstellationen, Gesundheitsrisiken und Bewältigungsmöglichkeiten in der Arbeitswelt sind. Überdurchschnittlich hohe Krankenstände finden sich vor allem in Berufsgruppen, die mit geringen Qualifikationsanforderungen verbunden sind (un- bzw. angelernte Arbeiter) bei gleichzeitig hohen ergonomischen, nervlichen und sensomotorischen Anforderungen sowie erhöhten Belastungen durch Arbeitsumgebung und Arbeitsorganisation. Hierbei lassen sich häufig plausible Zusammenhänge zwischen den in solchen Gruppen auftretenden spezifischen Belastungskonstellationen und den vorherrschenden AU-Diagnosen erkennen. Zudem muß davon ausgegangen werden, daß Beschäftigte in Positionen der unteren hierarchischen Ebene durch den hohen Anteil restriktiver Arbeit mit nur geringem Handlungsspielraum nicht nur besonders belastet sind, sondern schon bei geringfügigen gesundheitlichen Einschränkungen den täglichen Arbeitsanforderungen nicht mehr in vollem Umfang nachkommen können. Sie müssen sich eher krankschreiben lassen als Beschäftigte, die sich ihre Arbeit einteilen können.

Bekannt und vielfach belegt ist, daß Ausländer nicht in gleicher Weise vorhandene betriebliche Positionen und Berufe bekleiden wie die deutschen Beschäftigten. Zu Beginn ihrer Beschäf-



tigung in der Bundesrepublik Deutschland standen ihnen besonders jene Arbeitsplätze offen, die für die deutschen Beschäftigten am unattraktivsten waren, etwa aufgrund dort vorherrschender hoher Belastungen, vergleichsweise geringer Entlohnung, hoher Krisenanfälligkeit und ähnlichem. Eingeschränkte Aufstiegschancen führen dazu, daß Ausländer auch nach längerem Aufenthalt auf den qualitativ schlechteren Arbeitsplätzen verblieben sind.

Mit Dohse (1981) ist davon auszugehen, daß dies überwiegend Ergebnis betrieblicher Personalpolitik ist, unterstützt durch staatliche Ausländerpolitik. Erstere richtet sich auf eine Gliederung der Belegschaften in konfliktfähigere, aber qualifikationsmäßig privilegierte, und weniger konfliktfähige Beschäftigtengruppen, für die Qualifizierungsprozesse verschlossen bleiben. Als gering qualifizierte Mitglieder von 'Randbelegschaften' sind diese zu- meist auch als erste von Freisetzungen betroffen. Hohe Fluktuationsraten werden dann wiederum häufig als Begründung für die Nichtberücksichtigung bei innerbetrieblichen Anlern- und Weiterbildungsmaßnahmen angeführt.

Die staatliche Ausländerpolitik steuert darüber hinaus auf gesamtwirtschaftlicher Ebene die Beschäftigung der Ausländer entsprechend der Wirtschaftslage und der Arbeitsmarkterfordernisse. Das geltende Ausländerrecht regelt die Arbeits- und damit weitgehend auch die Aufenthaltserlaubnis insofern 'bedarfsorientiert', als eine Arbeitserlaubnis nur erteilt wird, wenn keine deutschen Arbeitskräfte zur Verfügung stehen ("Inländerprimat"). Ausländer bleiben damit tendenziell sowohl im einzelnen Betrieb wie auch auf dem Arbeitsmarkt "Manövriermasse" (Schuleri-Hartje/Just 1984) für die Besetzung ungünstiger Arbeitsplätze.

Eine entsprechende Benachteiligung von Ausländern hinsichtlich Qualifikation, beruflicher Stellung und besonderer Tätigkeitsschwerpunkte läßt sich auch an Hand der vorliegenden Daten der AOK-Versicherten nachweisen. Ausländer konzentrieren sich stärker auf das verarbeitende Gewerbe als ihre deutschen Kollegen. Die nachstehende Übersicht (Tab. 3) zeigt eine Konzentration von mehr als 50 Prozent aller Ausländer auf zehn Tätigkeitsgruppen, denen von den deutschen Beschäftigten nur rund 20 Prozent zuzurechnen sind. Hierbei handelt es sich vor allem um Schwerpunkte bei den Metallberufen, bei Ernährungsberufen, Chemie- und Kunststoffverarbeitern sowie Dienstleistungsberufen mit geringen Qualifikationsanforderungen.

Die besondere Berufsstruktur der Ausländer ist ein erster Anhaltspunkt für ihren überdurchschnittlich hohen Krankenstand. Die Beschäftigungsschwerpunkte der Ausländer liegen auf solchen Berufsgruppen, für die erhöhte Anforderungen, Belastungen und Gesundheitsgefahren angegeben werden (Henninges 1981; Scholz/Wittgens 1981). Innerhalb dieser Gruppen weisen dement-

	Ausländer			Deutsche		
	Vers. in %	AU-Tage	AU-Quote	Vers. in %	DU-Tage	DU-Quote
Raum-, Hausratreiniger	10,0	3065	159,3	19,2	70,8	70,8
Metalldreuzer	8,7	3377	194,5	17,3	83,4	83,4
Sonst. allg. Dienstleistungsberufe	6,6	2545	120,9	20,3	61,0	61,0
Sonstige Ernährungsberufe	4,1	3599	200,5	17,5	81,5	81,5
Sonstige Metallarbeiter	4,2	4221	190,5	23,0	84,5	84,5
Koche	4,7	2339	121,7	19,8	63,0	63,0
Chemie-, Kunststoffverarbeiter	3,6	3303	205,0	16,1	83,0	83,0
Metallarbeiter g. n. A.	3,6	3373	192,3	17,5	84,6	84,6
Lager-, Transportarbeiter	3,6	2880	184,8	15,5	72,4	72,4
Hilfsarbeiter o. n. A.	3,4	3297	213,2	17,4	78,9	78,9
Textil-, Bekleidungsberufe	3,3	2692	153,2	15,5	72,6	72,6
Sonst. Schlosser, Mechaniker	3,1	3148	175,6	17,9	77,3	77,3
Sonstige Berufe	3,4	2224	136,0	15,9	65,8	65,8
Sonstige Bauberufe	2,8	2525	135,0	21,0	71,0	71,0
Papierhersteller, Drucker	2,6	2125	152,1	17,9	68,6	68,6
Bauhilfsarbeiter	2,3	2576	129,6	19,8	70,8	70,8
Verkäufer	2,6	1544	103,1	14,9	46,2	46,2
Gesundheitsdienstberufe	2,1	1605	96,8	16,5	52,8	52,8
Wareneinführer, Versandfertigmacher	1,8	3388	203,7	16,6	75,3	75,3
Kfz.-Führer	1,4	3337	164,6	20,2	72,2	72,2
Bürofachkräfte	1,6	1809	97,6	19,5	49,2	49,2
Maurer	1,4	1486	107,1	13,8	72,9	72,9
Lagerverwalter, Magaziner	1,5	3433	163,1	21,0	76,9	76,9
Sonstige Elektriker	1,4	2772	171,7	16,1	55,0	55,0
Pflanzenbau, Tierzucht, Fischer	1,4	2075	128,6	16,1	64,5	64,5
Sonstige Verkehrsberufe	1,1	3302	130,9	25,2	50,1	50,1
Pförtner, Hauswarte	1,2	2363	126,2	18,7	79,2	79,2
Maschinenschlosser	1,1	3368	183,0	18,4	78,4	78,4
Tischler	1,1	1685	141,0	13,2	78,4	78,4
Elektroinstall., -monteure	1,0	2189	163,3	17,0	85,9	85,9
Maler, Lackierer (Ausbau)	0,9	1809	107,1	13,8	72,9	72,9
Bau-, Raumausstatter, Polsterer	0,7	1486	107,1	13,8	72,9	72,9
Techniker, Techn. Sonderfachkräfte	0,7	2075	128,6	16,1	55,0	55,0
Sozial-, Erziehungsberufe	0,7	3302	130,9	25,2	50,1	50,1
Sonstige Büro-, Verwaltungsberufe	0,7	2363	126,2	18,7	79,2	79,2
Maschinisten u. zugehörige Berufe	0,6	3368	183,0	18,4	78,4	78,4
Rohrinstallateure	0,6	1685	141,0	13,2	78,4	78,4
Kfz.-Instandsetzer	0,6	2189	163,3	17,0	85,9	85,9
Sonstige Dienstleistungskaufleute	0,5	1809	97,6	19,5	49,2	49,2
Stenographen, Stenotypisten	0,5	1486	107,1	13,8	72,9	72,9
Sonstige Ordnungs-, Sicherheitsberufe	-	-	-	-	-	-
Insgesamt	100,0	2916	161,2	18,0	72,0	72,0

Quelle: AU-Indikatoren nach Beruf und Nationalität (1984)

sprechend auch die deutschen Beschäftigten häufig überdurchschnittlich hohe AU-Werte auf. Hierbei handelt es sich um Berufe wie Metallarbeiter, Lager- und Transportarbeiter, Hilfsarbeiter, 'sonstige Bauberufe' und ähnliches (Tab. 3). Umgekehrt spielen solche Tätigkeiten, die bei den deutschen Beschäftigten in der Regel mit einem niedrigen Krankenstand verbunden sind, für die Ausländerbeschäftigung nur eine geringfügige Rolle, womit die Möglichkeit eines Vergleichs stark eingeschränkt ist. Dennoch läßt sich immerhin für die wenigen vergleichbaren Berufsgruppen mit insgesamt niedrigen AU-Werten erkennen, daß auch der Krankenstand der Ausländer besonders niedrig ist, bzw. sogar unter dem ihrer deutschen Kollegen liegt (Gesundheitsberufe, Verkäufer, Bürofachkräfte und Maurer).

	Deutsche		Ausländer		Abweichung
	Vers. in %	AU-Tage/100 Vers.	Vers. in %	AU-Tage/100 Vers.	AU-Tage Dt.=100
Un- und Angelernte	33,2	2.571	66,3	3.170	+ 23,3
Facharbeiter	22,8	2.070	16,7	2.619	+ 26,5
Meister/Poliere	0,7	1.711	(0,2 <sup>1</sup> )	(1.239)	(- 27,6)
Angestellte	22,1	1.717	8,2	2.025	+ 17,9
Auszubildende	6,6	1.534	1,4	1.560	+ 1,7
Teilzeit (weniger als 20 Std.)	3,1	1.147	5,1	2.550	+ 122,2
Teilzeit (20 Std. und mehr)	10,3	1.716	1,6	2.402	+ 39,9
Insgesamt	100,0	2.058	100,0	2.917	+ 41,7

1: Bei dieser Gruppe handelt es sich um 10 Versicherte.

**Tabelle 4: Verteilung der Versicherten auf berufliche Positionen, Staatsangehörigkeit und AU-Tage pro 100 Versicherte im Jahr**

Quelle: Oppen u.a. (1984)

Entsprechend der Konzentration auf berufliche Tätigkeiten im verarbeitenden Gewerbe weisen unsere Daten mit 8 Prozent nur wenige Angestellte unter den Ausländern auf, gegenüber 22 Prozent bei den deutschen Pflichtversicherten. Über 80 Prozent aller Ausländer sind Arbeiter. Unter den Arbeitern ist wiederum der Facharbeiteranteil mit 20 Prozent bei den Ausländern nur halb

so groß wie bei den Deutschen. Tabelle 4 verdeutlicht weiterhin, daß auch der Anteil der Auszubildenden unter den Ausländern erheblich geringer ist: unter den Auszubildenden beträgt die Ausländerquote nur 4 Prozent gegenüber einer Ausländerquote insgesamt an allen Pflichtversicherten von 16 Prozent. In bezug auf *die Krankenstandsunterschiede zwischen Ausländern und Deutschen* heißt dies, daß unter den Ausländern alle diejenigen Beschäftigtengruppen, für die auch in anderen Untersuchungen jeweils unterdurchschnittliche AU-Werte ermittelt würden, unterrepräsentiert sind; nur der Anteil der un- und angelernten Arbeiter, die auch unter den deutschen Beschäftigten den mit Abstand höchsten Krankenstand aufweisen, ist unter den Ausländern rund doppelt so hoch wie unter den Deutschen.

Die Übersicht in Tabelle 4 zeigt dementsprechend, daß sich bei Berücksichtigung der sehr viel ungünstigeren Struktur der Ausländer nach arbeitsrechtlicher Stellung die Differenzen hinsichtlich der Zahl der AU-Tage stark reduzieren. Zwar weisen die Ausländer auch innerhalb der Statusgruppen meist mehr AU-Tage auf, aber die Abweichung gegenüber den Deutschen verringert sich immerhin von rund 42 Prozent bei den Pflichtversicherten insgesamt auf 23 Prozent bei den Arbeitern ohne Facharbeitertätigkeit.

Nun sind allerdings die Merkmale Beruf und Stellung im Beruf nur sehr grobe Indikatoren für ausländerspezifische Arbeitsanforderungen und -belastungen oder etwaige gesundheitsbeeinträchtigende Bedingungen. Eine Untersuchung von Gaugler u.a. (1978) erbringt detailliertere Ergebnisse über die Besonderheiten der Ausländerbeschäftigung im verarbeitenden Gewerbe. Demzufolge sind überdurchschnittlich hohe Ausländerquoten in Großbetrieben mit über 500 Beschäftigten anzutreffen. Entsprechend ist auch ihr Anteil in der Großfertigung erheblich höher als in der Einzel- und Kleinserienfertigung (28 Prozent vs. 16 Prozent der Deutschen). 40 Prozent der Ausländer, aber nur 32 Prozent der deutschen Arbeiter arbeiten im Akkord- oder Prämienlohn und damit unter stärkerem Zeitdruck. Des weiteren liegt der Anteil der in der Regel gesundheitlich stärker beanspruchten Schichtarbeiter im gewerblichen Bereich mit 47 Prozent deutlich über dem der deutschen Beschäftigten mit 39 Prozent. Zu einem ähnlichen Ergebnis kommt auch Henniges (1981), wenn er feststellt, daß 20 Prozent der deutschen, aber 36 Prozent der ausländischen Erwerbstätigen in Berufen mit hoher bzw. sehr hoher Gesamtbelastung beschäftigt sind. Diese Gesamtbelastung setzt sich zusammen aus den *Belastungsdimensionen körperliche Schwerarbeit, Arbeit unter belastenden Umgebungseinflüssen wie Lärm, Zugluft, Nacht- und Schichtarbeit sowie restriktive, bis in alle*

Einzelheiten vorgeschriebene Arbeit.

Als zusätzlicher belastender Aspekt der besonderen Beschäftigungslage der Ausländer muß die Arbeitsplatzunsicherheit in Betracht gezogen werden; denn auch drohender Arbeitsplatzverlust kann gesundheitsbeeinträchtigende Wirkungen insbesondere im Sinne psychosomatischer Erkrankungen haben (Wacker 1981). Ausländer dürften hiervon besonders stark betroffen sein, da sie eine insgesamt unsicherere Beschäftigungsperspektive besitzen. Sie haben in größerem Maße Arbeitsplatzwechsel hinter sich und sind öfter arbeitslos (Ausländer sind mit 24 Prozent unter denjenigen Versicherten vertreten, die im Verlauf des Jahres 1981 beschäftigt und arbeitslos waren, gegenüber nur 16 Prozent an den durchgängig Beschäftigten - Oppen u.a. 1984). Auch Gaugler u.a. (1978) verzeichnen bei Ausländern höhere Entlassungsquoten gerade in Phasen drastischen Personalabbaus. Hinzu kommt im Fall von drohender Arbeitslosigkeit bei eher ungünstigen Wiedereinstellungschancen die Angst vor Ausweisung.

Diese ausländerspezifischen Belastungskonstellationen müssen erweitert werden um Probleme der Eingewöhnung in die zum Teil ungewohnte industrielle Arbeit, Verständigungsschwierigkeiten am Arbeitsplatz sowie um die mit steigender Arbeitslosigkeit eher zunehmende Ausländerfeindlichkeit.

Es kann also festgehalten werden, daß der höhere Krankenstand der Ausländer gegenüber den deutschen Beschäftigten zu einem erheblichen Anteil aus der strukturellen Benachteiligung der Ausländer bezogen auf berufliche Tätigkeiten und betrieblichen Status folgt. Aber auch innerhalb homogener Berufs- und Statusgruppen unterliegen Ausländer gegenüber Deutschen offensichtlich erhöhten Anforderungen und Belastungen. So erscheint vor dem Hintergrund höherer Betroffenheit von körperlicher Schwerarbeit, ungünstigeren Umgebungsbedingungen, restriktiver Arbeit unter Zeitdruck die - entsprechend unseren Ergebnissen - größere Verbreitung von Krankheiten des Bewegungsapparates und der Atmungsorgane bei Ausländern plausibel. Auch die erhöhten Fallzahlen infolge von Magen-Darm-Erkrankungen sind zumindest teilweise auf arbeitsbedingte Belastungsfaktoren wie Arbeitsplatzunsicherheit, Anpassungsschwierigkeiten und möglicherweise auch durch den höheren Anteil an Schichtarbeit und Arbeit unter Zeitdruck zurückzuführen.

#### **4. Außerberufliche gesundheitsrelevante Bedingungen der Lebenslage**

Trotz überdurchschnittlich hoher Arbeitsbelastungen in der ausländischen Erwerbsbevölkerung hat sich angedeutet, daß diese für sich genommen die gegenüber den Deutschen deutlich höheren

AU-Werte nicht allein erklären können. Zusätzliche Belastungen durch die sonstigen Lebensbedingungen und -umstände, unter denen Ausländer hier leben, müssen ebenso berücksichtigt werden wie die spezifischen Bewältigungsmöglichkeiten von Belastungen und Gesundheitsschäden.

Vermittelt unter anderem über das durchschnittlich niedrigere Einkommen der Ausländer sind die Regenerationsmöglichkeiten in der arbeitsfreien Zeit gegenüber denjenigen der deutschen Erwerbstätigen als ungünstiger zu beurteilen: Beengte Wohnverhältnisse und schlechte Wohnqualität – ermittelt über fehlende sanitäre Einrichtungen und schlechte Heizmöglichkeiten – kennzeichnen die Situation von 49 Prozent der Ausländer, aber nur von 5 Prozent der Deutschen (Forschungsverbund "Probleme der Ausländerbeschäftigung", 1979). Aber auch bei vergleichbar niedrigen Einkommen in der Gruppe der Hilfsarbeiter sind die Ausländer stärker diesen Bedingungen unterworfen (zu 56 Prozent) als die Deutschen mit 19 Prozent (ebd., S. 69). Der eingeschränkten Wohnungsmarktlage für Ausländer – durch den Mangel an preisgünstigem Wohnraum und Zuzugsbeschränkungen – sowie auch der Diskriminierung durch Vermieter ist hier ein bedeutender Einfluß zuzuschreiben. Gerade diese Bedingungen lassen sich auch als zusätzliches Gesundheitsrisiko betrachten. Zimmermann (1983) stellt sie in Zusammenhang mit vermehrt bei Emigrantenkindern auftretenden Erkrankungen der Atmungsorgane sowie von Infektionskrankheiten, wobei die häufige Überbelegung der Wohnungen die Ansteckungsgefahr besonders begünstigt. Dieser Autor verweist weiterhin auf die aus Zeitmangel und Sparsamkeitsgründen gegenüber traditionellen Gewohnheiten geänderten Ernährungsweisen, die zu Mangel- und Fehlernährung führen (Bertan 1980).

Eine spezifische Belastungssituation ergibt sich für Ausländerinnen gegenüber deutschen Frauen hinsichtlich der Anforderungen durch Haus- und Erziehungsarbeit in der erwerbsarbeitsfreien Zeit. Ist allgemein davon auszugehen, daß auch erwerbstätige Frauen immer noch den überwiegenden Teil der gesellschaftlich notwendigen, unbezahlten Arbeit in und für die Familie leisten, so trifft dies für die Ausländerinnen in Anbetracht ihres kulturellen Hintergrundes und der Familienstruktur in besonderem Maße zu. Hinzu tritt die erheblich höhere Erwerbsbeteiligung von Ausländerinnen, die Kinder zu versorgen haben: in unserer Untersuchungsgruppe haben immerhin 40 Prozent aller erwerbstätigen Ausländerinnen, aber nur 20 Prozent der berufstätigen deutschen Frauen Kinder. 11 Prozent der Ausländerinnen haben drei und mehr Kinder, unter den deutschen Frauen sind dies nur zwei Prozent. Die häufig als tägliche Zerreißprobe bezeichnete Notwendigkeit, die widersprüchlichen Anforderungen aus Erwerbs-

und Familienarbeit miteinander vereinbaren zu müssen, betrifft dementsprechend die Ausländerinnen in weit größerem Umfang. Zieht man ferner in Betracht, daß die Entlastungsmöglichkeiten durch Teilzeitbeschäftigung stark eingeschränkt sind, so verschärft sich die Benachteiligung dieser besonderen Teilgruppe. Denn für die Ausländerinnen kommen für eine Teilzeitbeschäftigung fast ausschließlich Reinigungstätigkeiten in Frage (fast ein Viertel aller Ausländerinnen führen diese aus), die selbst wiederum als außerordentlich belastungsintensiv gelten müssen (Bürkardt/Oppen 1984). Demgegenüber finden sich deutsche Frauen, die nicht ganztags beschäftigt sind, vor allem im Büro- und Verwaltungsbereich mit geringeren Belastungen zumindest hinsichtlich Arbeitsumgebung und Arbeitsorganisation. Der gegenüber den deutschen Frauen um rund 100 Prozent erhöhte Krankenstand der Ausländerinnen zwischen dreißig und vierundvierzig Jahren sowie die eklatante Rate von Schwangerschaftskomplikationen und Krankheiten der Harn- und Geschlechtsorgane wird vor dem Hintergrund solcher Problemlagen plausibel.

Inwieweit die spezifischen Belastungen der Arbeits- und Lebensumstände zu überdurchschnittlichem Gesundheitsverschleiß und zu erhöhten AU-Werten führen, hängt ab von den Handlungsmöglichkeiten, bezogen auf Belastungskompensation, Inanspruchnahme medizinischer Behandlung und ärztlich legitimer Arbeitsruhe. Hier müssen zwei tendenziell gegenläufige Wirkungsrichtungen in Hinblick auf die Morbiditätsentwicklung der Ausländer einerseits und die Krankenstandsentwicklung andererseits angenommen werden.

Zusätzlich zu den auch für Deutsche bestehenden schichtenspezifischen Barrieren beim Zugang zur medizinischen Versorgung, wie lange Wartezeiten und lange Versorgungswege aufgrund einer nicht ausreichenden Arztdichte gerade in Arbeitervierteln, wirken bei Ausländern kulturelle und sprachliche Hemmnisse, häufig geringere Erfahrung im Umgang mit insbesondere deutschen medizinischen Experten sowie die oft geringen Vorkenntnisse über Krankheitsbilder und Symptome. Schmidt/Brandenburg (1983) stellten fest, daß einem Anteil von rund 70 Prozent der von ihnen Befragten ihre Krankheit aus der Türkei nicht bekannt war. Es ist daher gegenüber den deutschen Beschäftigten eher von einer verstärkten Unterinanspruchnahme des Gesundheitssystems auszugehen, wie sich dies etwa in den Zahlen zur Inanspruchnahme von Schwangerschaftsvorsorgeuntersuchungen zeigt (Zink u.a. 1985). Dies bedeutet, daß gerade die aufgrund ihrer spezifischen Lebenslage von erhöhten Gesundheitsgefahren und Verschleißrisiken Betroffenen eher zu spät zur medizinischen Behandlung gelangen, innerhalb eines Versorgungssystems, welches auf typische Problemkonstellationen von Ausländern ungenügend

zugeschnitten ist. Eine Verschärfung der gesundheitlichen Problemlage von Ausländern durch defizitäre Inanspruchnahme- und Versorgungsbedingungen und dementsprechend geringere Kompensationseffekte müssen angenommen werden.

Da mit dem Krankenstand ausschließlich diejenigen Krankheits-episoden statistisch erfaßbar sind, die in den Institutionen des Gesundheitswesens behandelt werden, kann die zu geringe Inanspruchnahme von Leistungen zwar einen negativen Einfluß auf den real vorfindlichen Gesundheitszustand innerhalb einer Population, gleichzeitig aber einen 'positiven' Effekt auf die in der Statistik erscheinenden AU-Raten ausüben. Das heißt, der Krankenstand spiegelt aufgrund der Tendenz zur Unterinanspruchnahme nicht das gesamte Ausmaß vorliegender Erkrankungen wider, ein nicht näher quantifizierbarer "verdeckter" Krankenstand ist die Folge. Unter einen besonderen Zwang, medizinische Behandlung oder eine ärztlicherseits als notwendig erachtete Krankenschreibung nicht in Anspruch zu nehmen, können Ausländer insbesondere in der gegenwärtigen Beschäftigungskrise dadurch geraten, daß im Falle häufiger oder lang andauernder Arbeitsunfähigkeit eine krankheitsbedingte Kündigung droht. Ausländer sind hiervon erheblich häufiger betroffen als deutsche Beschäftigte (Falke u.a. 1981). Die Angst vor Arbeitsplatzverlust mit der möglichen Folge der Ausweisung kann zu Verschleppung von Krankheiten führen, wenn die "Arbeitsfähigkeit" trotz Krankheit unter Beweis gestellt werden muß. Die insgesamt unsichere Lebensperspektive der ausländischen Erwerbsbevölkerung ist damit nicht nur als spezifischer Belastungsfaktor, sondern gleichzeitig als Einschränkung gesundheitsadäquater Handlungsmöglichkeiten zu betrachten.

## 5. Resümee

Ogleich die bisher vorliegenden Ergebnisse zu gesundheitsrelevanten Aspekten der Lebenslage von Ausländern immer noch lückenhaft sind und die Routinedaten der Gesetzlichen Krankenversicherung nur eine grobe Differenzierung und begrenzte Aussagen erlauben, gibt es genügend Anhaltspunkte dafür, daß Ausländer eine Teilpopulation unter den Erwerbstätigen darstellen, innerhalb derer Belastungen und Risiken für die Gesundheit und Arbeitsfähigkeit in außergewöhnlichem Maße kumulieren. Der alarmierende Anstieg des Krankenstandes der Ausländer in den letzten zehn Jahren bringt zum Ausdruck, daß Verschleißerscheinungen erst nach längerer Zeit der Belastungsexposition zutage treten, vor allem auch deshalb, weil es sich bei der Ausländerpopulation aufgrund der ärztlichen Voruntersuchungen um einst überdurchschnittlich gesunde und belastungsfähige Personen ge-



handelt hat. Weiterhin dürften Gesundheitsinteressen zugunsten von Einkommensinteressen zurückgetreten sein, solange vormals intensivste Erwerbsarbeit mit dem Ziel, in absehbarer Zeit heimzukehren, die Perspektive war. Die Annahme, daß etwa verstärkter Mißbrauch den Krankenstand der Ausländer in den letzten Jahren dermaßen in die Höhe getrieben habe, erscheint unplausibel, wenn man sich die besonders bei hoher Arbeitslosigkeit zunehmend unsichere Situation vergegenwärtigt. So sind gerade Ausländer zu dissimulatorischem Verhalten gezwungen, um ihre Arbeitsplatzsicherheit nicht aufs Spiel zu setzen.

Der unsichere rechtliche Status der ausländischen Beschäftigten, die staatliche und betriebliche Ausländerpolitik in der Bundesrepublik Deutschland sind Voraussetzungen für eine Perpetuierung dieser Unterprivilegierung der Ausländer hinsichtlich vieler Aspekte ihrer Lebens- und Arbeitsbedingungen, die gleichzeitig ihre physische und psychische Gesundheit verschleifen. Phänomene wie 'Kulturschock', 'Akkulturationsstreß' oder 'mißlungene Integration' als 'Krankheitsauslöser' müssen dann allerdings an Erklärungswert verlieren, wenn die zum Teil menschenunwürdigen Lebensbedingungen zur Kenntnis genommen und die Unmöglichkeit, diese zu verarbeiten, eingestanden werden muß.

#### **Anmerkungen**

- 1 Hierbei bleiben allerdings häufig diejenigen Bedingungen unbeachtet, die unser System der gesundheitlichen Versorgung und der sozialen Sicherung zur Struktur dieser Risiken und der abweichenden Krankheitshäufigkeit beiträgt. Viele Arbeiten belegen die große Bedeutung dieser Bedingungen.
- 2 Auch wenn man die aufgrund der Vernachlässigung struktureller Differenzen zwischen Ausländern und Deutschen zum Beispiel bezüglich des Altersaufbaus eingeschränkte Aussagefähigkeit solcher Ergebnisse in Betracht zieht, so ist dennoch von einem überproportionalen Anstieg des Ausländerkrankenstandes in den letzten Jahren auszugehen, der mit dem höheren Durchschnittsalter allein nicht erklärt werden kann.
- 3 Die hier dargestellten Ergebnisse zum Krankenstand, zitiert nach Oppen u.a. (1984), resultieren aus dem Projekt "Krankenstand der Erwerbsbevölkerung in Berlin – ein interregionaler Vergleich" (Projektbearbeiter: Dagmar Bürkardt, Günter Halusa, Maria Oppen, Helmuth Schneider), das von 1979 bis 1983 am Wissenschaftszentrum Berlin, Schwerpunkt Arbeitspolitik in Kooperation mit der "Berliner Arbeitsgruppe Strukturforchung im Gesundheitswesen" (BASiG), TU Berlin, durchgeführt wurde. Die Untersuchung befaßte sich mit Bedingungsfaktoren für regionale Differenzen im Krankenstand zwischen den Ballungsgebieten Berlin, Hamburg und München. Hierbei zeigte sich, daß Routinedaten der Krankenkassen zur Arbeitsunfähigkeit geeignet sind, gesundheitsrelevante Problembereiche und Risikopopulationen zu identifizieren, die gleichzeitig Ansatzpunkte bieten für gruppenspezifische, regionale gesundheitspolitische Maßnahmen, mit bezug auf

den in Berlin überdurchschnittlichen Krankenstand.

Datenbasis war eine jeweils rund zehnprozentige Stichprobe aller Pflichtmitglieder der drei Ortskrankenkassen Berlin, Hamburg und München. Für diese insgesamt rund 120.000 Versicherten lagen alle im Jahr 1981 registrierten AU-Fälle mit Dauer und Diagnose vor, sowie soziodemographische und berufsbezogene Angaben zur Person. Für das Vergleichsjahr 1978 lagen einige ausgewählte Merkmale für die Gesamtheit der Versicherten vor. Zusätzlich wurden Experteninterviews sowie ein Expertencolloquium mit Vertretern der mit Arbeitsunfähigkeit befaßten Institutionen (Vertrauensärztlicher Dienst, Kassenärztliche Vereinigung, Arbeitgeberverband, Personalleiter, Betriebsräte, Betriebsärzte und ähnliche) durchgeführt.

- 4 Diese Überrepräsentanz der Ausländer ist auf die Auswahl der Grundgesamtheit zurückzuführen. Die Beschränkung auf die Pflichtversicherten der AOK (rund 60 Prozent aller Krankenversicherungspflichtigen in Berlin) führt dazu, daß Angestellte mit einem über der Pflichtversicherungsgrenze liegenden Einkommen unterrepräsentiert sind, da sie wahlweise auch in eine Ersatzkasse eintreten können. Dementsprechend ist der Arbeiteranteil und damit auch der Ausländeranteil an den AOK-Mitgliedern deutlich höher als in der Erwerbsbevölkerung.

## Literatur

- Bertan, M.: Eine Studie über Gesundheitsprobleme von Kindern türkischer Arbeitnehmer. In: Hellbrügge, T. (Hrsg.): Die Kinder türkischer Arbeitnehmer. München (Urban u. Schwarzenberg) 1980, S. 143-151
- Bürkardt, D. u. M. Oppen: Sind Frauen häufiger krank? Arbeitsunfähigkeitsrisiken erwerbstätiger Frauen. Veröffentlichungsreihe des Internationalen Instituts für Vergleichende Gesellschaftsforschung/Arbeitspolitik. Berlin (Wissenschaftszentrum) 1984
- Dohse, K.: Ausländerpolitik und betriebliche Ausländerdiskriminierung. Veröffentlichungsreihe des Internationalen Instituts für Vergleichende Gesellschaftsforschung. Berlin (Wissenschaftszentrum) 1981
- Falke, J., A. Höland u. G. Zimmermann: Kündigungspraxis und Kündigungsschutz in der Bundesrepublik Deutschland. Bonn (BMAS Eigenverlag) 1981
- Ferber, L.v. u. W. Slesina: Krankheiten – Ihre sozialmedizinische Erfassung – Maßnahmen der betrieblichen Sozialpolitik. In: Sozialpolitik und Produktionsprozeß, WSI-Studien zur Wirtschaft und Sozialforschung, Nr. 40, Köln (Bund-Verlag) 1981
- Forschungsverbund "Probleme der Ausländerbeschäftigung": Unveröffentlichter Abschlußbericht, Bochum 1979
- Funke, H.J., B. Geißler u. P. Thoma: Industriearbeit und Gesundheitsverschleiß. Frankfurt (EVA) 1975
- Gaugler, E. u.a.: Ausländer in deutschen Industriebetrieben. Ergebnisse einer empirischen Untersuchung. Königstein (Hanstein-Verlag) 1978
- Georg, A., R. Stuppert u. E. Zoike: Krankheit und arbeitsbedingte Belastungen. Bd. 1 u. 2. Essen (Bundesverband der Betriebskrankenkassen, Eigenverlag) 1982
- Grottian, G.: Zur Gesundheit ausländischer Frauen. Informationsdienst zur Ausländerarbeit, 1, 1983
- Hamm, H.: Grundlagen ärztlicher Behandlung von Gastarbeitern und ihrer Familien. Medizin, Mensch, Gesellschaft 4/1982, S. 204-211
- Henninges, H.v.: Arbeitsplätze mit belastenden Anforderungen. Mitteilungen aus der Arbeitsmarkt- und Berufsforschung 4/1981, S. 362-383
- Kielhorn, R.: Symptomenwandel bei Erkrankungen von Gastarbeitern. In: Kente-nich u.a. (Hrsg.): Zwischen zwei Kulturen. Was macht die Ausländer krank? Berlin (Verlag Gesundheit) 1984, S. 14-23

- Kollmeier, H., W. Thiele u. R. Müller: Gibt es einen berufsspezifischen Krankenstand? Zentralblatt für Arbeitsmedizin 4/1980, S. 114-119
- Korporal, J. u. A. Zink: Migration und Gesundheit – Thesen zum Stand der Ausländer-Gesundheitsforschung. In: Geiger, A. u. F. Hamburger (Hrsg.): Krankheit in der Fremde. Berlin (Express) 1984
- Korte, H. u. A. Schmidt: Migration und ihre sozialen Folgen: Förderung der Gastarbeiterforschung durch die Stiftung Volkswagenwerk 1974-1981. Göttingen (Vandenhoeck u. Ruprecht) 1983
- Leigemann, G: Gutachten über die Entwicklung des Krankenstandes in den Betrieben der Eisen-, Blech- und Metallverarbeitenden Industrie. O.O., o.J.
- Oppen, M., D. Bürkardt u. H. Schneider: Verteilung von Arbeitsunfähigkeitsrisiken in der Erwerbsbevölkerung – Berliner Krankenstand im internationalen Vergleich. München (Gesellschaft für Strahlen- und Umweltforschung) 1984
- Schlegel, M.: Krankenstand. Analyse des Krankenstandes in der Gesetzlichen Krankenversicherung von 1954 bis 1980. Die Ortskrankenkasse 15/1982, S. 513-519
- Schmidt, F. u. B. Brandenburg: Gesundheits- bzw. Krankheitserfahrung von Türken in West-Berlin. Informationsdienst zur Ausländerarbeit 1/1983, S. 62-64
- Scholz, F.J. u. H. Wittgens (Hrsg.): Arbeitsmedizinische Berufskunde. Stuttgart 1981
- Schuleri-Hartje, U.-K. u. H.-G. Just: Ausländische Arbeitnehmer und ihre Familien. Teil 2: Maßnahmen im Städtevergleich. Berlin (Deutsches Institut für Urbanistik) 1984
- Wacker, A.: Zur Verarbeitung der Erfahrung unfreiwilliger Arbeitslosigkeit unter besonderer Berücksichtigung psychosomatischer Störungen. In: Jahrbuch für Medizinische Soziologie Bd. 1, Frankfurt 1981, S. 175-183
- Zimmermann, E.: Ausländische Kinder. Gesundheitlicher Zustand und Risiken. Informationsdienst zur Ausländerarbeit 1/1983, S. 58-61
- Zink, A. u.a. (Hrsg.): Schwangerschaft und medizinische Betreuung. Berlin (De Gruyter) 1985