

Oppen, Maria

Book Part — Digitized Version

Ausländerdiskriminierung und arbeitsbedingte Gesundheitsrisiken

Provided in Cooperation with:

WZB Berlin Social Science Center

Suggested Citation: Oppen, Maria (1987) : Ausländerdiskriminierung und arbeitsbedingte Gesundheitsrisiken, In: Heinz Harald Abholz, Petra Botschafter, Dieter Borgers, Rolf Rosenbrock (u.a.) (Ed.): Medizin, Moral und Markt, ISBN 3-88619-146-X, Argument-Verlag, Berlin ; Hamburg, pp. 92-108

This Version is available at:

<https://hdl.handle.net/10419/122505>

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

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

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>.

Maria Oppen

Ausländerdiskriminierung und arbeitsbedingte Gesundheitsrisiken

1. Die Entwicklung der gesundheitlichen Lage der Ausländer

Die Tatsache, daß ausländische Arbeitnehmer und ihre Familien in unserem Lande in vielfacher Weise benachteiligt werden, ist in vielen Bereichen des täglichen Lebens deutlich sichtbar. Sie müssen die unattraktivsten Jobs übernehmen, für die man deutsche Arbeitskräfte trotz Arbeitslosigkeit nicht finden kann. Körperliche Schwerarbeit, gesundheitsschädigende Umgebungsbedingungen wie Staub, Hitze oder giftige Chemikalien, Schicht- und Akkordarbeit sind einige Merkmale typischer »Ausländerjobs«. Gleichzeitig werden solche Arbeiten gering entlohnt, die entsprechenden Arbeitsplätze bieten kaum Qualifizierungs- und Aufstiegsmöglichkeiten und sind besonders krisenanfällig. Darüber hinaus ist hinlänglich bekannt, daß Ausländer sich mit ungünstigen bis unzumutbaren Wohnverhältnissen arrangieren müssen, daß sie erhebliche Anpassungsleistungen an hiesige Arbeits- und Lebensformen erbringen müssen, die besonders erschwert werden durch ausländerfeindliche Strömungen in der inländischen Bevölkerung und durch unsichere Zukunftsperspektiven.

Es liegt auf der Hand, daß eine solche Kumulation von ungünstigen Lebens- und Arbeitsbedingungen zu überproportionalen Krankheits- und Verschleißrisiken in der ausländischen Bevölkerung führen muß. Wissenschaftlich nachweisen läßt sich dies allerdings schwer. Denn die faktische Inanspruchnahme bzw. Unterinanspruchnahme von Institutionen der Gesundheitssicherung und die zumeist hieraus gewonnenen Krankheitsstatistiken weisen gewisse »Entdramatisierungseffekte« auf, die reale Problemlagen verdecken.

So traten in der *ersten Phase* der Arbeitsmigration besondere Gesundheitsprobleme der Ausländer zumindest statistisch gesehen nicht in Erscheinung. Denn die in den ersten Jahren zur Arbeitsaufnahme massenhaft angeworbenen Arbeitskräfte hatten eine sehr günstige Altersstruktur; sie waren überdurchschnittlich gesund und belastungsfähig als Ergebnis der strengen medizinischen Voruntersuchungen im Anwerbeland. Die »gesundheitliche Auslese« bezog sich nicht nur auf möglicherweise bestehende chronische Vorschädigungen und ansteckende Erkrankungen; im Vordergrund stand vielmehr die Eignung des Bewerber-

bers für die mit der vorgesehenen Tätigkeit verbundenen besonderen gesundheitlichen Anforderungen und Belastungen (Reeg 1984). Die unterproportionale Inanspruchnahme der Leistungen des Gesundheitssystems durch die Arbeitsmigranten ist aber auch noch auf andere Faktoren zurückzuführen. Entsprechend dem ursprünglichen Rotationskonzept der Gastarbeiterpolitik war das Ziel der Migranten in der Hauptsache auf einen befristeten Aufenthalt in der Bundesrepublik ausgerichtet und darauf, in kurzer Zeit unter voller Ausschöpfung ihrer Leistungsreserven möglichst viel Geld zu verdienen. Hinzu traten erhebliche sprachliche und kulturelle Zugangsbarrieren zu den Einrichtungen der medizinischen Versorgung und die Unkenntnis der typischen Krankheitsbilder und Symptome von Gesundheitsstörungen, die in modernen Industriegesellschaften das Krankheitsspektrum bestimmen.

Die gesundheitlichen Risiken für Ausländer sind in ihrer ganzen Tragweite erst in der *zweiten Phase* nach dem Anwerbepstop, in Verbindung mit länger anhaltendem Aufenthalt, Familiennachzug, zunehmenden Verbleibabsichten und einer längerfristigen Ausrichtung auf Erwerbstätigkeit in der Bundesrepublik statistisch in Erscheinung getreten. Die Langzeitfolgen von unterprivilegierten Arbeits- und Lebensbedingungen führten zu einem erheblichen Anstieg von Krankheitsepisoden und Gesundheitsschäden. Mit der Abkehr von Teilen der Ausländer von einer nur kurzfristigen Erwerbsorientierung dürfte vermutlich auch die Einsicht in die Schutzfunktion verschiedener Leistungen der sozialen Sicherung (Krankschreibung, Kuraufenthalt) zur Vermeidung von Krankheitsverschlimmerung und längerfristiger Erhaltung der Arbeitsfähigkeit gewachsen sein. So sahen sich ambulante und stationäre medizinische Einrichtungen zunehmend mit ausländischen Patienten konfrontiert.

In der jetzigen *dritten Phase* sind die Beschäftigungskrise und die Arbeitsplatzunsicherheit, mit der gerade die ausländischen Beschäftigten überproportional häufig konfrontiert sind, von erheblicher Relevanz für die rückläufige Entwicklung einiger Krankheitsindikatoren. Bei gegenwärtig unverändert hoher Arbeitslosigkeit in Verbindung mit der konservativen Wendepolitik ist dies weniger auf einen verbesserten Gesundheitszustand zurückzuführen. Vielmehr gibt es einerseits Anzeichen für einen Wandel in Krankheits- und Inanspruchnahmeverhalten der Beschäftigten als Anpassungsprozeß an veränderte Rahmenbedingungen (Oppen 1984). Die Sorge um den Arbeitsplatz, insbesondere, wenn hiervon die Aufenthaltsgenehmigung abhängt, erhöht die Barrieren zur Inanspruchnahme ärztlicher Hilfe und birgt die Tendenz zur Verschleppung von Erkrankungen und zur Aufschiebung von an sich

notwendigen Heil- und Behandlungsphasen in sich. Andererseits führt die verstärkte Ausgliederung von weniger belastungsfähigen und gesundheitlich vorgeschädigten Personen aus dem Beschäftigungssystem zu einer »Entdramatisierung« der Krankheitsstatistiken. Krankheit als Selektionskriterium auf dem Arbeitsmarkt kann für viele Ausländer gleichzeitig als Impuls oder Zwang zur Rückwanderung wirksam werden. Im Verbund mit der gegenwärtigen Politik der »Rückkehrhilfen« werden somit die Folgekosten des Verschleißes von Arbeitsvermögen, des Aufbrauchs von Gesundheit im nationalen Maßstab externalisiert bzw. auf die Herkunftsländer verlagert, wenn vor allem ältere und/oder gesundheitsbeeinträchtigte Erwerbspersonen zur Rückwanderung veranlaßt werden können. Gegenwärtig überlagern solche politischen und ökonomischen Faktoren die ansteigende Inanspruchnahme medizinischer Leistungen durch die Ausländer.

Nichtsdestoweniger ist der globale Trend einer eklatanten Verschlechterung der gesundheitlichen Lage der ausländischen Arbeitnehmer in unserem Land gegenüber den Anfangsjahren der Migration ungebrochen; das Problem der gesundheitlichen Deprivation stellt sich zum Teil schon jetzt gegenüber der inländischen Erwerbsbevölkerung erheblich stärker, trotz der immer noch günstigeren Altersstruktur unter den Ausländern:

- der Krankenstand der Ausländer ist seit Mitte der 60er Jahre um mehr als 100 % angestiegen und liegt seit 1977 durchgängig erheblich über demjenigen der Inländer.
- Die Arbeitsmigranten müssen durchschnittlich häufiger und länger als Deutsche im Krankenhaus medizinisch behandelt werden (Koen u.a. 1986).
- Ausschlaggebend für die gegenüber der deutschen Erwerbsbevölkerung erhöhten Krankheitsraten ist ein enges, wohl definierbares Spektrum von Krankheitsarten. Schon sehr früh zeigten Statistiken um das doppelte bis dreifache erhöhte Arbeitsunfallraten sowie einen überproportionalen Anteil von Magen-Darm-Erkrankungen. Inzwischen treten aber auch erheblich häufiger Erkrankungen des Bewegungsapparates bei beiden Geschlechtern sowie Harnwegserkrankungen und Geschlechtsorganerkrankungen und Komplikationen der Schwangerschaft bei den ausländischen Frauen auf (Oppen 1986).
- Viele dieser Diagnosen verweisen auf die Problematik chronischer Erkrankungen; nach Selbsteinschätzung ist z.B. unter Türken trotz erheblich niedrigeren Durchschnittsalters der Anteil chronisch Kranker fast genauso hoch wie unter Deutschen (Koen u.a. 1986).

- Dementsprechend haben auch die medizinischen Rehabilitationsmaßnahmen in der Arbeiterrentenversicherungen unter den Ausländern im Zeitraum von 1976 bis 1982 um mehr als 100 % zugenommen.
- Auch erreicht nur eine Minderheit der Migranten die normale Altersgrenze als Berufstätige; rund 70 % aller Rentenzugänge unter den ausländischen Arbeitern waren Frührentner wegen Berufs- und Erwerbsunfähigkeit, aber nur 50 % unter den deutschen Arbeitern (Verband der Rentenversicherungsträger 1986).

Obwohl sich dieses Bild einer dramatischen Entwicklung der gesundheitlichen Lage unter den Arbeitsmigranten in der Bundesrepublik inzwischen immer deutlicher zusammenfügt, ist eine »Ursachenforschung« nur in Ansätzen vorhanden, ganz zu schweigen von der Entwicklung tragfähiger sozialpolitischer Konzepte. Im Gegenteil tragen viele der medizinischen aber auch medizinsoziologischen Beiträge zu diesem Thema eher dazu bei, durch »Umdefinition« der gesundheitlichen Problemlage der Arbeitsmigranten von den eigentlichen Ursachen abzulenken (Warnach 1984). So werden die Schwierigkeiten in der medizinischen Versorgung vorrangig auf Sprachschwierigkeiten und mangelnde Kooperationsbereitschaft der Ausländer sowie auf die kulturelle Prägung von Symptomwahrnehmung und Krankheitsverhalten zurückgeführt. Ausländerspezifische Beschwerdebilder finden vorschnell ihre Erklärung im sogenannten Migrationsstreß (Trennung von der gewohnten und Eingewöhnung in die neue soziale und kulturelle Umgebung) oder in der mißlungenen Anpassung. Offen diskriminierende Ausprägung erhält die Debatte da, wo Ausländer nicht nur ihre gesundheitliche Misere selbst verschulden, sondern auch noch des »Mißbrauches unseres Sozialversicherungssystems« bezichtigt werden. Solche individualisierenden, kulturzentrierten und diskriminierenden Umdefinitionen und Etikettierungen gesundheitlicher Problemlagen von Ausländern legen entsprechende »Problemlösungen« nahe, die von der Aufforderung zu stärkeren Anpassungsbemühungen, über Kontrollstrategien bis hin zur Repatriierung als alleinigem Heilmittel gegen psychosomatische »Heimwehreaktionen« reichen.

In Abgrenzung zu derartigen sigmatisierenden Deutungsmustern ¹¹ im folgenden der Einfluß der »strukturellen Ungleichheit« der Arbeitsmigranten hinsichtlich Belastungen und Zumutungen in der Arbeitswelt auf ihre Gesundheitschancen und Erkrankungsrisiken herausgearbeitet werden.

2. Beschäftigungschancen und Gesundheitsrisiken

Unumstritten und vielfach belegt ist, daß Ausländer nicht in gleicher Weise vorhandene betriebliche Positionen und Berufe bekleiden wie die deutschen Beschäftigten. Zu Beginn ihrer Beschäftigung in der Bundesrepublik Deutschland standen ihnen insbesondere jene Arbeitsplätze offen, die für die deutschen Beschäftigten am unattraktivsten waren. Denn mit der Erschließung der ausländischen Arbeitsmarktreserven wurden Mobilitätsprozesse der Inländern inganggesetzt, wobei sie aufgrund einer veränderten Nachfrageentwicklung die Arbeitsplätze mit den klassischen industriellen Belastungen der unmittelbaren Produktion verlassen konnten. Diese Entwicklung war dadurch gekennzeichnet, daß aufgrund des technologischen Fortschritts einerseits die Qualifikationsanforderungen an die Beschäftigten in Bereichen der industriellen Produktion anstiegen und andererseits der Angestelltenanteil dadurch die Expansion des Dienstleistungsbereichs in den Unternehmen und des Dienstleistungssektors zunahm. Die Effekte der erleichternden technologischen Entwicklung und der Strukturverschiebungen kamen einseitig den deutschen Arbeitnehmern zugute, während den Ausländern die weiterexistierenden alten Formen der belastungsintensiven Arbeit aufgebürdet wurden. Auch aufgrund ihres niedrigeren Bildungsniveaus und mangelnder Sprachkenntnisse mag es zunächst nahegelegen haben, die angeworbenen Ausländer an solchen Arbeitsplätzen mit geringen qualifikatorischen Anforderungen und kurzen Einarbeitungszeiten einzusetzen.

Zudem wurden verschiedentlich Entwicklungen beobachtet (Osterland u.a. 1973; Gaitanides 1983), in deren Verlauf sich das Ausmaß von Belastungen (nicht nur) an solchen typischen Ausländerarbeitsplätzen noch erhöht hat. Technischer Wandel führte zu weiteren Anstrengungen der Extensivierung der Maschinenauslastung (Zunahme der Schichtarbeit, Überstunden) und der Intensivierung der Arbeit (Arbeitsgeschwindigkeit, weitere arbeitsorganisatorische Zerlegung von komplexeren Verrichtungen). Der Druck der internationalen Reserve und die höhere Belastbarkeit der Ausländer, die durch ihre gesundheitliche Auslese, ihre Altersstruktur und ihre anfänglich kurzfristigen Interessen bedingt war, ermöglichte eine solche Ausdehnung der produktivitätssteigernden Arbeitsmethoden. Dies hat zur Herausbildung eines ausländerspezifischen Arbeitsmarktsegmentes im Verlauf der Arbeitsmigration mit beigetragen. Die deutschen Arbeitskräfte wollen und können sich teilweise nicht den mit Unterstützung des Rotationssystems in der Ausländerpolitik entstandenen Arbeitsbedingungen unter der

Perspektive der längerfristigen Erhaltung ihrer Erwerbsfähigkeit unterwerfen. Auch heute noch haben ausländische Beschäftigte sehr eingeschränkte Aufstiegschancen und nehmen hinsichtlich vieler Dimensionen wie Belastung, Qualifikation, Status, Verdienst und Arbeitsplatzsicherheit die untersten betrieblichen Positionen ein; und dies, trotz inzwischen besserer Sprachkenntnisse, erworbener Industrieerfahrung und/oder adäquaterer Ausbildung, als dies zunächst bei der neu angeworbenen ersten Generation der Arbeitsmigranten der Fall war. Ausländer konzentrieren sich stärker auf das verarbeitende Gewerbe als ihre deutschen Kollegen. Dementsprechend sind sie im Dienstleistungssektor stark unterrepräsentiert. Über 80 % aller Ausländer sind Arbeiter. Unter den Arbeitern ist wiederum der Anteil der Qualifizierten (Facharbeiter, Vorarbeiter, Meister) bei den Ausländern nur halb so groß wie bei den Deutschen. Gleichmaßen ist auch der Anteil der Ausländer an den Auszubildenden erheblich geringer, als dies ihrem Anteil an den Jugendlichen der entsprechenden Altersgruppe entsprechen würde. Auch eine zukünftige Verbesserung der Qualifikationsstrukturen der Ausländern steht damit in Frage.

Tabelle 1 Verteilung der deutschen und ausländischen Versicherten auf berufliche Positionen und AU-Tage pro 100 Versicherte im Jahr

| | Deutsche | | Ausländer | | Abw. AU-Tage Dt. =100 |
|--------------------|---------------|-----------------------|---------------------|-----------------------|-----------------------------|
| | Vers. in % | AU-Tage/ 100 Vers. | Vers. in % | AU-Tage/ 100 Vers. | |
| Un- und Angelernte | 33,2 | 2571 | 66,3 | 3170 | + 23,3 |
| Facharbeiter | 22,8 | 2070 | 16,7 | 2619 | + 26,5 |
| Meister/Poliere | 0,7 | 1711 | (0,2 ¹) | (1239) | (- 27,6) |
| Angestellte | 22,1 | 1717 | 8,2 | 2025 | + 17,9 |
| Auszubildende | 6,6 | 1534 | 1,4 | 1560 | + 1,7 |
| Teilzeit < 20 Std. | 3,1 | 1147 | 5,1 | 2550 | + 122,2 |
| Teilzeit > 20 Std. | 10,3 | 1716 | 1,6 | 2402 | + 39,9 |
| Insgesamt | 100,0 | 2058 | 100,0 | 2917 | + 47,7 |

¹ Bei dieser Gruppe handelt es sich um 10 Versicherte

Quelle: Berechnet auf der Basis von Daten der AOK Berlin, 1981

Aus dieser Ungleichverteilung in den Beschäftigungschancen ergeben sich erste plausible Erklärungen für die überdurchschnittlichen Erkrankungsrisiken der Ausländer.

Der um mehr als 40 % höhere Krankenstand der Ausländer gegenüber den deutschen Beschäftigten erklärt sich knapp zur Hälfte aus Struktureffekten: unter den Ausländern sind all diejenigen Statusgruppen, für die jeweils unterdurchschnittliche Gesundheitsrisiken bestehen (Teilzeitbeschäftigte, Auszubildende, Angestellte, Facharbeiter) unterrepräsentiert; nur der Anteil der un- und angelernten Arbeiter, die auch unter den deutschen Beschäftigten den mit Abstand höchsten Krankenstand aufweisen, ist bei den Ausländern rund doppelt so hoch wie bei den Deutschen.

Entsprechend dem hohen Anteil gewerblicher Beschäftigter unter den Ausländern unterscheiden sie sich auch im Hinblick auf die Besetzung von Berufsgruppen ganz erheblich von ihren deutschen Kollegen. Die Beschäftigungsschwerpunkte der Ausländer liegen gerade auf solchen produktionsnahen Berufstätigkeiten, innerhalb derer auch die deutschen Beschäftigten häufig überdurchschnittlich hohe Arbeitsunfähigkeitsquoten aufweisen wie im Falle der verschiedenen Metallberufe, der Lager- und Transportarbeiter, der Hilfs- und Bauhilfsarbeiter. Umgekehrt läßt sich für die wenigen Berufsgruppen mit niedrigen Krankenstandswerten, in denen auch Ausländer beschäftigt sind, erkennen, daß dort auch ihr Krankenstand besonders niedrig liegt, zum Teil sogar unter dem ihrer deutschen Kollegen.

Tabelle 2: Verteilung von Ausländern und Deutschen nach ausgewählten Berufsgruppen und Arbeitsunfähigkeitsindikatoren pro 100 Versicherte

| Berufe | Ausländer | | Deutsche | | | |
|------------------------------------|------------|---------|----------|------------|---------|----------|
| | Vers. in % | AU-Tage | AU-Fälle | Vers. in % | AU-Tage | AU-Fälle |
| Raum-/Hausrats- reiniger | 10,0 | 3065 | 159 | 5,1 | 2375 | 117 |
| Metallerzeuger | 8,7 | 3377 | 195 | 2,2 | 2397 | 145 |
| Ernährungsberufe | 4,4 | 3599 | 205 | 2,0 | 2547 | 135 |
| Montierer/Elektro- montierer | 4,2 | 4521 | 197 | 1,1 | 2988 | 147 |
| Chemie-/Kunststoff- verarbeiter | 3,6 | 3303 | 205 | 1,3 | 2285 | 137 |
| Lager-/Transport- arbeiter | 3,6 | 2880 | 185 | 2,7 | 2816 | 128 |
| Hilfsarbeiter | 3,4 | 3297 | 213 | 1,2 | 3855 | 196 |
| Verkäufer | 2,6 | 1544 | 103 | 7,9 | 1747 | 95 |
| Gesundheitsberufe | 2,1 | 1605 | 97 | 4,4 | 1731 | 86 |
| Bürofachkräfte | 1,8 | 1909 | 98 | 7,6 | 1528 | 86 |
| Alle Berufe | | 2916 | 161 | | 2058 | 110 |

Quelle: Berechnet auf der Basis von Daten der AOK Berlin, 1981

Aus verschiedenen Untersuchungen und Berichten (Ranneberg u.a. 1981; Demmer und Küpper 1984) läßt sich abschätzen, daß in den typischen Schwerpunktbereichen der Ausländerbeschäftigung verschiedene, als gesundheitsrelevant erkannte Belastungen und Anforderungen in besonderem Maße kumulieren, was hier nur exemplarisch angedeutet werden kann. Nach wie vor ist ein Teil dieser Berufsgruppen von körperlicher Schwerarbeit oder einseitig belastender Arbeit betroffen (Metallerzeuger, Lager- und Transportarbeiter, Ernährungsberufe). Einige müssen unter besonders ungünstigen Umgebungsbedingungen wie z.B. Hitze, Kälte, Zugluft, Lärm, Gase oder Dämpfe arbeiten (Metallerzeuger, Lager- und Transportarbeiter) oder haben regelmäßig Umgang mit gesundheitsschädigenden Arbeitsstoffen (Chemie-Kunststoffverarbeiter, Ernährungsberufe, Raumreiniger). Einige dieser Arbeitsplätze sind gekennzeichnet durch taktgebundene Arbeit mit geringen Vorgabezeiten, Akkord und Nacht- und Schichtarbeit. Die hierbei häufig auftretende Kombination von Reizarmut (Monotonie) bei gleichzeitig hohen Konzentrationsanforderungen und rigider Kontrolle bringt auch erhebliche psychische Belastungen mit sich (Elektromontierer, Ernährungsberufe).

Die hier für typische Ausländerjobs qualitativ ermittelten besonderen Belastungskumulationen werden durch breit angelegte Untersuchungen quantitativ gestützt. Überdurchschnittlich hohe Ausländerquoten sind in Großbetrieben mit über 500 Beschäftigten anzutreffen (Gaugler u.a. 1978). Entsprechend ist auch ihr Anteil in der Großserienfertigung mit hoch standardisierten, monotonen Verrichtungen erheblich höher (28 % versus 16 % der Deutschen). 40 % der Ausländer, aber nur 32 % 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 % deutlich über dem der deutschen Beschäftigten mit 39 %. Insgesamt 20 % der deutschen, aber 36 % der ausländischen Erwerbstätigen sind in Berufen mit hoher bzw. sehr hoher Gesamtbelastung beschäftigt (Henniges 1981).

Neben dieser rein verteilungsmäßigen Benachteiligung der Ausländer durch ihre Konzentration auf besonders gesundheitsgefährdende Berufe werden häufig weitere belastungsrelevante Diskriminierungsformen beobachtet, die innerhalb homogener Berufsgruppen oder betrieblicher Abteilungen wirksam werden (Gaitanides 1983; Hoffmann und Even 1985). Bestimmte Nachteile am Arbeitsplatz werden überproportional häufig auf Ausländer verlagert durch Anweisungsbefugnisse der Vorgesetzten einerseits und kommunikative Aushandlungsprozesse mit den

Vorgesetzten andererseits, bei denen die Ausländer gegenüber ihren deutschen Kollegen die geringeren Interventionschancen haben.

- Innerhalb von Abteilungen werden die besonders belastenden und gesundheitsbeeinträchtigenden Arbeiten zuungunsten der Ausländer aufgeteilt.
- Ihnen werden häufig die älteren und störungsanfälligeren Maschinen und das schlechtere Material zugeteilt. Akkordvorgaben sind daher schwerer zu erfüllen, entsprechende Ausfallzeiten werden ihnen nur unter Schwierigkeiten angerechnet.
- Ausländer werden häufiger als Deutsche kurzfristig umgesetzt (innerbetriebliche Manövriermasse). Bei längerfristigen Umsetzungen auf Arbeitsplätze mit leichterem und weniger belastender Tätigkeit werden dagegen ihre deutschen Kollegen vorgezogen.
- Die Barrieren zum Aufstieg in Vorgesetztenpositionen sind häufig unüberwindlich. Im Gegenteil sind bei Ausländern innerbetriebliche Mobilitätsprozesse häufiger mit Lohneinbußen verbunden.
- Ausländer sind stärker von betrieblichen Entlassungen in Phasen von Personalabbau betroffen.

Festzuhalten bleibt somit, daß die höheren Erkrankungsraten der Ausländer gegenüber den deutschen Beschäftigten zum einen der strukturellen Benachteiligung der Ausländer bezogen auf berufliche Tätigkeiten und betriebliche Statusgruppen geschuldet sind. Zum anderen sind sie aber auch innerhalb homogener Berufs- und Statusgruppen besonderen Diskriminierungsformen unterworfen, die zu einer Verschärfung ihrer Belastungssituation führen. So erscheint vor dem Hintergrund höherer Betroffenheit von körperlicher Schwerarbeit, ungünstigeren Umgebungsbedingungen, restriktiver Arbeit unter Zeitdruck die größere Verbreitung von Krankheiten des Bewegungsapparates als auch der Atmungsorgane unter den Ausländern plausibel. Auch die erhöhten Fallzahlen infolge Magen-Darm-Erkrankungen lassen sich zumindest teilweise als Folgen arbeitsbedingter Belastungskumulationen wie Arbeitsplatzunsicherheit, Nacht- und Schichtarbeit oder Arbeit unter Zeitdruck interpretieren.

Nun stellt sich aber die Frage, wie es dazu kommt, daß der größte Teil der Ausländer über Zeit auf die produktionsnahen und instabilen Positionen der Randbelegschaft festgelegt werden konnte, womit ihnen gleichzeitig die damit verbundenen erhöhten Gesundheitsrisiken überproportional aufgebürdet werden. Die Gründe liegen weniger in Merkmalen, die diesen Arbeitnehmergruppen selbst zugeschrieben werden, wie Sprachdefizite, geringes Qualifikationsniveau oder ökonomisch orientiertes Erwerbsverhalten. Vielmehr ist der weitgehende Ausschluß

von beruflichen Qualifizierungs- und Aufstiegschancen überwiegend Ergebnis betrieblicher Personalpolitik im Verbund mit staatlicher Ausländerpolitik (Dohse 1981). Die Ausländerpolitik steuert auf gesamtwirtschaftlicher Ebene die Beschäftigung der Ausländer entsprechend der Wirtschaftslage und der Arbeitsmarkterfordernisse. Dies geschieht vor allem durch eine restriktive Handhabung des Aufenthalts- und Arbeitserlaubnisverfahrens für Ausländer, die nicht in den EG-Staaten beheimatet sind. Sie verfügen nur zu einem geringen Prozentsatz (1984: 3,4 %; Wahle-Homann 1984) über einen verfestigten Aufenthaltsstatus, der sie vor Ausweisung schützt. Für alle anderen können zur Verweigerung der Aufenthaltsverlängerung oder zur Ausweisung Gründe wie Arbeitslosigkeit oder Sozialhilfebedürftigkeit geltend gemacht werden. Weiterhin haben nur rund 50 % dieser Ausländer einen verfestigten arbeitsrechtlichen Status, der ihnen die Aufnahme einer angestrebten Beschäftigung gestattet. Ansonsten liegt es im Ermessen der Behörden, die Arbeitserlaubnis »bedarfsgerecht« zu steuern, d.h. zu versagen, sofern für die gewünschte Tätigkeit deutsche Arbeitskräfte zur Verfügung stehen (Inländerprimat). Auch das in jüngster Zeit durchgeführte staatliche Rückkehrförderungsprogramm (»Rückkehrprämie und Rückerstattung der Arbeitnehmerbeiträge zur Rentenversicherung«) und andere diskutierte Maßnahmen, die sich vor allem gegen die Türken richten, führen zu weiterer Verunsicherung und sozialem Druck, die die rechtlich unsichere Lage der Ausländer zumindest ideologisch verfestigen. Ausländern bleiben damit tendenziell auf dem Arbeitsmarkt, aber auch im einzelnen Betrieb »Manövriermasse« für die Besetzung ungünstiger Arbeitsplätze und die flexible Anpassung an Arbeitsmarktschwankungen.

Für die betriebliche Personalpolitik ist die Diskriminierung der Ausländer als Teil der Randbelegschaft zudem ein Instrument zur Herrschaftssicherung. Es wird versucht, die konfliktfähigeren und organisierten Bereiche unter den Arbeitern durch Privilegierung in ein Kooperationsverhältnis zu integrieren (Stammebelegschaft). Aufgrund von Selektionskriterien bei innerbetrieblichen Qualifizierungs- und Aufstiegsprozessen werden diese Teile der Belegschaft oft in dieser Hinsicht bevorzugt. Ausländern, die aufgrund ihrer rechtlich unsicheren Lage in Bezug auf Aufenthalts- und Arbeitserlaubnis zu den weniger konfliktfähigen Beschäftigungsgruppen zählen, bleiben daher tendenziell Qualifizierungsmaßnahmen verschlossen. Als gering qualifizierte Mitglieder von Randbelegschaften sind diese zumeist auch als erste von Freisetzungen betroffen. Hohe Fluktuationsraten und unsichere Verbleibabsichten werden dann wiederum häufig als Begründung für die Nichtberücksich-

tigung bei innerbetrieblichen Anlern- und Weiterbildungsmaßnahmen angeführt, mit Verweis auf den möglichen Verlust der Humankapitalinvestitionen.

Die verschiedenen Formen von Benachteiligung am Arbeitsplatz haben offensichtlich in den vergangenen Jahren gleichbleibend hoher Arbeitslosigkeit immens zugenommen. Vor dem Hintergrund wachsender gesellschaftlicher Ausländerfeindlichkeit und Ausländerverdrängungspolitik erscheint eine solche Ungleichbehandlung durch die Vorgesetzten als durchaus legitimiert, zumal die Arbeitsmigranten mit einer solidarischen Unterstützung bei der Wahrnehmung ihrer Interessen durch deutsche Kollegen wie auch durch die betriebliche Interessenvertretung weniger rechnen können, als noch vor ein paar Jahren (Hoffmann und Even 1985). Denn die Existenz der Ausländer wird vielfach als Bedrohung der Arbeitsplatzsicherheit der deutschen Beschäftigten verstanden; die Duldung der Ausländer ist nur dann einsichtig, wenn sie die Tätigkeiten verrichten, für die sich Inländern nicht bereit finden. Aber auch die betroffenen Ausländer selbst nehmen Ungleichbehandlung und Unterdrückung ohne nennenswerte Gegenwehr unter dem Druck der Arbeitsmarktlage hin. Die allgegenwärtige Entlassungsdrohung, ob ausgesprochen oder nur subjektiv antizipiert, verringert das Handlungspotential der Ausländer noch zusätzlich und führt zur Inkaufnahme aller möglichen Zumutungen. Daß diese Situation nicht nur eine Verschärfung objektiv gesundheitsrelevanter Belastungsdimensionen am Arbeitsplatz impliziert, sondern daß solche Diskriminierungserfahrungen und die Aussichtslosigkeit des Kampfes dagegen ebenso die Gefahr psychosomatischer Erkrankungen in sich bergen, muß nicht besonders betont werden.

Exkurs: Es trifft nicht alle Ausländer gleich

Ganz besonders benachteiligt in bezug auf Gesundheitschancen und Erkrankungsrisiken sind die Türken einerseits und die ausländischen Frauen andererseits.

Die für Ausländer allgemein anzutreffenden strukturellen Benachteiligungen und Diskriminierungsformen verschärfen sich für diese beiden Teilgruppen aufgrund je spezifischer Sonderbedingungen. Für beide Gruppen gilt gleichermaßen, daß ihr Spektrum beruflicher Möglichkeiten noch enger begrenzt ist auf unqualifizierte belastungsintensive Tätigkeiten in der industriellen Güterproduktion und auch dort ihre Aufstiegsmöglichkeiten in Facharbeiterpositionen noch weit geringer sind, als dies für die Arbeitsmigranten insgesamt dargestellt wurde.

Tabelle 3: Vergleich der AU-Indikatoren
nach Ausländergruppen, Geschlecht und Alter

| Alter | | Männer | | Frauen | |
|---------------------------|-----------|--------|-------------|--------|-------------|
| | | Türken | Südeuropäer | Türken | Südeuropäer |
| AU-Tage pro 100 Vers. | bis 29 | 2345 | 1271 | 3239 | 2569 |
| | 30 bis 44 | 2954 | 2691 | 4014 | 3024 |
| | > 44 | 2803 | 3504 | 3257 | 4427 |
| | insgesamt | 2945 | 2663 | 3683 | 3135 |
| AU-Fälle pro 100 Vers. | bis 29 | 195 | 111 | 204 | 175 |
| | 30 bis 44 | 169 | 131 | 193 | 164 |
| | > 44 | 161 | 139 | 167 | 113 |
| | insgesamt | 174 | 130 | 195 | 159 |

Quelle: Berechnet auf der Basis von Daten der AOK Berlin, 1981

Für die besonders unterprivilegierte Position *türkischer Arbeitnehmer* sind sowohl spezifische Qualifikationsdefizite als auch ihre objektiv schwache Position in der Abwehr von Benachteiligungen von Bedeutung. Der Anteil derjenigen, die im Heimatland eine Berufsausbildung absolviert haben, ist unter den Türken niedriger als z.B. unter den Jugoslawen. Zumal herausgestellt wird, daß gerade die Berufsausbildung in der Türkei keine der deutschen adäquate Formalqualifikation darstelle aufgrund der häufig fehlenden Industrieerfahrung und unterschiedlicher Ausbildungssysteme. Tatsächlich müssen Türken stärkere Dequalifizierungsprozesse zwischen Facharbeiterstatus im Heimatland und Eintrittsbeschäftigung in der Bundesrepublik hinnehmen. Zudem weisen sie auch eine geringere Aufstiegsquote auf. Während unter den türkischen Migranten im Zeitraum von 1972 bis 1980 der Anteil der qualifizierten Arbeiter nur um rund 2 % zugenommen hat, lag dieser Anstieg bei den anderen Nationalitäten zwischen 10 % und 25 % (Gaitanides 1983).

Die Benachteiligung von Türken im Rahmen betrieblicher Personalpolitik ist jedoch nicht allein an Qualifikationsmerkmalen orientiert. So ist es keine Einzelbeobachtung, daß diskriminierende Arbeitskräfte-Einsatzstrategien damit legitimiert werden, daß Türken aufgrund des wirtschaftlichen Entwicklungsstandes und der religiösen Besonderheiten ihres Herkunftslandes besonders anspruchssarm seien (Hoffmann/Evev 1985). Die ihnen zugeschriebene besondere Leistungswilligkeit und Anpassungsfähigkeit, die sie zur Ausführung monotoner, belastungsintensiver und unangenehmer Tätigkeiten als geeignet erscheinen läßt, ist aber sicherlich weniger eine Frage ihrer Mentalität, als

vielmehr Folge ökonomischer Zwänge. Türken sind stärker noch als andere Ausländergruppen gezwungen, alle möglichen Zumutungen und Belastungen am Arbeitsplatz hinzunehmen, wenn sie nicht Gefahr laufen wollen, ihren Arbeitsplatz zu verlieren. Stabile Beschäftigungs- und gesicherte Einkommensverhältnisse sind aber gerade für Türken zentrale Voraussetzung für einigermaßen kalkulierbare Zukunftsperspektiven in der Bundesrepublik. Denn als Nicht-EG-Mitglieder ist ihr Rechtsstatus besonders unsicher und die Ausländerfeindlichkeit richtet sich vor allem gegen Türken als größte Gruppe unter den Arbeitsmigranten. Eine Rückkehr ist aber gerade für sie besonders aussichtslos, da die Türkei noch weniger als andere Herkunftsländer eine Perspektive für die vom inländischen deutschen Arbeitsmarkt Verdrängten bietet.

Die gesundheitliche Lage der Ausländerinnen läßt sich angemessen nur interpretieren als Ergebnis ihrer »doppelten Diskriminierung« in der Gesellschaft: als Frau und als Ausländerin. Im Beschäftigungssystem liegt die besondere Benachteiligung darin begründet, daß die Arbeitsmigrantinnen im Bereich der industriellen Güterproduktion als Frauen systematisch von den qualifizierteren, besser verdienenden und weniger von Freisetzung bedrohten Stammebelegschaften ausgeschlossen sind. Dementsprechend haben Ausländerinnen (ähnlich wie ihre deutschen Geschlechtsgenossinnen) gegenüber ihren Männern noch geringere Aussichten auf Facharbeiterpositionen im produktionsnahen Bereich (4 % gegenüber 17 %). Zweitens sind sie als Ausländerinnen gegenüber deutschen Frauen von Beschäftigungschancen im Dienstleistungssektor weitgehend ausgenommen. Denn für die meisten dieser Berufe mit einem hohen Anteil an kommunikativen Tätigkeiten ist Grundvoraussetzung, die deutsche Sprache in Wort und Schrift zu beherrschen. Gerade Ausländerinnen mit relativ kurzer Aufenthalts- und Beschäftigungsdauer in der Bundesrepublik konnten bisher häufig keine ausreichenden sprachlichen Kompetenzen entwickeln. Des Weiteren stehen vor allem Frauen als später nachgereiste Ehepartner oft noch unter speziellen Sperregelungen am Arbeitsmarkt, die ihnen den Zugang zu solchen Arbeitsplätzen, für die deutsche Kräfte zur Verfügung stehen, versperren.

In der erwerbsarbeitsfreien Zeit ergibt sich die doppelte Diskriminierung der Migrantinnen einmal daraus, daß sie als Frauen zusätzlich den überwiegenden Teil der Familien- und Hausarbeit übernehmen müssen, der ihre Spielräume für Entspannung und Erholung auf ein Minimum reduziert. Aufgrund ökonomischer Zwänge haben Ausländerinnen weniger die Möglichkeit als deutsche Frauen, sich je nach Lebens- und Familienphase zeitlich begrenzt aus der Erwerbstätigkeit zurückzuziehen.

So ist der Anteil der Mütter etwa doppelt so hoch wie unter den deutschen erwerbstätigen Frauen, ganz abgesehen davon, daß Ausländerinnen durchschnittlich mehr Kinder zu betreuen haben. Die Notwendigkeit, den widersprüchlichen Anforderungen aus Erwerbs- und Erziehungsarbeit in der Familie gerecht werden zu müssen, betrifft daher Ausländerinnen anteilmäßig stärker. Zum anderen stehen sie als Ausländerinnen vor der Situation, ihre Familienaktivitäten in einem Wohnumfeld erledigen zu müssen, welches zumeist den hier üblichen Mindeststandards in keiner Weise entspricht. Beengte Wohnverhältnisse und minderwertige Wohnqualität kennzeichnen die Situation von rund 50 % der Ausländer, aber nur von 5 % der Deutschen (Forschungsverbund 1979).

3. Perspektiven der Gesundheitssicherung

Da die Bundesrepublik längst für große Teile der Wanderarbeiter zum Einwanderungsland geworden ist, lassen sich die Folgen des jahrelangen, arbeitsbedingten Gesundheitsverschleißes nicht einfach ignorieren oder in die Herkunftsländer der Migranten »exportieren«, was offensichtlich manche als Nebeneffekt der »Rückkehrförderung« erhofft haben. Die Inkaufnahme aber einer Verschiebung der Systemprobleme des Arbeitsmarktes und der Defizite menschengerechter Gestaltung von Arbeitsplätzen und Arbeitsanforderungen auf ethnische Minderheiten (aber auch auf andere gesellschaftliche Teilgruppen wie z.B. Frauen) kann zur Entstehung erheblicher sozialer Konfliktpotentiale beitragen und führt zu bedeutenden Folgekosten im System der sozialen Sicherung.

Die Ursachen ausländerspezifischer Gesundheitsrisiken verweisen auf eine Problemstruktur, deren Bearbeitung Maßnahmen erfordern würde, die über die üblicherweise als Ergebnis der Ausländergesundheitsforschung im Vordergrund stehenden Forderungen nach einer Verbesserung der sozialen und medizinischen Versorgung und einer systematischen Berücksichtigung kultureller und sozialer Besonderheiten des ausländischen Patientenkollektivs — so notwendig dies auch ist — hinausreichen. Denn es ist hinlänglich bekannt, daß die kurative, naturwissenschaftlich ausgerichtete Medizin längst an ihre Grenzen gestoßen ist, insbesondere was die Heilung der modernen Volkskrankheiten mit überwiegend chronischem Verlauf anbelangt. Erfolgversprechender ist hier die Entwicklung und Umsetzung primär präventiver Konzepte, die auf die Bekämpfung der komplexen Entstehungsbedingungen von typischen Krankheitsmustern in hoch entwickelten Industriegesellschaften

gerichtet sind. Im Zentrum einer realistischen Politik, die die Verbesserung der sozialen und damit der gesundheitlichen Lage der Arbeitsmigranten in der Bundesrepublik zum Ziel hat, müßten vor allem drei Bereiche »struktureller Prävention« stehen:

Erstens muß der anhaltenden Massenarbeitslosigkeit, die zukünftig im Zuge sinkender Wachstumsraten und weiterer Rationalisierung eher zunehmen wird, mit einer konsequenten Arbeitsumverteilung durch Arbeitszeitverkürzung begegnet werden. Denn drohender Arbeitsplatzverlust und Arbeitslosigkeit, von denen Ausländer besonders hart betroffen sind, müssen einerseits selbst als Krankheitsauslöser angesehen werden. Andererseits führen die gegenwärtig vorherrschenden Positionen zur Lösung der Arbeitsmarktprobleme durch Verdrängung unter anderem der Ausländer (aber auch der Frauen und älteren Arbeitnehmer) vom deutschen Arbeitsmarkt zu einer Spaltung der Arbeitsbevölkerung. Die Vorstellung von der Abwälzung von Risiken auf einzelne Beschäftigtengruppen, für die »Alternativen« zur Erwerbsrolle gesellschaftlich definiert werden, birgt die Gefahr der Erosion der gewerkschaftlichen Solidarität und Stärke im Kampf um die Sicherung von Arbeitsverhältnissen und um humanere Arbeitsbedingungen in sich und bildet gleichzeitig den Nährboden für wachsende Ausländerfeindlichkeit in der Bevölkerung.

Zweitens ist eine veränderte Perspektive in der Ausländerpolitik notwendig, die die vertikalen Integrationsdefizite und die damit verbundene ausländerspezifische Ungleichverteilung von Lebenschancen und Erkrankungsrisiken anzugehen sucht. Einseitige Bemühungen um verbesserte Aus- und Weiterbildungschancen der Ausländer, um ihre Zugangsvoraussetzungen zu qualifizierteren, weniger rationalisierungsbedrohten und gleichzeitig weniger verschleißenden Arbeitsplätzen zu verbessern, sind zwar notwendige, aber keine hinreichenden Maßnahmen zur Erreichung dieses Ziels. Denn zur Perpetuierung der Segmentation am Arbeitsplatz, der unter gesundheitsstrategischen Gesichtspunkten wesentliche Bedeutung beigemessen werden muß, trägt vor allem der unsichere Status der Ausländer hinsichtlich Arbeits- und Aufenthaltserlaubnis bei als Ergebnis der staatlichen ausländerpolitischen Maßnahmen. Notwendig ist daher eine allseitige, auch administrative und rechtliche Anerkennung der faktischen Einwanderung großer Teile unter den Arbeitsmigranten (z.B. durch Niederlassungsrecht und unbeschränkten Zugang zum Arbeitsmarkt). Dies ist Voraussetzung für die Konstituierung von Handlungssituationen mit realer Zukunftsperspektive, die einerseits den Zwang zu einer eher kurzfristigen, extensiven Erwerbs- und Leistungsorientierung unter Inkaufnahme aller mögli-

chen Zumutungen für Gesundheit und Wohlbefinden an typischen Ausländerarbeitsplätzen lockern. Damit würde auch ein gewisser Druck für die Betriebe entstehen, die lange Zeit vernachlässigte Humanisierung typischer Ausländerarbeitsplätze in Angriff zu nehmen. Andererseits können aber Arbeitsmigranten erst nach existenzieller Absicherung Gesundheitsorientierungen entwickeln, die sich auf die möglichst lebenslange Erhaltung von Leistungs- und Erwerbsfähigkeit richten. Denn gegenwärtig führt die Rechtsunsicherheit der Ausländer zu einer Situation, die als »Inversion des Sozialstaatsprinzips« (Dohse 1986) bezeichnet werden kann. Die Risiken aus abhängiger Beschäftigung, die eigentlich durch staatliche Sozialleistungen abgedeckt und kompensiert werden sollen, wie Krankheit, Leistungsminderung und Alter, bieten gleichzeitig Anlaß für weiteren staatlichen Druck und steigern die existenzielle Unsicherheit. Solange die auch nur vorübergehende Einschränkung der Leistungsfähigkeit zu betrieblicher Kündigung berechtigt und Arbeitslosigkeit und Krankheit die Rechtsunsicherheit der Ausländer verschärfen, stellt ein gesundheitsbewußtes Verhalten im Sinne von rechtzeitiger Inanspruchnahme medizinischer Behandlung oder ärztlicher Krankschreibung ein zusätzliches Risiko für die Ausländer dar.

Drittens müßten — will man eine allmähliche Angleichung der sozialen Lage der Minderheiten erreichen — über die Sicherung des Rechtsstatus auf Gesetzesebene hinaus perspektivisch gezielte Förderungs- und Gleichstellungsmaßnahmen entwickelt werden, wie sie zur Zeit in der Frauendebatte diskutiert und eingeführt werden. Denn das bereits im bundesdeutschen Grundgesetz und Arbeitsrecht verankerte Diskriminierungsverbot von Arbeitnehmern aufgrund von Nationalität, Religion, Geschlecht usw. führt in der Praxis keineswegs zur Gleichstellung von Ausländern mit ihren deutschen Kollegen. Die Ungleichbehandlung erfolgt auch nicht nur aus sachlichen Gründen wie mangelnde Sprachkenntnisse, nicht gleichwertige Ausbildung oder kürzere Betriebszugehörigkeit, die den Arbeitgeber zur differenzierten Behandlung berechtigen (Hambüchen 1986). Vielmehr lassen sich verschiedentlich diskriminierende Personaleinsatzstrategien beobachten, gebilligt oder sogar unterstützt durch selektive, auf den deutschen Facharbeiter orientierte gewerkschaftliche und betriebliche Interessenvertretung. Risiken der Erwerbsarbeit können damit vielfach auf ethnische Minderheiten abgewälzt werden, zumal die Ausländer selbst nicht zuletzt aufgrund ihrer Statusunsicherheit ein nur eingeschränktes Gegenwehrpotential aufbringen. Zur Schaffung vergleichbarer Beschäftigungschancen aber müßten die außer- und innerbetrieblichen Rekrutierungsprin-

zipien und Mechanismen der Arbeitsplatzzuweisung durch verschiedene Formen des aktiven Minderheitenschutzes aufgebrochen werden. Erst hierdurch ließe sich letztendlich der fortgesetzten Unterschichtung der Gesellschaft qua Nationalität entgegenreten.

Literaturverzeichnis

- Demmer, H. und B. Küpper, 1984: Belastungen bei Arbeitsplätzen, die überwiegend mit Frauen besetzt werden. Forschungsbericht Nr. 383: Bundesanstalt für Arbeitsschutz. Dortmund
- Dohse, K., 1981: Ausländerpolitik und betriebliche Ausländerdiskriminierung. In: Leviathan 3/4
- Ders., 1986: Ausländische Arbeiter 1974-1984. Beschäftigungsentwicklung und staatliche Regelungszusammenhänge. In: WSI-Mitteilungen 9
- Forschungsverbund »Probleme der Ausländerbeschäftigung«, 1979: Integrierter Endbericht. Bochum, Mannheim, München, Rheda-Wiedenbrück
- Gaitanides, S., 1983: Sozialstruktur und »Ausländerproblem« — Sozialstrukturelle Aspekte der Marginalisierung von Ausländern der ersten und zweiten Generation. München
- Gaugler, E. u.a., 1978: Ausländer in deutschen Industriebetrieben. Ergebnisse einer empirischen Untersuchung. Königstein/Ts.
- Henniges, H.v., 1981: Arbeitsplätze mit belastenden Anforderungen. In: Mitteilungen aus der Arbeitsmarkt- und Berufsforschung 4
- Hoffmann, L. und H. Even, 1985: »Sie beschäftigen uns wie Sklaven«. Erfahrungen von Türken an deutschen Arbeitsplätzen. Universität Bielefeld. Zentrum für Wissenschaft und Praxis. Bielefeld
- Koen, E. u.a., 1986: Der Umgang mit Krankheit in deutschen und türkischen Arbeitnehmerfamilien. In: Informationsdienst zur Ausländerarbeit 4
- Oppen, M., 1984: Auswirkungen der Krise auf den Krankenstand: Verändertes Arbeitsunfähigkeitsverhalten der Beschäftigten? In: Soziale Sicherheit 2
- Dies., 1986: Arbeitsmigration und Gesundheitsverschleiß. Ausländerkrankenstand im Vergleich. Veröffentlichungsreihe des Internationalen Instituts für Vergleichende Gesellschaftsforschung/Arbeitspolitik des Wissenschaftszentrums Berlin (IIVG/dp86-205). West-Berlin
- Osterland, M. u.a., 1973: Materialien zur Lebens- und Arbeitssituation der Industriearbeiter in der Bundesrepublik Deutschland. Frankfurt/M.
- Ranneberg, Th., Isensee, O., Bremm, H., 1981: Zum Zusammenhang von Veränderungen der Produktions- und Arbeitsmarktstrukturen. Neue Wege der empirischen Analyse und erste Ergebnisse für die Berliner Industrie. Forschungsstelle Sozialökonomik der Arbeit. FU Berlin. FSA-Print 5. West-Berlin
- Reeg, P., 1984: Vor 20 Jahren — Bundesdeutsche Anwerbepaxis ausländischer Arbeitskräfte. In: Kentenich, H., Reeg, P., Wehkamp, K.-H. (Hg.): Zwischen zwei Kulturen. Was macht Ausländer krank? West-Berlin
- Verband Deutscher Rentenversicherungsträger, 1986: VDR-Statistik Rentenzugang des Jahres 1985. Frankfurt/M.
- Wahle-Homann, J., 1984: »Ausländerrückführung« — Eine verfehlte Politik auf der Grundlage falscher Diagnosen. In: WSI-Mitteilungen 10
- Warnach, M., 1984: Die Ärzteschaft und das Bild des Ausländers — Eine Durchsicht medizinischer Fachliteratur. In: Kentenich, H., Reeg, P., Wehkamp, K.-H. (Hg.): Zwischen zwei Kulturen. Was macht Ausländer krank? West-Berlin