



Mandant: Bundesamt für Sozialversicherung BSV

Chantal Wyssmüller
in Zusammenarbeit mit Denise Efionayi

© 2007 SFM

**Literatur- und Datenstudie zum
Thema „Migration und Invali-
denversicherung“**

Revidierter Schlussbericht,
15.12.2007

Inhalt

Zusammenfassung	4
1 Einleitung	7
2 Vorgehen : Literaturrecherche und -sichtung	8
3 Invalidisierung von Migrant/inn/en: Prävalenzen, Dispositionen, Hintergründe	10
3.1 Befunde aus anderen Einwanderungsländern	10
3.2 Befunde aus der Schweiz	19
3.3 Fazit	27
4 Interaktion zwischen Migrant/inn/en und Akteuren des Gesundheits- und IV-Systems	28
5 Synthese und Schlussfolgerungen	35
5.1 Integrierter Erklärungsansatz	35
5.2 Fazit	43
5.3 Handlungsansätze für Politik und Praxis	44
5.4 Forschungsbedarf	45
Literatur	50

Zusammenfassung

In der Schweiz und auch in anderen Einwanderungsländern¹ lassen sich anhand statistischer Daten und Evaluationen auf mehreren Ebenen Unterschiede zwischen Menschen mit und ohne Migrationshintergrund im Zusammenhang mit dem Invalidisierungsprozess beobachten. Die vorliegende **Kurzstudie** hatte zum Ziel, aus der wissenschaftlichen Literatur (national und international) Erklärungselemente für diese Unterschiede zu extrahieren.

Aus der gesichteten **internationalen Literatur** geht hervor, dass Migrant/-inn/en oder bestimmte Minderheitengruppen in verschiedenen Staaten unterschiedliche Invalidisierungs-Inzidenzen oder -Prävalenzen – in der Regel höhere – aufweisen: **Überproportionale Betroffenheit** wurde insbesondere für die **erste Einwanderungsgeneration, Personen im mittleren oder höheren Erwerbsalter (Frauen ebenso wie Männer) sowie für türkische Zugewanderte und Personen aus dem ehemaligen Jugoslawien** nachgewiesen. Diese Gruppen stellen in verschiedenen Staaten einen wesentlichen Anteil der Migrationsbevölkerung, und ein grosser Teil der Angehörigen dieser Gruppen ist der „jüngeren Einwanderung“ (vergangene 20 Jahre) zuzurechnen.

Was Erklärungsansätze für das beobachtete Phänomen angeht, zeigen die internationalen Studienergebnisse, dass „**Nationalität**“ oder „**immigrant status**“ mit Blick auf Invalidisierung **nicht als ursächliche Einflussfaktoren** erscheinen. Festgestellt wird aber ein praktisch systematischer Zusammenhang zwischen dem **sozialen Status** und der **Arbeitssituation von Migrant/inn/en** und den beobachteten erhöhten Invalidisierungsprävalenzen, der eine Kausalität nahe legt. Vereinzelt werden auch auf Einflüsse von **Sprachkompetenzen** nachgewiesen.

Auch die im **Schweizer Kontext** beobachteten Invalidisierungsunterschiede zwischen Migrations- und Mehrheitspopulationen werden in der gesichteten Literatur **ursächlich auf andere Einflussfaktoren** als die **Nationalität/-Herkunft** zurückgeführt, und zwar vornehmlich auf **sozio-professionelle** oder andere **mit einer spezifischen Lebenslage verbundene Faktoren**. Die vorliegenden sozio-demographischen Daten und Ergebnisse qualitativer Forschungen legen nahe, dass sich ein nicht geringer Teil der schweizerischen Migrationsbevölkerung in mit Blick auf Invalidisierung risikobehafteten Lebenslagen befindet. Zu bedenken ist dabei, dass ein Migrationskontext oft **ungünstige Voraussetzungen für eine erfolgreiche Krisenbewältigung**

¹ Gemeint sind Länder mit positivem Einwanderungssaldo.

bietet. Die Erkenntnisse aus verschiedenen klinischen Studien zeigen ausserdem, dass bei wenig qualifizierten Arbeitern ein enger Zusammenhang und eine **Wechselwirkung zwischen den belastenden Arbeitsbedingungen und chronischen Schmerzen** besteht, und dass sich subjektiv bessere berufliche und allgemeine Zukunftsperspektiven sowie möglichst frühzeitiges Einsetzen von adäquaten therapeutischen Massnahmen günstig auf den Krankheitsverlauf auswirken.

In der – nationalen wie internationalen – Literatur finden sich aber auch Hinweise darauf, dass die **Interaktion zwischen Migrant/inn/en und Akteuren des Gesundheits- und IV-Systems** auf verschiedenen Ebenen von Faktoren ungünstig beeinflusst werden kann. Eine erschwerte Interaktion kann mit der **sozialen Lage** und weiteren Aspekten im Zusammenhang mit dem Migrationshintergrund der Versicherten zu tun haben (**fehlende Sprachkompetenzen, andere Referenzsysteme, Ansprechen auf bestimmte Anreize**), kann teilweise aber auch auf **mangelndes Wissen** und **inadäquates Vorgehen** seitens verschiedener Akteure des Gesundheits- und IV-Systems zurückzuführen sein.

Über allfällige Einflüsse kultureller Dispositionen oder migrationsspezifischer Einstellungen zum Gesundheitssystem sowie absichtlich missbräuchlichem Verhalten wird in einzelnen Studien zwar spekuliert, aber solide Ergebnisse zur Bestätigung oder kategorischen Widerlegung entsprechender Zusammenhänge liegen keine vor.

Der im Bericht vorgeschlagene **integrierte Erklärungsansatz** besteht aus vier Argumentationssträngen, die eng mit einander verknüpft sind:

- a. Erhöhtes Erkrankungs- und in der Folge auch erhöhtes Invalidisierungsrisiko im Migrationskontext aufgrund der kumulativen Wirkung ungünstiger sozialer und individueller Voraussetzungen (soziale Gesundheitsdeterminanten).
- b. Übervertretung von Migrant/inn/en in bestimmten Branchen und beruflichen Tätigkeiten mit nachgewiesenermassen hohem Invalidisierungsrisiko.
- c. Schwache Position grosser Teile der erwerbstätigen Bevölkerung mit Migrationshintergrund auf dem Arbeitsmarkt, was im Erkrankungsfall ihre berufliche Wiedereingliederung erschwert und damit zum erhöhten Invalidisierungsrisiko beiträgt.
- d. Erschwerte Interaktion zwischen den diversen Akteuren im Rahmen des Gesundheits- und IV-Systems und erkrankten Versicherten mit Migrationshintergrund.

Im Fall einzelner Herkunftsgruppen in der Schweiz – insbesondere der im Verlauf der vergangenen ca. 20 Jahre aus Südosteuropa, der Türkei und Por-

tugal zugewanderten Menschen – **bedingen sich viele der unter diesen vier Punkten beschriebenen Phänomene wechselseitig, spielen zusammen und kumulieren sich in ihrer Wirkung**. Die statistischen Auffälligkeiten dieser Gruppen sollten im Lichte solcher Überlegungen gesehen werden – vieles deutet darauf hin, dass die zurzeit hohen Invalidisierungsquoten in diesen Bevölkerungsgruppen zu einem wesentlichen Teil durch Unterschichtungsphänomene in der Schweizer Einwanderungsgesellschaft mitbedingt sind.

Um diesbezüglich gesicherte Aussagen machen zu können, bedarf es allerdings **verbesserter Datengrundlagen** und **vertiefter Forschung, insbesondere in Bezug auf die statistisch auffälligen Gruppen**. Hierzu werden in Kapitel 5.4 konkrete Vorschläge gemacht.

1 Einleitung

Ab Beginn der 1990er Jahre verzeichnete die schweizerische Invalidenversicherung (IV) eine gewichtige Zunahme an Rentenbeziehenden. Betrachtet man statistische Daten, die nach Staatszugehörigkeit der Leistungsbeziehenden unterscheiden, zeigt sich nicht nur ein mit rund 35% überproportionaler Anteil ausländischer Rentenbeziehender, sondern auch, dass bei letzteren in den vergangenen Jahren im Vergleich zu denen schweizerischer Nationalität eine stärkere Zunahme zu verzeichnen war. Auch unter verschiedenen ausländischen Gruppen sind teilweise frappante Unterschiede zu beobachten. Staatsangehörige der Türkei und der Nachfolgestaaten des ehemaligen Jugoslawiens etwa weisen bedeutend höhere Neuberentungsquoten² auf als Angehörige anderer Staaten und Schweizer/innen.

Diese „Bruttodaten“ haben in der Öffentlichkeit Aufmerksamkeit erregt. Fundierte Aussagen über die Hintergründe der aufgezeigten Differenzen konnten allerdings bisher wenige gemacht werden, da Forschungen, die überzeugende Erklärungsansätze liefern, in der Schweiz weitgehend fehlen. Im Bundesamt für Sozialversicherung (BSV) wurde dieser Sachverhalt diskutiert und beschlossen, das Thema „Migration“ primär als Querschnittsthema in die laufenden und geplanten Projekte im Rahmen des Forschungsprogramms IV (FoP-IV) einzubringen, und zu einem späteren Zeitpunkt in einem gesonderten Projekt zusammen zu fassen. Allerdings besteht beim BSV ein grosses Interesse daran, Erklärungen für die unterschiedlichen Zugänge zur IV zu erhalten wie auch über wissenschaftliche Interpretationsgrundlagen zu verfügen.

Im Hinblick auf weitergehende Nachforschungen und laufende Abklärungen wurde das Schweizerische Forum für Migrations- und Bevölkerungsstudien (SFM) der Universität Neuchâtel beauftragt, im Rahmen einer Kurzstudie (Auftragsvolumen 100 Stunden) eine systematische Literaturrecherche und -sichtung bezüglich Berührungspunkten zwischen Migration und Invalidität in der Schweiz und anderen Einwanderungsstaaten durchzuführen. **Ziel der Literaturstudie** sollte es sein, **Hinweise auf stichhaltige Erklärungsmuster für unterschiedliche Invalidisierungsquoten zu sammeln** und allenfalls **Ausgangspunkte für weitergehende Nachforschungen aufzuzeigen**. Besonderes Augenmerk galt in diesem Kontext relevanten Studien in Zusammenhang mit Invalidität und Zuwanderung, insbesondere auch aus dem Ausland, wo man z.T. über differenzierte(re)s Datenmaterial verfügt.

² Anteil der Neurentner/innen im Verlauf eines Jahres an der Bevölkerung entsprechender Staatszugehörigkeit im Erwerbsalter.

Die Literatursichtung soll u.a. Aufschluss darüber geben, inwieweit und in welcher Form mit einem Migrationshintergrund in Zusammenhang stehende unterschiedliche Zugänge zur IV unter Berücksichtigung verschiedener Akteurinteressen und Anreize diskutiert worden sind. Die in der gesichteten Literatur angeführten Hintergründe können Ansatzpunkte liefern, wie dem Phänomen eines erhöhten Invalidisierungsrisikos³ bei Personen mit Migrationshintergrund besser begegnet werden kann.

Im vorliegenden Bericht werden die Ergebnisse dieser Literatursichtung präsentiert. Nach einer kurzen **Beschreibung des Vorgehens (Kapitel 2)** werden in der wissenschaftlichen Literatur angeführte **vergleichende Prävalenzen/Inzidenzen** und **Hinweise auf (Hinter-)Gründe für die unterschiedliche Invalidisierungsbetroffenheit (Kapitel 3)** oder für allfällige **Verhaltensspezifitäten von Personen mit Migrationshintergrund sowie System-Akteuren in ihrer Interaktion** dargelegt (**Kapitel 4**). Anschliessend werden die extrahierten Erklärungselemente zu einem **Erklärungsansatz** zusammengeführt und daraus mit Bezug auf den Schweizer Kontext **Handlungsansätze** abgeleitet (**Kapitel 5**).

2 Vorgehen : Literaturrecherche und -sichtung

Zunächst wurde über das Dokumentationszentrum des SFM, die Datenbanken SAPHIR vom Centre Hospitalier Universitaire Vaudois (CHUV) und Pubmed der American National Library of Medicine eine erste Stichwort-Recherche für den Zeitraum der letzten 20 Jahre vorgenommen.⁴ Ergänzend wurde auch in den SSW⁵-Datenbanken der International Social Security Association (ISSA) sowie unter den OECD-Publikationen recherchiert.

³ Mit **„Invalidisierung“** wird in diesem Bericht der Prozess bezeichnet, der in einem Bezug von Leistungen der Invalidenversicherung resultiert. **„Invalidisierungsrisiko“** meint demnach die Wahrscheinlichkeit, mit der eine Person zu einer/m Beziehenden von IV-Leistungen wird.

⁴ Stichworte/Stichwortkombinationen: “insurance, disability” OR “disabled persons” OR “disability evaluation” OR “Any field=disability” in verschiedenen Kombinationen mit “migrants/immigrants”, “Transients and migrants”, “Emigration and immigration”, “Ethnic groups”.

⁵ Social Security Worldwide

Aufgrund der zutage geförderten Titel/Abstracts wurden relevant erscheinende Dokumente⁶ gesichtet und auf weiterführende Literaturhinweise durchgesehen, welche, falls von Bedeutung, ebenfalls berücksichtigt wurden.

Kriterien bei der Auswahl waren neben der thematischen Relevanz und Qualität der Dokumente:

- Inhalt auf die Schweiz bezogen oder von Interesse im Vergleich mit der Situation in der Schweiz
- Artikelinhalt trägt zur Abdeckung eines breiten Themenspektrums bei
- Aktualität/Neuigkeit der Inhalte/Erkenntnisse

Anzumerken ist, dass nur wenige Forschungsberichte sich hauptthematisch mit Fragen der Invalidisierung im Migrationskontext befassen. In diesem Zusammenhang interessierende Aspekte finden sich aber auch in Artikeln, die Wechselwirkungen zwischen Migration und Gesundheit generell beleuchten oder in solchen, die allgemein Invalidisierungsrisiken und –prozesse untersuchen oder IV-relevante Entwicklungen beschreiben. Neben der Berücksichtigung der via Stichwortsuche gefundenen Titel musste also der Blickwinkel auch auf Texte mit etwas anderem thematischen Fokus ausgeweitet und potentiell Relevantes gesichtet werden. Ein expliziter – wenn auch sekundärer – Bezug zu Invalidität und Migration(hintergrund) war prinzipiell aber ein zwingendes Auswahlkriterium der Publikationen (vgl. Fussnote 5), obwohl zusätzlich einige allgemeine Dokumente etwa über systemimmanente Anreize konsultiert wurden.⁷

Fragestellungen, welche die Literaturrecherche und –sichtung leiteten:

- Welche Informationen findet man zur Invalidisierung von Menschen mit Migrationshintergrund in der Schweiz und anderen Einwanderungsländern?
- Inwiefern unterscheiden sich diesbezüglich (allenfalls) Menschen mit von solchen ohne Migrationshintergrund?
- Welches sind häufige Gründe/Ursachen für deren Invalidisierung?

⁶ Eine erste Recherche ergab rund 200 Titel – davon konnten im Rahmen dieser Kurzstudie rund 72 Dokumente näher gesichtet werden. Sie wurden aufgrund der oben beschriebenen Kriterien ausgewählt.

⁷ Aus forschungsökonomischen Gründen unmöglich war es, die inzwischen sehr umfangreiche Fachliteratur zu Migration und Gesundheit (inklusive ethnomedizinischer Fallstudien) systematisch zu analysieren und eigene Hypothesen über das (verhaltensbedingte) Invalidisierungsrisiko im Migrationskontext zu entwickeln.

- Welche Hinweise findet man zu Einstellungen, Verhaltensweisen, Strategien bestimmter Personen(-gruppen) (mit Migrationshintergrund) gegenüber dem Versicherungssystem (u.U. in Zusammenhang mit der gesundheitlichen Situation und dem Gesundheits-/Sozialversicherungswesen in Herkunftsländern)?
- Welche Hinweise findet man zu Einstellungen, Verhaltensweisen, Strategien der System-Akteure gegenüber bestimmten Personen(-gruppen) (mit Migrationshintergrund)?
- Wo werden allenfalls bei der Interaktion mit dem Versicherungssystem welcherart Differenzen zwischen Menschen mit und ohne Migrationshintergrund beobachtet?
- Welche Erklärungsansätze liefert die wissenschaftliche Literatur?

In den folgenden Kapiteln werden die Ergebnisse und Schlussfolgerungen aus der Literaturstudie dargelegt.

3 Invalidisierung von Migrant/inn/en: Prävalenzen, Dispositionen, Hintergründe

3.1 Befunde aus anderen Einwanderungsländern

Der Anteil IV-Rentenbeziehender ausländischer Staatszugehörigkeit ist nicht nur in der Schweiz überproportional. Daten und Untersuchungen auf internationaler Ebene weisen darauf hin, dass Versicherte mit Migrations- oder Minderheitenhintergrund auch in etlichen anderen europäischen Einwanderungsstaaten im Vergleich zum Durchschnitt der jeweiligen Mehrheitsbevölkerung häufiger gesundheitsbezogene Sozialleistungen beziehen (vgl. etwa Prins 2004). Obwohl die Daten aufgrund unterschiedlicher Kontexte (von der Bevölkerungsstruktur bis zur Ausgestaltung des Sozialversicherungssystems) nur beschränkt auf die Schweiz übertragbar sind, scheint ein kurzer Einblick in Studienergebnisse aus anderen Einwanderungsländern hilfreich, um den internationalen Wissensstand bezüglich „Migration und Invalidisierung“ einschätzen zu können. **Bezug genommen wird ausschliesslich auf jene Studien, die Erklärungselemente zur Beantwortung der Forschungsfragen beinhalten.**⁸ In einem kurzen Kommentar (→) wird jeweils deren Relevanz aus Sicht der Autorinnen kurz beurteilt. Die Literaturhinweise auf Studien, die die Autorinnen mit Blick auf die Fragestellung für die ergiebigsten halten, erscheinen **fett** gedruckt.

⁸ Die übrigen gesichteten Studien werden nicht eigens erwähnt.

Mehrere Studien, die in Zusammenhang mit Invalidisierung und gesundheitsbedingter Arbeitseinschränkung z.T. auch Migrationsaspekte untersuchen, stammen aus SKANDINAVIEN.

Aufschlussreich ist die von *Osterberg/Gustafsson (2006)* durchgeführte retrospektive Analyse schwedischer Invalidisierungsdaten über den Zeitraum 1981–1999. Sie zeigt, dass im Ausland geborene Personen generell höhere Bezugsraten einer Invalidenrente aufweisen als in Schweden geborene, wobei der Unterschied in der Altersgruppe der 50-59 Jährigen (bei Frauen wie Männern) besonders gross ist (1999: rund doppelt so hohe Raten unter den im Ausland Geborenen). Im Ausland geborene Frauen weisen auch in der Altersgruppe der 40-49 Jährigen eine doppelt so hohe Rate auf wie ihre in Schweden geborenen Altersgenossinnen. Allerdings gibt es beträchtliche Unterschiede je nach Geburtsort der Immigrant/inn/en: In Griechenland, der Türkei oder dem ehemaligen Jugoslawien geboren zu sein bedeutet ein besonders hohes Invalidisierungsrisiko. Die höchsten Risiken finden sich bei türkischen Frauen im Alter zwischen 60 und 64 Jahren sowie bei griechischen Frauen zwischen 50 und 59 Jahren. Dieser Befund ist konsistent zu Forschungen, die in denselben Gruppen einen schlechten Gesundheitszustand und häufige Behinderungen bei täglichen Aktivitäten beobachten. Eine multivariate Analyse der Daten deutet darauf hin, dass in der Altersgruppe der über 40-jährigen Frauen bzw. über 50-jährigen Männer mit Migrationshintergrund das Geburtsland in vielen Fällen einen vom Bildungsstand sowie weiteren kontrollierten Variablen⁹ unabhängigen Einfluss auf das Invalidisierungsrisiko hat. Deutlich zeigt sich ausserdem, dass bei Immigrant/inn/en die Wahrscheinlichkeit, Invalidenrenter/in zu werden, mit zunehmender Anzahl in Schweden verbrachter Jahre rasch steigt. In ihrem Erklärungsversuch erwähnen Osterberg/Gustafsson einen möglichen **negativen Einfluss auf die Gesundheit durch besonders intensive Arbeit** während der ersten Jahre in Schweden (hohe Zahl Wochenarbeitsstunden, ev. mehrere Anstellungen gleichzeitig) sowie **ingeschränkte berufliche Aufstiegsmöglichkeiten** (u.a. aufgrund ungenügender Schwedischkompetenzen), was im Fall eines Stellenverlusts eine **Reintegration in den Arbeitsmarkt erschweren** dürfte.

→ Die Studie liefert aufschlussreiche Ergebnisse und die Autoren einige plausibel erscheinende Erklärungsansätze. Ein deutlicher Schwachpunkt der Arbeit liegt aber darin, dass die multivariate Analyse die Variablen ökonomische und berufliche Situation nicht berücksichtigt.

⁹ Ins Analysemodell eingefügt und kontrolliert wurden die Variablen Alter, Geburtsort, Bildungsstand, Zivildienst, Wohnort und Präsenz abhängiger Kinder im Haushalt. **Nicht berücksichtigt** wurde die **ökonomische und berufliche Situation**.

Die Analysen von *Beckman et al. (2006)*, ebenfalls in Bezug auf den schwedischen Kontext, ergaben hinsichtlich charakteristischer Merkmale von 40-64jährigen Einwohner/innen der Stadt Malmö, die eine Invalidenrente beziehen, dass diese vergleichsweise häufiger alleine leben und häufiger ein **geringes Bildungsniveau** aufweisen, wobei die Autoren festhalten, dass für Männer der Faktor „alleine leben“ und für Frauen der Faktor „tiefes Bildungsniveau“ bedeutender erscheine. Die Beobachtung, dass sich diese Korrelationen je nach Geburtsland der Rentenbeziehenden verändern, versuchen die Autoren dadurch zu erklären, dass möglicherweise in einigen Herkunftsländern **kulturelle Aspekte** Verheiratete eher vom Beantragen einer Invalidenrente abhalten, während in anderen Ländern das Gegenteil der Fall sei.

→ Die Studie enthält insofern interessante Elemente, als dass die Möglichkeit der kulturellen Beeinflussung des Inanspruchnahmeverhaltens in Betracht gezogen wird – allerdings bleibt es diesbezüglich bei einer Vermutung seitens der Autor/inn/en, welche, wie diese selber betonen, mittels qualitativer Methoden eingehender untersucht werden müsste.

Eden et al. stellten in ihrer Untersuchung zur Frühpensionierung aus Invaliditätsgründen bei Immigrant/inn/en im Vergleich zu in Schweden geborenen Personen eine zwei bis drei Mal höhere Invalidisierungswahrscheinlichkeit fest. Ausserdem zeigte sich, dass die Immigrant/inn/en im Sample der Frühpensionierten jünger waren als die Schwed/inn/en, was mit deren Position auf dem schwedischen Arbeitsmarkt (anstrengende Jobs und geringere Flexibilität) zu erklären versucht wird.

→ Die Studie verwendete keine multivariaten Analysemethoden und kontrollierte also den Einfluss weder des Bildungsniveaus noch der Art der beruflichen Tätigkeit auf die Ergebnisse, was deren Aussagekraft erheblich einschränkt.

Weitere schwedische und norwegische Studien untersuchten die Invalidisierungswahrscheinlichkeit zwar nicht speziell in Abhängigkeit eines Migrant/inn/enstatus, aber in Abhängigkeit des sozioökonomischen Status. Alle beobachteten eine höhere Invalidisierungsprävalenz bei Personen mit **niedrigem sozioökonomischem Status** und ein um ein Vielfaches höheres Invalidisierungsrisiko bei „blue collar workers“ im Vergleich zu „white collar workers“ (*Krokstad et al. 2002 ; Mannson und Merlo 2001 ; Upmark et al. 2001*). In etlichen Studien wurde auch gezielt der Einfluss weiterer Faktoren untersucht. *Krokstad et al. (2002)* suchten mittels multivariater Analysen Variablen, die das höhere Invalidisierungsrisiko bei Personen mit tieferem Bildungsniveau erklären würden, und identifizierten die folgenden, welche zusammen etwa die Hälfte des Risikoanstiegs erklären könnten: **Krankheit, Arbeitslosigkeit, Wahrnehmung der eigenen Gesundheit, Einsamkeit, körperliche Anstrengung, geringe Kontrolle, Unzufriedenheit und Rau-**

chen. Krause et al. (1997) beobachteten in ihrer Analyse, dass **Arbeitsbedingungen wie Schwerarbeit, lange Arbeitszeiten oder repetitive Tätigkeiten** das Invalidisierungsrisiko erhöhten, und zwar auch unter Kontrolle des Einflusses sozialer und gesundheitlicher Merkmale. Die Untersuchungen von Bratberg (1999) und Gjesdahl/ Bratberg (2002) ergaben, dass das **Alter**, die **Dauer der Arbeitsabwesenheit** sowie der **Gesundheitszustand** das Invalidisierungsrisiko am stärksten beeinflussen.

→ Diese Studien ohne speziellen Fokus auf Immigrant/inn/en weisen auf den Einfluss von Faktoren hin, die häufig mit einem Migrationsstatus einhergehen, und können somit „indirekt“ valable Erklärungselemente für Invalidisierungsunterschiede zwischen Migrant/inn/en und Nicht-Migrant/inn/en liefern.

Anderer Studien aus Schweden widmeten sich der Untersuchung gesundheitlicher Beeinträchtigungen bei Migrant/inn/en als mögliche Ursachen einer Invalidisierung bzw. einer erschwerten beruflichen Reintegration. Robertson et al. (2003) haben über eine 8-Jahres Periode Frauen mit und ohne Migrationshintergrund im Alter zwischen 20 und 41 Jahren zu **langandauernden krankheitsbedingten Einschränkungen** (limiting long-standing illness, LLSI) befragt und unter Kontrolle des Einflusses der Variablen Zivilstand, sozioökonomischer Status, Vorhandensein eines Gefühls der Unsicherheit sowie Alterseffekt im Zeitverlauf die Risiken für LLSI berechnet. Sie kommen zum Schluss, dass sowohl Migrantinnen der ersten wie auch Frauen der zweiten Generation ein vergleichsweise erhöhtes Risiko zeigten. Lindström et al. (2002) beobachteten, dass sich unter Rückenschmerzen leidende Arbeiter mit und solche ohne Migrationshintergrund bei vergleichbaren sozio-professionellen und klinischen Eigenschaften in der **selbstbeurteilten Gesundheit**, beim **Schmerzempfinden und Schmerzverhalten** sowie bei **psychosomatischen Symptomen** unterscheiden (Immigrant/inn/en zeigen tendenziell schlechtere Werte), nicht aber was die Dauer der Arbeitsabwesenheit betrifft. Die Autor/inn/en halten fest, dass mit einem Migrationshintergrund viele kultur-, bildungs-, sprach- und arbeitsmarktbezogene Einflussfaktoren einhergehen und sich aus der Betroffenheit von diesen Einflüssen auch **spezifische Bedürfnisse** ergeben. Die ebenfalls auf den schwedischen Kontext bezogene Studie von Löfvander (1997) zeigt in diesem Zusammenhang, dass ein bedürfnisgerechtes Rehabilitationsprogramm sich positiv auf die Zahl der Arbeitsabwesenden auswirken kann.

→ Die zitierten Studien zeigen, dass Immigrant/inn/en ihren Gesundheitszustand tendenziell als schlechter beurteilen und häufiger über krankheitsbedingte Einschränkungen berichten. Dies geht aber nicht in jedem Fall mit längerer krankheitsbedingter Arbeitsabwesenheit einher. Bedürfnisgerechte Rehabilitationsprogramme scheinen sich positiv auf die Arbeitsabwesenheit auszuwirken.

Untersuchungen aus den NIEDERLANDEN enthalten mit Fokus auf Migrationsaspekte ebenfalls einige Hinweise.

Eine Datenanalyse aus dem Jahr 2001 ergab bei Menschen mit Migrationshintergrund im Alter zwischen 40 und 65 Jahren vergleichsweise erhöhte Invalidenrenten-Bezugsquoten; die höchste zeigte sich bei Menschen mit türkischem Hintergrund (32%). Sie war somit mehr als doppelt so hoch wie die Quote unter Niederländer/inne/n, die sich auf 14% belief. Angehörige der zweiten Generation erwiesen sich allerdings als weniger IV-leistungsabhängig als die Generation ihrer Eltern (Prins 2004).

→ Für diese statistischen Auffälligkeiten werden keine Erklärungsansätze geliefert.

Eine retrospektive Analyse von Daten zu Gerüstbauarbeitern niederländischen und türkischen Hintergrunds, die bei derselben Firma angestellt waren (Elders et al. 2004), ergab (nach Alter bereinigt) für die türkischen Arbeiter ein 2,48 Mal höheres Invalidisierungsrisiko. Was die Diagnose angeht, aufgrund derer die Männer invalidisiert wurden, wurden kaum Unterschiede zwischen den beiden Gruppen festgestellt. Der Hauptgrund für die Invalidität der Gerüstbauer waren **muskuloskeletale Störungen**; bei den türkischen Arbeitern folgen an zweiter Stelle **Unfälle** als Invaliditätsursache. Die Autor/inn/en halten aufgrund ihrer Analysen fest, dass die Dauer der Anstellung als Gerüstbauer und das Alter zum Zeitpunkt der Anstellung sowie auch die Anstellungsselektion der Firma den Risikounterschied zwar zu einem grossen Teil, aber nicht vollständig zu erklären vermögen, und dass ein Resterklärungsanteil mit dem türkischen Hintergrund zusammenhängen dürfte. In diesem Zusammenhang fänden es die Autor/inn/en interessant zu wissen und zu berücksichtigen, wie lange die türkischen Arbeiter vor der Migration schon physisch harte Arbeit verrichtet haben. Die Gesamtdauer, während der harte physische Arbeit verrichtet wurde, könnte in ihren Augen ein Erklärungsmoment darstellen.

→ Die vergleichende Studie arbeitet mit einem relativ kleinen Sample und kann deshalb nicht als repräsentativ betrachtet werden. Mit Bezug auf den im Rahmen der Studie nicht erklärbaren Restanteil liefert sie aber einen Hinweis auf ein plausibel erscheinendes mögliches Erklärungselement (**Einfluss der Gesamtdauer, während der harte physische Arbeit verrichtet wurde**) für die festgestellten Invalidisierungsunterschiede.

Für DEUTSCHLAND zeigte Rehfeld (1991) in einem Vergleich von Frühverrentungsquoten, dass 40-50 jährige ausländische Staatsangehörige überdurchschnittlich häufig von Invalidität betroffen sind. Prins (2004) hält basie-

rend auf jüngeren Daten fest, dass die Differenzen zwischen Deutschen und Ausländer/inne/n in den höheren Altersgruppen (ab 55 Jahren) grösser sind als bei jüngeren Menschen.

→ Es handelt sich um statistische Feststellungen, Erklärungsansätze werden aber nicht geliefert.

Einige interessante Hinweise liefert auch *Erdoeagan (2002)*, der die Daten zu 3600 türkischen Arbeitnehmern auswertete, bei denen zwischen 1995 und 1997 eine Berufskrankheit anerkannt worden war. Die Analyse ergab, dass türkische Arbeitnehmer im Schnitt fünf Jahre jünger sind als ihre deutschen Kollegen, wenn sie infolge einer Berufskrankheit berufsunfähig werden. Als Erklärung führt der Autor das oft **schlechtere Bildungsniveau, mangelnde Deutschkenntnisse** und das **höhere Gefährdungspotential** bei den von der **ersten Generation türkischer Arbeitnehmer** ausgeübten Tätigkeiten an. Die Studie zeigt ausserdem, dass 37% der türkischen Arbeitnehmer (im Vergleich zu 23% der deutschen) trotz festgestellter Berufskrankheit ihre Tätigkeit zunächst fortsetzen, und dass (u.a. wegen der Sprachbarriere) das Feststellungsverfahren bei ihnen im Schnitt ein halbes Jahr länger dauerte.

→ Die Studie beinhaltet eine umfassende deskriptive Analyse der Berufsunfall- und -krankheitsrisiken türkischer Arbeitnehmer, unter Berücksichtigung der Art, des Ausmasses und Verlaufs der Arbeitsmigration aus der Türkei sowie des Wanderungsmotivs der Migranten. Zur Erklärung der beobachteten Unterschiede zwischen deutschen und türkischen Arbeitnehmern wird u.a. angeführt, dass die türkischen „Probanden“ **relativ häufiger Akkord-, Überstunden-, Wochenend-, Nacht- und Schichtarbeit ausführten**. Es wird ausserdem darauf hingewiesen, dass sich Arbeitnehmer, die auf dem Arbeitsmarkt im Wesentlichen ihre körperliche Leistungsfähigkeit anzubieten haben, durch krankheitsbedingte körperliche Einschränkungen besonders bedroht fühlen.

Rommel (2005) analysierte einen Datensatz aus Nordrhein-Westfalen zur Inanspruchnahme von Rehabilitationsmassnahmen aufgrund bestimmter Diagnosen.¹⁰ Wird die Diagnosehauptgruppe „psychische und Verhaltensstörungen“ insgesamt betrachtet, liegen die Inanspruchnahmeraten¹¹ bei 3.5% unter den deutschen Männern, bei 2.7% unter den Migranten, bei 4.1% bei unter deutschen Frauen und bei 3.5% bei den Migrantinnen, zeigen also eine ten-

¹⁰ Inanspruchnahmedaten geben zwar weder epidemiologische noch Invalidisierungs-Prävalenzen wieder, die gefundenen Unterschiede weisen aber in eine ähnliche Richtung wie epidemiologische Befunde zu Prävalenzen der hier diagnostizierten Erkrankungen.

¹¹ Anzahl Versicherte, die aufgrund dieser Diagnose Rehabilitationmassnahmen in Anspruch genommen haben, pro 1000 Versicherte.

denziell **geringere Inanspruchnahme von Rehabilitationsleistungen unter Migrant/inn/en**. Mittels differenzierterer Analyse beobachtet Rommel aber signifikante Auffälligkeiten insbesondere bei der Inanspruchnahme durch ältere Migrant/inn/en und v.a. durch Frauen: So liegen die Inanspruchnahmeraten aufgrund **depressionsbezogener Diagnosen** unter Migranten in allen Altersgruppen nur unwesentlich über denjenigen deutscher Männer, dagegen weisen Migrantinnen gegenüber deutschen Frauen deutlich erhöhte Raten auf, insbesondere in den Altersgruppen zwischen 45 und 60 Jahren. **Somatoforme Störungen** führen unter Migrantinnen fast doppelt so häufig zu Rehabilitationsmassnahmen wie unter deutschen Frauen. Bei den Männern ist der Unterschied weniger ausgeprägt, Migranten zeigen aber ebenfalls eine signifikant erhöhte Inanspruchnahme von Massnahmen aufgrund somatoformer Störungen, insbesondere in den mittleren Altersgruppen. Rommel zieht daraus das Fazit, dass die „Besonderheiten in der Inanspruchnahme als Spezifikum vor allem älter werdender Migrantinnen der ersten Generation von Zuwanderern aus den ehemaligen Anwerbeländern“ betrachtet werden müssten (S. 285).

→ Der Artikel ist insofern interessant, als dass er zeigt, wie wichtig eine differenzierte Analyse ist, und auf die Gefahr hinweist, empirische Ergebnisse vorschnell durch Faktoren wie Geschlecht oder Staatsangehörigkeit zu erklären, ohne dass über die zugrunde liegenden Zusammenhänge tatsächlich etwas ausgesagt wäre.

In GROSSBRITANNIEN untersuchten *Holmes et al. (1991)* ein 1%-Sample aller Bezüger/innen einer Invalidenrente zwischen 1975 und 1984. Seine Analyse ergab als stärkste Einflussvariablen auf das Invalidisierungsrisiko neben dem **Alter** auch den Wohnsitz in Gebieten mit **niedrigerem Wohnstandard, vorangehende Arbeitslosigkeit** und **tiefes Einkommen**.

→ Die Studie fokussierte nicht speziell Immigrierte, weist aber wiederum auf den starken Einfluss von Faktoren hin, die häufig mit einem Migrationsstatus einhergehen.

In einer AUSTRALISCHEN Studie (*Birrell et al. 2000*) wurde aufgezeigt, dass vor allem Immigrant/inn/en aus Südeuropa und dem mittleren Osten vergleichsweise stark von Invalidenrenten abhängen. Erklärt wird dies mit deren Konzentration in « blue-collar manufacturing occupations ». Die Studie untersuchte weiter den Zusammenhang zwischen dem Bezug einer Invalidenrente und den **Englischkompetenzen** der Bezüger/innen und stellte fest, dass die Bezugsraten bei eher schlecht Englisch sprechenden Frauen ab 50 Jahren und bei Männern ab 45 Jahren höher sind als für in Australien geborene Personen. Ebenfalls im australischen Kontext wurde beobachtet, dass die Präva-

lenz von Rückenschmerzen bei Arbeitern mit Migrationshintergrund nicht höher ist als generell unter Zugehörigen von Berufsgruppen mit höherem Verletzungsrisiko, und dass zwischen der relativen Häufigkeit von Rückenschmerzen und dem Geburtsland keine Korrelation besteht. Stärkeren Einfluss zeigten hingegen Variablen wie der **Zeitraum zwischen Verletzung und Eintritt ins Rehabilitationszentrum**, wiederum der **Grad der Beherrschung der englischen Sprache** sowie ob die **Einweisung direkt oder indirekt** erfolgte (Hewson et al. 1987).

Wood et al. (1995) fokussierten die Massnahmen zur Wiedereingliederung in den Arbeitsmarkt und stellten fest, dass **Kompetenzen in der Landessprache** ein wichtiger Einflussfaktor sein dürften: Sie evaluierten ein « workers compensation programme » in Westaustralien und beobachteten, dass, während 71% der teilnehmenden Arbeiter englischer Muttersprache in den Arbeitsmarkt zurückkehrten, die Rückkehrquote unter den Arbeitern mit Migrationshintergrund, deren bevorzugte Sprache nicht Englisch ist, nur 41% betrug.

→ Die Studien zeigen den Einfluss von **Kompetenzen in der Landessprache** auf den Bezug einer Invalidenrente bzw. auf die erfolgreiche Wiedereingliederung in den Arbeitsmarkt auf.

Im Gegensatz zu den meisten vorgängig besprochenen Studienresultaten ergab sich in einer Studie aus den USA (Benjamin et al. 2000), in welcher die Prävalenz von Invalidität und Inanspruchnahme gewisser Gesundheitsdienste bei Immigrant/inn/en im Vergleich zu in den USA geborenen Personen mittels statistischer Kontrolle bestimmter Einflussgrössen untersucht wurde (Regressionsanalysen), nach Kontrolle des Einflusses der Variablen Alter, Geschlecht, Ethnizität, Zivilstand, niedriges Einkommen und niedriges Bildungsniveau **für Immigrant/inn/en eine geringere Invaliditätsprävalenz** als für in den USA geborene Personen, und auch die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen unterschied sich nicht, nachdem die entsprechenden Einflusswerte statistisch kontrolliert worden sind.

→ Die Studie zeigt, dass unter statistischer Kontrolle wesentlicher Einflussfaktoren Immigrant/inn/en gegenüber „Einheimischen“ sogar eine geringere Invalidisierungsprävalenz zeigen können.

Allebeck/Mastekaasa (2004) schliesslich sichteten die internationale Literatur nach Studien, die auf die Identifizierung von Ursachen von Arbeitsabwesenheit und Invalidisierung abzielen, und stellten fest, dass zwar zahlreiche Statistiken und deskriptive Studien **Korrelationen zwischen unterschiedlichen soziodemographischen Einflussfaktoren und Invalidisierung** doku-

mentieren, dass aber der Einfluss dieser Faktoren selten vertieft analysiert wurde und ein **kausaler Zusammenhang in vielen Fällen als wissenschaftlich nicht belegt** angesehen werden muss. Beschränkte wissenschaftliche Evidenz beobachten sie in Bezug auf den Einfluss des **sozioökonomischen Status**, wobei dieser Einfluss Studienergebnissen zufolge bis zu einem gewissen Grad auf **Bedingungen während der Kindheit** zurückzuführen sein könnte. Ebenfalls eingeschränkte Evidenz wird bezüglich des Einflusses bestimmter **Bedingungen am Arbeitsplatz**, insbesondere physisch anstrengender Arbeit, beobachtet. Eine von Waddell et al. (2003) durchgeführte Literaturreview zum Einfluss des „ethnic background“ auf das Phänomen der Invalidisierung ergab ebenfalls, dass zwischen Indikatoren des Migrationshintergrundes und Invalidisierungsindikatoren zwar regelmässig ein Zusammenhang aufgezeigt wird, dass dieser Zusammenhang aber nicht weiter geklärt ist und **vielen dafür spricht, dass es sich beim Faktor Nationalität bzw. „immigrant status“ um eine Störvariable („confounding variable“) handelt.**

→ Die Schlussfolgerungen aus diesen beiden Literaturstudien stimmen mit unserer Beurteilung des Forschungsstandes auf internationaler Ebene aufgrund der gesichteten Studien überein. Die ursächlichen Einflussfaktoren mit Blick auf Invalidisierung sind offensichtlich andere als „Nationalität“ oder „immigrant status“. Für den Migrationskontext spezifisch dürfte sein, dass sich die zugrundeliegenden Faktoren mit starkem Einfluss in ihrer Wirkung kumulieren (beispielsweise Arbeitssituation, soziale Determinanten und Verständigungsschwierigkeiten).

Zusammenfassend kann man sagen:

Die gesichtete **internationale Literatur** weist darauf hin, dass Migrant/inn/en oder bestimmte Minderheitengruppen in verschiedenen Staaten unterschiedliche Invalidisierungs-Inzidenzen oder -Prävalenzen – in der Regel höhere – aufweisen: Überproportionale Betroffenheit wurde insbesondere für die **erste Einwanderungsgeneration, Personen im mittleren oder höheren Erwerbssalter (Frauen ebenso wie Männer)** sowie für **türkische Zugewanderte und Personen aus dem ehemaligen Jugoslawien** nachgewiesen. Diese Gruppen stellen in verschiedenen Staaten einen wesentlichen Anteil der Migrationsbevölkerung, und ein grosser Teil der Angehörigen dieser Gruppen ist der „jüngeren Einwanderung“ (vergangene 20 Jahre) zuzurechnen.

Was Erklärungsansätze für das beobachtete Phänomen angeht, zeigen die internationalen Studienergebnisse, dass **„Nationalität“ oder „immigrant status“** mit Blick auf Invalidisierung **nicht als ursächliche Einflussfaktoren** erscheinen. Für den Migrationskontext spezifisch dürfte aber sein, dass sich

Faktoren, die häufig mit einem Migrationsstatus einhergehen und nachgewiesen starken Einfluss auf die Invalidisierung haben, in ihrer Wirkung kumulieren. Festgestellt wird ein praktisch systematischer Zusammenhang zwischen dem **sozialen Status** und der **Arbeitssituation von Migrant/inn/en** und den beobachteten erhöhten Invalidisierungsprävalenzen in Migrationspopulationen (vgl. auch Kapitel 5). Vereinzelt wird auch auf Einflüsse von **Sprachkompetenzen** sowie auf **mögliche kulturelle Einflüsse** verwiesen, ohne dass der letztgenannte Aspekt aber spezifiziert würde.

Beachtenswerte Studien/Artikel:

- Allebeck, P. und A. Mastekaasa (2004). "Chapter 5. Risk factors for sick leave—general studies." *Scandinavian Journal of Public Health*, 32: 49-108.
- Benjamin, A.E. "Ted" et al. (2000). *Disability and Access to Health & Support Services among California's Immigrant Population*. UCLA Center for Health Policy Research.
- Birrell, R. et al. (2000). *Welfare Recipient Patterns Among Migrants*. Dept. of Immigration and Multicultural Affairs.
- Elders, L. A., A. Burdorf und F. G. Ory (2004). "Ethnic differences in disability risk between Dutch and Turkish scaffolders." *J Occup Health*, 46(5): 391-7.
- Erdoğan, Mehmet Sarper (2002). *Berufskrankheiten türkischer Arbeitnehmer in Deutschland : Inaugural-Dissertation*. Sankt Augustin: Hauptverb. der Gewerblichen Berufsgenossenschaften.
- Lindström, I., B. Areskoug und P. Allebeck (2002). "Do Immigrant Patients Differ From Native Swedish Patients With Back Pain When Entering Rehabilitation?" *Advances in Physiotherapy*, 4(2): 74-84.
- Osterberg, T. und B. Gustafsson (2006). "Disability pension among immigrants in Sweden." *Soc Sci Med*, 63(3): 805-16.
- Prins, Rienk (2004). "Disability assessment in migrants and ethnic minorities: A cross-national exploration of problems and solutions." *INTERNATIONAL SOCIAL SECURITY ASSOCIATION European regional meeting Migrants and social protection Oslo, 21 - 23 April 2004*.
- Waddell, G., A. K. Burton und C. J. Main (Hg.) (2003). *Screening to identify people at risk of long-term incapacity for work*.
- Wood, G., D. Morrison und S. MacDonald (1995). "Rehabilitation programs and return to work outcomes." *Journal of Occupational Health and Safety—Australia and New Zealand*, 11(2): 125-137.

3.2 Befunde aus der Schweiz

Studien, welche Invalidisierungsinzidenzen und -prävalenzen bei der Schweizer Migrationsbevölkerung aufzeigen und vertieft vergleichend analysieren, wurden kaum gefunden. Im Folgenden werden kurz **diejenigen gesichteten Arbeiten vorgestellt, die aufschlussreiche Hinweise zum Thema enthalten**. Aus Sicht der Autorinnen besonders zu beachtende Arbeiten erscheinen wiederum **fett** gedruckt.

Gubéran/Usel (2000) haben in einer Analyse von Daten zu 5137 im Kanton Genf wohnhaften Männern (3893 Schweizer und 1244 Ausländer) die Invali-

disierungs-Inzidenz (Invaliditätsbegriff nach IVG¹²) in der Altersgruppe der 45-65 Jährigen eruiert.¹³ Die Studie zeigt einerseits deutlich, dass das **Invalidisierungsrisiko stark mit der ausgeübten beruflichen Tätigkeit korreliert** und in jenen Berufen besonders hoch ist, in denen tendenziell auch viele Ausländer arbeiten,¹⁴ andererseits wurde aber beobachtet, dass der **Anteil invalid gewordener Ausländer in nahezu allen Berufskategorien höher war als bei den Schweizern** (alle Berufsgruppen zusammen Ausländer 19.1% vs. Schweizer 14.1%).

→ Es handelt sich um die einzige im Schweizer Kontext gefundene grössere Studie, die systematisch Invalidisierungsunterschiede zwischen Ausländern und Schweizern (allerdings nur Männern) untersucht und im Ergebnis auch feststellt. Die Studie zeigt, dass das **Invalidisierungsrisiko stark mit der ausgeübten beruflichen Tätigkeit korreliert** und auch in jenen Berufen besonders hoch ist, in denen tendenziell viele Ausländer arbeiten – der in nahezu allen Berufskategorien höhere Anteil invalid gewordener Ausländer kann aber nicht erklärt werden.

Herzer (2000) untersuchte Daten aus dem Kanton St. Gallen und stellte fest, dass sich in der Zeit zwischen 1994 und 1997 parallel zu einer allgemein starken Zunahme der Rentengesuche und der Rentenzusprachen der Ausländer/innen-Anteil unter den Neurentner/innen gesamthaft von 25% auf 34% erhöht hat (bei einem Ausländer/innen-Anteil in der Bevölkerung von ca. 19%). **Psychisch-reaktive Störungen und Erkrankungen des Bewegungsapparates (vor allem Rückenprobleme) standen als Ursache der Invalidisierung quantitativ deutlich im Vordergrund**. Ausländer/innen waren bei diesen Ursachengruppen stärker überrepräsentiert (Anstieg auf über 40% bis 1999) als bei anderen Ursachengruppen. Die Zunahme der Rentenzusprachen

¹² Laut Art. 8 ATSG und Art. 4 IVG liegt Invalidität vor, wenn eine versicherte Person infolge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall voraussichtlich bleibend oder über längere Zeit ganz oder teilweise erwerbsunfähig ist bzw. es ihr unmöglich ist, sich im bisherigen Aufgabenbereich zu betätigen. Erwerbsunfähigkeit definiert Art. 7 ATSG wie folgt: „... der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt.“

¹³ Berücksichtigt wurden nur ganze Renten. Die Autoren vermerken ausserdem, dass diese Daten keine Auskunft geben über die Anteile der verschiedenen Faktoren (medizinische Invalidität, Beschwerlichkeit der beruflichen Tätigkeit, Schwierigkeit der beruflichen Umschulung/-orientierung) an der Begründung der Invalidisierung.

¹⁴ Aufgeschlüsselt nach Berufsgruppen ergaben sich die höchsten Anteile invalid gewordener Männer unter den Bauarbeitern (40%), den Fabrikarbeitern (31.3%), den Automechanikern (25.2%) und unter Hauswarten, Reinigungs- und Strassenarbeitern (24.6%).

führt der Autor auf ein gestiegenes alterskorreliertes Invaliditätsrisiko zurück, welches medizinisch nur ungenügend erklärt werden könne. Er fasst daher **mögliche** andere **Erklärungsfaktoren** ins Auge wie den Einfluss erhöhter **Arbeitslosigkeit, psychosozialer Faktoren**, Faktoren im Zusammenhang mit der **ärztlichen Begutachtung** und dem **Ablauf des Versicherungsverfahrens**, allgemein **gesellschaftlicher Faktoren** und nicht zuletzt Faktoren im Zusammenhang mit **Migration**. Hierzu führt er allerdings an, dass sich schon aus der Tatsache, dass ein vergleichsweise grosser Teil der erwerbstätigen Migranten grobmotorisch tätige, vielfach ungelernte Arbeiter seien, eine Übervertretung der Ausländer in der Population der IV-Rentner folgern lasse, insbesondere in der quantitativ wichtigen Ursachengruppe der bewegungsapparatebedingten Krankheiten. Die ungelernten ausländischen Arbeiter würden wesentlich früher ins Erwerbsleben eintreten als junge, besser gestellte Personen mit mehrjähriger Ausbildung, was eine bedeutend **stärkere Belastung und Abnutzung des Bewegungsapparates** mit sich bringe. Hinzu komme, dass **psychosoziale Risikofaktoren bei Migrant/inn/en tendenziell gehäuft und in Kombination auftreten** würden.

→ Der Autor verweist auf ein ganzes Bündel von Erklärungselementen für die Zunahme des Anteils der Ausländer/innen unter den IV-Neurentner/innen. Insbesondere hält er fest, dass etliche gewichtige Einflussfaktoren auf das Invalidisierungsrisiko in der Schweiz arbeitsmarktbedingt vorwiegend Migrant/inn/en betreffen.

Breitenmoser/Buri (2004) halten fest, dass sowohl die Zahl der schweizerischen als auch der ausländischen Rentenbeziehenden seit 1990 deutlich zugenommen habe, bei letzteren aber eine stärkere Zunahme zu verzeichnen wäre. Das Verhältnis zwischen Rentenbeziehenden schweizerischer und ausländischer Staatszugehörigkeit sei aber seit Mitte der 1990er Jahre stabil geblieben (65% zu 35%). Im Zeitraum 2001/2002 belief sich der Zuwachs bei Schweizer Rentenbeziehenden auf 5%. **Vergleichsweise stark stieg der Anteil Rentenbeziehender unter Menschen aus Jugoslawien und dessen Nachfolgestaaten sowie aus Portugal (Wachstum um 15% resp. 13%)**. Zu berücksichtigen ist, dass es sich hier um zwei Herkunftsgruppen handelt, deren Anteil an der Bevölkerung in diesem Zeitraum ebenfalls beträchtlich gestiegen ist, und in denen zurzeit noch vergleichsweise weniger Menschen das AHV-Alter erreichen. Betrachtet man die Neuberentungen, die im Jahr 2002 aufgrund der Diagnose "Krankheit" erfolgten,¹⁵ fällt auf, dass fast die Hälfte der Schweizer/inne/n zugesprochenen Neurenten in die Kategorie

¹⁵ Der weitaus grösste Teil der Invalidisierungen erfolgt aufgrund der Gebrechensart „Krankheit“; Unfälle und Geburtsgebrehen machen einen vergleichsweise geringen Anteil aus (laut IV-Statistik 2006: Krankheit 88%, Unfall 8%, Geburtsgebrehen 4%).

"psychische Gebrechen" fällt, bei Ausländer/inne/n nur gut ein Drittel. Letzteren wurde aber überdurchschnittlich oft eine Rente aufgrund von **Erkrankungen der "Knochen und Bewegungsorgane"** zugesprochen. Bei Schweizer/inne/n stehen ausserdem Neurenten an unter 30-Jährige sowie 55-59-Jährige im Vordergrund, während die **Ausländer/inne/n, die neu eine Rente zugesprochen erhielten, grösstenteils zwischen 40 und 54-jährig** waren. Der Blick auf die Anzahl Neuberentungen in Bezug gesetzt zur Bevölkerung im Erwerbsalter (Neuberentungsquote¹⁶) zeigt für das Jahr 2002, dass Schweizer/innen knapp, Deutsche deutlich unter dem Durchschnittswert liegen, Portugies/inn/en, Spanier/innen, Italiener/innen und Personen aus dem ehemaligen Jugoslawien hingegen (z.T. deutlich) über dem Durchschnittswert. Dieses Ergebnis dürfte laut Breitenmoser/Buri weitgehend mit der stärkeren Vertretung der zweitgenannten Gruppen in bestimmten, tiefer qualifizierten Arbeitsstellen zu erklären sein: Ausländer/innen in der Schweiz arbeiten zum grösseren Teil in Branchen mit einem höheren Invaliditätsrisiko und weisen i.R. ein tieferes Ausbildungsniveau auf, was ihre Flexibilität auf dem Arbeitsmarkt vermindert.

→ Der Artikel basiert auf einer differenzierten (allerdings weitgehend deskriptiven) Analyse der IV-Statistik mit Bezug auf die ausländische im Vergleich zur schweizerischen Bevölkerung und ist daher mit Blick auf das Thema dieser Literaturstudie recht ergiebig. Eine Begründung für die unterschiedlichen Wachstumsraten unter den ausländischen Rentenbeziehenden orten die Artikelautor/in/en in deren demographischer Verteilung: Bei Menschen aus dem ehemaligen Jugoslawien und aus Portugal handelt es sich um zwei Herkunftsgruppen, deren Anteil an der Bevölkerung im untersuchten Zeitraum ebenfalls beträchtlich gestiegen ist, und in denen zurzeit noch vergleichsweise weniger Menschen das AHV-Alter erreichen. Ein Erklärungsansatz für die über- oder unterdurchschnittlichen Neuberentungsquoten bei bestimmten Nationalitätengruppen wird in deren Beschäftigung in unterschiedlich qualifizierten Arbeitsstellen gesehen, wobei darauf verwiesen wird, dass Beschäftigung in niedrig qualifizierten Stellen erwiesenermassen das Invaliditätsrisiko erhöhe.

Die Beobachtungen anhand des Datenstandes von 2002 gelten weitgehend immer noch. Eine Betrachtung der Neuberentungen 2006 zeigt, dass Personen mit Staatsangehörigkeit Italiens, Spaniens, Portugals, eines jugoslawischen Nachfolgestaates sowie der Türkei im Vergleich zu Schweizer/innen und anderen Staatsangehörige

a) höhere Neuberentungsquoten

¹⁶ Anteil der Neurentner/innen 2006 an der Bevölkerung entsprechender Staatszugehörigkeit im Erwerbsalter.

b) höhere Neuberentungsquoten **infolge Unfalls**

c) höhere Neuberentungsquoten **infolge psychischer Erkrankungen sowie Erkrankungen der Knochen und Bewegungsorgane**

aufweisen (*Mitteilung von M. Buri, BSV, August 2007*).

Die Tatsache, dass Staatsangehörige der oben genannten Länder deutlich öfter als Schweizer/inn/en aufgrund eines Unfalls neu berentet werden, erscheint angesichts der Branchen und Berufsgruppen, in denen ein Grossteil der Angehörigen dieser Herkunftsgruppen beschäftigt ist, plausibel.¹⁷

Erklärungen für die höheren Neuberentungsquoten infolge **muskuloskeletaler und psychischer bzw. psychosomatischer Störungen** hingegen sind weniger unmittelbar einsichtig. Eine ganze Reihe der gesichteten Studien und Praxisberichte behandeln aus medizinischer (und zunehmend auch aus medizinethnologischer) Sicht Fragen in Zusammenhang mit der Invalidisierung von Migrant/inn/en aufgrund psychosomatischer Erkrankungen (insbesondere somatoformer Schmerzstörungen) und chronischer Rückenschmerzen (*Arpin 1992 ; Castelli Schiesser 1992 ; Ebner 2000 ; Keel 1992, 2001 ; Keel und Calanchini 1989 ; Kopp et al. 1997 ; Kopp 1996 ; Salis-Gross und Sabbioni 1997 ; Thali 1996 ; Vadasz 1984*). Diese Studien und die darin vorgebrachten Erklärungsansätze werden im Folgenden kurz vorgestellt.

Vadasz (1984) verglich eine 37-köpfige Gruppe „südländischer Gastarbeiter“, die wegen psychogener Beschwerden berentet worden waren, mit 21 aus gleichen Gründen berenteten Schweizern. Er stellte fest, dass bei den Ausländern die Anamnese vor Krankheitsbeginn unauffälliger war (bei den Schweizern zeigte sich häufig eine erhöhte psychische und somatische Kränklichkeit), dass bei drei Viertel der Ausländer ein somatisches Geschehen der Auslöser der Krankheit war (bei den Schweizern war es oft der Zu-

¹⁷ In seiner Analyse von Daten aus der Unfallstatistik aus den Jahren 1987, 1990 und 1993 stellte *Molinaro (1994)* fest, dass **Ausländer bzw. Ausländerinnen in der Schweiz einem um 100% bzw. 75% höheren Berufsunfall- und Berufskrankheitsrisiko ausgesetzt** sind. Er führt dies auf deren vorwiegende Beschäftigung in besonders unfallgefährdeten, oft unqualifizierten Arbeitsstellen zurück. Eine Studie im Auftrag des BSV (*Hefti und Siegrist 2004*) untersuchte systematisch Invalidisierungsrisiken nach Branchen und Tätigkeiten und kam zu folgenden Ergebnissen: Die **unfallbedingte Invalidisierungswahrscheinlichkeit** ist am höchsten in der **Baubranche** und im **Gastgewerbe** (je 0.19%). Weiter ist das Invalidisierungsrisiko am grössten bei jenen Personen, die **höchstens die obligatorische Schule** besucht haben (1.19%), gefolgt von jenem bei Personen mit absolvierter Lehre und Berufsschule (0.78%). Personen mit abgeschlossener Matura, höherer Berufsschule und Universitätsausbildung sind demgegenüber einem deutlich geringeren Risiko ausgesetzt.

sammenbruch eines mitmenschlichen Bezugssystems), und dass der **Krankheitsverlauf bei den „Südländern“ rascher zur Berentung führte** als bei den Schweizern. Für krankheitsbestimmend bei den Südländern hält der Autor „soziokulturelle Faktoren“ in Zusammenhang mit der Migration, wobei er insbesondere Entwurzelung im Herkunfts- und fehlende Verwurzelung im Aufnahmeland anspricht. Auch *Heberle (1989)* hält die Entfremdungs- und Entwurzelungsproblematik im Migrationskontext für ein wichtiges unbewusstes Motiv für psychosomatische Erkrankungen und damit zusammenhängende Rentenanträge.

Castelli Schiesser (1992) analysierte in ihrer Dissertationsarbeit die IV-Dossiers von 53 Patient/inn/en mit chronischen Rückenschmerzen an der psychiatrischen Poliklinik Basel und verglich die Daten zu Personen aus Mitteleuropa mit jenen zu Patient/inn/en aus Mittelmeerländern (Zeitraum 1983/84 – 1988). Die Untersuchung zeigte u.a., dass bei den Berenteten aus Mittelmeerländern die **Krankheit tendenziell in höherem Lebensalter auftrat, sich aber rascher chronifizierte**. Die Autorin beruft sich auf Studien, die den **ungünstigen Einfluss eines niedrigen sozioökonomischen Status und eines niedrigen Bildungsniveaus auf die Chronifizierung von Rückenbeschwerden** belegen, und hält fest, dass die in ihrer Untersuchung beobachteten **Unterschiede weitgehend mit der sozialen und beruflichen Position der Probanden zu erklären** sein dürften – jedenfalls liessen sie keine Aussagen darüber zu, ob die soziale Schicht oder ein „kultureller Faktor“ bei der Invalidisierung entscheidender war.

Dieselbe Beobachtung, nämlich dass sich bei „Gastarbeitern“ aus Mittelmeerländern die **Beschwerden als therapieresistenter** erweisen und der **Chronifizierungsprozess verhältnismässig rasch voranschreitet**, wurde auch anhand weiterer Untersuchungen gemacht (*Keel 1992, 2001 ; Keel und Calanchini 1989*). *Keel (1992)* gibt in diesem Zusammenhang zu bedenken, dass **Belastung durch Schwerarbeit mit gehäuften Vorkommen von Rückenschmerzen verbunden** und der typische „Gastarbeiter“ daher einem **erhöhten Risiko** ausgesetzt sei, chronische Rückenschmerzen zu entwickeln. Zudem könne eine **Akkumulation negativer Einflussfaktoren**, welche wiederum eher mit ihrer **sozioprofessionellen Position** denn mit ihrem kulturellen Hintergrund zusammenhängen würden, die Rehabilitation stärker behindern als bei anderen Menschen.

→ Alle drei Studien beobachten bei ausländischen Arbeitnehmer/inne/n eine **raschere Chronifizierung der Beschwerden**, was z.T. mit einer rascheren Berentung einhergeht. Erklärungen werden vorab in der sozioprofessionellen Position der untersuchten Gruppen gesucht, wobei auch ein Einfluss „soziokultureller“ Faktoren („kultureller Hintergrund“) bzw. der Entwurzelungsproblematik im Migrationskontext nicht ausgeschlossen wird.

Kopp (1997 ; 1996) berichtet von der generellen Schwierigkeit, die Arbeitsfähigkeit von Patient/inn/en mit schwierig zu klassifizierenden somatoformen Schmerzstörungen zu beurteilen, und betont unter Berufung auf zahlreiche Befunde aus der Literatur, wie gross bei somatoformen Schmerzstörungen (und insbesondere bei Rückenschmerzen) der **Einfluss psychosozialer Faktoren** bzw. des „aktuellen Kontextes und Belastung in der Regel im multifaktoriellen Zusammenhang“ sei (Kopp et al. 1997: 1433). Er weist darauf hin, dass „z.B. **Migranten ohne Ausbildung und Sprachkenntnisse** besonders in wirtschaftlich schwierigen Zeiten eine **Hochrisikogruppe bezüglich Invalidisierung** sind“. (ebd.: 1438). Die überwiegende Bedeutung psychosozialer Faktoren zeige sich nicht nur bei der Entwicklung der Störung, sondern auch bei der Rehabilitation: Im Rahmen eines Behandlungsprogramms stellte Kopp bspw. fest, dass in einer Gruppe italienischer „Gastarbeiter“ mit Rückenschmerzen diejenigen besser abschnitten, die eine bessere **berufliche Position** innehatten (etwa Vorarbeiter statt Handlanger) und ihre **beruflichen Perspektiven** als besser und konkreter einschätzten (Kopp 1996).

Eine weitere, am Berner Inselspital durchgeführte Vergleichsstudie zwischen Schweizer Schmerzpatienten und Arbeitsmigranten aus Italien und Spanien mit chronischen, vorwiegend psychogenen Schmerzen machte ebenfalls deutlich, dass die **soziale Lage für den Behandlungserfolg ausschlaggebend** ist (Eugster und Sabbioni 1996). **Schlechte Qualifikation** und die **marginale Position auf dem Arbeitsmarkt** beeinflussen den Krankheitsverlauf bei den Betroffenen negativ.

Ein Erklärungsversuch aus der Psychiatrie beruft sich auf den Mechanismus der sogenannten **narzisstischen Krise und Regulation** (vgl. Keel 2001 ; Salis-Gross und Sabbioni 1997): Dabei werde eine subjektive existentielle Krise des Selbstgefühls (narzisstische Krise) unbewusst durch das Empfinden und Ausdrücken von Schmerz zu vermeiden oder zu begrenzen gesucht. Ziel sei – ebenfalls unbewusst – das Aufrechterhalten eines erträglichen Selbstbildes. Ausgelöst werde eine narzisstische Krise oft durch ein Unfallereignis, welches die betroffene Person subjektiv wichtiger Kompetenzen beraube. Die Krise könne aber auch durch ein unfallunabhängiges Auftreten von Schmerzen verursacht werden; in diesem Fall könne die Konfrontation mit der Tatsache, dass es die Schmerzen dem/der Betroffenen unmöglich machen, die gegebenen Arbeitsbedingungen weiter auszuhalten, zu einer weiteren Verstärkung der Schmerzen führen. Nun könne ein solcher Krankheitsverlauf zwar nicht als typisch für Migrant/inn/en gelten. Trotzdem könnten **Erlebnisse im Zusammenhang mit Migration und der Situation im Aufnahmeland** eine plausible **Basis für eine solche Entwicklung** bilden; nicht zuletzt darum, **weil sich in der Lebenslage von Migrant/inn/en vielfach jene Faktoren häuften, die allgemein einen negativen Krankheitsverlauf begünstigen**. Auch die Voraussetzungen für eine erfolgreiche Auflösung der Krise

könnten sich im Migrationskontext ungünstiger darstellen (Salis-Gross und Sabbioni 1997). Gerade bei Patient/inn/en aus dem Gebiet des ehemaligen Jugoslawien habe, so Vrgoc (2006), die Verarbeitung des Krieges und der gesellschaftlichen Veränderungen in ihrer Herkunftsregion zu besonderen psychischen Belastungen geführt. Die Verlagerung des Schmerzes auf den Körper könne vorübergehenden Selbstschutz und emotionale Entlastung bieten, und zugelassene körperliche Symptome stellten häufig die einzig verbleibende – und soziokulturell akzeptierte – Möglichkeit dar, auf die erlittenen Verluste (nahestehende Menschen, Freundschaften, Rückkehrperspektive etc.) aufmerksam zu machen.

→ Die Studien machen auf den erwiesenermassen ungünstigen Einfluss aufmerksam, den psychosoziale Faktoren, die soziale Lage, die berufliche Position und Perspektiven sowie berufliche/Bildungsqualifikationen (insbesondere Sprachkenntnisse) auf den Behandlungserfolg und Rehabilitationsprozess haben. Allen Befunden ist gemeinsam, dass mit der **ausländischen Nationalität** der Probanden jeweils – und kaum davon trennbar – Faktoren verbunden sind wie **niedriges Bildungsniveau**, spezifische verrichtete **berufliche Tätigkeiten**, **niedrige hierarchische Stellung am Arbeitsplatz und/oder das Vorhandensein besonderer psychosozialer Bedingungen**; also **Faktoren**, die bekannt sind für ihren **ungünstigen Einfluss auf den Verlauf von Schmerzleiden**.

Zusammenfassend kann man sagen:

Auch die im Schweizer Kontext beobachteten **Invalidisierungsunterschiede** zwischen Migrations- und Mehrheitspopulationen werden in der gesichteten Literatur **ursächlich auf andere Einflussfaktoren als die Nationalität/Herkunft zurückgeführt**, und zwar vornehmlich **auf sozio-professionelle** oder andere **mit einer spezifischen Lebenslage verbundene Faktoren**. Eine Studie im Rahmen des nationalen Forschungsprogrammes 45¹⁸ hat auf der Grundlage einer Befragung von 2500 Bezüger/inn/en einer IV-Rente (21.3% darunter ausländischer Nationalität) die Lebenslagen dieser Menschen analysiert und u.a. folgende Situation als typisch identifiziert: Frauen und Männer mit tiefem formalem Bildungsniveau und schlechtem Gesundheitszustand, die schlecht in den Arbeitsmarkt integriert sind, ein tiefes Einkommen aufweisen, sozial sehr isoliert sind, relativ stark von Hilfeleistungen abhängen und häufig mit Stigmatisierungserfahrungen belastet sind (Gredig et al. 2005). Die vorliegenden sozio-demographischen Daten und Ergebnisse qualitativer Forschungen legen nahe, dass sich **ein nicht ge-**

¹⁸ NFP 45 « Probleme des Sozialstaates »

ringer Teil der Migrationsbevölkerung in solchen Lebenslagen befindet. Zu bedenken ist dabei, dass **ein Migrationskontext mit einer erhöhten gesundheitlichen Vulnerabilität einhergehen kann** und oft **ungünstige Voraussetzungen für eine erfolgreiche Krisenbewältigung bietet**. Die Erkenntnisse aus verschiedenen klinischen Studien zeigen ausserdem, dass **bei wenig qualifizierten Arbeitern ein enger Zusammenhang und eine Wechselwirkung zwischen den belastenden Arbeitsbedingungen und chronischen Schmerzen** besteht, und dass sich subjektiv bessere berufliche und allgemeine Zukunftsperspektiven sowie möglichst frühzeitiges Einsetzen von adäquaten therapeutischen Massnahmen günstig auf den Krankheitsverlauf auswirken.

Beachtenswerte Studien/Artikel:

- Breitenmoser, Beatrice und Markus Buri (2004). "Ausländische Rentenbezüger/innen in der IV." Soziale Sicherheit, (1): 36-41.
- Gubéran, Etienne und Massimo Usel (2000). Mortalité prématurée et invalidité selon la profession et la classe sociale à Genève ; suivi de, Ecarts de mortalité entre classes sociales dans les pays développés. Genève: Office cantonal de l'inspection et des relations du travail, OCIRT.
- Herzer, Heinz (2000). "Zunehmende Invalidisierung trotz medizinischem Fortschritt bei Schweizern und Ausländern." Schweizerische Ärztezeitung, 81(47): 2668-2672.
- Keel, Peter (2001). "Low back pain and foreign workers : does culture play an important role ?" in Yilmaz, A. Tarik, Mitchell G Weiss und Anita Riecher-Rössler (Hg.), Cultural psychiatry : Euro-international perspectives. Basel [etc.]: Karger, S. 117-125.
- Kopp, Hans-Georg (1996). "Psychosoziale Faktoren in der Chronifizierung von Rückenschmerzen bei Schweizern und italienischen Immigranten", in Keel, Peter et al. (Hg.), Chronifizierung von Rückenschmerzen : Hintergründe, Auswege : Schlussbericht des Nationalen Forschungsprogramms Nr. 26B. Basel: Eular, S. 114-121.
- Kopp, H. G., J. Willi und A. Klipstein (1997). "Im Graubereich zwischen Körper und Psyche und sozialen Schwierigkeiten. Teil I: Neue Entwicklungen in der Diagnose und Therapie von somatoformen Störungen (am Beispiel von chronischen Schmerzpatienten)." Schweiz Med Wochenschr, 127(34): 1380-90.
- Moeri, Roland (1992). "Rehabilitation von Fremdarbeitern : Mythos und Realität." Therapeutische Umschau, 49(9): 628-634.

3.3 Fazit

Anhand der gesichteten internationalen und nationalen wissenschaftlichen Literatur mit Blick auf Invalidisierungsunterschiede zwischen Menschen mit und ohne Migrationshintergrund kann folgendes **vorläufiges Fazit** gezogen werden:

Die Aussagekraft der gesichteten Studien mit Fokus auf den Faktor „Migrationshintergrund“ (immigrant status, ethnic background, Geburtsland, Staatsangehörigkeit) ist weitgehend dadurch limitiert, dass bloss Korrelationen zwischen einzelnen Faktoren aufgezeigt werden (zwischen Alter, Geschlecht, sozioökonomischem Status oder eben z.T. auch migrationsspezifischen Fak-

toren). Zu den Erklärungsanteilen der einzelnen Variablen können sich die Autor/inn/en nur selten fundiert äussern.¹⁹

Die Literatur liefert gewichtige Argumente dafür, dass es überwiegend **mit der Arbeitssituation und dem sozialen Status von Migrant/inn/en zusammenhängende und sich im Migrationskontext häufig kumulierende Effekte** sind, welche für die beobachteten erhöhten Invalidisierungsprävalenzen in Migrationspopulationen verantwortlich zeichnen, und dass der Faktor **Staatsangehörigkeit/Herkunft** eines Menschen **keinen ursächlichen Einfluss auf das Invalidisierungsrisiko** hat, sondern vielmehr die **persönliche Lebenslage und Lebensperspektive** des einzelnen Menschen sowie vorhandene Ressourcen entscheidend sind. Einzelne Merkmale, wie eben z.B. Staatsangehörigkeit, ohne Berücksichtigung intervenierender Faktoren oder Kontexte als Risikofaktoren zu interpretieren, greift in jedem Fall zu kurz.

Solche intervenierenden Faktoren sind auch in der Interaktion zwischen Versicherten mit Migrationshintergrund und dem Gesundheits- bzw. dem Invalidenversicherungssystem zu suchen. Darin liegt denn auch weiteres Erklärungspotential für empirisch beobachtete Unterschiede zur Mehrheitsbevölkerung.

4 Interaktion zwischen Migrant/inn/en und Akteuren des Gesundheits- und IV-Systems

Bevor spezifisch auf die Interaktion IV-System – Migrant/inn/en eingegangen wird, scheint es uns sinnvoll, kurz einige hier relevante Befunde aus der Literaturreview von *Aarts et al. (2000)* zu allgemeinen Verhaltenstendenzen der IV-System-Akteure in Erinnerung zu rufen:

Was **potentielle Antragstellende als Akteure** angeht, verweisen *Aarts et al. (2000)* auf Untersuchungen (etwa *Dyacz 1998*), die zeigten, dass der Verlust des Arbeitsplatzes bei Arbeitnehmer/inne/n, deren Jobs aufgrund technischen Fortschritts bzw. betrieblicher Restrukturierungen nicht mehr gebraucht werden, diese Menschen bei der Suche nach einer neuen Anstellung vor kaum zu überwindende Probleme stellt. Insbesondere **älteren und wenig qualifizierten Arbeitnehmern falle es schwer, sich an neue Situationen anzupassen**.

¹⁹ Dass solche **kausalen Zusammenhänge eingehender untersucht** werden sollten, darauf verweist etwa das Ergebnis der US-amerikanischen Studie von *Benjamin et al. (2000)*, die als eine der wenigen Studien, die unsere Literaturrecherche mit Fokus Migration zutage gefördert hat, den Einfluss vermutlich bedeutender Faktoren wie sozioökonomischer Status oder Bildungsniveau systematisch kontrolliert hat: Sie zeichnet ein im Vergleich zu den oben zitierten europäischen Untersuchungen völlig gegenteiliges Bild.

Unter diesen Umständen biete sich das Beantragen einer Invalidenrente als möglicher Ausweg an.

Zum Verhalten der **Akteure auf Arbeitgeberseite** halten die Autoren fest, dass **gesundheitliche Beeinträchtigungen** klar ein **negatives Selektionskriterium** darstellten, und dies **insbesondere bei gering qualifizierten Arbeit-suchenden**. Arbeitgeber seien nur in Einzelfällen bereit, den Bedürfnissen gesundheitlich angeschlagener Mitarbeitender entgegenzukommen. Erkrankte/Verunfallte mit **mittlerer oder höherer Schulbildung** hätten **bessere Chancen, an ihren Arbeitsplatz zurückzukehren** als ihre schlechter ausgebildeten Kolleg/inn/en.

Zu Strategien und Verhaltenstendenzen der am Verfahren und dessen Administration beteiligten **Akteure seitens der IV** wird angeführt, dass **Ärzt/inn/e/n** dazu tendierten, **im Zweifel von einer wirklichen Erkrankung auszugehen** („im Zweifel zugunsten des Antragstellers“). Mit der genauen **Beurteilung der Rest-Erwerbsfähigkeit** täten sich die Verantwortlichen oft schwer, und sie würden auch die **Chancen der antragstellenden Person auf dem Arbeitsmarkt** in ihre Beurteilung **mit einbeziehen**. Nicht zuletzt deshalb behandelten sie ältere Versicherte im Allgemeinen entgegenkommender.

Eine im Jahr 1999 durchgeführte Untersuchung (*Bachmann et al. 1999*), welche die Bedeutung der ärztlichen Beurteilung im Entscheidungsverfahren über einen IV-Rentenanspruch fokussierte, stellte ausserdem fest, **dass – im Zuge verschlechterter Rahmenbedingungen auf dem Arbeitsmarkt, welche bei Versicherten nicht selten zu komplexen gesundheitlichen, sozialen und wirtschaftlichen Problemakkumulationen führten – die Ärzteschaft in ihren Stellungnahmen dem psychosozialen Umfeld und der gesamten Lebenssituation der Patient/inn/en zunehmend Gewicht beigemessen habe**. In den untersuchten Dossiers schlug sich dies in einer merklichen Zunahme von Fällen mit multipler Diagnostik nieder. Die im Rahmen der Studie befragten Mediziner/innen beobachteten zudem, dass **bei immer mehr Menschen u.a. somatoforme Schmerzstörungen zu einer Invalidisierung führten, und dass auch immer häufiger im Verlauf des Behandlungsprozesses psychosomatische Beschwerden auftraten, welche die Genesung behinderten**.

Mit diesen Befunden im Hinterkopf sollen nun Aspekte der Interaktion zwischen Versicherten mit Migrationshintergrund und verschiedenen Akteuren des Gesundheits- und IV-Systems fokussiert werden.

Der therapeutische Prozess ist in der Schweiz den Abklärungen der IV zeitlich vorgelagert und kann von ihr kaum beeinflusst werden. Nichtsdestotrotz beeinflusst die Art und Weise, wie die Akteure in diesem Prozess, also der/die Patient/in und der/die behandelnde Therapeut/in (meist ein/e Medizi-

ner/in), miteinander interagieren, den Verlauf des anschliessenden IV-Verfahrens massgeblich – nicht zuletzt aufgrund der Tatsache, dass die Befunde der behandelnden Ärztin oder des behandelnden Arztes für die IV ein nicht unbedeutendes Element der medizinischen Entscheidungsgrundlage im Hinblick auf die Bemessung der Invalidität sowie auf die Abklärung allenfalls geeigneter Wiedereingliederungs-massnahmen darstellt. Es lohnt sich deshalb, zunächst die Interaktion zwischen Versicherten und ihren Therapeut/inn/en im medizinischen Behandlungs- und Rehabilitationsprozess zu beleuchten. Mit Blick auf die medizinische Beurteilung im Hinblick auf einen IV-Leistungsbezug ist ausserdem die Interaktion zwischen Versicherten und medizinischen Gutachter/inne/n im Verlauf der IV-Abklärung bedeutsam.

Von Interesse ist weiter auch die Interaktion zwischen Versicherten und IV-Akteuren im Rahmen der Abklärungen auf den IV-Stellen und der Bemühungen um berufliche Reintegration sowie nicht zuletzt die (mögliche) Reaktion von Versicherten auf systembedingte Anreize. Zu berücksichtigen ist dabei auch, was *Aarts et al. (2000)* in ihrem Bericht betonen: Endogene, d.h. systembezogene Faktoren (finanzielle und administrative Anreize) seien eindeutiger Determinanten der Inanspruchnahme einer IV-Rente als exogene Determinanten.

→Analog wäre auf einer übergeordneten Ebene (systemendogener Faktoren) auch der Einfluss vertraglicher Bestimmungen zwischen den Herkunftsstaaten der Migrant/inn/en und der Schweiz in Betracht zu ziehen; dieser Punkt wurde in der Literatur aber nicht angesprochen (vgl. 5.1 Punkt d.).

Die von *Rommel (2005)* durchgeführte Datenanalyse (vgl. Kapitel 3.1) ergab, dass **Depressionen** und **Somatisierung** bei Migrant/inn/en als **besonders zu beachtende gesundheitliche Problemlagen** anzusehen sind. Der Autor beobachtet, dass die Betroffenen im Migrationskontext oft dazu neigten, psychosoziale Belastungen körperlich zu präsentieren – nicht zuletzt u.U. auch darum, weil sie davon ausgingen, dass die **Somatisierung von Leiden die Interaktion mit dem Medizinsystem erleichtern** würde. Er verweist in diesem Zusammenhang auf die oftmals rudimentären **sprachlichen Verständigungsmöglichkeiten**, welche die verbale Artikulation von Symptomen und Problemen stark einschränkten. Zudem macht er darauf aufmerksam, dass Inanspruchnahme- und Krankheitsverhalten sich immer im Rahmen politisch gesetzter und gesellschaftlich präformierter Handlungs-rationalität entfalten würden: "Symptompräsentation, Diagnosestellung, fortgesetzte Behandlung und Krankschreibung, die Einleitung rehabilitativer Massnahmen oder letztendlich Berentung können in diesem Sinne auch der rationalen Bewältigung einer belastenden Lebenssituation des Patienten im Rahmen gegebener Handlungsmöglichkeiten entsprechen – ein Prozess, an dem auch das medizinische System und seine Akteure aktiv beteiligt sind." (*Rommel 2005: 287*).

Kopp/Klipstein (1997) diskutieren die in jedem Fall sehr **schwierige Aufgabe, Patient/inn/en mit somatoformer Schmerzstörung zu behandeln und bezüglich Invalidität zu begutachten**. Einerseits sei klar, dass bei Gesundheitsstörungen dieser Art psychosoziale Faktoren einen überwiegenden Anteil an der Entwicklung der Störung hätten (vgl. Kapitel 3.2), andererseits bestehe auch eine hohe Komorbidität mit Persönlichkeitsstörungen. Es sei darum oft schwierig zu bestimmen, worauf eine Störung primär zurückzuführen ist, und das **Risiko einer Fehldiagnose** sei deshalb nicht gering. Dieses Risiko werde weiter erhöht durch die Tatsache, dass dem Arzt oder der Ärztin in der Interaktion mit Patient/inn/en mit Migrationshintergrund oftmals der **Zugang zum sozio-kulturellen Referenzsystem** („andere“ Vorstellungen rund um Gesundheit und Krankheitsgeschehen, um den eigenen Körper und dessen Funktionsweise, um die Verteilung der Verantwortung zwischen Patient/in und Ärztin im Rehabilitationsprozess, etc.) **erschwert** sei. Migrant/inn/en würden wohl u.a. deshalb nicht selten allzu rasch der Simulation und Symptom-Aggravation verdächtigt. Echte Simulation im Sinne der Vortäuschung nicht vorhandener Symptome halten die Autoren aber für sehr selten. Im Zusammenhang mit dem Aggravationsverdacht sollte in ihren Augen nicht vergessen werden, dass wo die **(sprachliche) Verständigung erschwert** sei, der/die Patient/in in der Untersuchungssituation eine gewisse „Verdeutlichungstendenz“ im Sinne einer „übertriebenen“ Betonung des Leidens möglicherweise für eine geeignete Kommunikationsform halte. Auch die **Einschätzung der familiären Dynamik mit ihrem Einfluss auf die Ausgestaltung und Entwicklung der Symptome** bereite im Migrationskontext oftmals Schwierigkeiten. Weiter müsse der/die Gutachter/in sich bewusst sein, dass er/sie auch sich selbst und seine/ihre Persönlichkeitsanteile in die Interaktion mit einbringe, und er/sie müsse deren Einfluss auf die vom Gegenüber gewonnenen Eindrücke abschätzen können. Ähnliche Schwierigkeiten schildert auch **Heinz (1992)** in Bezug auf die Rehabilitation von Patient/inn/en mit Migrationshintergrund.

Heberle (1989: 44) stellt die These auf, dass medizinisch-psychiatrische Diagnosen „eine Entfremdungs- und Ausgrenzungsfunktion haben können, die mit der gesellschaftlichen korrespondiert.“ Diese äussere sich etwa darin, dass in den Dossiers zuweilen klischeebehaftete und vereinfachende Formulierungen vom Typ „Ausländersyndrom“ zu finden seien. Ihre Erfahrung zeige, so die Autorin, dass die **Begutachtung von Menschen mit Migrationshintergrund** in vielen Fällen als **inadäquat** bezeichnet werden müsse.

Conne (2003) schildert aus eigener Erfahrung, wie schwierig die Beurteilung der Arbeits(un)fähigkeit generell sei und die Ärzteschaft oft überfordere. Bezüglich somatoformer Störungen merkt er an, dass bei erst **spät erfolgreicher Überweisung an eine/n Psychiater/in** die **Chronifizierung und Invalidisierung** meist bereits weit fortgeschritten und **irreversibel** geworden sei.

Auch **Keel (1992)** beobachtet, dass der **Krankheitsverlauf** – nicht nur bei Migrant/inn/en – **von inadäquaten medizinischen Massnahmen negativ beeinflusst** werden könne („unnötige“ Krankschreibung, Abklärungen ohne Indikation, unvorsichtige Mitteilung von Befunden u.ä.). **Prins (2004)** beobachtet zudem, dass Migrant/inn/en seltener Rehabilitationsmassnahmen in Anspruch nehmen, und vermutet, dass dies damit zu tun haben könnte, dass **für Unqualifizierte** bzw. **niedrig Qualifizierte** und für **Menschen mit psychischen Problemen** (in beiden Kategorien sind wie dargelegt Migrant/inn/en übervertreten) **weniger adäquate Rehabilitationsmassnahmen angeboten** werden.

Hinweise darauf, dass sich der Weg zur IV-Rente im Falle von Patient/inn/en mit Migrationshintergrund für alle Beteiligten bedeutend mühevoller gestaltet, sind in der Literatur einige zu finden, so etwa bei **Erdoegan (2002)**, der konstatiert, dass das Feststellungsverfahren in Deutschland bei türkischen Arbeitnehmern im Schnitt ein halbes Jahr länger dauert, oder bei **Di Natale/Jeanet (2000)** sowie **Castelli Schiesser (1992)**. Letztere verweist auf die von ihr beobachtete Häufigkeit eingereichter – und akzeptierter – Rekurse von Migrant/inn/en und beschreibt den unheilvollen Kreislauf, der beginnen kann, wenn sich (sprachliche) Verständigungsschwierigkeiten zwischen den Interaktionspartnern zu einem **tiefgreifenden gegenseitigen Misstrauen** ausgewachsen haben. Auf die grosse Bedeutung ungenügender ortssprachlicher Kompetenzen im Invalidisierungsprozess weisen zudem die Arbeiten von **Hewson (1987)** und **Birrell (2000)** hin (vgl. oben Kap. 3.1).

Prins (2004) schliesslich identifiziert anhand seiner Betrachtung der IV-Verfahren in verschiedenen Ländern insbesondere folgende Probleme im Verfahrensprozess, wenn Versicherte mit Migrationshintergrund involviert sind:

- **Sprachliche Kommunikationsschwierigkeiten** (v.a. bei Migrant/inn/en der ersten Generation): Sie werden im Rahmen der Anamnese und Diagnose wirksam, werfen aber auch Fragen auf bezüglich der Verwendung/Validität (psychologischer) Tests bei Bedürfnisabklärungen.
- **Wissenslücken seitens der Begutachtenden** betreffend kultureller Konzepte von Gesundheit und Krankheit bei Menschen mit Migrationshintergrund, oft ungenügender Einblick in die Migrationsbiographie der Patient/inn/en und ihren individuellen Umgang mit migrationsbezogenen Problemen.
- Die Frage der **Interpretation gesetzlicher Zugangsbestimmungen**: Wie sollen etwa bei der Beurteilung der verbleibenden Erwerbsfähigkeit migrationspezifische Faktoren und Umstände wie z.B. schlechte Sprachkenntnisse gewichtet werden?

- Das Phänomen, dass sich Migrant/inn/en oft **unverstanden, unangemessen beurteilt und benachteiligt fühlen** und mit dem Verfahrensprozess nicht vertraut sind, was zu Problemen im Zusammenhang mit der Administration führen kann, etwa der Einhaltung administrativ begründeter Fristen.

Weiter geht aus der Literatur deutlich hervor: Je länger jemand krankheitsbedingt nicht mehr arbeitet, desto grösser die Wahrscheinlichkeit, dass sie oder er nicht mehr in den Arbeitsmarkt integriert werden kann. Wie ungünstig sich, gerade im Kontext muskuloskeletaler Beschwerden, eine **lange andauernde Arbeitsabwesenheit** sowohl auf den Rehabilitationsprozess als auch auf die Erfolgchancen beruflicher Wiedereingliederung auswirkt, und dass dadurch auch der **Entwicklung zusätzlich invalidisierender psychischer Störungen** Vorschub geleistet wird, zeigen u.a. *Danuser/Klipstein (2004)*.

Ausserdem finden sich in der gesichteten Literatur etliche Hinweise auf eine **geringere Inanspruchnahme beruflicher Wiedereingliederungsmassnahmen** durch Migrant/inn/en und die **geringeren Erfolgchancen solcher Massnahmen**, was ebenfalls seinen Teil zur Erklärung des erhöhten Invalidisierungsrisikos im Migrationskontext beitragen dürfte.

Für den deutschen Kontext stellte *Hackhausen (1999)* fest, dass Migrant/inn/en wesentlich seltener Reintegrationsmassnahmen in Anspruch nehmen (17% im Vergleich zu 27% bei den deutschen Versicherten). Der Frage der Einleitung/Inanspruchnahme beruflicher Massnahmen im Rahmen der schweizerischen IV gingen *Furrer et al. (2004)* in ihrer Analyse²⁰ nach. Die multivariate Auswertung zeigt zwar, dass **weder die Nationalität noch das Geschlecht einen Einfluss auf die Einleitung einer beruflichen Massnahme** hat. Von Bedeutung scheinen nur Alter, Motivation, körperliche Belastung und psychische Beeinträchtigung zu sein. Betrachtet man nicht nur die Einleitung, sondern auch den Erfolg beruflicher Massnahmen, erweist sich bloss noch das Alter als ausschlaggebend. Allerdings ist in diesem Zusammenhang wiederum zu bedenken, dass die **Wiedereingliederung** erwiesenermassen gerade **bei Rückenpatient/inn/en und psychisch Erkrankten besonders schwierig** ist. So beobachtet etwa *Ebner (2000)*, dass das Prinzip "Wiedereingliederung vor Rente" in Anbetracht der schwierigen Arbeitsmarktsituation vor allem bei psychisch Kranken und Ungelernten (worunter sich viele Migrant/inn/en fänden) zunehmend ins Gegenteil verkehrt werde (Rente vor Eingliederung). *Baumgartner et al. (2004)* halten ausserdem fest, dass bei der Vermittlung in den primären Arbeitsmarkt und der Anstellung

²⁰ Die Daten wurden mittels einer telefonischen Befragung von 1000 Versicherten sowie im Rahmen von 11 qualitativen Interviews mit Berufsberater/inne/n in vier Kantonen erhoben.

die **individuellen Ressourcen** eine wichtige Rolle spielten. Als besonders wichtig werden neben der Leistungsbereitschaft seitens der behinderten Person auch deren **Qualifikationen** angesehen. Wie auch auf internationaler Ebene gezeigt wurde, sind dabei insbesondere die **Kompetenzen in der Orts-/Landessprache** von Bedeutung (*Birrell et al. 2000 ; Hewson et al. 1987 ; Osterberg und Gustafsson 2006 ; Wood et al. 1995*). Nicht zuletzt sollen in diesem Zusammenhang die Ergebnisse einer im Jahr 2002 erschienenen ländervergleichenden Studie Erwähnung finden (*ISSA 2002*). Im Rahmen dieser Studie wurden Rückenpatient/inn/en in sechs Ländern über einen Zeitraum von mehreren Jahren befragt. Als demographische Merkmale, die mit einer geringen Wahrscheinlichkeit der Arbeitswiederaufnahme verbunden sind, wurden insbesondere **höheres Alter** (ab 45 Jahren), **weibliches Geschlecht** und **niedriges Bildungsniveau** identifiziert.

Einen weiteren Beitrag zur Identifizierung der Faktoren, welche die Interaktion von Migrant/inn/en mit Akteuren des IV-Systems beeinflussen können, liefert *Kopp (1989)*, der auf die Möglichkeit hinweist, dass die **Erwartungen** seitens der Migrant/inn/en gegenüber der Versicherung **von Vorstellungen über das Versicherungssystem im eigenen Herkunftsland geprägt** seien, was zusätzlich zu Missverständnissen beitragen könne. Er zeigt dies am Beispiel italienischer Migrant/inn/en in den frühen 1980er Jahren, welche medizinischen und beruflichen Rehabilitationsbemühungen möglicherweise u.a. deshalb weniger Bedeutung beigemessen hätten, weil solche Anstrengungen offenbar damals in Italien einen sehr geringen Stellenwert gehabt und der Staat mittels grosszügiger Gewährung von Renten in der Bevölkerung gewisse Erwartungen geweckt hätten.

Zu beachten ist schliesslich auch die Bedeutung **finanzieller Anreize für Migrant/inn/en**, insbesondere wenn man an die vergleichsweise schlechtere sozioökonomische Lage eines Grossteils der Migrationsbevölkerung denkt. So vermuten zum Beispiel *Breitenmoser/Buri (2004)*, dass in Migrant/inn/enhaushalten, wo oftmals beide Partner erwerbstätig seien und daher im Krankheitsfall eine bezahlte Arbeitskraft ausfiel, der Schritt zur Anmeldung bei der IV schneller gemacht sein dürfte als etwa bei einem (Schweizer) Haushalt, in dem u.U. „nur“ eine unbezahlte Arbeitskraft entfällt.

Zusammenfassend kann man sagen:

Die gesichtete Literatur liefert deutliche Hinweise, dass die Interaktion zwischen Migrant/inn/en und Akteuren des Gesundheits- und IV-Systems auf verschiedenen Ebenen von Faktoren ungünstig beeinflusst werden kann, die zu tun haben mit:

- a) **bestimmten Gesundheitsstörungen**, von denen Migrant/inn/en offenbar häufig betroffen sind (**somatoforme Schmerzstörungen, psychosomatische Störungen**)²¹
- b) der **sozialen Lage** und **weiteren Aspekten im Zusammenhang mit dem Migrationshintergrund** der Versicherten (fehlende Sprachkompetenzen, andere Referenzsysteme, Ansprechen auf bestimmte Anreize) sowie
- c) **mangelndem Wissen** und **inadäquatem Vorgehen** seitens verschiedener Akteure des Gesundheits- und IV-Systems.

Beachtenswerte Studien/Artikel:

Conne, Rudolf (Hg.) (2004). *Zu den Ursachen der Rentenexplosion : die Sicht eines Psychiaters*.

Heberle, Britta (1989). "Ethnomedizinische und psychosoziale Aspekte zur Rentenbegutachtung bei Arbeitsmigranten." *Rehabilitation*, (4): 43-50.

Kopp, Hans-Georg (1989). "Réalité subjective et mutation sociale chez les ouvriers étrangers d'origine italienne." *Rééducation*, (4): 31-42.

Kopp, H. G., J. Willi und A. Klipstein (1997). "Im Graubereich zwischen Körper und Psyche und sozialen Schwierigkeiten. Teil I: Neue Entwicklungen in der Diagnose und Therapie von somatoformen Störungen (am Beispiel von chronischen Schmerzpatienten)." *Schweiz Med Wochenschr*, 127(34): 1380-90.

Im Schlusskapitel sollen nun die verschiedenen aus der gesichteten Literatur hervorgehenden Erklärungselemente bezüglich der Spezifitäten einer Invalidisierung im Migrationskontext synthetisierend zusammengeführt und daraus Handlungsansätze abgeleitet werden.

5 Synthese und Schlussfolgerungen

5.1 Integrierter Erklärungsansatz

In der Schweiz und auch in anderen Einwanderungsländern lassen sich anhand statistischer Daten und Evaluationen auf zahlreichen Ebenen Unterschiede zwischen Menschen mit und ohne Migrationshintergrund im Zusammenhang mit dem Invalidisierungsprozess beobachten. Die vorliegende Literaturstudie hatte zum Ziel, aus der wissenschaftlichen Literatur Erklärungselemente für diese Unterschiede zu extrahieren. Die vorgefundenen Erklärungselemente lassen sich unter vier Punkten diskutieren, welche je einen Anteil oder Argumentationsstrang zum vorgeschlagenen integrierten Erklärungsansatz beitragen und eng mit einander verknüpft sind:

²¹ Wobei allerdings die Tatsache, dass Migrant/inn/en häufig aufgrund dieser Art Gesundheitsstörungen invalidisiert werden, vermutlich auch von den unter den Punkten b) und c) beschriebenen Phänomenen beeinflusst wird.

- a. Im Migrationskontext kann sich aufgrund der kumulativen Wirkung ungünstiger sozialer und individueller Voraussetzungen eine **besondere gesundheitliche Dispositionen** ergeben: Betroffene sind einem höheren Erkrankungs- und in der Folge auch einem erhöhten Invalidisierungsrisiko ausgesetzt.
- b. Migrant/inn/en sind in bestimmten **Branchen** und **beruflichen Tätigkeiten** übervertreten, in denen sie nachgewiesenermassen einem **hohen Invalidisierungsrisiko** ausgesetzt sind.
- c. Grosse Teile der erwerbstätigen Bevölkerung mit Migrationshintergrund befinden sich aus Gründen, die mit ihrer (Migrations-)Biographie und ihrer spezifischen sozialen Stellung im Aufnahmeland zusammenhängen, auf dem **Arbeitsmarkt** in einer **ungünstigen Position**. Dies erschwert im Erkrankungsfall ihre berufliche Wiedereingliederung und trägt damit zum erhöhten Invalidisierungsrisiko bei.
- d. Die **Interaktion** zwischen den diversen Akteuren im Rahmen des Gesundheits- und IV-Systems und erkrankten Versicherten mit Migrationshintergrund wird auf verschiedenen Ebenen durch bestimmte Einflussfaktoren **erschwert**, was sich ebenfalls auf das Invalidisierungsrisiko auswirkt.

Im Folgenden wird auf die vier Argumentationsstränge kurz im Einzelnen eingegangen.

A. Gesundheitliche Disposition aufgrund kumulativer Effekte im Migrationskontext

Obwohl Migration nicht *a priori* ein gesundheitliches Risiko darstellt, geht aus der wissenschaftlichen Literatur deutlich hervor, dass vielerorts grosse Teile der Migrationsbevölkerung sozial benachteiligt und gesundheitlich vulnerabel sind. Der starke Einfluss sozioökonomischer Determinanten auf die Gesundheit ist hinreichend belegt (vgl. etwa *Mackenbach und Bakker 2002 ; Marmot und Wilkinson 2001 ; Mielck 2000*), und auch hinsichtlich des Einflusses eines niedrigen sozioökonomischen Status auf Invalidisierung ist wissenschaftliche Evidenz vorhanden (vgl. Kapitel 3). Der **sozioprofessionellen Stellung eines Grossteils der Migrationsbevölkerung** – die nicht zuletzt auch mit der gesellschaftsstrukturierenden Funktion des Konzepts „Ethnizität/Nationalität“ zu tun hat – kommt in Zusammenhang mit gesundheitlicher Risikoexposition und erhöhter Invalidisierungswahrscheinlichkeit also unbestrittenerweise ein hoher Erklärungswert zu.

Weiter ergeben sich aus einem **Migrationshintergrund** eine Reihe von **Besonderheiten**, die unter bestimmten Bedingungen die Gesundheit von Migrant/inn/en negativ beeinflussen können und somit ebenfalls zum erhöhten Invalidisierungsrisiko beitragen – dazu kommt es v.a. dann, wenn sich

deren Effekt mit jenem der sozialen Benachteiligung kumuliert und gleichzeitig wichtige Ressourcen fehlen. Zu denken ist an:

- Spezifische sich auf die Gesundheit ungünstig auswirkende **Gegebenheiten im Herkunftsland** (z.B. Entbehrungen während der Kindheit oder Erlebnisse im Kontext von Verfolgung und Flucht)
- **Migration als kritisches Lebensereignis** (Entwertung praktischen Handlungswissens, soziale Entwurzelung, Rollenkonflikte, Statusverlust, Anpassungsleistungen, Konfrontiertsein mit Ausländerfeindlichkeit und Diskriminierungen usw.)
- Aufenthaltsrechtliche Unsicherheit (möglicher Verlust der Aufenthaltsberechtigung) als gesundheitlicher Stressor
- Sprachlich bedingte **Kommunikationsschwierigkeiten**
- Dynamisches, vom Herkunfts- wie auch vom Aufnahmekontext beeinflusstes **Gesundheitsverhalten**

Aus diesen migrationsspezifischen Besonderheiten können sich nicht nur **psychosoziale Belastungen**, sondern auch **Hindernisse beim Zugang zur Gesundheitsversorgung und Prävention** ergeben (vgl. etwa BAG 2007 ; MacKay et al. 2003 ; Weiss 2003).

Die gesichteten Studien, die sich meist nicht explizit mit den komplexen Zusammenhängen zwischen Migration und Gesundheit befassen, sondern Aspekte von Invalidisierungsprozessen im engeren Sinn untersuchen, verweisen in vielen Fällen ebenfalls auf die **gesundheitliche Vulnerabilität** von Migrant/inn/en als **Begründung für die höheren Invalidisierungsraten**. Diese Vulnerabilität wird in den Erklärungsversuchen hauptsächlich auf Besonderheiten der sozialen Lage bestimmter Migrant/inn/en Gruppen zurückgeführt, etwa auf den vergleichsweise niedrigeren sozioökonomischen Status, ein häufig tiefes Bildungsniveau und z.T. mangelnde Kenntnisse der Ortssprache, Übervertretung in bestimmten, besonders risikobehafteten beruflichen Tätigkeiten sowie auf den u.U. schlechteren Zugang zur Gesundheitsversorgung sowie (betrieblicher) Gesundheitsförderung (vgl. Kapitel 3).

Dass die mehrdimensionalen Folgen sozialer Benachteiligung auch im Schweizer Migrationskontext nahezu durchwegs und in Bezug auf beide Geschlechter einen starken negativen Einfluss auf die Gesundheit haben, konnte nicht zuletzt eine vertiefte Analyse der im Rahmen des ersten Gesundheitsmonitorings der schweizerischen Migrationsbevölkerung (GMM) erhobenen Daten nachweisen (Gabadinho et al. 2007). Aufgrund der erwähnten Zusammenhänge (vgl. oben) **gesundheitlich vulnerabel erscheinen hierzu-lande Migrant/inn/en** im Erwerbsalter, die im Verlauf der vergangenen ca. 20 Jahre im Rahmen der Arbeitsmigration oder als Asylsuchende **aus Südosteuropa** (v.a. aus dem Gebiet des **ehemaligen Jugoslawien** und der **Tür-**

kei), aus **Portugal** sowie aus **Afrika, Asien** und **Lateinamerika** zugewandert sind. Die in den IV-Daten nach Nationalität beobachteten Auffälligkeiten erscheinen konsistent zu diesem Befund.

B. Erhöhte Risikoexposition im Zusammenhang mit im Schweizer Migrationskontext „typischen“ beruflichen Werdegängen

Ein wichtiges Erklärungselement betrifft den Einfluss der Arbeitsbedingungen und der beruflichen Stellung auf das Invalidisierungsrisiko. Die gesichtete Literatur liefert einige Hinweise auf die **ungünstigen gesundheitlichen Folgen körperlich belastender Arbeit** bereits **ab frühem Lebensalter** sowie **physisch anspruchsvoller Arbeit im mittleren Lebensalter** bei gleichzeitig **geringeren Aufstiegsmöglichkeiten** (in körperlich weniger belastende Positionen). Auch eine **geringe Bildungsqualifikation** und **niedrige hierarchische Stellung im Beruf** sowie **ungünstige berufliche Perspektiven** werden zu den eine Invalidisierung klar begünstigenden Faktoren gerechnet. Für die Schweiz wurde festgestellt, dass die unfallbedingte Invalidisierungswahrscheinlichkeit in der Baubranche und im Gastgewerbe am höchsten ist (vgl. Kapitel 3).

Diesem Punkt kommt gerade mit Blick auf die oben für den Schweizer Kontext identifizierte „Risikogruppe“ wesentliche Bedeutung zu, denn gerade in den beiden genannten risikobehafteten Erwerbszweigen sind Migrant/inn/en der ersten Zuwanderungsgeneration übervertreten. Ein Blick auf die Auswertungen der SAKE-Daten 2005 des BFS zeigt, dass **Erwerbstätige aus Süd- und Südosteuropa** zu einem bedeutenden Anteil **handwerkliche Berufe** ausüben und in Berufen in **Industrie und Gewerbe** sowie in **Bauberufen** überdurchschnittlich vertreten sind. Insgesamt betrug der Ausländer/innen-Anteil in Bauberufen 34%. In der Berufskategorie **„Gastgewerbe und persönliche Dienstleistungen“** war mit 39% der **höchste Anteil an ausländischen Erwerbstätigen** zu verzeichnen, wobei der Grossteil (67%) aus Süd- und Südosteuropa stammt. Was die berufliche Stellung anbelangt, so beträgt der Anteil ausländischer Erwerbstätiger ohne Vorgesetztenfunktion 58% im Vergleich zu 47% bei den erwerbstätigen Schweizer/inne/n (BFS 2006).

In diesem Zusammenhang drängt sich ein Hinweis auf ein Phänomen auf, das im Fachjargon als **„soziale Unterschichtung“** bezeichnet wird, nämlich die Tatsache, dass Migrant/inn/en – oder bestimmte Migrant/inn/en Gruppen – primär jene beruflichen Tätigkeiten übernehmen, die einheimische Erwerbstätige wegen unangenehmer oder riskanter Arbeitsbedingungen meiden. Dies ermöglicht(e) Schweizer/inne/n eine verstärkte berufliche Mobilität hin zu qualifizierten Berufen oder Positionen (beispielsweise Bürotätigkeiten), während die Zugewanderten – zumindest jene der ersten Generation – über weniger Aufstiegsmöglichkeiten verfüg(t)en und teilweise bis ins höhere Erwerbsalter physisch anstrengende Arbeit verrichten (vgl. auch unten: C).

Die beruflichen Tätigkeiten, die ein grosser Teil der Migrant/inn/en aus dem Gebiet des ehemaligen Jugoslawien und der Türkei sowie aus Portugal ausüben, bergen einerseits ein **überdurchschnittliches Berufsunfallrisiko**; andererseits wirken sie sich – da sie häufig physisch belastende Arbeit bedeuten und nicht selten mit Bedingungen wie unregelmässigen bzw. atypischen Arbeitszeiten einhergehen – langfristig tendenziell ungünstig auf die körperliche und/oder psychische Gesundheit der Betroffenen aus, was dazu führt, dass bei Migrant/inn/en gewisse **funktionale Störungen überdurchschnittlich häufig bereits im Erwerbstätigenalter auftreten** und (teilweiser) Invalidität Vorschub leisten. In diesem Zusammenhang ist auch nicht zu vergessen, dass derzeit eine stetig wachsende Anzahl Portugies/inn/en, Türk/inn/en oder Staatsangehörige eines jugoslawischen Nachfolgestaates in ein mit grösserem Invalidisierungsrisiko behaftetes Alter kommen, und dass die vor 20 Jahren bei italienischen und spanischen „Gastarbeitern“ beobachteten Gesundheitsstörungen bzw. Krankheitsverläufe heute vornehmlich Menschen aus Portugal, der Türkei und dem ehemaligen Jugoslawien betreffen dürften, da bei ihnen der Anteil Zugewanderter der 1. Generation höher ist. Eine soziale Unterschichtung (vgl. oben) durch Migrant/inn/en ebendieser Herkunft lässt sich auch aus Daten zu deren Durchschnittseinkommen ablesen (vgl. unten: C, Tab. 1).

C. Spezifische Position auf dem Arbeitsmarkt senkt Chancen einer erfolgreichen beruflichen Wiedereingliederung

Die unter Punkt A) erläuterten Aspekte der sozialen Situation im Migrationskontext – welche auch durch die gegebenen strukturellen Rahmenbedingungen in der Aufnahmegesellschaft mitbedingt ist – führen zu einer vergleichsweise schlechteren Position der betroffenen Gruppen auf dem Arbeitsmarkt. Von Bedeutung scheinen in diesem Zusammenhang insbesondere **fehlende Bildungs- und (anerkannte) berufliche Qualifikationen** sowie **ungenügende Kompetenzen in der Orts- bzw. einer Landessprache**, welche Betroffene nicht nur in Bezug auf das Risiko eines Stellenverlusts in wirtschaftlichen Krisenzeiten vulnerabel machen, sondern auch einer erfolgreichen Reintegration in den Arbeitsmarkt oftmals im Wege stehen.

Mit Blick auf die unter A) und B) umrissenen „Risikogruppen“, die in jüngster Zeit aus Südosteuropa und Portugal zugewandert sind, ist anzumerken, dass gerade sie von bestimmten Entwicklungen während der 1990er Jahre – wirtschaftliche Krise und Restrukturierungen mit Auswirkungen insbesondere auf den Industriesektor, Veränderungen in der Migrationspolitik, insbe-

sondere der Arbeitsmarktzulassung – besonders betroffen waren.²² Tab. 1 veranschaulicht die Situation dieser Herkunftsgruppen auf dem Arbeitsmarkt anhand einiger aktueller Daten.

Tab. 1: Erwerbseinkommen und Bildungsstand nach Staatsangehörigkeit

	Südost-europa ¹	Portugal	Ausland total	Schweiz
Mittleres Erwerbseinkommen (Median, in CHF/Jahr) ²	55'000	55'800	64'000	74'300
Bildungsstand: Anteil nur obligatorische Grundschule (%)	52.2	68.1	36.8	18.2
Erwerbslosenquote (%)	12.0	6.9	8.4	2.8

¹ Albanien, Bosnien-Herzegowina, Bulgarien, Kroatien, Mazedonien, Montenegro, Rumänien, Serbien, Türkei; ² bei 100%er Erwerbstätigkeit. Datenquelle: SAKE 2006

Dass gerade diese Migrant/inn/en auch besonders häufig unter gewissen **Gesundheitsstörungen** leiden, deren **Entwicklung gerade unter schwierigen sozialen und psychisch belastenden Umständen (im Migrationskontext) begünstigt** wird,²³ (wie psychosomatische Störungen mit Chronifizierungspotential), erscheint konsistent. Hinzu kommt, dass sich im Falle dieser Art Gesundheitsstörungen die **berufliche Reintegration** allgemein als **äusserst schwierig** erweist und von der Ärzteschaft entsprechend pessimistisch eingeschätzt wird.

Die in der IV-Statistik beobachteten nationalitätsspezifischen Auffälligkeiten ergeben unter Berücksichtigung dieser Aspekte wiederum mehr Sinn.

D. Invalidisierende Aspekte der Interaktion zwischen Migrant/inn/en und Akteuren des Gesundheits- und IV-Systems

Die gesichtete Literatur liefert deutliche Hinweise darauf, dass die Interaktion zwischen Migrant/inn/en und Akteuren des Gesundheits- und IV-Systems auf verschiedenen Ebenen nicht immer optimal verläuft, und es gibt Grund zur

²² Der negative Effekt von Arbeitslosigkeit auf die Gesundheit ist wissenschaftlich gut belegt. Herzer (2000: 2669) macht darauf aufmerksam, dass bereits drohende Arbeitslosigkeit invalidisierend wirken kann: „Der vor einer, z.B. wirtschaftlich begründeten, Arbeitslosigkeit stehende Arbeitnehmer wird zunächst krank und dann invalide, ohne Arbeitslosengeld zu beziehen, indem ein langjährig kompensiertes Leiden (z.B. eine Rückenproblematik) in der kritischen Zeit vor der Entlassung eine krankmachende Bedeutung erlangt und dekompensiert.“

²³ Im Falle der Menschen aus dem Gebiet des ehemaligen Jugoslawien sind die Auswirkungen der Kriege in ihrer Herkunftsregion zu berücksichtigen.

Vermutung, dass die Invalidisierung von Migrant/inn/en dadurch ebenfalls beeinflusst wird.

Eine erste ungünstige Voraussetzung für den Verlauf der Interaktion zwischen behandelnden und begutachtenden Ärztinnen und Ärzten und Patient/inn/en mit Migrationshintergrund ist darin zu sehen, dass diese Interaktion sich häufig im Zusammenhang mit bestimmten Gesundheitsstörungen, namentlich **somatoformen Schmerzstörungen** (insbesondere chronischen Rückenschmerzen) sowie anderen **psychosomatische Störungen**, abspielt – **im Kontext von Erkrankungen** also, die in jüngster Zeit zwar allgemein häufiger zu Invalidisierung führen, **deren Entwicklung** aber u.U. **im Migrationskontext begünstigt** werden kann, und **deren Behandlung und Begutachtung** für die Ärzteschaft im Vergleich zu anderen Störungen eine ungleich grössere **Herausforderung** darstellt.

Eine zweite ungünstige Voraussetzung ergibt sich daraus, dass die Interaktionspartner von **unterschiedlichen soziokulturellen Referenzsystemen** ausgehen, die ihnen gegenseitig unbekannt oder zumindest unvertraut sind. Das anspruchsvolle und zeitaufwändige Suchen nach dem Zugang zum Bezugssystem des Gegentübers wird durch **sprachliche Kommunikationsschwierigkeiten** oft noch zusätzlich erschwert.

Ein weiterer, erschwerender Faktor besteht in der Tatsache, dass **ärztliche Fehldiagnosen und inadäquate Behandlung** sowie eine **von Vorurteilen und Misstrauen geprägte Arzt-Patient – Beziehung** (beides wird durch die oben angesprochene anspruchsvollere Interaktionssituation tendenziell begünstigt) **zusätzlich invalidisierende Wirkung** hat, genauso wie (ebenfalls durch die erwähnten Gegebenheiten tendenziell begünstigt) **oft zu spät einsetzende** und dann **lange andauernde Behandlungs- und Rehabilitationsversuche**. In diesem Zusammenhang ist allerdings auch nicht auszuschliessen und darum zu beachten, dass Ärzte und Ärztinnen Patient/inn/en mit Migrationshintergrund unter den Bedingungen einer erschwerten Interaktionssituation u.U. zu rasch „aufgeben“ bzw. ihre Erwerbssituation unter Berücksichtigung bestehender gesundheitlicher Beeinträchtigung nicht adäquat einzuschätzen vermögen.

Abgesehen von den beschriebenen Schwierigkeiten dürften sich **aus der je spezifischen Lebenssituation und -perspektive** eines Versicherten **Anreize** ergeben, welche sein Verhalten gegenüber dem IV-System beeinflussen. Die vergleichsweise schlechtere sozioökonomische Lage eines Grossteils der Migrationsbevölkerung legt nahe, dass für viele Migrant/inn/en potentiell **finanzielle Anreize** bestehen, eine IV-Rente zu beantragen. Es ist zudem vorstellbar, dass eine in einer prekären finanziellen Situation und angesichts drohender Arbeitslosigkeit auftretende Gesundheitsstörung existentielle

Ängste auslöst, die Betroffene zu einem (voreiligen) IV-Rentantrag bewegen können.

In der Literatur leider nur gestreift wird die Frage ausländerrechtlicher Determinanten, wobei in der Regel der mögliche Entzug einer Aufenthaltsberechtigung als Stressor mit verstärkender Wirkung der Invalidisierung bezeichnet wird (vgl. etwa Herzer 2000 ; Moeri 1992 ; Weiss 2003). Moeri (1992) bezeichnet „rechtliche Inkohärenzen“ und „die Ungewissheit um die fremdenpolizeiliche Aufenthaltsbewilligung nach abgeschlossener Rehabilitation“ als Hindernis im Heilungsprozess. Darüber, ob die anerkannte Invalidität für Migrant/inn/en, deren „Aufenthaltslegitimation“ als Erwerbstätige wegfällt, auch symbolisch oder rechtlich grössere Vorteile birgt und möglicherweise als weniger stigmatisierend erlebt wird als bei „Einheimischen“, kann nur spekuliert werden, da keine aktuellen Untersuchungen zu dieser Frage existieren. In diesem Zusammenhang wäre es lohnenswert, die entsprechenden Anreize unter Berücksichtigung der realen Berentungsmöglichkeiten für verschiedene Aufenthaltstypen zu prüfen.

Auf überproportionale „missbräuchliche“ Rentenbeantragung durch Migrant/inn/en liegen aus der Fachliteratur soweit keine konkreten Hinweise vor; auch diese Frage wurde allerdings bisher kaum beforscht (vgl. aber Kapitel 5.3, Forschungsbedarf).

Schliesslich ist auch nicht auszuschliessen, dass von Seiten von Migrant/inn/en **Erwartungen an das schweizerische IV-System** gerichtet werden, welche **von Gegebenheiten im Herkunftsland** (bzw. von den Vorstellungen, die der/die Migrant/in davon hat) **beeinflusst** sind. Um näheren Aufschluss darüber zu erhalten, müsste für interessierende Gruppen der jeweilige Kontext im Herkunftsland analysiert und mit den (statistischen) Charakteristiken dieser Gruppen in der Schweiz verglichen bzw. deren Einstellungen/Erwartungen erhoben werden. Dieser Aspekt wurde bisher noch nicht gezielt untersucht (vgl. auch Kapitel 5.4, Forschungsbedarf).

Ebenfalls beachtenswert scheint der Umstand, dass heute **Angehörige von EU/EFTA-Staaten** sowie der **Türkei** und der **jugoslawischen Nachfolgestaaten** im Vergleich zu Angehörigen anderer Staaten (etwa Sri Lanka, afrikanische und lateinamerikanische Staaten) **vorteilhaftere Zugangsbedingungen zur IV** vorfinden. Dies gilt insbesondere hinsichtlich der Möglichkeit, IV-Renten im Herkunftsland zu beziehen, was für Staatsangehörige anderer („neuer“) Einwanderungsgruppen (aus Asien, Afrika und Lateinamerika) ausgeschlossen ist; bei einer Ausreise oder Rückkehr verlieren sie den Rentenanspruch. Auch werden im Rahmen des mit der Türkei im Jahre 1969 abgeschlossenen Sozialversicherungsabkommens „bei der Ermittlung der Beitragsdauer, die als Bemessungsgrundlage für die ordentliche schweizerische Invalidenrente eines türkischen oder schweizerischen Staatsangehörigen

dient, [...] die nach den türkischen Rechtsvorschriften zurückgelegten Beitragszeiten wie schweizerische Beitragszeiten berücksichtigt, soweit sie sich nicht mit solchen überschneiden“.²⁴ Inwiefern dies für türkische Zugewanderte mit Blick auf die Beantragung einer IV-Rente einen Anreiz darstellt, ist nicht bekannt – der Frage könnte aber durchaus Relevanz zukommen (vgl. Kapitel 5.3, Forschungsbedarf).

5.2 Fazit

Die oben unter vier Punkten diskutierten, in der wissenschaftlichen Literatur dokumentierten Phänomene liefern eine Reihe von Erklärungselementen, die in ihrer Gesamtheit einen Versuch zur Erklärung der in statistischen Daten beobachteten Invalidisierungsunterschiede zwischen Mehrheitsbevölkerung und Migrationspopulationen bilden.

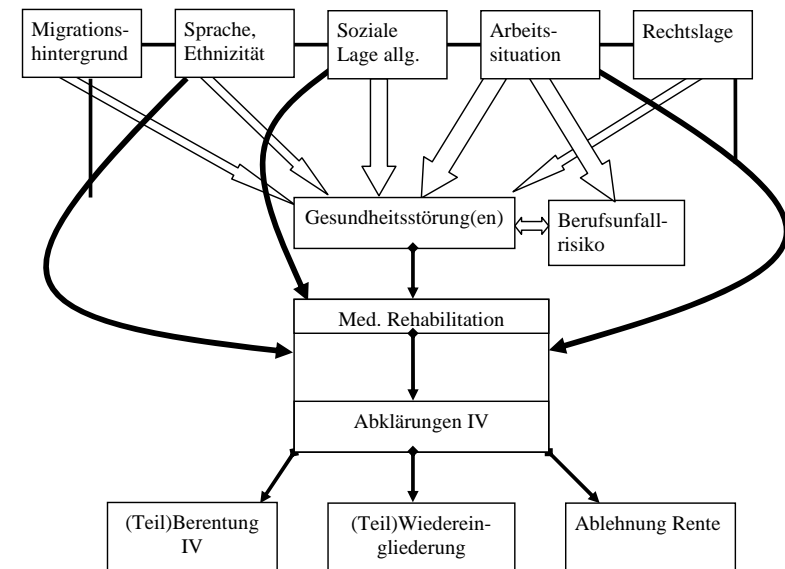
Abb. 1 soll den Einfluss wichtiger Faktoren in verschiedenen Phasen des Invalidisierungsprozesses im Migrationskontext noch einmal veranschaulichen.

Im Fall einzelner Herkunftsgruppen, insbesondere der im Verlauf der vergangenen ca. 20 Jahre aus Südosteuropa, der Türkei und Portugal zugewanderten Menschen, dürften viele der beschriebenen Phänomene sich zum Teil wechselseitig bedingen, zusammenspielen und sich in ihrer Wirkung kumulieren. Die statistischen Auffälligkeiten dieser Gruppen sollten im Lichte solcher Überlegungen gesehen werden. Vieles deutet darauf hin, dass die zurzeit hohen Invalidisierungsquoten in diesen Bevölkerungsgruppen zu einem wesentlichen Teil durch Unterschichtungsphänomene in der Schweizer Einwanderungsgesellschaft mitbedingt sind.

Was das Problem der zunehmenden Invalidisierung der gesamten Gesellschaft angeht, finden sich, mit Herzer (2000) gesprochen, auf den verschiedensten Ebenen zahlreiche mögliche Erklärungsansätze; eine Reduktion der Problematik auf eine „Ausländerfrage“ greift mit Sicherheit zu kurz. Wie diese Literaturstudie zeigt, wird die „Nationalität“ oft unhinterfragt als Differenzierungsmerkmal verwendet (Ausdruck eines methodologischen Nationalismus, vgl. etwa (Wimmer und Glick Schiller 2002) und ihr ein ursächlicher Einfluss unterstellt, während sie tatsächlich mit zahlreichen anderen beeinflussenden Faktoren einhergeht und als Störvariable („confounding variable“) wirkt.

²⁴ Abkommen zwischen der Schweiz und der Republik Türkei über soziale Sicherheit, abgeschlossen in Ankara am 1. Mai 1969; vgl. http://www.admin.ch/ch/d/sr/0_831_109_763_1/index.html

Abb. 1: Determinanten der Invalidisierung im Migrationskontext



Deshalb dürften Massnahmen, die etwa in Zusammenhang mit der Bekämpfung sozial bedingter gesundheitlicher Ungleichheiten allgemein oder zur Vermeidung von Invalidisierungsphänomenen durch falsche Systemanreize (vgl. etwa die Empfehlungen in OECD 2006: 161-165) getroffen werden, bei Migrant/inn/en ebenso oder gar in noch stärkerem Masse greifen wie bei der Allgemeinbevölkerung. Als spezifische Massnahme drängt sich zusätzlich insbesondere eine transkulturelle Sensibilisierung des Gesundheits- und Versicherungssystems auf, auf das im folgenden Kapitel nur stichwortartig eingegangen werden soll.

5.3 Handlungsansätze für Politik und Praxis

Welche Handlungsansätze erscheinen im Lichte der gesichteten Literatur vielversprechend? Sinnvoll erscheinen Ansätze auf zwei Ebenen:

a) Sozial- und Gesundheitspolitik

Hier sollte es darum gehen, in einem **multisektoralen Vorgehen** die individuellen Ressourcen von Migrant/inn/en zu stärken.

Stichworte sind:

- Wirksame **Strategien der Armutsbekämpfung** und der **beruflichen und sozialen Integration**

- Hinwirken auf eine **adäquate Gesundheitsversorgung und –förderung im Kontext gesellschaftlicher Vielfalt**, d.h. auf ein Gesundheitssystem, das den Bedürfnissen einer vielfältigen Gesellschaft und damit den Bedürfnissen der einzelnen Menschen mit je unterschiedlichen soziokulturellen Hintergründen gerecht wird.²⁵

b) IV-System

Hier sollte das Ziel sein, zusätzlich invalidisierende Faktoren und Interaktionszusammenhänge bei der Behandlung und Rehabilitation von erkrankten Migrant/inn/en wie auch im IV-Verfahren möglichst zu vermeiden.

Stichworte sind:

- **Prävention/Früherkennung** von invalidisierungsgefährdeten Arbeitnehmer/inne/n mit Migrationshintergrund, **Case Management** (Verbesserung der Zusammenarbeit zwischen Betrieben, Arbeitsmediziner/inne/n und den verschiedenen Versicherungen)
- **Beschleunigung des IV-Abklärungsverfahrens**
- Bemühungen um **qualitative Verbesserung der Interaktion zwischen Versicherten mit Migrationshintergrund und den anderen ins IV-Verfahren involvierten Akteuren** mittels entsprechender Ausbildung der Berufs-/Fachleute (Hausärzt/innen, Begutachtende, Mitarbeitende der IV-Stellen): Information über und Sensibilisierung für Lebenslagen im Migrationskontext, Zusammenarbeit mit professionellen Dolmetscherdiensten und Mediator/inn/en bzw. Fachpersonen mit Migrationshintergrund, Informationsdokumente in Migrationssprachen, etc. Dauerhafte Erfolge solcher Massnahmen können erst durch eine **nachhaltige institutionelle Öffnung des Versicherungs- und Gesundheitssystems** gewährleistet werden. Entsprechende Vorstösse bezüglich des Gesundheitssystems werden etwa auch in der Bundesstrategie „Migration und Gesundheit“ verfolgt.²⁵

5.4 Forschungsbedarf

Zum Schluss sollen einige Empfehlungen für weitergehende Forschung im Zusammenhang mit Migration und Invalidenversicherung vorgebracht und kurz auf im Hinblick auf Migrationsforschung bestehende Herausforderungen bei der Datenerhebung eingegangen werden.

²⁵ Vgl. auch Massnahmen im Rahmen der *Bundesstrategie Migration & Gesundheit 2008-2013* (BAG 2007), Dokument abrufbar unter: <http://www.bag.admin.ch/themen/gesundheitspolitik/00394/00395/index.html?lang=de>

a) Statistische Analysen und Forschung

Nur wenn der **relative** Einfluss der beruflichen und sozialen Situation und jener des Migrationshintergrunds – differenziert nach Zuwanderungsgeneration – einigermaßen „auseinanderdividiert“ werden kann, ist eine adäquate Problemeinschätzung überhaupt möglich. Deshalb sollte im Rahmen **multi-variater statistischer Datenanalysen** wenn immer möglich **systematisch der Einfluss des sozioökonomischen bzw. sozioprofessionellen Status** (Einkommen, berufliche Tätigkeit und Stellung im Beruf, Bildungsniveau) und eventuell auch die Einflussvariable „Kompetenzen in der Orts- bzw. einer Landessprache“ **kontrolliert werden**, wie dies heute bezüglich der Variablen Alter und Geschlecht üblich ist.²⁶ Ausserdem sollte mit möglichst aussagekräftigen Samples gearbeitet werden können. Ergebnisse aus solchen Analysen stellen eine **Grundvoraussetzung für fundierte Aussagen** über im aktuellen Kontext politisch relevante Fragen dar.

Ein solches zurzeit besonders interessierendes Thema ist jenes der **ungerechtfertigten IV-Leistungen**. Darum hierzu kurz einige Überlegungen vor dem Hintergrund der Ergebnisse dieser Literaturstudie: Die im Rahmen des FoP-IV von econcept durchgeführte Studie zu „Ungerechtfertigten Leistungen in der IV“ liefert eine mögliche Terminologie und Typologie ungerechtfertigter Leistungen und weist auf Risikobereiche hin. Während in der von uns gesichteten Literatur keine Hinweise auf eine höhere Wahrscheinlichkeit der „unrechtmässigen Inanspruchnahme der IV“ bei Migrant/inn/en gefunden wurden, gibt sie doch **Anlass zur Vermutung, dass sich einzelne der unter dem Begriff „nicht zielkonforme Leistungsausrichtung“ subsummierten Einflussfaktoren in der Interaktion zwischen IV-System und Migrant/inn/en verstärkt auswirken** könnten. Seitens bestimmter Versicherter mit Migrationshintergrund dürfte aus Gründen, die in Kapitel 5.1 erläutert wurden, ein höheres Risiko bezüglich ungünstig verlaufender sozialer Integrationsprozesse sowie bezüglich Demotivation und Resignation bestehen. Seitens der behandelnden Ärzteschaft und der begutachtenden IV-Akteure ist vorstellbar, dass (ebenfalls aus in Kapitel 5.1 dargelegten Gründen) eine grössere Tendenz in Richtung „falscher“ Einschätzung der Arbeits-/Erwerbsunfähigkeit (bzw. Zumutbarkeit) bei Patient/inn/en mit Migrationshintergrund besteht. Auch die Wirkung bestimmter systembedingter negativer Einflussfaktoren, wie etwa langer Abklärungsfristen, könnte durch den Migrationskontext u.U. verstärkt werden. Zudem weisen die Forschenden

²⁶ Vorstösse zur Gesundheitsförderung in der Bevölkerung setzen erwiesenermassen mit Vorteil bei der Verringerung sozial bedingter gesundheitlicher Ungleichheiten an, was ebenfalls eine adäquate und international vergleichbare Erfassung der sozio-ökonomischen Determinanten voraus setzt (vgl. <http://mgzlx4.erasmusmc.nl/eurothine/>).

von econcept darauf hin, dass Ausländer/innen in der Gruppe derjenigen Personen, die aufgrund von „nicht oder nur beschränkt objektivierbaren Gesundheitsbeeinträchtigungen“ berentet wurden, übervertreten sind; gleichzeitig dürften Personen mit Migrationshintergrund auch in den von den Studienautor/inn/en identifizierten Risikogruppen in der Gesamtbevölkerung („50+ mit niedrigem Bildungsstand“, „Missglückter Berufseinstieg“, „Überlastung“) übervertreten sein. Der genaue Sachverhalt wäre vertieft abzuklären. Der im Rahmen der Studie zu „Code 646“²⁷ von Baer/Frick verfolgte Ansatz, Typologien von Personen und Problemlagen zu identifizieren, die zu einer Einteilung in die Kategorie 646 geführt haben, wie auch innerhalb der Kategorie nach den einzelnen Störungen zu differenzieren, verspricht auch im Hinblick auf migrationsgeprägte Lebenslagen und migrationsspezifische Gesundheitsstörungen aufschlussreiche Erkenntnisse; Variablen eines Migrationshintergrundes sollten daher im Rahmen dieser Studie unbedingt Beachtung geschenkt werden.

Weiter drängen sich in diesem Zusammenhang auch Forschungen in folgenden Themenfeldern auf:

- Es wäre der Frage vertieft nachzugehen, **warum und wie Migrant/inn/en bestimmte, häufig invalidisierende Gesundheitsstörungen (etwa somatoforme Schmerzstörungen) entwickeln und wie/warum es zu einer raschen Chronifizierung kommt** – haben Faktoren eines Migrationshintergrundes relevanten Einfluss? Wenn ja, welche und wie wirken sie sich aus? Im Rahmen einer solchen Studie sollten etwa auch die **Lebensgeschichten, Migrationsgründe und –verläufe** von invalidisierten Migrant/inn/en zurückverfolgt und deren Einfluss im Invalidisierungsprozess erforscht werden. Vorstellbar wäre eine vergleichende Untersuchungsanlage, in deren Rahmen der Invalidisierungsprozess je einer Gruppe invalidisierter Migrant/inn/en der 1. und 2. Zugewandertengeneration und einer schweizerischen „Kontrollgruppe“, alle in vergleichbarer sozioökonomischer und sozioprofessioneller Situation, anhand von Dossieranalysen oder Befragungen verglichen würden.
- Mit Bezug auf bestimmte statistisch auffällige Migrant/inn/en Gruppen müsste mehr über deren Gesundheitsverständnis und Beziehungen zum Gesundheitssystem in Erfahrung

²⁷ Die relativ unscharf definierte Kategorie 646 umfasst ein breites Spektrum psychischer Störungen, neben neurotischen und milieureaktiven auch Borderline- und somatoforme Störungen. Die Berentungen aufgrund solcher Diagnosen sind in den letzten 20 Jahren fünfmal so stark angestiegen wie die Berentungen aufgrund aller anderen Diagnosen zusammengenommen (vgl. Baer und Frick 2007).

gebracht werden. In diesem Zusammenhang wären auch internationale Vergleiche und solche zwischen der „sesshaften“ Bevölkerung (etwa der Bevölkerung der Türkei oder der Nachfolgestaaten Jugoslawiens) und den Migrant/inn/en (die eventuell aus bestimmten Gruppen oder Regionen stammen) interessant, mit Bezug auf den Gesundheitszustand und das Gesundheitsverständnis. Da die Literaturrecherchen im Rahmen der vorliegenden Studie keine Antworten auf derartige Fragestellungen hervorgebracht haben, wären ev. auch **Forschungen in diesen Herkunftsländern**, ins Auge zu fassen, um Vergleiche zu ermöglichen.

- Was **spezifische Anreize (finanzielle, aufenthaltsrechtlich bedingte)** zur Beantragung einer IV-Rente im Migrationskontext angeht, wären vergleichende Forschungen über die Wahrnehmung und subjektive Bedeutung des IV-Rentenbezugs aufschlussreich. Auch ganz generell müsste es darum gehen, **Handlungsbedingungen und –muster der verschiedenen Akteure im Invalidisierungsprozess offenzulegen**, um migrations- und statusspezifische Faktoren zu identifizieren, die zum Entstehen bestimmter Diagnosen und statistischer Phänomene beitragen. Dies könnte entweder mittels retrospektiver Befragung von System-Akteuren kombiniert mit Dossieranalysen oder durch eine Begleitung verschiedener Systemakteure sowie invalidisierter bzw. invalidisierungsgefährdeter Migrant/inn/en während des Verfahrens (Befragung, ev. teilnehmende Beobachtung) geschehen, jeweils unter Beizug einer „Kontrollgruppe“ von invalidisierten Schweizer/inne/n in vergleichbarer sozioökonomischer und sozioprofessioneller Situation.
- Mehr in Erfahrung zu bringen wäre auch über die Wirkung systemimmanenter Faktoren und systembedingter Anreize im Migrationskontext. In diesem Zusammenhang müsste etwa auf den **Einfluss der transnationalen Versicherungsregimes** geachtet und der Frage nachgegangen werden, wie grosse Bedeutung unter einer Anreize-Perspektive der Tatsache zukommt, dass heute Angehörige von EU/EFTA-Staaten sowie der Türkei und der jugoslawischen Nachfolgestaaten im Vergleich zu Angehörigen anderer Staaten (etwa Sri Lanka, afrikanische und lateinamerikanische Staaten) vorteilhaftere Zugangsbedingungen zur IV vorfinden.

b) Datenerhebung

- Im Hinblick auf die oben empfohlenen multivariaten statistischen Analysen mit systematischer Kontrolle von **Variablen des sozioökonomischen und sozioprofessionellen Status** müsste dafür gesorgt werden,

dass die nötigen Variablen im Hinblick auf vergleichende Analysen auch möglichst einheitlich definiert und systematisch erhoben werden.

- Im Hinblick auf die Rückverfolgung von Migrationsverläufen muss eine **Verknüpfung der ZAR und AUPER-Daten** auf die resultierende Datenqualität hin geprüft werden. In Zukunft sollte das neue Informationssystem ZEMIS derartige Analysen ermöglichen.
- Mit Blick auf die Ermöglichung/Erleichterung (vergleichender) Dossieranalysen ist die **Qualität der Verfahrensdokumentation im Hinblick auf migrationsspezifische Fragestellungen** zentral. Die Machbarkeitsstudie von Baer/Frick (2007) hat gezeigt, dass die Qualität der Dossiers eine sinnvolle und valide Auswertung im Rahmen der von ihnen konzipierten Hauptstudie erlaubt. Allerdings zeigte sich dabei, dass gerade bezüglich der im Zusammenhang mit Migration relevanten Themen soziale Integration, materielle Situation und Arbeitseinstellung der Versicherten ein geringerer Anteil Dossiers (80%) die nötige Auswertungsqualität erreicht. Es wäre zudem zu prüfen, inwiefern die von Baer/Frick differenzierten Merkmale der Person, des beruflichen und sozialen Umfeldes Spezifitäten eines Migrationskontextes zu erfassen vermögen.

Empfehlenswert ist schliesslich eine vorgängige Absprache zwischen – direkt oder indirekt involvierten bzw. interessierten – Akteuren (BSV, BAG, Obsan, eventuell SRK usw.) bei der Bestimmung von Prioritäten hinsichtlich zukünftiger Forschungsaktivitäten und Monitorings.

Literatur

- Aarts, Leo et al. (2000). *Determinanten der Inanspruchnahme einer Invalidenrente : eine Literaturstudie / Leo Aarts, Philipp de Jong, Christopher Prinz ; übers. aus dem Engl.* Bern: Bundesamt für Sozialversicherung : Vertrieb: BBL/EDMZ.
- Allebeck, P. und A. Mastekaasa (2004). "Chapter 5. Risk factors for sick leave—general studies." *Scandinavian Journal of Public Health*, 32: 49-108.
- Arpin, Jacques (1992). "Sinistrosen: kultureller Ansatz zum Verständnis der Chronizität und ihrer wirtschaftlichen Aspekte." *Therapeutische Umschau*, 49(9): 609-615.
- Bachmann, Ruth et al. (1999). *Die ärztliche Beurteilung und ihre Bedeutung im Entscheidungsverfahren über einen Rentenanspruch in der Eidg. Invalidenversicherung / Projektteam Interface: R. Bachmann, C. Furrer.* Bern: Bundesamt für Sozialversicherung : Vertrieb: EDMZ.
- Baer, N. und U. Frick (2007). "Machbarkeitsstudie Invalidisierungen aus psychischen Gründen." *Zusammenfassung*.
- BAG (2007). *Strategie Migration und Gesundheit (Phase II: 2008-2013)*. Bern: Bundesamt für Gesundheit (BAG).
- Baumgartner, Edgar et al. (2004). *Die berufliche Integration von behinderten Personen in der Schweiz : Studie zur Beschäftigungssituation und zu Eingliederungsbemühungen (Projekt-Nr. C01_01) / Edgar Baumgartner, Stephanie Greiwe, Thomas Schwarb ; Untersuchung im Auftrag des Bundesamtes für Sozialversicherung (BSV).* Bern: Bundesamt für Sozialversicherung : Vertrieb: BBL/EDMZ.
- Beckman, A. et al. (2006). "The role country of birth plays in receiving disability pensions in relation to patterns of health care utilisation and socioeconomic differences: a multilevel analysis of Malmö, Sweden." *BMC Public Health*, 6: 71.
- Benjamin, A.E. "Ted" et al. (2000). *Disability and Access to Health & Support Services among California's Immigrant Population*. UCLA Center for Health Policy Research.
- BFS (2006). *Ausländerinnen und Ausländer in der Schweiz. Bericht 2006*. Neuchâtel: BFS.
- Birrell, R. et al. (2000). *Welfare Recipient Patterns Among Migrants*. Dept. of Immigration and Multicultural Affairs.

- Bratberg, E. (1999). "Disability retirement in a welfare state." *Scand J Economy*, 101(1): 97-114.
- Breitenmoser, Beatrice und Markus Buri (2004). "Ausländische Rentenbezüger/innen in der IV." *Soziale Sicherheit*, (1): 36-41.
- Castelli Schiesser, M. C (1992). *Berentung wegen chronischer Rückenschmerzen : ein Vergleich von Patienten aus Mitteleuropa mit Patienten aus Mittelmeerlandern*. Basel: [s.n.].
- Conne, R (2003). "Arbeitsfähigkeit und Invalidenversicherung." *Schweizerische Ärztezeitung*, 84(45): 2361-2363.
- Danuser, B. und A. Klipstein (2004). "Ist ein Dossier bei der IV, ist es meist bereits zu spät! Replik und Erweiterung der durch R. Conne angestossenen Diskussion über Arbeitsfähigkeit und Invalidenversicherung." *Schweizerische Ärztezeitung = Bulletin des médecins suisses*: 103-104.
- Di Natale, Daniela und Nathalie Jeannet (Hg.) (2000). *Les ressortissants étrangers et les prestations de l'assurance-invalidité : le traitement différencié des ressortissants espagnols, italiens et portugais dans l'assurance-invalidité suisse*. Lausanne: Ecole d'études sociales et pédagogiques.
- Dyakacz, Janice M. (1998). "Return of disabled-worker beneficiaries to the DI program: some insights from the new beneficiary followup." *Social Security Bulletin*, Summer 1998.
- Ebner, Gerhard (2000). "Traumatisierte Migranten in der Schweiz : eine sozialmedizinische Begutachtung." *Ars Medici*, 24: 1501-1505.
- Elders, L. A., A. Burdorf und F. G. Ory (2004). "Ethnic differences in disability risk between Dutch and Turkish scaffolders." *J Occup Health*, 46(5): 391-7.
- Erdoğan, Mehmet Sarper (2002). *Berufskrankheiten türkischer Arbeitnehmer in Deutschland : Inaugural-Dissertation*. Sankt Augustin: Hauptverb. der Gewerblichen Berufsgenossenschaften.
- Eugster, S. und M. Sabbioni (1996). "Differences in the course of psychogenic pain between native population and immigrant workers." *Psychosomatische und psychosoziale Medizin*, 58(96).
- Furrer, Cornelia et al. (2004). *Berufliche Eingliederung in der Eidg. Invalidenversicherung : Schlussbericht / Projektteam Interface: Cornelia Furrer, Oliver Bieri, Ruth Bachmann*. Bern: Bundesamt für Sozialversicherung : Vertrieb: BBL, Verkauf Bundespublikationen.
- Gabadinho, Alexis, Philippe Wanner und Janine Dahinden (2007). *La santé des populations migrantes en Suisse : une analyse des données du*

- GMM : (...)*. Neuchâtel: Swiss Forum for Migration and Population Studies.
- Gjesdahl, S. und E. Bratberg (2002). "The role of gender in long-term sickness absence and transition to permanent disability benefits - results from a multiregister based, prospective study in Norway 1990-1995." *European Journal of Public Health*, 12(3): 180-186.
- Gredig, Daniel et al. (2005). *Menschen mit Behinderungen in der Schweiz : die Lebenslagen der Bezügerinnen und Bezüger von Leistungen der Invalidenversicherung*. Nationales Forschungsprogramm 45, Probleme des Sozialstaats
- Programme national de recherche 45, "Problèmes de l'Etat social". Zürich etc.: Rüegger.
- Gubéran, Etienne und Massimo Usel (2000). *Mortalité prématurée et invalidité selon la profession et la classe sociale à Genève ; suivi de, Ecarts de mortalité entre classes sociales dans les pays développés*. Genève: Office cantonal de l'inspection et des relations du travail, OCIRT.
- Hackhausen, Winfried (1999). "Qualitätsmanagement in der sozialmedizinischen Begutachtung", in Collatz, Jürgen, Winfried Hackhausen und Ramazan Salman (Hg.), *Begutachtung im interkulturellen Feld : zur Lage der Migranten und zur Qualität ihrer sozialgerichtlichen und sozialmedizinischen Begutachtung in Deutschland*. Berlin: VWB, S. 57-86.
- Heberle, Britta (1989). "Ethnomedizinische und psychosoziale Aspekte zur Rentenbegutachtung bei Arbeitsmigranten." *Rehabilitation*, (4): 43-50.
- Hefti, Christoph und Stefan Siegrist (2004). *Invalidität nach Branchen und Tätigkeit*. Basel: B.S.S.
- Heinz, Christoph (1992). "Grundsätzliche Gedanken zur Rehabilitation von Fremdarbeitern." *Therapeutische Umschau*, 49(9): 597-599.
- Herzer, Heinz (2000). "Zunehmende Invalidisierung trotz medizinischem Fortschritt bei Schweizern und Ausländern." *Schweizerische Ärztezeitung*, 81(47): 2668-2672.
- Hewson, D., J. Halcrow und C. S. Brown (1987). "Compensable back pain and migrants." *Med J Aust*, 147(6): 280-4.
- Holmes, P., M. Lynch und I. Molho (1991). "An econometric analysis of the growth in the numbers claiming invalidity benefit - an overview." *J Soc Policy*, 20: 87-105.
- ISSA (2002). *Wer zur Arbeit zurückkehrt und warum*. Genf: ISSA.

- Keel, Peter (1992). "Prävalenz und Persistenz von Rückenschmerzen bei Fremdarbeitern : schicht- oder kulturbedingt ?" *Therapeutische Umschau*, 49(9): 616-622.
- Keel, Peter (2001). "Low back pain and foreign workers : does culture play an important role ?" in Yilmaz, A. Tarik, Mitchell G Weiss und Anita Riecher-Rössler (Hg.), *Cultural psychiatry : Euro-international perspectives*. Basel [etc.]: Karger, S. 117-125.
- Keel, Peter und Carlo Calanchini (1989). "Chronische Rückenschmerzen bei Gastarbeitern aus Mittelmeerländern im Vergleich zu Patienten aus Mitteleuropa : demographische und psychosoziale Aspekte." *Schweizerische medizinische Wochenschrift*, 119(1): 22-31.
- Kopp, H. G., J. Willi und A. Klipstein (1997). "Im Graubereich zwischen Körper und Psyche und sozialen Schwierigkeiten. Teil I: Neue Entwicklungen in der Diagnose und Therapie von somatoformen Störungen (am Beispiel von chronischen Schmerzpatienten)." *Schweiz Med Wochenschr*, 127(34): 1380-90.
- Kopp, Hans-Georg (1989). "Réalité subjective et mutation sociale chez les ouvriers étrangers d'origine italienne." *Rééducation*, (4): 31-42.
- Kopp, Hans-Georg (1996). "Psychosoziale Faktoren in der Chronifizierung von Rückenschmerzen bei Schweizern und italienischen Immigranten", in Keel, Peter et al. (Hg.), *Chronifizierung von Rückenschmerzen : Hintergründe, Auswege : Schlussbericht des Nationalen Forschungsprogramms Nr. 26B*. Basel: Eular, S. 114-121.
- Krause, N. et al. (1997). "Predictors of disability retirement." *Scand J Work, Environment and Health*, 23(6): 403-413.
- Krokstad, S., R. Johnsen und S. Westin (2002). "Social determinants of disability pension: a 10-year follow-up of 62 000 people in a Norwegian county population." *International Journal of Epidemiology*, 31: 1183-1191.
- Lindström, I., B. Areskoug und P. Allebeck (2002). "Do Immigrant Patients Differ From Native Swedish Patients With Back Pain When Entering Rehabilitation?" *Advances in Physiotherapy*, 4(2): 74-84.
- Löfvander, M. (1997). *Illness, disease, sickness: clinical factors, concepts of pain and sick leave patterns among immigrants in primary health care: effects of different therapeutic approaches*. Karolinska Institutet.
- MacKay, Laura et al. (2003). *Migration and health : a review of the international literature*. Glasgow: MRC Social and Public Health Sciences Unit.
- Mackenbach, Johan P und Martijntje Bakker (Hg.) (2002). *Reducing inequalities in health : a European perspective*. London [etc.]: Routledge.
- Mannson, NO. und J. Merlo (2001). "The relation between self-rated health, socioeconomic status, body mass index and disability pension among middle-aged men." *European Journal of Epidemiology*, 17(1): 65-69.
- Marmot, Michael und Richard Gerald Wilkinson (Hg.) (2001). *Social determinants of health*. Oxford [etc.]: Oxford University Press.
- Mielck, Andreas (2000). *Soziale Ungleichheit und Gesundheit : empirische Ergebnisse, Erklärungsansätze, Interventionsmöglichkeiten*. Bern [etc.]: Hans Huber.
- Moeri, Roland (1992). "Rehabilitation von Fremdarbeitern : Mythos und Realität." *Therapeutische Umschau*, 49(9): 628-634.
- Molinaro, Remo (1994). "Missbrauchen Ausländer die Unfallversicherung der Schweiz(er) ?" *Medizinische Mitteilungen*, (67): 12-17.
- OECD (Hg.) (2006). *Krankheit, Invalidität und Arbeit : Hemmnisse abbauen*. Bern: Bundesamt für Sozialversicherung.
- Osterberg, T. und B. Gustafsson (2006). "Disability pension among immigrants in Sweden." *Soc Sci Med*, 63(3): 805-16.
- Prins, Rienk (2004). "Disability assessment in migrants and ethnic minorities: A cross-national exploration of problems and solutions." *INTERNATIONAL SOCIAL SECURITY ASSOCIATION European regional meeting Migrants and social protection Oslo, 21 - 23 April 2004*.
- Rehfeld, Uwe G. (1991). "Ausländische Arbeitnehmer und Rentner in der gesetzlichen Rentenversicherung." *Deutsche Rentenversicherung*, 7: 468-492.
- Robertson, E. et al. (2003). "Migration status and limiting long-standing illness." *The European Journal of Public Health*, 13(2): 99-104.
- Rommel, A. (2005). "Migration und Rehabilitation psychischer Erkrankungen- Perspektiven und Grenzen einer Gesundheitsberichterstattung mit Routinedaten." *Das Gesundheitswesen*, 67(4): 280-288.
- Salis-Gross, Corina und Marzio Sabbioni (1997). "Migration und Schmerz: Ritualtheoretische und krisentheoretische Aspekte bei der Behandlung von Schmerzpatienten in der Migration." *Psychosomatische und psychosoziale Medizin*, (1-2): 36-44.
- Thali, A. (1996). "Die Rolle psychosozialer Faktoren bei protrahierten und invalidisierenden Verläufen nach Traumatisierungen in unteren Wirbelsäulebereich", in Keel, Peter et al. (Hg.), *Chronifizierung von Rückenschmerzen*.

ckenschmerzen : Hintergründe, Auswege : Schlussbericht des Nationalen Forschungsprogramms Nr. 26B. Basel: Eular, S. 122-128.

- Upmark, M. et al. (2001). "Conditions during childhood and adolescence as explanations of social class differences in disability pension among young men." *Scand J Public Health*, 29(2): 96-103.
- Vadasz, F (1984). "Funktionelle Beschwerden südländischer Gastarbeiter : ein Beitrag zum Problem der "psychogenen" Invalidität bzw. der Renten-"Neurose"." *Praxis*, 73(12): 375-380.
- Vrgoc, Jokica (2006). "Die Behandlung von älteren Migranten aus dem ehemaligen Jugoslawien in der Schweiz und die Auswirkung des Krieges auf ihre psychische Gesundheit - Systemische Aspekte." *Klinik Littenheid, Fachbeitrag*, erschienen im September 2006.
- Waddell, G., A. K. Burton und C. J. Main (Hg.) (2003). *Screening to identify people at risk of long-term incapacity for work.*
- Weiss, Regula (2003). *Macht Migration krank ? : eine transdisziplinäre Analyse der Gesundheit von Migrantinnen und Migranten.* Zürich: Seismo.
- Wimmer, Andreas und Nina Glick Schiller (2002). "Methodological Nationalism and beyond: nation-state building, migration and the social sciences." *Global Networks*, 2(4): 301-334.
- Wood, G., D. Morrison und S. MacDonald (1995). "Rehabilitation programs and return to work outcomes." *Journal of Occupational Health and Safety—Australia and New Zealand*, 11(2): 125-137.