

Oppen, Maria

Working Paper — Digitized Version

Arbeitsmigration und Gesundheitsrisiken: Ausländerkrankenstand im Vergleich

WZB Discussion Paper, No. IIVG dp 86-205

Provided in Cooperation with:

WZB Berlin Social Science Center

Suggested Citation: Oppen, Maria (1986) : Arbeitsmigration und Gesundheitsrisiken: Ausländerkrankenstand im Vergleich, WZB Discussion Paper, No. IIVG dp 86-205, Wissenschaftszentrum Berlin (WZB), Berlin

This Version is available at:

<https://hdl.handle.net/10419/82993>

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

WISSENSCHAFTSZENTRUM BERLIN

des Wissenschaftszentrums Berlin

IIVG/dp86-205

Arbeitsmigration und Gesundheitsrisiken

Ausländerkrankenstand im Vergleich

Maria Oppen

Internationales
Institut
für
Vergleichende
Gesellschafts-
forschung
Arbeitspolitik

International
Institute
for
Comparative
Social
Research
Labor Policy

IIVG discussion papers

Inhalt

1. Zur gesellschaftlichen Definition der Gesundheitsprobleme von Arbeitsmigranten	1
2. Datenbasis	10
3. Strukturdaten zur Arbeitsunfähigkeit	14
4. Beschäftigungssituation und Gesundheitsrisiken	17
5. Das "Türkenproblem" - Ausländerbeschäftigung im Vergleich	28
6. Außerberufliche gesundheits- und krankensstandsrelevante Bedingungen der Lebenslage	36
7. Zusammenfassung und Perspektiven	42
Anmerkungen	48
Anhang	49
Literatur	51

Abstract

Zur Erklärung erhöhter Gesundheitsrisiken und Erkrankungsraten der Arbeitsmigranten in der Bundesrepublik Deutschland sowie des ausländerspezifischen Morbiditätsspektrums wird häufig Faktoren wie dem "Migrationsstreß", der "mißlungenen Integration" oder Selektionseffekten ein zentraler Stellenwert beigemessen. Die Suche nach möglichen Krankheitsursachen konzentriert sich dementsprechend mehr auf kulturelle und strukturelle Bedingungen in den Herkunftsländern, auf den "Import" gesundheitsinadäquater Sicht- und Verhaltensweisen, als auf die in diesem Land real existierenden gesundheitsrelevanten Problemlagen der Ausländer.

Die Analyse von Routinedaten der Krankenkassen zur Arbeitsunfähigkeit im Vergleich von Ausländern und Deutschen zeigt aber gerade, daß die Benachteiligung von Ausländern hinsichtlich ihrer arbeitsrechtlichen und qualifikatorischen Stellung im Produktionsprozeß und der Sicherheit ihres Arbeitsplatzes sowie der Zuweisung der besonders belastungsintensiven und qualitativ schlechteren Arbeitsplätze in engem Zusammenhang zu dem rund 50 Prozent höheren Krankenstand der Ausländer zu sehen ist. Die wenigen Migranten dagegen, die qualifizierte, höherwertige Tätigkeiten ausführen, weisen ebenso wie ihre deutschen Kollegen erheblich geringere Erkrankungsquoten auf. Werden ferner die für die Mehrzahl der Ausländer bestehenden geringeren Regenerations- und Kompensationsmöglichkeiten physischer und psychischer Belastungen und Verschleißprozesse berücksichtigt, die u. a. auf die spezifischen Einkommens-, Wohn- und Familienverhältnisse sowie auf die Defizite in der medizinischen und sozialen Betreuung zurückgeführt werden müssen, so verlieren demgegenüber Phänomene wie "Akulturationsstreß" oder "Integrationschwierigkeiten" als Krankheitsauslöser erheblich an Erklärungswert.

1. Zur gesellschaftlichen Definition der Gesundheitsprobleme von Arbeitsmigranten

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.

Um so erstaunlicher erscheint es daher auf den ersten Blick, daß die möglichen Auswirkungen dieser besonderen Risiken auf den Gesundheitszustand oder die Ermittlung von Risikokonstellationen in der ausländischen Bevölkerung bisher nur in Ansätzen Gegenstand wissenschaftlicher Bearbeitung waren. Dies, obwohl Erkenntnisse in Teilbereichen etwa über

- die höhere Säuglingssterblichkeit und Totgeburtlichkeit,
 - den höheren Anteil an behinderten Kindern,
 - erhöhte Erkrankungsrisiken an Tuberkulose und anderen infektiösen Erkrankungen,
 - die häufiger diagnostizierten psychosomatischen Syndrome oder Krankheiten,
 - die erheblich größere Anzahl von Arbeits- und Verkehrsunfällen sowie
 - den erhöhten Krankenstand
- gegenüber der deutschen Bevölkerung inzwischen oft bestätigt wurden und als gesichert gelten müssen.

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. Diese sind auf zwei analytisch unterscheidbaren Ebenen angesiedelt: Zum einen ist von einem spezifischen Wandel gesundheitsrelevanter Aspekte der sozialen Lage der ausländischen Bevölkerung auszugehen, welcher dazu führt, daß das gesamte Ausmaß gesundheitlicher Beeinträchtigungen nur eingeschränkt und phasenweise unterschiedlich in Indikatoren zur Morbiditätsentwicklung zum Ausdruck kommt. Die faktische Inanspruchnahme bzw. Unterinanspruchnahme von medizinischen Dienstleistungen und die zumeist hieraus gewonnenen Krankheitsstatistiken weisen gewisse "Entdramatisierungseffekte" auf, die reale Problemlagen verdecken. Zum anderen lenkt die vorherrschende praktische und wissenschaftliche Behandlung und Definition der Gesundheitsprobleme der Migranten im und durch das Medizinsystem von den gesundheitsgefährdenden Arbeits- und Lebensbedingungen ab, denen Ausländer in unserem Lande ausgesetzt sind. Es findet eine "Umthematisierung" gesundheitlicher Probleme statt, wenn diese als vorwiegend kulturinduziert dargestellt werden. Beide Aspekte, auf die im folgenden eingegangen wird, weisen Bezüge zur Entwicklung der Ausländerpolitik, zu gesellschaftlichen Sichtweisen und Einstellungen zur Ausländerproblematik im Allgemeinen auf.

Die Entwicklung der gesundheitlichen Lage der Ausländer läßt sich grob in drei Phasen unterteilen. In der **ersten Phase** der Arbeitsmigration erschienen die spezifischen Gesundheitsprobleme der Migranten vergleichsweise vernachlässigbar. Die anfangs zur Arbeitsaufnahme 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 Bewerbers für die mit der vorgesehenen Tätigkeit verbundenen besonderen gesundheitlichen Anforderungen und Belastungen (Dohse 1985; Reeg 1984). Zudem ist in dieser Phase von einer unterproportionalen Inanspruchnahme der Leistungen des Gesundheitssystems durch die Arbeitsmigranten auszugehen, die auf verschiedene Faktoren zurückzuführen ist. 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 Zugangsbarrieren zu den Einrichtungen der medizinischen Versorgung und die Unkenntnis der typischen Krankheitsbilder und Symptome von Gesundheitsstörungen, die in modernen Industriegesellschaften das Krankheitsspektrum bestimmen. Diese Ausgangslage behinderte zunächst jede Aufmerksamkeit für die besondere gesundheitliche Lage der Ausländer.

Die gesundheitlichen Risiken für Ausländer sind in ihrer ganzen Tragweite erst in einer **zweiten Phase**, in Verbindung mit länger anhaltendem Aufenthalt, Familiennachzug, zunehmenden Verbleibabsichten und einer 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 infolge von Arbeitsunfähigkeit. Die langfristigen gesundheitlichen Auswirkungen der vielfältigen Überlastungen der Arbeitsmigranten in Verbindung mit einer nach längerem Aufenthalt vermutlich wachsenden Einsicht in die Schutzfunktion der Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung zur Vermeidung von Krankheitsverschlimmerung und Wiederherstellung von Gesundheits- und Arbeitsvermögen sind als zentrale Gründe dafür anzusehen, daß z. B. der Ausländerkrankenstand erst 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 bzw. ein unterdurchschnittliches Niveau im Krankenstand der Ausländer festgestellt (Lelgemann o. J.; Gaugler 1978; Schlegel 1982).¹

In der jetzigen **dritten Phase** sind die Beschäftigungskrise und die Arbeitsplatzunsicherheit, mit der gerade die ausländischen Beschäftigten überproportional häufig konfrontiert sind, von erheblicher Re-

levanz für die Entwicklung der Morbiditätskennziffern. Der allgemeine Rückgang gemeldeter Arbeitsunfälle, die Abnahme von Kuren und Heilverfahren sowie von Arbeitsunfähigkeitsfälle in Krisenzeiten ist weniger auf einen verbesserten Gesundheitszustand zurückzuführen. Vielmehr gibt es einerseits Anzeichen für einen Wandel im 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 Beschäftigungsverhältnis 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. So wiesen nach Untersuchungen von Collaros u. a. (1978) bereits damals 25 Prozent der griechischen Rückkehrer so ernste Gesundheitsstörungen auf, daß ihnen jegliche Erwerbstätigkeit untersagt werden mußte. Umgekehrt wird der "positive" Einfluß dieser Politik auf die hiesige Morbiditätsentwicklung 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 06.03.1985). Gegenwärtig überlagern solche politischen und ökonomischen Faktoren den Trend der zuvor angestiegenen Inanspruchnahme medizinischer Leistungen durch die Ausländer. Der in der zweiten Phase entstandene Problemdruck aufgrund der sich dramatisch entwickelnden statistischen Morbiditätskennziffern erscheint dadurch als entschärft.

Weiterhin läßt sich eine Tendenz zur "Umthematisierung" der gesundheitlichen Problemlage der Arbeitsmigranten in der Behandlung dieses Themas in der medizinischen Praxis und Forschung erkennen. Die auch in dieser Hinsicht beobachtbaren Entwicklungsphasen spiegeln vor allem die Funktion der Ärzteschaft für die staatliche und betriebliche Ausländerpolitik wie auch gesellschaftlich vorherrschende Strömungen in der Ausländerfrage wider. So diene zunächst die schon angeführte medizinische Tauglichkeitsuntersuchung der Ausländer vor der Arbeitsaufnahme dem Ziel der optimalen Nutzung ihrer Arbeitskraft in der Bundesrepublik bis zu ihrem Austausch im "Rotationsverfahren". Im Interesse der Betriebe sollten Fehlvermittlungen ausgeschaltet (Reeg 1984) und die deutsche Bevölkerung vor der mit dem Zustrom der Ausländer beschworenen seuchenhygienischen Gefahr geschützt werden. Die Hauptaufgabe der medizinischen Versorgung der Ausländer wurde dementsprechend in der Bekämpfung eines angeblich mit der Migration verbundenen, empirisch nie belegten "Seuchenrisikos" gesehen, in der Eindämmung von Tuberkulose oder Wurmbefall bei den Arbeitsmigranten. Die Sichtweisen und Veröffentlichungen der Ärzteschaft waren insbesondere in dieser ersten Phase häufig stärker am "Wohl" der Bundesrepublik (Warnach 1984) als am Wohl ihrer ausländischen Patienten orientiert.

Mit dem Anstieg gesundheitlicher Beeinträchtigungen bzw. der Inanspruchnahme medizinischer Einrichtungen unter den Arbeitsmigranten traten allerdings neue Probleme zutage hinsichtlich der Patient-Arzt-Beziehung und des unterschiedlichen Krankheitsverhaltens gegenüber der deutschen Bevölkerung. Schwierigkeiten der medizinischen Versorgung seien der inadäquaten Teilnahme an Vorsorgeuntersuchungen, den Sprachschwierigkeiten, der kulturellen Prägung von Symptomwahrnehmung, Krankheitsverständnis und Krankheitsverhalten sowie der mangelnden Kooperationsbereitschaft der ausländischen Patienten aufgrund ihrer Skepsis gegenüber der modernen Medizin geschuldet (Korporal/Zink 1984; Warnach 1984; Land u. a. 1982). Diese Auffassung von der kulturellen Andersartigkeit der Ausländer führt mehr oder weniger explizit zu der Forderung nach einer umfassenden Anpassung - auch an das hier bestehende Medizinsystem - entsprechend der politisch getragenen Abkehr vom gescheiterten Rotations- zum Integrationsmodell. Selten werden dagegen aus einer

solchen Problemanalyse heraus Anpassungsprozesse des hiesigen Gesundheits- und Versorgungssystems an die Gesundheits- bzw. Krankheitsprobleme der Ausländer angestoßen.

Zur Erklärung des abweichenden Morbiditätsspektrums von Ausländern finden sich am ehesten im psychiatrischen Bereich Arbeiten, die die besondere Problematik der Arbeitsmigranten und ihrer Familien wahrnehmen und bearbeiten (Warnach 1984). Für die Ursachen ausländerspezifischer Beschwerdebilder stehen aber auch hier häufig Erklärungsmodelle wie der sogenannte Migrationsstreß (Verständigungsschwierigkeiten, Trennung von der gewohnten Umgebung, Eingewöhnung in völlig andere kulturelle und 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. Solche Modelle dienen eher der Definition und Etikettierung eines Problems, dem die deutsche Medizin häufig hilflos gegenübersteht, als daß es sich hierbei immer um empirisch gestützte Systematisierungen unbestritten vorliegender, krankmachender sozialer und kultureller Erfahrungen handelt. Die Krankheitsursachen können 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 überwiegend unspezifischen und psychosomatischen Beschwerdebilder sind andererseits aber auch besonders geeignet, den Simulantenvorwurf gegen "die" Ausländer zu stützen, da nach naturwissenschaftlichen Kriterien eindeutige Krankheitsbefunde häufig nicht feststellbar sind. Die Debatte um die "mißbräuchliche Ausnutzung" des deutschen Sozialversicherungssystems, um Bagatellerkrankungen und erhöhte Klagsamkeit, die sich auch in Bezeichnungen wie "Gastarbeitergastritis" oder "Mamma-mia-Syndrom" niederschlägt, hat sich vor allem an dem überproportionalen Anstieg des Krankenstandes der Ausländer im Vergleich mit ihren deutschen Kollegen entzündet. Ihren Höhepunkt fand diese Diskussion während der gegenwärtigen Be-

schäftigungskrise (bei deutlichem Rückgang des Krankenstandes!), da mit dem Mißbrauchsvorwurf nicht nur Eingriffe in das Netz der sozialen Sicherung legitimiert werden, sondern auch das politische Klima für eine restriktivere Ausländerpolitik geschaffen werden kann. So bietet der gegen Ausländer erhobene Simulantenvorwurf eine zusätzliche Argumentationshilfe für die Durchsetzung der auf Rückführung großer Teile der Arbeitsmigranten gerichteten staatlichen Maßnahmen. Gerade in Zeiten der Beschäftigungskrise werden Entsolidarisierungseffekte zwischen Beschäftigtengruppen verstärkt, wenn argumentiert wird, daß das Mißbrauchsverhalten von wenigen durch die Masse der "ehrlichen" Mitarbeiter über Mehrarbeit, hohe Krankenversicherungsbeiträge und hohe Preise finanziert werden müsse und gleichzeitig die Wirtschaftlichkeit der Unternehmen und damit die Arbeitsplätze aufgrund der Krankheitskosten gefährdet seien (Salowsky 1980). Dabei ist der Simulantenvorwurf - soweit er ärztlicher Sichtweise entspringt - eher Zeichen des nicht eingestandenen Unverständnisses und der Hilflosigkeit gegenüber den komplexen Gesundheitsproblemen der Ausländer, als einer offenen Diskriminierung (Warnach 1984). Auf jeden Fall kann dies aber dazu führen, quasi gestützt auf statistische Belege, eine ohnehin vorhandene Ausländerfeindlichkeit in der Bevölkerung zu bestärken.

Gemeinsam ist solchen Ansätzen zur Erklärung der spezifischen Gesundheitsprobleme der Ausländer die vollständige Vernachlässigung der bzw. die Ablenkung von der strukturellen Benachteiligung der Arbeitsmigranten hinsichtlich vieler krankheitsrelevanter Dimensionen ihrer Lebens- und Arbeitsbedingungen sowie ihrer Zukunftsperspektiven. Dem steht die Überdimensionierung der kulturellen und sozialpsychologischen Aspekte des Ausländerproblems gegenüber. Das Gesundheitsproblem erscheint als importiertes, "Fremdartigkeit" und "Kulturferne" bzw. die mißlungenen Anstrengungen zu deren Überwindung ("Migrationsstreß", "Kulturkonflikt", "Entwurzelung") werden zu zentralen (häufig alleinigen) Ursachenfaktoren stilisiert oder zumindest zu Verhaltensdefiziten, deren Gründe in der Unvereinbarkeit zwischen den herkömmlichen kulturellen Werten und Normen mit den in der deutschen Umwelt geforderten Orientierungen gesehen werden.

Die kulturlastige Umdefinition und Etikettierung der gesundheitlichen Problemlage der Ausländer hat sozial- und gesundheitspolitische Konsequenzen: Die Möglichkeit politischer Problemlösungen wird implizit negiert, bzw. das Nichthandeln wird legitimiert, da man an der Ausgangssituation der Migranten schlechterdings wenig ändern kann. In der Konsequenz wird die Verantwortlichkeit des einzelnen und das Selbstverschulden hervorgehoben, wenn die mangelhafte Anpassungsfähig- oder -willigkeit an im Aufnahmeland vorherrschende Bedingungen als Krankheitsauslöser thematisiert wird. Im Extremfall legt die "Medizinisierung" und "Psychiatisierung" der eigentlich sozialen und politischen Problemlagen der Ausländer (Land u. a. 1982) in letzter Konsequenz die Repatriierung als einziges Heilmittel für komplexe psychosomatische Krankheitssyndrome nahe.

In Abgrenzung von derartigen kulturzentrierten Deutungsmustern in der öffentlichen wie wissenschaftlichen Diskussion dieses Themas wird im folgenden bei der Untersuchung der spezifischen Gesundheitschancen und Krankheitsrisiken der Arbeitsmigranten die Hypothese der strukturellen "Ungleichheit" zwischen Ausländern und Deutschen bezogen auf Belastungen und Zumutungen in der Arbeits- und Lebenswelt sowie auf die Bewältigungschancen in den Vordergrund gestellt. Mangelnde Gesundheitschancen sind somit eher ihrer objektiven Lebenssituation im Gastland zuzuschreiben als ihrem fremdländischen Stigma. Ein solcher Perspektivwechsel ermöglicht erst die Erfassung all derjenigen Bedingungen, unter denen Arbeitskraft verausgabt, Gesundheit aufgebraucht bzw. Belastungskompensation möglich wird. Die Tatsache, daß unter besonders belastenden Arbeits- und Lebensbedingungen in diesem Lande auch Teile der deutschen Erwerbsbevölkerung zu leiden haben, mindert nicht deren Bedeutung für den Verschleiß der ausländischen Arbeitskräfte, die hiervon überproportional betroffen sind. "Kulturprobleme" z. B. in ihrem Einfluß auf ein spezifisches Krankheits- bzw. Gesundheitsverhalten sollen in diesem Zusammenhang nicht etwa geleugnet werden. Sie werden jedoch in Anlehnung an Esser (1980) vor allem als Reaktionen auf nicht gelöste "Strukturprobleme" bei der Eingliederung der Wanderer interpretiert, die als Folge des Ausschlusses von sozialen Chancen, uneinsichtiger Ungleichbehandlung und einer diffusen und perspektivlosen Handlungssituation auftreten.

Zunächst wird gefragt, inwieweit die im Rahmen der Krankenversicherung anfallenden Arbeitsunfähigkeitsdaten die Bildung geeigneter Indikatoren erlauben, um Erkrankungs- und Verschleißschwerpunkte sowie mögliche Bezüge zu Verursachungsbereichen abzubilden (Kap. 2). Strukturdifferenzen des Krankenstandes nach Dauer, Häufigkeit und Krankheitsartenverteilung sollen zunächst - bei Kontrolle von Alters- und Geschlechtsstruktur - einen Überblick über grundlegende Unterschiede im Krankheitsgeschehen zwischen Ausländern und Deutschen vermitteln (Kap. 3). Im weiteren wird der Frage nachgegangen, inwieweit diese eklatanten Unterschiede in Ausmaß und Art von Krankheitsepisoden auf mangelnde Eingliederungschancen durch die besondere Statuszuweisung von Ausländern erklärt werden können. Ausgehend davon, daß die gesellschaftliche und damit gesundheitliche Lage der Ausländer wesentlich durch ihre Position im Beschäftigungssystem bestimmt wird (Kap. 4), die auch die Reproduktionschancen und sonstigen Lebensbedingungen beeinflußt (Kap. 6), wird der Versuch unternommen, das vorliegende Datenmaterial zum Krankenstand unter Bezug auf Ergebnisse der Ausländerforschung zu analysieren, wo in Teilbereichen wie Beschäftigungsbedingungen, Arbeitsmarktlage oder Wohnsituation bereits sehr viel differenzierteres Wissen vorliegt als im engeren Bereich von Gesundheit und Krankheit. Darüber hinaus erfolgt eine vergleichende Darstellung von Erkrankungsrisiken der türkischen Migranten als einer besonders unterprivilegierten Teilgruppe gegenüber den Ausländern aus den anderen südeuropäischen Herkunftsländern (Kap. 5).

2. Datenbasis

Die Untersuchung der spezifischen Morbiditätsstruktur von Arbeitsmigranten im Vergleich zu deutschen Erwerbstätigen sowie der hierfür relevanten Einflußfaktoren und Bedingungen erfolgt auf Basis von routinemäßig bei den Krankenkassen anfallenden Daten zur Arbeitsunfähigkeit (AU). Das empirische Material entstammt einer Sondererhebung bei den Ortskrankenkassen (AOK) Berlin, Hamburg und München, das im Rahmen eines Forschungsprojektes mit ganz anderer Fragestellung ausgewertet wurde.² Der Übersichtlichkeit halber werde ich mich im folgenden nur auf die Berliner Population beziehen, wobei die hier vorgestellten Ergebnisse ihrer Tendenz nach im Vergleich mit den anderen beiden Ballungszentren bestätigt werden (Oppen u. a. 1984).

Mit einer rund zehnpromzentigen Stichprobe aus allen Pflichtmitgliedern, die im Untersuchungsjahr 1981 bei der AOK Berlin versichert waren, umfaßt die Untersuchungspopulation der in diesem Zeitraum nicht arbeitslos gemeldeten Versicherten mehr als 30.000 Personen, wovon knapp 5.000 Personen Ausländer sind. Über 50 Prozent der Ausländer haben türkische Staatsangehörigkeit, weitere rund 30 Prozent sind den anderen südeuropäischen Herkunftsländern der sogenannten "Gastarbeiter"-Nationalitäten zuzurechnen. Die Ausländer sind mit einem Anteil von 16 Prozent in der Untersuchungsgruppe deutlich überrepräsentiert gegenüber einem Anteil von 13 Prozent an den sozialversicherungspflichtig Beschäftigten insgesamt in Berlin. Dies ist darauf zurückzuführen, daß mit der Einschränkung des Personenkreises auf Krankenversicherungspflichtige nur die Gruppe der Arbeiter und der Angestellten mit niedrigen und mittleren Einkommen erfaßt wird, also diejenigen Statusgruppen, denen Ausländer überwiegend zugehören. Mit anderen Worten heißt dies aber auch, daß die Erwerbsstruktur der Ausländer in den AOK-Daten annähernd repräsentiert wird, während durch den Ausschluß von Beamten, besser verdienenden Angestellten etc. ein anteilmäßig nicht zur vernachlässigender Ausschnitt der deutschen Erwerbsbevölkerung systematisch unberücksichtigt bleibt und zwar gerade diejenigen mit den durchschnittlich besseren Gesundheitschancen.

Für diese Versicherten liegen neben soziodemographischen Merkmalen (Alter, Geschlecht, Familienstand und Kinderzahl) arbeitsplatzbezogene Daten zu Qualifikation, beruflichem Status, Berufs- und Wirtschaftszweig sowie für jede Person die Anzahl und Dauer der im Laufe des Untersuchungsjahres 1981 registrierten AU-Fälle und die damit verbundenen Diagnosen nach ICD-Obergruppen vor. Diese AU-Basisdaten erlauben die Bildung einer Reihe von verschiedenen Indikatoren (AU-Betroffenheit, durchschnittliche Falldauer, Anzahl der AU-Tage und AU-Fälle pro 100 Versicherte im Jahr und durch Division der AU-Tage durch 365 der durchschnittliche tägliche Krankenstand).

Eine Sekundäranalyse von solchen ausschließlich zu Verwaltungszwecken bei den Krankenkassen vorliegenden Massendaten ist hinsichtlich ihrer Reichweite und Aussagefähigkeit in verschiedener Hinsicht eingeschränkt, was hier nur angedeutet werden kann (vgl. ausführlicher dazu Oppen u. a. 1984):

- AU-Daten sind - wie viele andere Morbiditätskennziffern auch - in erster Linie Indikatoren für die Inanspruchnahme ärztlicher Dienstleistungen; jede registrierte Arbeitsunfähigkeit muß durch ärztliches Attest legitimiert werden. Zum einen wird daher mit solchen Daten nur die Spitze des Eisbergs der in der Erwerbsbevölkerung tatsächlich vorliegenden Gesundheitsstörungen abgebildet. Zum anderen sind schicht- und kulturspezifische Besonderheiten des Krankheits- und Inanspruchnahmeverhaltens wie auch unterschiedliche Barrieren für die Inanspruchnahme von Leistungen als Einflußfaktoren auf nationalitätenspezifische Differenzen im Krankenstand ebenso in Betracht zu ziehen wie Divergenzen hinsichtlich des Gesundheitszustandes bzw. der Erkrankungsrisiken. Dies bedeutet, daß unter bestimmten, ungünstigen Rahmenbedingungen für die Inanspruchnahme mit einem gewissen, nicht genauer quantifizierbaren Anteil von schwerwiegenden morbiden Episoden gerechnet werden muß, die im statistisch ermittelten Krankenstand verdeckt bleiben.
- Es handelt sich weiterhin um einen spezifischen Ausschnitt des im Medizinsystem behandelten Erkrankungsspektrums. Nur diejenigen

Krankheiten, in deren Folge ein Arbeitnehmer nicht oder nur mit der Gefahr, seinen Gesundheitszustand zu verschlimmern, seiner bisherigen Erwerbstätigkeit nachkommen kann, rechtfertigen eine Krankschreibung. Bestimmte, vor allem chronische Erkrankungen (z. B. Diabetes) und psychische Störungen soweit sie nicht mit somatischen Erscheinungen verbunden sind, die die Leistungsfähigkeit beeinträchtigen, schlagen daher im Krankenstand weniger zu Buche. Demgegenüber fallen bestimmte akute Erkrankungen z. B. der Atemwege - gerade weil sie häufig die Ausübung der normalen Arbeitstätigkeit kurzfristig einschränken, im Krankenstand stärker ins Gewicht.

- Begrenzt ist die Analyse vor allem dadurch, daß nur eine sehr eingeschränkte Anzahl von Untersuchungsvariablen zur Verfügung steht, die - bezogen auf die Frage nach den arbeits- und lebensweltbezogenen Bedingungsfaktoren für unterschiedliche Krankheitsverteilungen - zudem durch ein relativ hohes Aggregationsniveau gekennzeichnet sind.

Trotz dieser Einschränkungen kommt eine Reihe von Untersuchungen zum Krankenstand in der Erwerbsbevölkerung (Georg u. a. 1982; Kollmeier u. a. 1980; Ferber/Slesina 1981; Oppen u. a. 1984) 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 übereinstimmend in ganz bestimmten Berufsgruppen, die mit geringen Qualifikationsanforderungen verbunden sind (überwiegend 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, aus anderen Untersuchungen bekannten Belastungskonstellationen und den vorherrschenden AU-Diagnosen erkennen. Vor diesem Hintergrund kann die Analyse von Kassendaten zunächst zu deskriptiven Verteilungsaussagen (deskriptive Epidemiologie) hinführen. Hierbei wird das in der Medizin üblicherweise geltende Kau-

15. FEB. 1998 Weltwirtschaft
Kiel

salmmodell zugunsten eines Risikomodells aufgegeben, in dem bestimmte Belastungskonstellationen weder notwendige Bedingung für die Krankheitsentstehung sind, noch notwendig zu einer Erkrankung führen. Ebenso wird von einem traditionellen, naturwissenschaftlich-medizinischen Krankheitsbegriff abgerückt, insofern die Trennung zwischen eher psychosozialen und pathologisch manifesten Ursachen für den Krankenstand aufgehoben wird. Gerade auch subjektive Beschwerden und Befindlichkeitsstörungen, die häufig Vorstadien ernster Krankheitsprozesse bilden, können als belastungsrelevante Hinweise auf Verschleißschwerpunkte interpretiert werden. Auf Basis dieser Daten lassen sich, bei Berücksichtigung anderer empirischer Befunde, plausible Hypothesen über besondere Belastungsschwerpunkte und Erkrankungsrisiken der Ausländer eher generieren als testen.

3. Strukturdaten zur Arbeitsunfähigkeit

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 Verlaufe des Untersuchungsjahres 1981 war jeder Deutsche durchschnittlich 21 Kalendertage arbeitsunfähig, ausländische Versicherte dagegen 29 Tage. Der durchschnittliche Krankenstand der Ausländer mit 8,0 Prozent übersteigt somit denjenigen der Deutschen mit 5,6 Prozent um rund 40 Prozent. Aufgrund der steigenden Tendenz der AU-Tage im Altersverlauf bewirkt die günstigere Altersstruktur der Ausländer - älter als 44 Jahre sind nur 15 Prozent von ihnen, aber 33 Prozent der Deutschen - bei altersbezogener Standardisierung eine Verstärkung dieser Abweichung auf 57 Prozent.

Übersicht 1: Vergleich der AU-Indikatoren nach Deutschen und Ausländern, Geschlecht und Alter

Alter	Männer		Frauen	
	Deutsche	Ausländer	Deutsche	Ausländer
AU-Tage pro 100 Vers.				
-29	1989	2190	1943	2724
30-44	1916	2731	1689	3348
> 44	2597	3593	2189	3526
insg.	2159	2747	1939	3171
AU-Fälle pro 100 Vers.				
-29	164	172	241	177
30-44	107	153	91	170
> 44	91	149	89	132
insg.	117	157	102	168
Tage pro Fall				
-29	12,1	12,8	13,8	15,4
30-44	17,9	17,9	18,5	19,7
> 44	28,5	23,6	24,5	26,7
insg.	18,4	17,5	19,0	18,9
Anteil Vers. mit AU in %				
-29	66,9	68,4	62,8	70,8
30-44	58,5	72,5	51,9	75,1
> 44	55,0	71,2	51,2	71,3
insg.	59,6	71,2	54,2	73,2
AU-Tage bei > 3 Fällen/Jahr				
-29	832	988	768	1439
30-44	532	1115	421	1456
> 44	479	1392	502	1035
insg.	595	1136	533	1399

Der vorstehenden Übersicht läßt sich entnehmen, daß eine erhöhte Anzahl von AU-Tagen in allen Altersgruppen und bei beiden Geschlechtern auftritt, wobei die Frauen und hier vor allem die dreißig- bis vierundvierzigjährigen Ausländerinnen mit ihrem um rund 100 Prozent erhöhten Krankenstand als besondere Risikogruppe anzusehen sind. Weiterhin wird deutlich, daß der höhere Krankenstand der Ausländer nur unwesentlich (bei den Frauen) durch eine längere durchschnittliche Falldauer, die häufig als Indikator für schwere Erkrankungen angesehen wird, bestimmt wird. Dagegen ist eine erheblich höhere Anzahl von AU-Fällen zu verzeichnen, die bei den männlichen Ausländern um 40 Prozent, bei den weiblichen um mehr als 60 Prozent über dem entsprechenden Wert der Deutschen liegen. Die höhere Fallzahl ist sowohl auf eine höhere Betroffenheit von AU 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 aller Ausländer im Laufe eines Jahres von AU betroffen. Insgesamt 10 Prozent der deutschen Versicherten waren mehr als zweimal im Jahr arbeitsunfähig krank, dagegen aber 20 Prozent der 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 (Übersicht 2). Erhöhte Werte für diese drei Krankheitsgruppen lassen sich in allen Altersabschnitten konstatieren. Als Besonderheit bei Ausländern 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 gewinnen erst mit zunehmendem Alter eine besondere Bedeutung für das Krankheitsspektrum. In der Altersgrup-

pe der über vierundvierzigjährigen Männer aber erreicht der AU-Wert bezogen auf diese Erkrankungsgruppe bei den Ausländern mit 478 Tagen nahezu denjenigen der Deutschen mit 519 Tagen pro 100 Versicherte.

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

ICD	Krankheitsarten	Männer		Frauen	
		Deutsche	Ausländer	Deutsche	Ausländer
5/6	Seelische Störungen/ Krankh. d. Nervensystems	136	130	133	196
7	Herz-Kreislaufferkrankungen	254	182	208	297
8	Atmungsorganerkrankungen	346	529	350	563
9	Verdauungsorganerkrank.	268	507	199	389
10/11	Harn-/Geschl.-Organerkr./ Kompl. d. Schwangerschaft	-	-	236	661
13	Bewegungsapparaterkrank.	465	730	392	535
17	Unfälle	471	449	224	260
	Restl. Krankheitsarten	219	221	198	271
Insgesamt		2159	2747	1939	3171

Bei den Ausländerinnen spielen neben diesen drei Diagnosegruppen die Harn- und Geschlechtsorganerkrankungen zusammen mit den Komplikationen der Schwangerschaft eine besondere Rolle: sie verursachen bei den ausländischen Frauen rund dreimal so viele AU-Tage wie bei den deutschen Frauen. Auch für alle diese Krankheitsarten im einzelnen gilt, daß nicht die erhöhte Falldauer von Bedeutung für die größere Zahl von AU-Tagen ist (abgesehen von den Magen-Darmerkrankungen), sondern die größere Verbreitung dieser Krankheiten in der ausländischen Erwerbsbevölkerung.

4. Beschäftigungssituation und Gesundheitsrisiken

Die soziale Lage und damit auch die gesundheitliche Lage der Ausländer wird weitgehend bestimmt durch ihre Situation im Beschäftigungssystem. Denn hiervon hängen nicht nur die täglichen Belastungen, Verschleiß- und Erkrankungsrisiken ab, sondern auch die Zukunftsperspektiven und die Lebenschancen außerhalb der Arbeitswelt - vermittelt vor allem über Einkommen, Bildung, Status etc.

Bekannt 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, etwa aufgrund dort vorherrschender hoher Belastungen, vergleichsweise geringer Entlohnung, hoher Krisenanfälligkeit und ähnliches.

Mit der Erschließung der ausländischen Arbeitsmarktreserven wurden Mobilitätsprozesse der Inländer in Gang gesetzt, wobei sie aufgrund einer veränderten Nachfrageentwicklung die Arbeitsplätze mit den klassischen industriellen Belastungen der unmittelbaren Produktion verlassen oder vermeiden 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 durch die Expansion des Dienstleistungsbereichs in den Unternehmen und des Dienstleistungssektors zunahm. Die Effekte der arbeitserleichternden technologischen Entwicklung und der Strukturverschiebungen kamen einseitig den deutschen Arbeitnehmern zugute, während den Ausländern die weiterexistierenden alten Formen der belastungsintensiven Arbeit aufgebürdet wurden (vgl. auch Dohse 1986). 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 mit der Folge erhöhter Kapitalausstattung führte zu weiteren Anstrengungen der Extensivierung der Maschinenauslastung (Zunahme der Schichtarbeit, Überstunden) und der Intensivierung der Arbeit (Arbeitsgeschwindigkeit, weitere arbeitsorganisatorische Zerlegung von komplexeren Verrichtungen). Hinzu trat, daß die Unternehmen "mit Hilfe des Druckes der internationalen Reserve die 'Humanisierung der Arbeitsplätze', insbesondere diejenigen der Ausländer vernachlässigen konnten. Bezüglich der typischen 'Ausländerjobs' kann sogar eine entgegengesetzte Entwicklung konstatiert werden. Die höhere Belastbarkeit der Ausländer, die durch ihre gesundheitliche Auslese, ihre Altersstruktur und ihre anfänglich kurzfristigen Interessen bedingt war, ermöglichte eine Ausdehnung der produktivitätssteigernden Arbeitsmethoden ..." (Gaitanides 1983, S. 93).

Hiermit ist bereits ein Aspekt der Herausbildung eines ausländerspezifischen Arbeitsmarktsegmentes im Verlauf der Arbeitsmigration angesprochen. Die deutschen Arbeitskräfte wollen und können sich teilweise nicht den, mit Unterstützung des Rotationssystems in der Ausländerpolitik entstandenen Arbeitsbedingungen unter der Perspektive der Erhaltung ihrer Erwerbsfähigkeit unterwerfen. Dies erklärt allerdings noch nicht, warum ausländische Beschäftigte auch heute noch sehr eingeschränkte Aufstiegschancen haben bzw. hinsichtlich vieler Dimensionen wie Belastung, Qualifikation, Status, Verdienst etc. die untersten betrieblichen Positionen einnehmen; und dies, trotz inzwischen verbesserter Sprachkenntnisse, erworbener Industrieerfahrung und/oder adäquaterer Ausbildung, als dies zunächst bei der neuangeworbenen ersten Generation der Arbeitsmigranten der Fall war. Denn auch Gaitanides kommt in seiner sozialstrukturellen Untersuchung des Ausländerproblems zu dem Ergebnis, daß zwar leichte Verbesserungen im Qualifikationsprofil der Ausländer 1980 im Vergleich zu 1972 zu verzeichnen sind, die sich aber speziellen Selektionseffekten durch die Rückwanderung geringer qualifizierter Arbeitskräfte verdanken bzw. allenfalls vormalige Dequalifizierungsprozesse bei Eintritt in den deutschen Arbeitsmarkt ausgleichen (ebd., S. 289).

Mit Dohse (1981) ist davon auszugehen, daß die geringen Aufstiegschancen der Ausländer, die sich im Zuge der Beschäftigungskrise eher noch vermindern durch den Konkurrenzdruck "von oben", überwiegend Ergebnis betrieblicher Personalpolitik im Verbund mit staatlicher Ausländerpolitik sind. Erstere richtet sich auf eine Privilegierung der konfliktfähigeren und organisierten Bereiche unter den Arbeitern, um sie in ein Kooperationsverhältnis zu integrieren (Stammebelegschaft). Aufgrund von Selektionskriterien bei innerbetrieblichen Qualifizierungsprozessen werden diese Teile der Belegschaft häufig auch 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 - neben unsicheren Verbleibeabsichten - werden dann wiederum häufig als Begründung für die Nichtberücksichtigung bei innerbetrieblichen Anlern- und Weiterbildungsmaßnahmen angeführt, mit Verweis auf den möglichen Verlust der Humankapitalinvestition.

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"). Auch die staatlichen Maßnahmen zur Rückkehrförderung, 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. 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 anhand der vorliegenden Daten der AOK-Versicher-

ten nachweisen. Ausländer konzentrieren sich stärker auf das verarbeitende Gewerbe als ihre deutschen Kollegen. Dementsprechend weisen unsere Daten mit 8 Prozent nur wenige Angestellte unter den ausländischen Pflichtversicherten aus. 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. Übersicht 3 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 von 16 Prozent an allen Pflichtversicherten.

Übersicht 3: 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	+ 41,7

1 Bei dieser Gruppe handelt es sich um 10 Versicherte.

In bezug auf den überdurchschnittlich hohen Krankenstand der Ausländer ergeben sich damit erste plausible Erklärungen. Unter den Ausländern sind all diejenigen Beschäftigungsgruppen, für die auch in anderen Untersuchungen jeweils unterdurchschnittliche AU-Werte ermittelt wurden, 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.

Es muß davon ausgegangen werden, daß Beschäftigte nach ihrer Stellung im Betrieb ungleich verteilte Gesundheitschancen aufweisen, trotz Annäherung der Arbeits- und Lebensbedingungen z. B. von Teilen der Arbeiter und Teilen der Angestellten im Zuge des technologischen Wandels. Ausmaß, Art und Kumulation von Anforderungen im Arbeitsprozeß variieren zuungunsten der Arbeiter hinsichtlich zumindest physiologischer, ergonomischer und umgebungsbedingter Belastungen. Dies kommt nicht nur in ihrem erheblich höheren Krankenstand infolge eines größeren Anteils von Unfällen, Bewegungsapparat- und Atmungsorganerkrankungen zum Ausdruck; erhöhte Verschleißfolgen manifestieren sich auch in der höheren Betroffenheit durch Berufskrankheiten und Frühverrentung. Zudem sind aber auch die Beschäftigten in den Positionen der unteren hierarchischen Ebene durch den in der Regel hohen Anteil restriktiver Arbeit mit nur geringem Handlungsspielraum nicht nur besonders belastet, sondern sie können schon bei geringfügigen gesundheitlichen Einschränkungen den täglichen Arbeitsanforderungen häufig nicht mehr in vollem Umfang nachkommen. Das heißt, Beschäftigte, deren volle körperliche Leistungsfähigkeit Voraussetzung der Arbeitsfähigkeit ist, müssen sich eher krankschreiben lassen als Beschäftigte, die sich ihre Arbeit einteilen können.

Die obige Übersicht 3 zeigt dementsprechend, daß sich bei Berücksichtigung der sehr viel ungünstigeren Struktur der Ausländer nach Stellung im betrieblichen Statusgefüge 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.

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 nachstehende Übersicht 4 zeigt eine Konzentration von über 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 Metall-

berufen, bei den überwiegend industriellen Ernährungsberufen, Chemie- und Kunststoffverarbeitern sowie bei den unattraktiven Dienstleistungsberufen mit geringen Qualifikationsanforderungen wie z. B. Reinigungskräfte.

Übersicht 4: AU-Indikatoren nach Beruf und Nationalität

	Ausländer					Deutsche				
	Vers. in %	AU-Tage	AU-Fälle	Tage/Fall	AU-Quote	Ver. in %	AU-Tage	AU-Fälle	Tage/Fall	AU-Quote
270 Berufsangabe unbekannt	-					0.3				
251 Raum-, Hausratreiniger	10.0	3065	159.3	19.2	70.8	5.1	2375	116.5	20.2	58.5
40 Metallherzeuger	8.7	3377	194.5	17.3	83.4	2.2	2397	144.7	16.5	69.4
259 Sonst. allg. Dienstleistungsb.	6.6	2545	124.9	20.3	61.0	4.3	1877	104.2	18.0	52.4
99 Sonstige Ernährungsberufe	4.4	3599	204.5	17.5	81.5	2.0	2547	135.3	18.8	55.5
79 Sonstige Metallarbeiter	4.2	4521	196.5	23.0	84.5	1.1	2988	147.3	20.2	68.9
91 Köche	4.7	2539	127.7	19.8	65.2	1.2	1994	110.3	18.0	55.5
20 Chemie-, Kunststoffverarbeiter	3.6	3303	205.0	16.1	83.0	1.3	2285	136.5	16.7	65.3
71 Metallarbeiter o.n.A.	3.6	3373	192.3	17.5	84.6	0.7				
203 Lager-, Transportarbeiter	3.6	2880	184.8	15.5	72.4	2.7	2816	128.2	21.9	57.6
151 Hilfsarbeiter o.n.A.	3.4	3297	213.2	15.4	78.9	1.2	3855	195.9	19.6	67.7
80 Textil-, Bekleidungsberufe	3.3	2692	153.2	17.5	72.6	1.4	1284	79.7	16.1	48.8
59 Sonst. Schlosser, Mechaniker	3.1	3148	175.9	17.9	77.3	4.3	2499	128.2	19.4	64.0
260 Sonstige Berufe	3.4	2524	158.0	15.9	65.8	5.1	2128	104.6	20.3	55.1
109 Sonstige Bauberufe	2.8	2838	135.0	21.0	71.0	2.5	2585	124.5	20.7	65.0
30 Papierhersteller, Drucker	2.6	2725	152.1	17.9	68.6	2.4	2145	118.7	18.0	60.5
102 Bauhilfsarbeiter	2.3	2576	129.6	19.8	70.8	1.1	2332	141.7	16.4	70.9
181 Verkäufer	2.6	1544	103.1	14.9	46.2	7.9	1747	95.2	18.3	51.1
230 Gesundheitsdienstberufe	2.1	1605	96.8	16.5	52.8	4.4	1731	85.9	20.1	48.4
141 Warenaufmacher, Versandfertigm.	1.8	3388	203.7	16.6	75.3	1.3	2847	150.6	18.9	66.9
204 Kfz.-Führer	1.4	3337	164.6	20.2	72.2	5.3	2344	114.8	20.4	61.9
211 Bürofachkräfte	1.8	1909	97.6	19.5	49.2	7.6	1528	85.9	17.7	49.1
101 Maurer	1.4	1486	107.1	13.8	72.2	1.4	1978	102.6	19.3	54.9
202 Lagerverwalter, Magaziner	1.5	3433	163.1	21.0	72.9	1.7	2316	116.0	19.9	59.4
69 Sonstige Elektriker	1.4	2772	171.7	16.1	76.9	1.1	1825	121.7	15.0	57.1
10 Pflanzenbau, Tierzucht, Fischer	1.4	2075	128.6	16.1	55.0	1.1	1995	116.0	17.2	60.7
209 Sonst. Verkehrsberufe	1.1	3302	130.9	25.2	64.5	2.4	2586	135.1	19.1	68.3
221 Pförtner, Hauswarte	1.2	2363	126.2	18.7	50.1	2.7	1693	61.7	27.4	40.8
52 Maschinenschlosser	1.1	3368	183.0	18.4	79.2	1.0	2507	143.9	17.4	66.8
121 Tischler	1.1	1885	141.0	13.3	78.4	1.1	1613	108.4	14.8	59.7
61 Elektroinstall., -monteure	1.0	2789	163.3	17.0	85.9	1.7	1828	122.4	14.9	60.9
131 Maler, Lackierer (Ausbau)	0.9					1.7	1762	133.8	13.1	63.1
110 Bau-, Raumausstatter, Polsterer	0.7					1.1	1820	121.9	14.9	63.4
170 Techniker, Techn. Sonderfachkr.	0.7					1.7	1458	83.2	17.5	51.6
240 Sozial-, Erziehungsberufe	0.7					2.2	1900	92.5	20.5	50.0
219 Sonst. Büro-, Verwaltungsberufe	0.7					3.3	1461	76.2	19.1	43.1
160 Maschinisten u. zugehörige B.	0.6					1.1	2183	102.4	21.3	61.4
51 Rohrintallateure	0.6					1.9	2041	135.4	15.0	70.0
53 Kfz.-Instandsetzer	0.6					1.1	2145	140.5	15.2	70.9
190 Sonst. Dienstleistungskaufleute	0.5					1.4	1604	90.8	17.6	53.3
212 Stenographen, Stenotypisten	-					1.6	1666	100.1	16.6	53.4
229 Sonst. Ordnungs-, Sicherheitsb.	-					1.2	2151	99.1	21.7	47.5
insgesamt	100.0	2916	161.2	18.0	72.0	100.0	2058	110.2	18.6	57.1

Die besondere Berufsstruktur der Ausländer ist ein weiterer Anhaltspunkt für ihren überdurchschnittlich hohen Krankenstand. Solche Tätigkeiten, die bei den deutschen Beschäftigten in der Regel mit einem niedrigeren Krankenstand verbunden sind, spielen für die Ausländerbeschäftigung eine nur geringfügige Rolle, womit auch der Vergleich stark eingeschränkt ist. Dennoch läßt sich immerhin für die wenigen vergleichbaren Berufsgruppen mit insgesamt niedrigen AU-Werten erkennen, daß dort auch der Krankenstand der Ausländer besonders niedrig ist, bzw. sogar unter dem ihrer deutschen Kolle-

gen liegt (Gesundheitsdienstberufe, Verkäufer, Bürofachkräfte und Maurer), ein Ergebnis, das der Tendenz nach auch durch andere Untersuchungen gestützt wird (Georg u. a. 1982). Umgekehrt liegen die Beschäftigungsschwerpunkte der Ausländer gerade auf solchen Berufsgruppen, die durch einen besonders hohen Krankenstand auffallen. Innerhalb dieser Gruppen weisen dementsprechend auch die deutschen Beschäftigten häufig überdurchschnittlich hohe AU-Werte auf, wie z. B. im Falle der "sonstigen Metallarbeiter" (überwiegend Elektromontierer), Lager- und Transportarbeiter, Hilfsarbeiter, "sonstige Bauberufe" (Bauhilfsarbeiter) und ähnliches, wie der Übersicht 4 zu entnehmen ist.

Aus verschiedenen Untersuchungen und Berichten 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.

- Für die Gruppe der **Elektromontierer** (hier unter sonstige Metallarbeiter gefaßt) mit einem Ausländeranteil von 42 Prozent gilt, daß es sich bei dieser, überwiegend von Frauen ausgeübten Tätigkeit zumeist um Elektro- und andere Montagearbeiten der Metallverarbeitung in der Großserienproduktion bei Fließ- bzw. teilautomatisierter Fertigung handelt (Ranneberg u. a. 1981). Die Montagearbeitsplätze sind gekennzeichnet durch meist taktgebundene Arbeit mit geringen Vorgabezeiten, geringer Entlohnung im Akkord und Schichtarbeit. Die erforderte Bewegungsgenauigkeit der Finger und Hände sowie die Geschwindigkeit der Bewegungsabfolgen bedingen einseitig dynamische Belastungen und eine verkrampte Arbeitshaltung. Die Kombination von Reizarmut (Monotonie) mit der Notwendigkeit von Konzentration und Kontrolle bringt auch erhebliche psychische Belastungen mit sich (Schöll-Schwinghammer/Lappe 1978).
- Für die Beschäftigten in den **Ernährungsberufen** handelt es sich um Tätigkeiten in sehr unterschiedlichen Beschäftigungsbereichen, die in unserer Untersuchung zu 80 Prozent im verarbeitenden Gewerbe angesiedelt sind (Backwarenhersteller, Fleischverarbeiter,

Getränke- und Tabakwarenhersteller, Zucker- und Süßwarenhersteller und ähnliches). Der Ausländeranteil dieser Berufsgruppe liegt bei 30 Prozent, da es sich überwiegend um unqualifizierte Hilfstätigkeiten, einfache Überwachungs-, Beschickungs- oder Reinigungsarbeiten handelt (Lappe 1981), die damit gleichzeitig eine typische Domäne der Frauenarbeit darstellen. Die Belastungssituation ähnelt der der Elektromontiererinnen (repetitive Teilarbeit, Monotonie, Zeitdruck, hohe Konzentrationsanforderungen und ähnliches). Hinzu tritt der Umgang mit gesundheitsschädigenden Arbeitsstoffen und die als typische Belastungen der Nahrungs- und Genußmittelindustrie zu bezeichnenden Umgebungseinflüsse wie niedrige Temperaturen, Feuchtigkeit und Nässe, Zugluft sowie vor allem für den Verpackungsbereich (Glasbehälterabfüllung) erhebliche Belastungen durch hohen Lärmpegel und durch körperliche Schwerarbeit beim Heben und Tragen von Paketen (Demmer/Küpper 1984).

- Die **Raum- und Hausratsreinigerinnen** (zu über 90 Prozent Frauen) führen oft schwere dynamische Arbeiten aus in belastenden Körperhaltungen. Als typischer Belastungsschwerpunkt gilt die Arbeit mit teilweise hochgradig aggressiven Reinigungsmitteln. Arbeitsorganisation und Entlohnung sind als belastungsverschärfende Faktoren von Bedeutung. Häufig bringt die Organisation der Reinigungstätigkeiten in Reinigungskolonnen eine isolierte Arbeitssituation für die Beschäftigten mit sich, da sie sehr flexibel in verschiedenen Objekten eingesetzt werden. Die Arbeitszeiten sind äußerst ungünstig, da sie oft im Gegenschichtrythmus zur normalen Arbeitszeit liegen und häufig zerstückelt und vielfach stark in die Länge gezogen sind (Gaitanides 1983). Ein Großteil der Reinigungskräfte (in unserer Untersuchungsgruppe sind dies über 40 Prozent) sind teilzeitbeschäftigt, was neben einem geringen Einkommen auch zu erhöhten Anforderungen durch Leistungsverdichtung und zu Einschränkungen in der sozialen Absicherung führt. Die weite Verbreitung von Angeboten zur Teilzeitbeschäftigung kann zudem einen Zwang zur Mehrfachbeschäftigung bedeuten mit der Folge entsprechender Belastungskumulation.

- Auch bei den **Lager- und Transportarbeitern** liegt der Ausländeranteil mit 22 Prozent über dem Durchschnitt. Die häufig im Freien

oder in Lagerhallen durchzuführende Arbeit ist in besonderem Maße mit ungünstigen Umgebungsbedingungen verbunden wie Zugluft, Nässe und Kälte. Hinzu tritt häufig schweres Heben und Tragen vor allem bei Transporttätigkeiten. Ebenso wird hier öfter im Schichtbetrieb auch in Verbindung mit Nachtarbeit - deren längerfristig negative gesundheitliche Folgen bekannt sind - sowie unter erheblichem Zeitdruck gearbeitet. Auch die Unfallgefährdung wird als überdurchschnittlich hoch eingestuft (Müller 1980).

Die hier für einzelne typische Ausländerberufsgruppen überwiegend qualitativ ermittelten besonderen Belastungskumulationen, deren Einfluß auf überdurchschnittlich hohe Krankenstände zumindest plausibel erscheint, werden durch breit angelegte Untersuchungen quantitativ gestützt. Einer Erhebung in rund 1.700 Betrieben zufolge (Gaugler u. a. 1978), sind überdurchschnittlich hohe Ausländerquoten in Großbetrieben mit über 500 Beschäftigten anzutreffen. Entsprechend ist auch ihr Anteil in der Großserienfertigung erheblich höher als in der Einzel- und Kleinserienfertigung (28 Prozent versus 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 Dimensionen körperliche Schwerarbeit, Arbeit unter belastenden Umgebungseinflüssen wie Lärm, Zugluft und ähnliches, Nacht- und Schichtarbeit sowie restriktive, bis in alle Einzelheiten vorgeschriebene Arbeit.

Neben dieser rein verteilungsmäßigen Benachteiligung der Ausländer durch ihre Konzentration auf besonders gesundheitsgefährdende Berufe werden häufig weitere Diskriminierungsformen beobachtet, die innerhalb homogener Berufsgruppen oder betrieblicher Abteilungen wirksam werden können (Kern/Weiberg 1980/81; Gaitanides 1983):

- Innerhalb von Abteilungen wird die Arbeit zuungunsten der Ausländer aufgeteilt.
- Ihnen werden häufig die schlechteren und störungsanfälligeren Maschinen zugeteilt. Entsprechende Ausfallzeiten werden ihnen nur unter Schwierigkeiten angerechnet.
- Die Ausländer werden häufiger als die Deutschen kurzfristig umgesetzt (innerbetriebliche Manövriermasse). Bei längerfristigen Umsetzungen auf Arbeitsplätze mit leichter und weniger belastender Tätigkeit werden dagegen ihre deutschen Kollegen vorgezogen.
- Die Barrieren zum Aufstieg in Vorgesetztenpositionen sind häufig unüberwindlich.

Inwiefern solche Benachteiligungen der Ausländer in Zusammenhang mit dem auch innerhalb der meisten Berufsgruppen auftretenden höheren Krankenstand der Ausländer gegenüber ihren deutschen Kollegen stehen, läßt sich nur vermuten.

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 unsichere Beschäftigungsperspektive besitzen. Sie haben in größerem Maße Arbeitsplatzwechsel hinter sich und sind öfter arbeitslos. Ausländer sind mit 24 Prozent unter denjenigen AOK-Versicherten vertreten, die im Verlauf des Jahres 1981 beschäftigt und arbeitslos waren, gegenüber einem Anteil von nur 16 Prozent an den durchgängig Beschäftigten (Oppen u. a. 1984). Auch Gaugler u. a. (1978) verzeichnen höhere Entlassungsquoten gerade in Phasen drastischen Personalabbaus. Hinzu kommt im Falle drohender Arbeitslosigkeit bei eher ungünstigen Wiedereingliederungschancen die Angst vor Ausweisung.

Als Ergebnis kann 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 als auch der Atmungsorgane unter den Ausländern gegenüber den Deutschen plausibel. Auch die erhöhten Fallzahlen infolge Magen-Darmerkrankungen lassen sich zumindest teilweise als Folgen arbeitsbedingter Belastungsfaktoren wie Arbeitsplatzunsicherheit, von verschiedenen Formen von Benachteiligung, Anpassungsschwierigkeiten und möglicherweise auch als Ergebnis des höheren Anteils an Schichtarbeit und Arbeit unter Zeitdruck interpretieren. Selbst im Hinblick auf die höhere Betroffenheit ausländischer Frauen gegenüber deutschen von Krankheitsepisoden im Kontext von Schwangerschaft und Geburt sind die besonderen arbeitsbedingten Belastungskumulationen - vor allem körperlich schwere, einseitig beanspruchende und restriktive Arbeit - für die Entstehung und Verlauf von Komplikationen nicht zu vernachlässigen, wie dies etwa in einseitig sozio-kulturell orientierten Betrachtungen häufig geschieht.

5. Das "Türkenproblem" - Ausländerbeschäftigung im Vergleich

In Veröffentlichungen zur Migrationsforschung ist die These weit verbreitet, das Ausländerproblem sei vor allem ein Türkenproblem. Ebenso wie in bezug auf Bildungs- und Erwerbschancen oder auf Integrations- und Anpassungsschwierigkeiten werden Türken auch im Hinblick auf Gesundheit bzw. Krankenstand häufig als besondere Problemgruppe unter den Ausländern identifiziert. Auch in diesem Zusammenhang kommt der Erklärungsvariablen der besonderen "Kulturferne" der Türken, die dem "Kulturschock" am stärksten ausgesetzt seien, wesentliche Bedeutung zu. Im Gegensatz etwa zu Italien wird die stärkere Prägung durch den Islam, die überwiegend ländliche, traditionelle Sozialstruktur, die bildungsmäßige, industrielle und wirtschaftliche Unterentwicklung der Türkei hervorgehoben, die Integrationsbemühungen hier verhindere, Gettobildung über die Maßen befördere und das Gefühl des "Andersseins" bestärke (Lelgemann/Egger o. J.). Besonders starke "Heimweh"- und Streßreaktionen werden als Krankheitsauslöser für Spezifika in Morbiditätsraten und -spektrum verantwortlich gemacht. Die spezifischen Muster der Symptomwahrnehmung und des Krankheitsverhaltens, die einem "archaisch-magischen" Weltbild zugeschrieben werden (Hohlweg-Majert 1974), in Verbindung mit den besonderen Verständigungsschwierigkeiten werden häufig als Ursachen unkooperativen Verhaltens dargestellt, das ärztliche Diagnostik und erfolgreiche Therapie behindere.

Ohne die Möglichkeit gänzlich ausschließen zu wollen, daß kulturelle und soziale Besonderheiten der Herkunftsländer verschiedener Nationalitätengruppen auch unterschiedliche reale Erkrankungsrisiken und Bewältigungschancen in sich bergen können - wobei die Reichweite und Relevanz solcher Erklärungskonzepte noch zu prüfen wäre -, soll hier zunächst der Frage nachgegangen werden, inwieweit nationalitätsspezifische Krankenstandsdifferenzen mit Unterschieden in der Zuweisung von Statuspositionen und damit in den unterschiedlichen Voraussetzungen im Hinblick auf Lebensqualität und Gesundheitschancen in Beziehung stehen.

Hierzu wird im folgenden ein Vergleich angestellt zwischen der Gruppe der türkischen Migranten, die rund 2.500 Personen umfassen

und der Gruppe der Ausländer aus den anderen südeuropäischen Anwerbeländern Spanien, Portugal, Italien, Jugoslawien und Griechenland (n = 1.300), die zu rund zwei Dritteln die jugoslawische Staatsangehörigkeit besitzen.

Die global gesehen eher geringe Differenz im Krankenstand zwischen Türken mit durchschnittlich 32,2 AU-Tagen pro Jahr und Ausländern aus den südeuropäischen Herkunftsländern, die pro Jahr im Durchschnitt 28,6 Tage arbeitsunfähig krank waren, verschärft sich bei Berücksichtigung der Altersstruktur. Aufgrund der mit der Türkei später abgeschlossenen Anwerbevereinbarung hat die Arbeitsmigration der Türken erst später einen bedeutenden Umfang angenommen; ihre durchschnittliche Aufenthaltsdauer lag 1981 erst bei 7,8 Jahren, während sich Italiener und Jugoslawen durchschnittlich bereits über 10 Jahre im Bundesgebiet aufhielten (Statistische Bundesamt 1982). Dementsprechend ist auch die Alterstruktur der Türken in der Untersuchungspopulation günstiger: insbesondere der Anteil der unter Dreißigjährigen, die in der Regel den niedrigsten Krankenstand aufweisen, liegt bei den Türken mit 33 Prozent erheblich höher als bei der Vergleichsgruppe mit 23 Prozent. Ebenso ist der Anteil der über Vierundvierzigjährigen - die häufig schon unter manifesten Verschleißkrankheiten leiden - unter den Türken geringer (14 versus 20 Prozent). Die folgende Übersicht zeigt, daß die Divergenzen in einzelnen Altersgruppen die globalen Abweichungen zwischen den Vergleichsgruppen erheblich übersteigen. Vor allem die unter dreißigjährigen türkischen Männer und Frauen sowie die Gruppe der dreißig- bis vierzigjährigen Türkinnen fallen mit einer erheblich höheren Anzahl von AU-Tagen pro Jahr auf.

Sowie für die Krankenstandsunterschiede zwischen beiden Populationen insgesamt, liegt auch in diesen Teilgruppen der Grund weniger in der durchschnittlichen Dauer der AU-Fälle, als vielmehr in der Anzahl der Fälle selbst, die sich auf einen deutlich höheren Anteil der Versicherten verteilen: während immerhin drei Viertel aller unter dreißigjährigen Türken im Verlaufe des Untersuchungsjahres mindestens einmal krankgeschrieben waren, trifft dies bei den Ausländern südeuropäischer Herkunft nur für die Hälfte zu.

Übersicht 5: Vergleich der AU-Indikatoren nach Ausländergruppen, Geschlecht und Alter

Alter	Männer		Frauen	
	Türken	Südeurop.	Türken	Südeurop.
AU-Tage pro 100 Vers.				
-29	2325	1271	3239	2569
30-44	2954	2691	4014	3024
> 44	2803	3504	3257	4427
insg.	2945	2663	3683	3135
AU-Fälle pro 100 Vers.				
-29	195	111	204	175
30-44	169	131	193	164
> 44	161	139	167	113
insg.	174	130	195	159
Tage pro Fall				
-29	11,9	11,4	15,9	14,7
30-44	17,5	20,5	20,8	18,5
> 44	23,6	25,1	19,6	39,2
insg.	16,9	20,5	19,0	19,7
Anteil Vers. mit AU in %				
-29	76,3	52,1	77,6	72,4
30-44	79,6	67,1	82,7	73,9
> 44	76,2	69,1	81,8	66,1
insg.	78,1	65,2	80,9	72,4

Für den höheren Krankenstand der türkischen Männer und Frauen schlagen vor allem die Erkrankungen des Bewegungsapparates und der Atmungsorgane zu Buche, bei den Frauen treten zudem mehr AU-Tage infolge von Verdauungsorganerkrankungen auf (vgl. Übersicht A 1 im Anhang). Erstaunlich erscheint zunächst der global gesehen geringe Unterschied zwischen Türkinnen und südeuropäischen Ausländerinnen hinsichtlich des Anteils, den die Erkrankungen der Harn- und Geschlechtsorgane und die Komplikationen in der Schwangerschaft am Krankheitsgeschehen ausmachen. Auch bei Differenzierung des Datenmaterials nach dem Alter zeigt sich im Vergleich der Risikogruppe der unter dreißigjährigen Frauen sogar eine geringere Anzahl von Erkrankungsfällen infolge dieser Krankheitsarten bei den Türkinnen (40 versus 47 Fälle pro 100 Versicherte). Die um rund 50 Prozent längere Dauer dieser Fälle bei den Türkinnen verweist allerdings auf einen schwereren Verlauf der Erkrankungen. Eine gegenüber diesen empirischen Befunden höhere Krankheitshäufigkeit bei Türkinnen hätte nahegelegen, stellt man einmal ihre höhere Geburtenrate (vgl. Übersicht A 2 im Anhang) und zum anderen die bekannte, geringere Teilnahme an Maßnahmen zur Krebs- und Schwan-

gerschaftsvorsorge in Rechnung, deren Ursache häufig den im Islam begründeten moralischen Tabus zugeschrieben wird. So nutzten als Ergebnis einer Studie nur 20 Prozent der Türkinnen die Schwangerschaftsvorsorge, aber immerhin 33 Prozent der anderen Gastarbeiter-nationalitäten und der deutschen Unterschichtsfrauen, und das trotz eines besonders hohen Anteils von Risikoschwangerschaften unter den Türkinnen (Grottian 1983).

Zur Beurteilung nationalitätenspezifischer Divergenzen im Gesundheitszustand verspricht auch hier die Analyse der Erwerbsstruktur der beiden Vergleichsgruppen eher Aufschluß, als die Ermittlung ihrer je besonderen Herkunftsmerkmale. Aus der Verteilung der beiden Populationen auf Wirtschaftszweige und -abteilungen ergibt sich, daß die Türken zu einem größeren Prozentsatz (58 Prozent versus 45 Prozent) im verarbeitenden Gewerbe eingesetzt sind, als die Ausländer südeuropäischer Herkunft (vgl. Übersicht 6). Höhere Beschäftigungsanteile haben sie vor allem in der chemischen Industrie und Kunststoffverarbeitung, Metallerzeugung, im Textilgewerbe sowie in der Nahrungs- und Genußmittelindustrie, Wirtschaftsbereiche mit insgesamt überdurchschnittlichen Krankenständen. Demgegenüber konzentrieren sich die Südeuropäer stärker sowohl im Baugewerbe wie auch im Dienstleistungsbereich im weitesten Sinne, mit Schwerpunkt im Gaststätten- und Beherbergungsgewerbe, beides Beschäftigungsbereiche mit vergleichsweise niedrigem Krankenstand (Oppen u. a. 1984, Anhang S. 98). Benachteiligt sind die türkischen Arbeitsmigranten dementsprechend auch hinsichtlich der Positionen, die sie im betrieblichen Statusgefüge einnehmen. Besonders auffällig ist ihre gegenüber der Vergleichspopulation um die Hälfte geringere Facharbeiterquote (vgl. Übersicht A 4 im Anhang), die Teilgruppe unter den Arbeitern mit relativ niedrigeren Erkrankungsquoten.

Aufgrund der recht unterschiedlichen Beschäftigungsschwerpunkte beider Gruppen läßt sich ein direkter Vergleich der AU-Kennziffern nur für vier einzelne Berufsgruppen durchführen. Übersicht A 3 (im Anhang) macht deutlich, daß von einem durchgängig höheren Krankenstand der Türken - etwa aus einem kulturell geprägten Krankheits- und/oder Leistungsverhalten heraus - nicht die Rede sein kann. So weisen zwar die türkischen Raum- und Hausratreinigerinnen sowie

Übersicht 6: Verteilung der Versicherten auf Wirtschaftszweige¹ und Wirtschaftsabteilung, in %

	Türken n = 2 523	Südeurop. n = 1 308	Deutsche n = 25 382	Auslän- derant.
Gartenbau, Tierzucht	1,5	0,6	0,5	31,5
Energie/Wasserversorgung	0,2	0,1	2,0	1,3
Chem. Industrie/Mineralöl	1,7	0,9	1,1	19,8
Kunstst.-/Gummi-/Asbestverarb.	3,1	1,5	0,8	36,3
Gewinnng./Verarb. Steine, Erden	1,1	0,4	0,4	29,5
Eisen-, NE-Metallerzeugung	2,8	0,3	0,3	48,8
Stahl-/Leichtmetallbau	3,2	3,9	2,6	18,6
Maschinenbau	3,1	3,4	2,6	18,5
Büromaschinenbau	0,6	0,5	0,4	19,1
Fahrzeugbau	6,4	6,0	1,0	52,7
Kfz.-Reparatur	0,2	0,8	0,7	10,2
Elektrotechnik	3,4	12,2	4,9	31,0
Feinmechanik/Optik	0,9	0,5	0,8	14,8
Herstellung von EBM-Waren	1,9	1,9	0,9	26,5
Stahlverformung, Schlosserei	1,1	0,8	0,5	24,1
Holzbe-/verarbeitung	1,5	1,1	1,0	19,7
Papiererzeugung/-verarbeitung	2,3	1,3	1,0	25,2
Druckerei	1,3	1,0	1,6	12,2
Lederherstellung/-verarbeitung	-	0,2	0,1	16,1
Textilgewerbe	4,6	1,1	0,4	58,6
Bekleidungs-gewerbe	1,3	1,2	1,0	17,9
Nahrungs-/Genußmittelgewerbe	7,5	5,7	4,2	22,4
Verarbeitendes Gewerbe insg.	58,0	44,7	26,3	
Bauhauptgewerbe	6,5	11,2	6,1	17,6
Ausbau-/Bauhilfsgewerbe	1,0	2,5	3,6	7,3
Handel	7,1	5,7	17,8	7,0
Verkehrsgewerbe	1,7	1,6	6,6	5,7
Kreditinstitute/Versicherungen	0,2	0,2	1,5	3,0
Gaststätten, Beherbergung	2,2	15,4	2,8	29,1
Bildung, Wissenschaft, Kunst	0,7	0,5	3,0	5,4
Verlags-, Lit.-, Pressewesen	0,2	-	1,0	5,2
Gesundheits-, Veterinärwesen	3,6	5,2	5,6	14,1
Wirtschaftsberatung, -prüfung	0,1	0,2	1,0	2,6
Architektur-, Ingenieurbüros	0,4	0,7	0,8	11,7
Grundstücks-, Wohnungswesen	0,8	1,6	3,2	6,2
Dienstleistungshandwerk	8,8	4,4	3,6	25,8
Sonstige Dienstleistungen	0,8	0,8	2,9	7,2
Organis. ohne Erwerbscharakter	1,0	1,9	3,4	8,4
Gebietskörpersch./Sozialvers.	3,1	2,0	5,9	17,2
Sonstige	1,2	0,4	0,7	17,7
Keine Angabe	0,9	0,5	1,3	6,1
Insgesamt	100,0	100,0	100,0	16,0

¹ Die Wirtschaftszweige sind in Anlehnung an den C-Schlüssel des ABC-Handbuches (Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung 1974) konstruiert. (Vgl. Oppen u. a. 1984, S. 34 ff. im Anhang.)

die Elektromontiererinnen (beides Berufe in denen überwiegend un- und angelernte Frauen eingesetzt werden) gegenüber ihren Kolleginnen aus den südeuropäischen Herkunftsländern höhere Krankheitsziffern auf; bei den Berufsgruppen der Metallerzeuger und -bearbeiter und der (überwiegend industriellen) Nahrungsmittelhersteller liegt umgekehrt gerade der Krankenstand der Türken deutlich niedriger.

Aus diesen strukturellen Differenzen zwischen Beschäftigungsschwerpunkten der Türken und der Ausländer südeuropäischer Herkunft ergeben sich zunächst nur Anhaltspunkte über unterschiedliche Arbeitsstrukturen und -anforderungen auf sehr globalem Niveau. Hinweise für die sehr unterschiedliche Betroffenheit von gesundheitsbeeinträchtigenden Arbeitsplatzmerkmalen bei Türken und Jugoslawen lassen sich einer Untersuchung typischer Konstellationen der Beschäftigung von Ausländern entnehmen (Fellberg u. a. 1980). Eine Clusteranalyse von Befragungsdaten auf der Basis von mehr als 1.500 Betrieben des verarbeitenden Gewerbes ergab folgendes: Gerade in solchen Betriebstypen, die durch eine hohe Fluktuationsquote, einen hohen Anteil von Schichtarbeit und von Akkord- und Prämienentlohnung unter den gewerblichen Arbeitnehmern gekennzeichnet sind und die in der Regel gleichzeitig einen überdurchschnittlich hohen Prozentsatz von ungelerten Arbeitskräften einsetzen, liegt der Anteil der ausländischen und unter ihnen vor allem der türkischen Beschäftigten besonders hoch. Typische Einsatzbereiche der Jugoslawen liegen dagegen bei denjenigen Betriebstypen, bei denen die genannten Faktoren in unterdurchschnittlichem Umfang auftreten (bzw. in Betriebstypen, die keine Schichtarbeit machen). Zur Verdeutlichung der unterschiedlichen Betroffenheit von gesundheitsbeeinträchtigenden Arbeitsbedingungen sind für die folgende Übersicht 7 aus der genannten Untersuchung zwei Betriebstypen exemplarisch gegeneinandergestellt und zwar diejenigen mit dem jeweils größten Anteil von Jugoslawen bzw. Türken unter den ausländischen gewerblichen Beschäftigten.

Eine solche abweichende Verteilung von Türken gegenüber anderen südeuropäischen Arbeitsmigranten (in diesem Zusammenhang besonders Jugoslawen) auf Beschäftigungsbereiche, betriebliche Positionen und Arbeitsstrukturen als mögliche Ursachen unterschiedlicher

Übersicht 7: Betriebstypen einer Clusterung nach Arbeitsbedingungen und Ausländerbeschäftigung

	Gesamt	Typ 1 (Yugoslawen)	Typ 10 (Türken)
Anzahl der Betriebe absolut	1582	180	104
in %	100	11	7
Frauenanteil in %	27	13	27
Ausländeranteil in %	20	17	31
Herkunftsländ. in % d. Ausl.:			
Türkei: Männer	29	25	38
Frauen	25	16	34
Yugoslawien: Männer	18	25	14
Frauen	24	39	15
Fluktuationsindex ¹	10	7	24
Betriebe mit Schichtarbeit (in % der Betriebe)	54	-	100
Schichtenbetroffenheit in %:			
Deutsche	39	-	41
Ausländer	47	-	50
Akkord- u. Prämienentl. in %:			
Gesamt	32	28	30
Ausländer	40	36	48
Gelernte in %:			
Gesamt	35	48	23
Ausländer	14	22	6

$$^1 \text{ Fluktuationsindex} = \frac{\min(\text{Anzahl der Einstellungen, Personalabgänge})}{\text{Anzahl der gewerblichen Beschäftigten}}$$

Quelle: Fellberg u. a. 1980, S. 284.

Krankheitsrisiken und Gesundheit Chancen ist vermutlich auf recht komplexe Verursachungszusammenhänge zurückzuführen, die bisher meines Wissens nicht systematisch untersucht wurden und in diesem Rahmen nur angedeutet werden können. Die türkischen Arbeiter sind als letzte Gruppe in die Bundesrepublik geholt worden und auch nach dem Anwerbestopp stärker auf den hiesigen Arbeitsmarkt ge-

drängt. Dies läßt sich den Beschäftigtenzahlen der Türken entnehmen, die im Vergleich zu allen anderen Ausländerpopulationen seit 1974 bei weitem weniger gesunken sind, aufgrund unter anderem des Familiennachzugs (Korte/Schmidt 1983). Eine Unterschichtung der anderen Ausländergruppen durch die Türken dürfte insofern erfolgt sein, als für sie zunächst die unattraktivsten, schlechtesten und unsichersten Arbeitsplätze zur Verfügung standen, während die sich bereits länger hier aufhaltenden Ausländergruppen durch Qualifizierungs- und Aufstiegsprozesse z. T. auf bessere Arbeitsplätze aufgerückt sind. Die spezifische Konzentration der Türken in bestimmten Beschäftigungsbereichen und Positionen dürfte zudem teilweise auf Qualifikationsdefizite zurückzuführen sein. Einerseits ist der Anteil derjenigen, die im Heimatland eine Berufsausbildung absolviert haben, unter den Türken mit 45 Prozent niedriger als unter den Jugoslawen mit 52 Prozent (Gaitanides 1983, S. 123). Andererseits wird herausgestellt, daß eine solche Berufsausbildung - mit Ausnahme der Jugoslawen - keine der deutschen adäquate Formalqualifikation darstellt, aufgrund der häufig fehlenden Industrieerfahrung oder unterschiedlicher Ausbildungssysteme. Dies scheint sich mit empirischen Befunden zu decken, die für Türken gegenüber Jugoslawen nicht nur stärkere Dequalifizierungsprozesse zwischen Facharbeiterstatus im Heimatland und Eintrittsbeschäftigung in der Bundesrepublik, sondern weiterhin auch eine geringere Aufstiegsquote belegen (ebd., S. 203). Inwieweit zudem verschiedene Formen der Diskriminierung der Türken sowohl bei der Arbeitsplatzzuteilung wie auch bei Entlassungen ihre spezifische Lage im Beschäftigungssystem mitbedingen, läßt sich nicht genauer angeben. Daß aber Türken im internationalen Schichtgefüge als besonders "unzivilisiert" bezeichnet werden, aufgrund des wirtschaftlichen Entwicklungsstandes und der religiösen Besonderheiten ihres Herkunftslandes, ist keine Einzelbeobachtung. Die ihnen zugeschriebene besondere Anpassungsfähigkeit und Anspruchsarmut, die sie zur Ausführung monotoner, belastungsintensiver und unangenehmer Tätigkeiten als geeignet erscheinen läßt, hängt sicherlich nicht zuletzt damit zusammen, daß die Türkei noch weniger als andere Herkunftsländer eine Perspektive für die vom inländischen Arbeitsmarkt Verdrängten bietet.

6. Außerberufliche gesundheits- und krankensstandsrelevante 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 Gesundheitsbeeinträchtigungen. Da die Routinedaten der Krankenkassen über diesen Komplex so gut wie keine Auskunft geben, soll hier nur auf mögliche Zusammenhänge exemplarisch hingewiesen werden.

Nicht nur im Arbeitsleben, auch im häuslichen Alltag sind die Arbeitsmigranten spezifischen Benachteiligungen ausgesetzt. Vermittelt unter anderem über das durchschnittlich niedrigere Einkommen der Ausländer, aber auch über andere Formen der Diskriminierung sind die Regenerationsmöglichkeiten in der arbeitsfreien Zeit als ungünstiger zu beurteilen, bzw. müssen erhöhte Zusatzbelastungen und Gesundheitsrisiken in der erwerbsarbeitsfreien Zeit gegenüber den deutschen Erwerbstätigen angenommen werden. 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 niedrigem 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 - ist hier ein bedeutsamer Einfluß zuzuschreiben. Zimmermann (1983) stellt diese Bedingungen in Zusammenhang mit vermehrt bei Emigrantenkindern - dies gilt in gewissem Umfang sicherlich auch für Erwachsene - auftretenden Erkrankungen der Atmungsorgane sowie von Infektionskrankheiten, wobei die häufige Überbelegung die Ansteckungsgefahr besonders begünstigt. Das Wohnen auf engstem Raum schränkt aber auch die Erholungsmöglichkeiten der berufstätigen

gen Familienmitglieder ein, worunter in ganz besonderem Maß die von Schichtarbeit Betroffenen leiden. Durch die eingeschränkte Wohnungsmarktlage sind Ausländer in der Regel - wie auch Deutsche aus den einkommensschwächsten Schichten - auf Stadtteile und Wohnviertel verwiesen, wo sie besonderen Umweltbelastungen durch Luftverschmutzung, Verkehrslärm und ähnliches unterliegen.

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, der Familienstruktur und der schlecht ausgestatteten Wohnungen 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, wie die folgende Übersicht zeigt.

Übersicht 8: Vergleich von Ausländerinnen und Deutschen nach Kinderzahl und Alter, in %

Kinderzahl	Ausländerinnen		Deutsche	
	Versicherte	Anteil >44 J.	Versicherte	Anteil >44 J.
0	59,9	12,5	78,4	41,5
1	14,4	14,8	13,7	31,0
2	14,2	10,0	6,0	20,8
≥ 3	11,4	9,7	1,9	20,7
Insgesamt	1 939	12,1	11 557	38,3

Zieht man in Betracht, daß die ausländischen erwerbstätigen Mütter im Durchschnitt jünger sind, so kann unterstellt werden, daß sie vermehrt jüngere Kinder haben, die eine intensivere Betreuung benötigen. 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 fer-

ner 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 zumindest geringeren Belastungen hinsichtlich körperlicher Beanspruchung, Arbeitsumgebung und Arbeitsorganisation. Der gegenüber den deutschen Frauen um rund 100 Prozent erhöhte Krankenstand der Ausländerinnen zwischen dreißig und vierundvierzig Jahren sowie die eklatante, um das rund Dreifache erhöhte 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 und -grenzen bezogen auf Belastungskompensation, Inanspruchnahme medizinischer Behandlung und ärztlich legitimer Arbeitsruhe. Hier müssen tendenziell gegenläufige Wirkungsrichtungen im Hinblick auf die eigentliche Morbiditätsentwicklung der Ausländer einerseits und die statistisch erfaßte Krankenstandsentwicklung andererseits angenommen werden. Da mit dem Krankenstand ausschließlich diejenigen Krankheitsepisoden statistisch erfaßbar sind, die in den Institutionen des Gesundheitswesens behandelt werden, kann eine 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, daß der Krankenstand bei bestehender Tendenz zur Unterinanspruchnahme nicht das gesamte Ausmaß vorliegender Erkrankungen widerspiegelt, worauf auch empirische Untersuchungen hinweisen, die z. T. erhebliche Anteile an der "gesunden" nicht arbeitsunfähigen Erwerbsbevölkerung mit umgehend behandlungsbedürftigen Beeinträchtigungen vorfanden (Barttlinegck 1979). Ein nicht näher quantifizierbarer "verdeckter" Krankenstand kann die Folge sein.

In diesem Zusammenhang ist von Bedeutung, daß es keine eindeutige, objektive Grenzziehung zwischen Gesundheit und Krankheit gibt und somit Gesundheitschancen, aber auch statistisch ermittelte Erkrankungsdaten als durch subjektive Einstellungen und individuelles Verhalten mitbeeinflusst betrachtet werden müssen. Hierbei wird von der These ausgegangen, daß die Elemente, die dieses Verhalten prägen, ganz wesentlich lebenslage- und nicht nur kulturabhängig sind. Drei Aspekte, die im Zusammenhang mit AU von besonderer Bedeutung sind, sollen hier beleuchtet werden: Symptomwahrnehmung und -bewertung, Inanspruchnahme professioneller medizinischer Dienste und die "Akzeptanz" ärztlicher Krankschreibung.

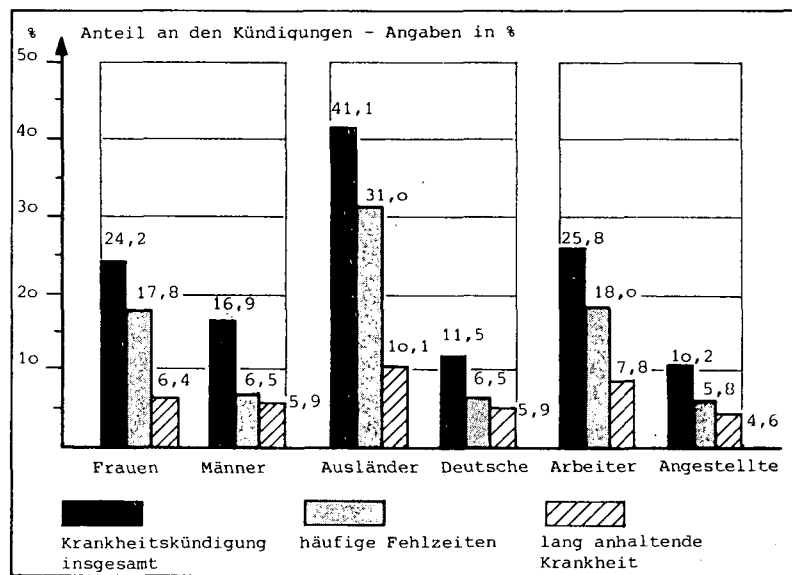
Ob ein Krankheitsanzeichen als solches erkannt und ernst genommen wird, hängt neben der Stärke und Dauer der subjektiven Beeinträchtigung auch davon ab, wie folgenschwer deren Auswirkungen eingeschätzt werden. Aufgrund ihrer geringeren Vorkenntnisse über typische Krankheitsbilder in modernen Industriegesellschaften sind Ausländer diesbezüglich benachteiligt. Schmidt/Brandenburg (1983) stellten fest, daß rund 70 Prozent unter den von ihnen Befragten ihre Krankheit aus der Türkei nicht bekannt ist. Ehemals übliche Routinen zur Bewertung und Bewältigung von Gesundheitsstörungen werden daher entwertet. Ähnlich wie dies für die soziale Grundschicht insgesamt bekannt ist, dürfte ein weniger ausgeprägtes Gesundheitsbewußtsein und eine höhere Symptomtoleranz der Ausländer auch in den insgesamt weniger zukunftsorientierten Gesundheitsansprüchen begründet liegen. Die unterprivilegierte Position im Sozialgefüge, die besonders unsicheren Zukunftsaussichten führen zu einer auf die Gegenwart eingeschränkten Zeitperspektive, in der das Interesse an längerfristiger Gesundheitssicherung hinter Notwendigkeiten der unmittelbaren Existenzsicherung zurückstehen muß. Einer Untersuchung bei Gießereiarbeitern (Braczyk u. a. 1984) läßt sich entnehmen, daß Ausländer aufgrund ihrer spezifischen Erwerbs- und Leistungsorientierung zumindest bestimmte Anforderungen und Belastungen am Arbeitsplatz vorbehaltloser in Kauf nehmen als ihre deutschen Kollegen, möglicherweise ein Hinweis für die höhere Bereitschaft, die hiermit verbundenen Verschleißfolgen als "normale" Folgen der Arbeitstätigkeit zu interpretieren.

Zusätzlich zu den auch für Deutsche bestehenden schichtspezifischen 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 sowie häufig geringe oder als diskriminierend empfundene Erfahrungen im Umgang mit insbesondere deutschen medizinischen Experten (Land u. a. 1982). Mit den Verständigungsbarrieren ist häufig die Gefahr unzureichender Diagnostik bzw. medikamentöser oder stationärer Übertherapierung verbunden. Auch in unserer Untersuchungsgruppe ist die Zahl der mit Krankenhausaufenthalt verbundenen AU-Fälle unter den Deutschen mit 9 von 100 Personen niedriger als unter den Ausländern (Türken 11 bzw. Südeuropäer 12 Personen von 100). Solche Erfahrungen sowie möglicherweise die Furcht vor aufenthaltsrechtlichen Konsequenzen wirken zurück auf das Inanspruchnahmeverhalten. Im Ergebnis ist daher gegenüber den deutschen Beschäftigten eher von einer verstärkten Unterinanspruchnahme des Gesundheitssystems auszugehen, wie sich dies etwa auch in den Zahlen zur Inanspruchnahme von Schwangerschafts- und sonstigen Vorsorgeuntersuchungen 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 nur ungenügend zugeschnitten ist. Eine Verschärfung der gesundheitlichen Problemlage von Ausländern durch defizitäre Inanspruchnahme- und Versorgungsbedingungen und durch dementsprechend geringere Kompensationseffekte muß angenommen werden.

Eine ärztlicherseits gebotene Krankschreibung wird dann häufig von den Betroffenen nicht akzeptiert, wenn infolge von Arbeitsunfähigkeit negative Konsequenzen am Arbeitsplatz befürchtet werden müssen (Sanktionen von seiten der Arbeitskollegen, Wegfall von Einkommensbestandteilen, krankheitsbedingte Versetzung oder Kündigung). Entsprechend einer Untersuchung (IG Metall 1979) befürchteten ein Drittel aller Befragten Nachteile bei Krankschreibung, Arbeiter eher als Angestellte, Schichtarbeiter eher als Nichtschichtarbeiter. In dem Versuch, die innerbetriebliche Stellung in der Konkurrenz um Ar-

beitsplätze zu verbessern, erfolgt häufig ein individuelles Anpassungs- und Bewältigungsverhalten, welches auf die Vermeidung von Fehlzeiten - aus dem Blickwinkel des Managements Fehlverhalten - abzielt. Unter einem besonderen Zwang, medizinische Behandlung oder eine ärztlicherseits als notwendig erachtete Krankschreibung nicht in Anspruch zu nehmen, können Ausländer - insbesondere in der gegenwärtigen Beschäftigungskrise - dadurch geraten, daß im Falle häufiger oder langandauernder Arbeitsunfähigkeit eine krankheitsbedingte Kündigung droht. Ausländer sind hiervon erheblich häufiger betroffen als deutsche Beschäftigte wie die folgende Übersicht zeigt.

Übersicht 9: Von Krankheitskündigung besonders betroffene Arbeitnehmer (Ergebnisse der Aktenanalyse)



Quelle: 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.

7. Zusammenfassung und Perspektiven

Obgleich vorliegende 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 eine Reihe von Anhaltspunkten 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 im Heimatland um einst überdurchschnittlich gesunde und belastungsfähige Personen gehandelt hat. Auch dürften Gesundheitsinteressen zugunsten von Einkommensinteressen zurückgetreten sein, solange vormals intensivste Erwerbsarbeit unter Einsatz aller Leistungsreserven mit dem Ziel, in absehbarer Zeit heimkehren zu können, die individuelle Perspektive für die meisten 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 arbeits- und aufenthaltsrechtliche Situation vergegenwärtigt. So sind gerade Ausländer eher zu dissimulatorischem Verhalten gezwungen, um ihre Arbeitsplatzsicherheit nicht aufs Spiel zu setzen. Im Gegenteil ist zu befürchten, daß der "verdeckte", statistisch nicht erfaßte Krankenstand unter den Arbeitsmigranten gegenüber ihren deutschen Kollegen eher höher zu veranschlagen ist, was unter der Perspektive längerfristiger Gesundheitssicherung äußerst problematisch wäre.

In der empirischen Analyse der Kassendaten zeigt sich weiter, daß den häufig bemühten Phänomenen wie "Kulturschock", "Akkulturationsstreß" oder "mißlungene Integration" als Krankheitsauslöser für den überdurchschnittlich hohen Krankenstand der Arbeitsmigranten kein relevanter Erklärungswert beizumessen ist. Zum einen beträgt der

Anteil seelischer Störungen und Krankheiten des Nervensystems am Krankenstand der Ausländer ebenso wie der Deutschen nicht mehr als 5 Prozent. Zum anderen kann insgesamt nicht von dem typischen "ausländerspezifisch" überhöhten Krankenstand gesprochen werden. Auch unter den Ausländern bestehen erhebliche teilgruppenspezifische Unterschiede, wobei sich die Schwankungsbreite z. B. nach Berufsgruppen zwischen durchschnittlich 15 und 45 AU-Tagen pro Person im Jahr nicht wesentlich von derjenigen unter den Deutschen unterscheidet, die je nach beruflicher Tätigkeit zwischen 15 und 39 Tagen im Jahr krankgeschrieben waren. Auf hohem Plausibilitätsniveau ist davon auszugehen, daß für den um mehr als 50 Prozent höheren Krankenstand der Arbeitsmigranten nicht in erster Linie die ihnen zugeschriebenen sozial-kulturellen Merkmale und die häufig damit begründeten Anpassungsschwierigkeiten, sondern objektive und subjektive Momente von Diskriminierung ausschlaggebend sind, die sich quer durch alle Lebensbereiche ziehen.

Die Lebens- und Gesundheitschancen werden weitgehend durch die jeweilige Position im Beschäftigungssystem bestimmt, da hiervon wesentlich auch die materiellen, zeitlichen und sozialen Bedingungen zur Gestaltung der Reproduktion in der arbeitsfreien Zeit abhängen. Die Struktur der Ausländerbeschäftigung läßt sich dadurch charakterisieren, daß sie auf Arbeitsplätzen gegenüber ihren deutschen Kollegen stark überrepräsentiert sind, die sich durch geringe Qualifikationsanforderungen, hohe, physische, geistig-nervliche und psychische Belastungen, vergleichsweise geringe Entlohnung auszeichnen und die im Zuge von Krisenerscheinungen und Rationalisierungsdruck besonders vom Abbau bedroht sind. Die Konzentration der Ausländer im verarbeitenden Gewerbe und hier auf Berufsgruppen, die zumeist erheblichen Mehrfachbelastungen ausgesetzt sind, hinsichtlich verschiedener Dimensionen wie körperlich schwere oder dynamisch einseitige Arbeit, Monotonie, Zeitdruck, Schichtarbeit, gesundheitsgefährdende Umgebungsbedingungen, geringe Dispositions- und Kommunikationsspielräume und anderes bringt es mit sich, daß die mit solchen Tätigkeiten verbundenen Erkrankungsrisiken und Krankenstandswerte einen deutlich höheren Anteil unter den Ausländern als unter den Inländern betreffen. In den typischen Beschäftigungsschwerpunkten der Ausländer fallen dementsprechend auch ihre deut-

schen Kollegen durch überdurchschnittlich hohe AU-Quoten auf (Elektromontierer, industrielle Ernährungsberufe, Lager- und Transportarbeiter, Hilfs- und Bauhilfsarbeiter). Umgekehrt spielen solche Tätigkeiten - vor allem im Angestelltenbereich -, die statistisch mit einem ausgesprochen niedrigen Krankenstand korrelieren, unter den Ausländern gleichermaßen wie unter den Deutschen, für die Ausländerbeschäftigung nur eine geringfügige Rolle (Gesundheitsdienstberufe, Verkäufer, Bürofachkräfte und andere). Für diese typischen Beschäftigungsdomänen der Inländer kann nicht nur eine geringere, mit der Tätigkeit verbundene Gesamtbelastung angenommen werden; aufgrund spezifischer Arbeitszeitregelungen und Entlohnungsformen im Angestelltensektor bestehen hier häufig größere Dispositionsspielräume für die Beschäftigten, sodaß sie auch bei eingeschränkter Leistungsfähigkeit den Anforderungen des Arbeitsplatzes häufig noch genügen können und sich nicht in jedem Fall krankschreiben lassen müssen.

Neben der verteilungsmäßigen Benachteiligung der Ausländer - und unter ihnen vor allem der Türken - durch ihre überproportionale Konzentration in gesundheitlich besonders beanspruchenden Berufen, sind oft zusätzlich Diskriminierungsformen im Rahmen betrieblicher Arbeitskräfte-Einsatzstrategien zu beobachten. Hierdurch sind Ausländer gegenüber ihren deutschen Kollegen an vergleichbaren Arbeitsplätzen nochmals schlechter gestellt hinsichtlich Einkommen, Belastungen, Arbeitsplatzsicherheit und Aufstiegschancen, als dies statistische Durchschnittswerte zu erkennen geben.

Weiterhin wurde deutlich, daß der die Lebens- und Gesundheitschancen beeinträchtigenden marginalen gesellschaftlichen Positionierung der Ausländer zudem eine "Ungleichheit" zwischen Ausländern und Deutschen entspricht, hinsichtlich entlastender, regenerativer und kompensatorischer Möglichkeiten und Verhaltensweisen. Ausländer unterliegen eher noch zusätzlichen Belastungen in der arbeitsfreien Zeit durch beengte, schlecht ausgestattete Wohnverhältnisse, die vor allem den erwerbstätigen ausländischen Müttern, zu deren Lasten die Arbeitsteilung in der Familie erfolgt, Erholungszeiten fast unmöglich machen. Des weiteren haben sich Anhaltspunkte dafür ergeben, daß Ausländer gegenüber deutschen Angehörigen der sozialen

Grundsicht aufgrund verschiedener Faktoren eher gesundheitlich riskante, defizitäre Verhaltensweisen und Einstellungen sowie eingeschränkte Handlungsmöglichkeiten in bezug auf Gesundheitssicherung und Inanspruchnahme von sozialen und medizinischen Leistungen aufweisen. Ihre spezifische Erwerbs- und Leistungsorientierung in Verbindung mit ihrer rechtlich verankerten unsicheren Perspektive auf dem Arbeitsmarkt und im "Gastland" allgemein, führt dazu, daß sie mit ihren Gesundheitsproblemen eher zu spät professionelle Hilfe suchen, innerhalb eines Versorgungssystems, welches typischen Problemkonstellationen von Ausländern nicht gerecht werden kann.

Die hier vorgelegten Ergebnisse zur Verbreitung von AU-Risiken in der ausländischen Erwerbsbevölkerung 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 Patientenkollektives - 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. Erfolgsversprechender ist hier die immer noch ausstehende Entwicklung und Umsetzung präventiver Konzepte, die auf die Bekämpfung der Entstehungsbedingungen von chronisch-degenerativen Erkrankungen gerichtet sind. Das hier zugrunde gelegte Material enthält eine Reihe von Hinweisen dafür, daß auch bzw. ganz besonders unter den Ausländern eine starke Tendenz zur Chronifizierung von Leiden besteht. Trotz der günstigeren Altersstruktur und der durchschnittlich noch relativ kürzeren Beschäftigungsdauer der Ausländer in diesem Land unter den beschriebenen Arbeitsbedingungen, machen die länger als sechs Wochen dauernden AU-Fälle mehr als die Hälfte des Gesamtkrankstandes aus. Zwei Krankheitsarten - die Erkrankungen des Bewegungsapparates und des Magen-Darmbereichs - dominieren unter den über vierundvierzigjährigen Männern mit durchschnittlich 18 AU-Tagen pro Person im Jahr (bei Deutschen sind dies 9 Tage) das Krankheitsspektrum, und mit dem Altersanstieg verstärkt sich der

Abstand zwischen Ausländern und Deutschen hinsichtlich der Erkrankungsrisiken insgesamt zunehmend zuungunsten der Ausländer. Es ist abzusehen, daß die Arbeitsmigranten gegenüber ihren deutschen Arbeitskollegen noch geringere Chancen haben werden, bis zur normalen Altersrente ihren Beruf ausüben zu können. Die Ausgliederungskarriere nimmt ihren Anfang bei häufigen und langen AU-Zeiten und führt über Entlassung und Dauerarbeitslosigkeit - da gerade für Ausländer Schonarbeitsplätze weniger angeboten werden (Gaitanides 1983) - zur Frühverrentung.

Die in diesem Beitrag skizzierten Befunde zu Gesundheitschancen und Erkrankungsrisiken im Vergleich Ausländer und Inländer decken Defizite in zwei unterschiedlichen Bereichen struktureller Prävention auf. Soll eine Verschiebung der Systemprobleme des Arbeitsmarktes, der Beschaffenheit von Arbeitsplätzen und -anforderungen und ähnlichem auf ethnische Minderheiten, aber auch auf andere gesellschaftliche Teilgruppen (wie Ungelernte, Frauen, ältere Arbeitnehmer) mit der Folge der Entstehung erheblicher sozialer Konfliktpotentiale, aber auch von bedeutenden Folgekosten im Rahmen der sozialen Sicherung verhindert werden, so ist zur Verbesserung nicht nur der sozialen, sondern auch der gesundheitlichen Lage aller dieser Teilgruppen einerseits die Lösung der genannten Probleme gesamtgesellschaftlich anzugehen. Hierzu rechnet die Sicherung von Arbeitsplätzen und Beschäftigungsverhältnissen, z. B. durch Weiterführung der Arbeitszeitverkürzung, ebenso wie die Sanierung von Arbeitsplätzen, welchen die arbeitserleichternden Effekte des technologischen Fortschritts bisher nicht zugute gekommen sind und deren Belastungsintensität zum vorzeitigen Aufbrauch und Verschleiß von Gesundheit der dort Beschäftigten führt. Andererseits ist eine veränderte Perspektive in der Ausländerpolitik notwendig, die die vertikalen Integrationsdefizite und die damit verbundene ausländerspezifische Ungleichverteilung von Gesundheitschancen und Erkrankungsrisiken anzugehen sucht. Einseitige Bemühungen um verbesserte Aus- und Weiterbildungschancen der Ausländer, um ihre Zugangsvoraussetzungen zu qualifizierteren, weniger rationalisierungsbedrohten, besser bezahlten und gleichzeitig weniger verschleißenden Arbeitsplätzen zu verbessern, sind zwar notwendige aber keine hinreichenden Maßnahmen zur Erreichung dieses Ziels. Denn zur Perpetuierung der Seg-

mentation am Arbeitsplatz, der unter gesundheitsstrategischen Gesichtspunkten wesentliche Bedeutung beigemessen werden muß, trägt vor allem der unsichere Status der Ausländer hinsichtlich Arbeits- und Aufenthaltserlaubnis bei, Ergebnis der gegenwärtigen staatlichen ausländerpolitischen Maßnahmen im Verbund mit objektiv diskriminierenden Elementen betrieblicher Personaleinsatzstrategien. Notwendig ist daher eine allseitige, auch administrative und rechtliche Anerkennung der faktischen Einwanderung großer Teile unter den Arbeitsmigranten. 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 möglichen Zumutungen für Gesundheit und Wohlbefinden an typischen Ausländerarbeitsplätzen, deren Humanisierung lange Zeit vernachlässigt werden konnte, einschränkt. Andererseits können aber Arbeitsmigranten erst nach existentieller 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 Arbeitslosigkeit, Alter und Krankheit, bieten gleichzeitig Anlaß für weiteren staatlichen Druck und steigern die existentielle 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, ärztlicher Krankschreibung oder von Rehabilitationsmaßnahmen, um eine Verschlimmerung von Erkrankungen zu verhindern oder die Heilung herbeizuführen, ein zusätzliches Risiko für Ausländer dar.

Anmerkungen

- 1 Auch wenn man die aufgrund der Vernachlässigung struktureller Differenzen zwischen Ausländern und Deutschen z. B. 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 inzwischen höheren Durchschnittsalter allein nicht erklärt werden kann.
- 2 Die hier dargestellten Ergebnisse zum Krankenstand, zitiert unter Oppen u. a. (1984), wurden im Rahmen des Projektes "Krankenstand der Erwerbsbevölkerung in Berlin - Ein interregionaler Vergleich" (Projektbearbeiter: Dagmar Bürkardt, Günter Halusa, Maria Oppen, Helmuth Schneider) erarbeitet, das von 1979 bis 1983 am Wissenschaftszentrum Berlin, Schwerpunkt Arbeitspolitik in Kooperation mit der "Berliner Arbeitsgruppe Strukturforschung 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 Anhaltspunkte bieten für gruppenspezifische, regionale gesundheitspolitische Maßnahmen, mit Bezug auf den in Berlin überdurchschnittlich hohen Krankenstand.

Datenbasis war eine jeweils rund zehnpromtente 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 ähnliches) durchgeführt. Soweit keine andere Quellenangabe gemacht wird, basieren die Übersichten auf diesem Datenmaterial.

Anhang

Übersicht A 1: Verteilung der AU-Tage pro 100 Versicherte auf Krankheitsarten

ICD	Krankheitsarten	Männer		Frauen	
		Türken	Südeurop.	Türken	Südeurop.
5/6	Seelische Störungen/ Krankh. d. Nervensystems	134	136	214	177
7	Herz-Kreislaufferkrankungen	137	252	305	381
8	Atmungsorganerkrankungen	628	387	696	486
9	Verdauungsorganerkrank.	539	513	518	291
10/11	Harn-/Geschl.-Organerkr./ Kompl. d. Schwangerschaft	62	53	784	715
13	Bewegungsapparaterkrank.	833	705	644	493
17	Unfälle	459	469	255	258
	Restl. Krankheitsarten	153	148	267	334
Insgesamt		2945	2663	3683	3135

Übersicht A 2: Verteilung der Versicherten nach Nationalität auf "Zahl der Kinder", in %

Kinderzahl	Türken		Südeuropäer		Deutsche	
	M	F	M	F	M	F
0	35,8	52,6	47,5	54,3	71,2	78,4
1	12,2	12,0	19,4	22,8	16,8	13,7
2	19,5	16,9	23,4	17,2	8,7	6,0
≥ 3	32,4	18,5	9,6	5,7	3,3	1,9

Übersicht A 3: Versichertenanteile und AU-Indikatoren nach den für die Türken relevantesten Berufsgruppen

	Türken				Südeuropäer			
	Vers. in %	AU-Tage/ Vers.	AU-Fälle/ Vers.	AU-Quote	Vers. in %	AU-Tage/ Vers.	AU-Fälle/ Vers.	AU-Quote
Raum- u. Hausratreiniger	12,2	34,4	1,8	75,1	7,9	28,2	1,4	66,2
Metallerzeuger/-bearb.	11,1	32,7	1,9	85,2	8,5	37,8	1,9	83,6
Elektrogerätemontierer/ sonstige Montierer	5,2	52,1	2,1	86,0	5,5	33,0	1,6	81,0
Ernährsberufe (o.Köche)	5,4	32,7	2,1	82,6	4,4	49,4	2,0	85,2
Chemie-/Kunststoffverarbeiter	5,2	32,5	2,0	84,0	1,8	-	-	-
Metallarbeiter o. n. A.	5,2	35,8	2,0	88,3	2,5	-	-	-
Textil-/Bekleidungsber.	4,8	30,3	1,6	76,5	1,6	-	-	-
Lager-/Transportarbeiter	3,8	29,4	1,8	78,0	2,1	-	-	-
Summe (in %)	52,9	-	-	-	34,3	-	-	-
Alle Versicherten	2523	32,3	1,8	79,2	1308	28,6	1,4	68,2

Übersicht A 4: Vergleich von Türken und Südeuropäern hinsichtlich beruflicher Position und AU-Tage pro 100 Versicherte im Jahr

	Türken		Südeuropäer		Abw. AU-Tage Südeur.=100
	Vers. in %	AU-Tage/ 100 Vers.	Vers. in %	AU-Tage/ 100 Vers.	
Un- und Angelernte	77,4	3340	62,8	2965	+ 12,7
Facharbeiter	12,4	2782	25,6	2795	- 0,5
Angestellte	2,7	2782	5,7	2125	+ 36,3
Auszubildende	1,9	1725	1,2	1730	- 0,3
Teilzeit < 20 Std.	0,7	3340	1,2	3086	+ 8,2
Teilzeit ≥ 20 Std.	4,2	3332	2,8	3977	- 16,2
Insgesamt	100,0	3233	100,0	2864	+ 12,9

Literatur

Barttlinegck, H. (1979):

Vorsorgeuntersuchungen in Betrieben. Rundschreiben vom 02.04.1979, Frankfurt/M. 1979.

Braczyk, H. J.; Niebur, J.; Heidenreich, M.; Mill, U. (1984):

Arbeit in Gießereien. BMFT-Forschungsbericht "Humanisierung des Arbeitslebens", unveröff. Endbericht, Bielefeld 1984.

Bürkardt, D.; Oppen, M. (1984):

Sind Frauen häufiger krank? Arbeitsunfähigkeitsrisiken erwerbstätiger Frauen. Wissenschaftszentrum Berlin, Veröffentlichungsreihe des Internationalen Instituts für Vergleichende Gesellschaftsforschung, Schwerpunkt Arbeitspolitik (IIVG/pre84-216) 1984.

Collaros; Mussourou; Papantoniou (1978):

The Return Home. Untersuchung des Beratungszentrums für griechische Rückkehrer, Athen 1978; zit. n.: Dietzel-Papakyriakou, M.; Land, F.-J.: Sozialmedizinische Probleme der Rückwanderer am Beispiel der griechischen Arbeitsmigranten, in: Soziale Sicherheit, 1/1985.

Demmer, H.; Küpper, B. (1984):

Belastungen bei Arbeitsplätzen, die überwiegend mit Frauen besetzt werden. Forschungsbericht Nr. 383, Dortmund: Bundesanstalt für Arbeitsschutz, 1984.

Dohse, K. (1981):

Ausländerpolitik und betriebliche Ausländerdiskriminierung. In: Leviathan, 3-4/1981.

Dohse, K. (1985):

Ausländische Arbeiter und bürgerlicher Staat. Genese und Funktion von staatlicher Ausländerpolitik und Ausländerrecht. 2. Aufl., Berlin 1985.

Dohse, K. (1986):

Ausländische Arbeiter 1974 - 1984. Arbeitsplatzentwicklung und staatliche Regelungsmechanismen. Wissenschaftszentrum Berlin, Veröffentlichungsreihe des Internationalen Instituts für Vergleichende Gesellschaftsforschung, Schwerpunkt Arbeitspolitik, i. Vorb.

Esser, H. (1980):

Situationale Bedingungen der Eingliederung von Arbeitsmigranten. In: Freund, W. S. (Hg.): Gastarbeiter - Integration oder Rückkehr?, Neustadt/Weinstraße 1980.

Falke, J.; Höland, A.; Zimmermann, G. (1981):

Kündigungspraxis und Kündigungsschutz in der Bundesrepublik Deutschland. Bonn: Bundesministerium für Arbeit und Soziales, 1981.

Fellberg, U.-Ch.; Neumann, K. H.; Stahl, H. (1980):

Typische Konstellationen der Beschäftigung ausländischer Arbeitnehmer. In: Mitteilungen aus der Arbeitsmarkt- und Berufsforschung, 2/1980.

Ferber, L. v.; Slesina, W. (1981):
Krankheiten - Ihre sozialmedizinische Erfassung - Maßnahmen der betrieblichen Sozialpolitik. In: Sozialpolitik und Produktionsprozeß, WSI-Studien zur Wirtschafts- und Sozialforschung, Nr. 40, Köln 1981.

Forschungsverbund "Probleme der Ausländerbeschäftigung" (1979):
Integrierter Endbericht. Bochum, Mannheim, München, Rheda-Wiedenbrück 1979.

Funke, H. J.; Geißler, B.; Thoma P. (1975):
Industriearbeit und Gesundheitsverschleiß. 2. erg. Aufl., Frankfurt/Main, Köln 1975.

Gaitanides, S. (1983):
Sozialstruktur und "Ausländerproblem" - Sozialstrukturelle Aspekte der Marginalisierung von Ausländern der ersten und zweiten Generation. München 1983.

Gaugler, E. u. a. (1978):
Ausländer in deutschen Industriebetrieben. Ergebnisse einer empirischen Untersuchung. Königstein/Ts. 1978.

Georg, A.; Stuppert, R.; Zoike, E. (1982):
Krankheit und arbeitsbedingte Belastungen. Bd. 1 u. 2, Essen: Bundesverband der Betriebskrankenkassen, 1982.

Grottian, G. (1983):
Zur Gesundheit ausländischer Frauen. In: Informationsdienst zur Ausländerarbeit, 1/1983.

Hamm, H. (1982):
Grundlagen ärztlicher Behandlung von Gastarbeitern und ihrer Familien. In: Medizin, Mensch, Gesellschaft, 4/1982.

Henniges, H. v. (1981):
Arbeitsplätze mit belastenden Anforderungen. In: Mitteilungen aus der Arbeitsmarkt- und Berufsforschung, 4/1981.

Hohlweg-Majert, P. (1974):
Gynäkologische und geburtshilfliche Betreuung von Gastarbeiterinnen. In: Deutsches Ärzteblatt, 11/1974.

IG Metall (1979):
Werkzeuge müssen menschlicher werden. Stuttgart: IG Metall Bezirksleitung, 1979.

Kern, H.; Weiberg, G. (1980/81):
Altersadäquate Arbeitsanforderungen für PKW- und LKW-Reifen-Konfektionsplätze. Endbericht über die sozialwissenschaftliche Begleitforschung zu dem Vorhaben der XY-Reifenwerke AG, Universität Hannover, o. J. (1980/81).

Kielhorn, R. (1984):
Symptomwandel bei Erkrankungen von Gastarbeitern. In: Kentenich, H.; Reeg, P.; Wehkamp, K.-H. (Hg.): Zwischen zwei Kulturen. Was macht Ausländer krank? Berlin 1984.

Kollmeier, H.; Thiele, W.; Müller, R. (1980):
Gibt es einen berufsspezifischen Krankenstand? In: Zbl f. Arbeitsmedizin, 4/1980.

Korporal, J.; Zink A. (1984):
Migration und Gesundheit - Thesen zum Stand der Ausländer-Gesundheitsforschung. In: Geiger, A.; Hamburger, F. (Hg.): Krankheit in der Fremde, Berlin 1984.

Korte, H.; Schmidt, A. (1983):
Migration und ihre sozialen Folgen. Förderung der Gastarbeiterforschung durch die Stiftung Volkswagenwerk 1974 - 1981. Göttingen 1983.

Land, F.-J. (1984):
Zur Hypothese vom "Mißbrauch der Krankenversicherung" durch ausländische Arbeitnehmer. In: Soziale Sicherheit, 4/1984.

Land, F.-J. u. a. (1982):
Gesundheit und medizinische Versorgung ausländischer Arbeiterfamilien - Ein Literaturbericht. Bochum 1982.

Lappe, L. (1981):
Die Arbeitssituation erwerbstätiger Frauen. Geschlechtsspezifische Arbeitsmarktsegmentation und ihre Folgen. Frankfurt, New York 1981.

Lelgemann, G. (o. J.):
Gutachten über die Entwicklung des Krankenstandes in den Betrieben der eisen-, blech- und metallverarbeitenden Industrie, Ms, o. O., o. J.

Müller, R. (1980):
Arbeits- und Gesundheitssituation von Transportarbeitern. Forschungsbericht Nr. 253, Dortmund: Bundesanstalt für Arbeitsschutz, 1980.

Oppen, M. (1984):
Auswirkungen der Krise auf den Krankenstand: Verändertes Arbeitsunfähigkeitsverhalten der Beschäftigten? In: Soziale Sicherheit, 2/1984.

Oppen, M.; Bürkardt, D.; Schneider, H. (1984):
Verteilung von Arbeitsunfähigkeitsrisiken in der Erwerbsbevölkerung. Berliner Krankenstand im interregionalen Vergleich. München: Gesellschaft für Strahlen- und Umweltforschung, 1984.

Osterland, M. u. a. (1973):
Materialien zur Lebens- und Arbeitssituation der Industriearbeiter in der Bundesrepublik Deutschland. Frankfurt 1973.

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, 5/1981.

- Reeg, P. (1984):
Vor 20 Jahren - Bundesdeutsche Anwerbep Praxis ausländischer Arbeitskräfte. In: Kentenich, H.; Reeg, P.; Wehkamp, K.-H. (Hg.): Zwischen zwei Kulturen. Was macht Ausländer krank? Berlin 1984.
- Salowsky, H. (1980):
Individuelle Fehlzeiten in westlichen Industrieländern. In: Institut der deutschen Wirtschaft (Hg.): Beiträge zur Wirtschafts- und Sozialpolitik, 8-9/1980.
- Schlegel, M. (1982):
Krankenstand. Analyse des Krankenstandes in der Gesetzlichen Krankenversicherung von 1954 bis 1980. In: Die Ortskrankenkasse, 15/1982.
- Schmidt, F.; Brandenburg, B. (1983):
Gesundheits- bzw. Krankheitserfahrung von Türken in West-Berlin. In: Informationsdienst zur Ausländerarbeit, 1/1983.
- Schöll-Schwinghammer, J.; Lappe, L. (1978):
Arbeitsbedingungen und Arbeitsbewußtsein erwerbstätiger Frauen. Frankfurt 1978.
- Scholz, F. J.; Wittgens, H. (Hg.) (1981):
Arbeitsmedizinische Berufskunde. Stuttgart 1981.
- Schuleri-Hartje, U.-K.; Just, H.-G. (1984):
Ausländische Arbeitnehmer und ihre Familien. Teil 2: Maßnahmen im Städtevergleich. Berlin: Deutsches Institut für Urbanistik, 1984.
- Statistisches Bundesamt (Hg.) (1982):
Wirtschaft und Statistik, 1/1982.
- Wacker, A. (1981):
Zur Verarbeitung der Erfahrung unfreiwilliger Arbeitslosigkeit unter besonderer Berücksichtigung psychosomatischer Störungen. In: Medizinische Soziologie, Jahrbuch 1, Frankfurt, New York 1981.
- 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? Berlin 1984.
- Zimmermann, E.: (1983):
Ausländische Kinder. Gesundheitlicher Zustand und Risiken. In: Informationsdienst zur Ausländerarbeit, 1/1983.
- Zink, A. u. a. (Hg.) (1985):
Schwangerschaft und medizinische Betreuung. Berlin 1985.