

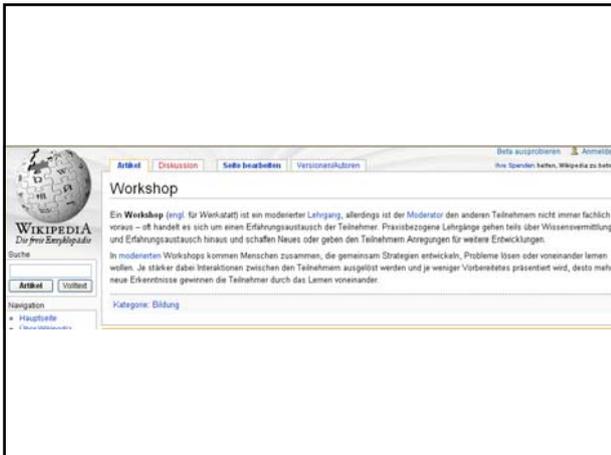


Arbeit und Kultur

Workshop Rheinfelden

Dr. C. Nigg

21. Oktober 2009



Unterschiede

- Was ist das Besondere an einem Workshops?
 - Von einem Seminar unterscheidet er sich dadurch, dass es **nicht** um die Vermittlung definierter Lerninhalte geht, sondern um die **Erarbeitung** von Lösungen.
 - Von einer Tagung dadurch, dass es nicht bloß um die gegenseitige Präsentation und Diskussion von Arbeitsfortschritten geht, sondern um das **Erreichen gemeinsamer Resultate**.
 - Und von einer Teambuilding-Veranstaltung dadurch, dass es nicht primär um die Verbesserung der gegenseitigen Beziehungen geht, sondern um **Ergebnisse, die die Teilnehmer in ihrer weiteren Arbeit unterstützen**.

Programm

- Material- und Fragensammlung
- Input-Präsentation
- Statement/Arena
- Workshop-Aktivitäten (Fallbeispiele, Diskussionen etc.)
- Gemeinsames Fazit

Material- und Fragensammlung

Input-Referat



Arbeitssituation von Erstgenerations-Migranten

- Beginn der Lebensarbeitszeit bereits im Kindesalter (Südeuropa, Kleinasien)
- In der Regel schwere Arbeit
- Teilweise mehrere Arbeitsplätze oder Übernahme von zwei Schichten
- Häufiger Exposition von Schadstoffen
- Sozialer Abstieg bei politischen Flüchtlingen

Arbeit und Gesundheitsrisiken

- Frühe körperliche Arbeit fördert Verschleisserscheinungen und degenerative Erkrankungen des Bewegungsapparates
- Männer, die härter gearbeitet haben, werden überdurchschnittlich häufig invalid oder versterben vor Erreichen des AHV-Alters

Arbeitsunfälle, Invalidität

- Migranten verunfallen häufiger am Arbeitsplatz und werden häufiger invalide
 - Gefährlichere Arbeitsplätze
 - Schlechtere Ausbildung
 - Kommunikationsprobleme
 - Weniger Rehabilitationsmassnahmen
 - Häufige Exacerbation von Problemen des Bewegungsapparates und von psychoreaktiven Störungen

Migranten

- The Healthy Migrant
- The Exhausted Migrant

Interkulturelles Verständnis von Krankheit /Gesundheit

- Externe Attribuierung von Krankheit und Heilung
- Gesundheit und Krankheit sind Pole
- Symptom ist Krankheit, Krankheit ist Symptom
- Hausmedizin, Volksmedizin, Schulmedizin
- eigene Vorstellungen von physiologischen und anatomischen Zusammenhänge
- Intervention statt Prävention
- Stigmatisierung von psychiatrischen Krankheiten

Interkulturelles Verständnis von Krankheit /Gesundheit

- Patient ist passiv, Arzt ist mächtig und aktiv
- Tabubereiche
- Andere Einstellung zu Aufklärung bezüglich schlechter Prognose
- Gleichsetzung von Diagnostik und Therapie
- grosse Erwartungen in die Technik
- Beschwerdeschilderung als Kommunikationsmittel

Erwerbsleben

- In einigen Ländern Südosteuropas ist es sozial akzeptiert, mit 50 aus dem Erwerbsleben auszuscheiden
- In einigen Ländern, so auch der Türkei, ist das Arbeitsleben ca 3000 Tage lang

Psychosoziale Belastungen

- Migration per se
- Niedriger Sozialstatus
- Schlechte Sprachkenntnisse
- Mangelnde Integration
- Auflösung der traditionellen Familienstruktur
- Druck von Herkunftsfamilie zur Unterstützung

Gesundheit

- Die gesundheitliche Situation und Arbeitsfähigkeit ist in der Regel eher von sozioökonomischen denn von kulturellen Gegebenheiten beeinflusst.

Armut ist weltweit das grösste Gesundheitsrisiko

IV

BezügerInnen von Renten der invalidenversicherung in der Schweiz

Bestand im Januar	Geburtsgebrechen	Krankheiten	davon psychische Erkrankungen	Unfall	Total	Anteil in % der Bevölkerung ¹
2002	27'201	169'478	72'924	22'980	219'659	4.6%
2003	27'435	180'779	80'051	23'740	231'954	5.0%
2004	27'881	190'300	86'432	24'108	242'667	5.2%
2005	27'829	197'210	91'593	24'314	249'353	5.3%
2006	28'119	203'661	96'200	24'520	256'300	5.4%
2007	28'189	201'195	97'300	23'937	253'321	5.3%
2008	28'406	200'089	99'000	23'567	252'062	5.2%
2009	28'600	198'464	100'400	23'013	250'077	5.1%

¹ Ständige Wohnbevölkerung Mitte des Vorjahres von 18 - AHV-Rendensalter.
Quelle: Bundesamt für Sozialversicherungen

Die Neuberentungsquote für SchweizerInnen und Schweizer beträgt 0.32%. Bei den ausländischen Staatsangehörigen weisen türkische Staatsangehörige mit 0.76% die höchste Quote auf. MigrantInnen und Migranten aus den Nachfolgestaaten Jugoslawiens²⁴ liegen mit 0.67% an zweiter Stelle. Bei diesen Nationalitäten war der Rückgang seit 2002 mit -60% (Türkel) und -46% (Nachfolgestaaten Jugoslawiens) überdurchschnittlich (Gesamtpopulation -44%). Die «klassischen» Gastarbeiterländer Italien, Spanien und Portugal weisen Quoten zwischen 0.44% und 0.50% auf. Die übrigen einzeln aufgeführten Nationen liegen unter dem Wert der schweizerischen Bevölkerung. Sehr niedrige Quoten weisen die Deutschen (0.14%) und die Briten (0.11%) auf. Der tiefe Wert dieser beiden Nationalitäten kann dadurch erklärt werden, dass diese in der Schweiz eher höher qualifizierten Tätigkeiten nachgehen, während MigrantInnen und Migranten aus den «klassischen» Gastarbeiterländern in eher mittel qualifizierten Stellen arbeiten und Personen aus den «Nachfolgestaaten Jugoslawiens» und der Türkei in eher niedrig qualifizierten Stellen beschäftigt sind, was das Invaliditätsrisiko wesentlich beeinflusst. Die tiefen Neurentenquoten von «Resteuropa» und «Rest der Welt» lassen sich u.a. damit begründen, dass die Anspruchsvoraussetzungen für diese Nationalitäten höher sind und in der Schweiz erworbene IV-Renten bei der Rückkehr ins Heimatland vielfach nicht exportiert werden können.

Tabelle 7.1.1 RentnerInnen nach Alter und Geschlecht in der Schweiz, Januar 2009

Alter	Männer	Frauen	Total
< 30	9'000	7'000	16'000
30 - 49	45'000	44'000	89'000
50 - 63/64	80'000	64'000	144'000
Total	134'000	115'000	250'000

	In % der Versicherten ¹		
< 30	1.7%	1.4%	1.5%
30 - 49	3.9%	3.8%	3.8%
50 - 63/64	11.2%	9.4%	10.3%
Total	5.5%	4.8%	5.2%

¹ Ständige Wohnbevölkerung Mitte 2007.
Genauere Angaben siehe 16.6.1 bis 16.6.5

Verbindet man die beiden Risikofaktoren «Mann» und «erhöhtes Alter», stellt man fest, dass fast ein Drittel aller Bezüger der Gruppe der über 50 Jahre alten Männer angehört. In der Schweiz beziehen kurz vor dem Pensionsalter ungefähr 18% der Männer eine Invalidrente.

Tabelle 6.1 Rententyp nach Nationalität und Wohnort, Januar 2009

	Invalidenrenten		Zusatzrenten		Total	
	Anzahl	Kosten Mio Fr.	Anzahl	Kosten Mio Fr.	Anzahl	Kosten Mio Fr.
Schweizer in der Schweiz	184'000	282	57'000	32	241'000	314
Ausländer in der Schweiz	66'000	86	32'000	16	98'000	102
Schweizer im Ausland	6'000	8	3'000	2	9'000	10
Ausländer im Ausland	36'000	33	14'000	6	50'000	40
An Schweizer	190'000	290	60'000	34	250'000	324
An Ausländer	101'000	119	46'000	23	147'000	142
In der Schweiz	250'000	368	89'000	49	339'000	416
Im Ausland	42'000	42	17'000	8	59'000	50
Alle	292'000	409	106'000	56	398'000	466

Der Arzt/die Ärztin

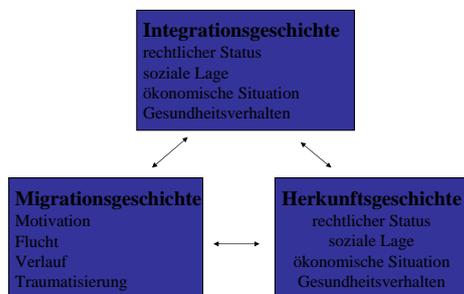
- Eigene Position zur Frage AUF/Rente
- Wissen um den Einfluss von „bio-psycho-sozial“ auf die Krankengeschichte
- Ambivalenz des Rollenwechsels – Therapie versus Begutachtung
- Fehlende Unterstützung
- Polarisierung Medizin-(Sozial)versicherung

Rechtsprechung

- Festlegung der Grundlage Bio-Psycho für die Begutachtung
- Juristische Definition für invalidisierendes Leiden (siehe somatoforme Schmerzstörung)

Umgang mit Begutachtung

- Berücksichtigen des ethnomedizinischen Hintergrundes
- Erfassen des kulturspezifischen Krankheitskonzeptes
- Professionelle Dolmetscher
- Berücksichtigen der Migration als solche als bedeutsames biographisches Ereignis



Gesundheits-Krankheits-Kontinuum

Pathogenetisches Modell

Gesundheit **Krankheit**

Salutogenetisches Modell

Gesundheit-Krankheit

Danke für Ihre Mitarbeit

