

REHA-INANSPRUCHNAHME UND REHA-ZUGANGSBARRIEREN BEI ÄLTEREN BESCHÄFTIGTEN MIT UND OHNE MIGRATIONSHINTERGRUND

Vor dem Hintergrund des demographischen Wandels ist medizinische Rehabilitation von Bedeutung, um einen frühzeitigen Erwerbsausstieg durch gesundheitliche Einschränkungen zu verhindern. Ein Viertel aller Beschäftigten hat einen Migrationshintergrund [1]. Ein aktuelles Review zeigt, dass sich bei Personen im erwerbsfähigen Alter die Inanspruchnahme medizinischer Rehabilitation je nach Migrationshintergrund unterscheidet. Die Studienlage dazu ist allerdings heterogen [2]. Erklärbar sind derartige Unterschiede durch systembezogene (z. B. fehlende diversitätssensible Konzepte) oder personenbezogene Zugangsbarrieren. Diese können migrationsspezifisch (z. B. fehlende Sprachkenntnisse) oder migrationsunabhängig (z. B. niedrigerer Bildungsstand) sein [3]. Daher sollen in diesem Factsheet die folgenden Fragen beantwortet werden: **Gibt es Unterschiede zwischen Beschäftigten ohne Migrationshintergrund (BoM) und Beschäftigten mit Migrationshintergrund (BmM) (1) in der Inanspruchnahme und/oder (2) bei personenbezogenen Zugangsbarrieren?**

WER WURDE BEFRAGT?

Für diese Analysen wurden 4239 sozialversicherte Beschäftigte der „Babyboomer-Generation“ aus den Jahrgängen 1959 und 1965 befragt, die an den ersten beiden lidA-Studienwellen (2011 und 2014) teilgenommen haben. Sie sind Teil einer für diese Jahrgänge repräsentativen Stichprobe. Es wurden Daten aus beiden Studienwellen verwendet.

Definition des Migrationshintergrundes

BoM	Beschäftigte ohne Migrationshintergrund
BmM G1	BmM 1. Generation, nicht in Deutschland geboren
BmM G2	BmM 2. Generation, haben mind. ein nicht in Deutschland geborenes Elternteil

WAS WURDE UNTERSUCHT?

Es wurde gefragt, ob die Person seit 2011 eine ambulante oder stationäre Rehabilitation in Anspruch genommen hat. Um Unterschiede in der Inanspruchnahme sichtbar zu machen, werden die Häufigkeiten getrennt nach Generationszugehörigkeit (Definition siehe Kasten oben) dargestellt. Mittels logistischer Regression wurde untersucht, ob sich Unterschiede in der Inanspruchnahme zeigen und diesbezüglich Zugangsbarrieren bestehen. Es wurden nur vollständige Datensätze einbezogen. Die Ergebnisse sind um Störfaktoren wie Alter und Geschlecht bereinigt. Dieses Vorgehen erlaubt Aussagen darüber, welche Faktoren einen statistisch auffälligen Unterschied im Reha-

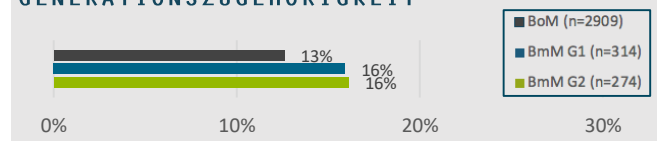
Inanspruchnahmeverhalten zwischen den Beschäftigtengruppen erklären können (jedoch keinen Ursache-Wirkungs-Nachweis).

ERGEBNISSE

Inanspruchnahme

BmM nehmen eine Rehabilitation häufiger in Anspruch als BoM (siehe Abb. 1). Werden Störfaktoren in der Regression (n=3497) berücksichtigt, nehmen BmM G1 die Reha signifikant häufiger in Anspruch als BoM, BmM G2 nicht.

ABB. 1: REHA-INANSPRUCHNAHME NACH GENERATIONSZUGEHÖRIGKEIT



Reha-Zugangsbarrieren

Die prozentualen Häufigkeiten von potenziellen Reha-Zugangsbarrieren sind in Abb. 2-4 dargestellt. In der Regression (n=3494) stellte die Kinderbetreuung (durch sie selbst) eine signifikante Zugangsbarriere dar. Alle anderen getesteten Zugangsbarrieren waren nicht signifikant.

ABB. 2: HÄUFIGKEIT DER KINDERBETREUUNG

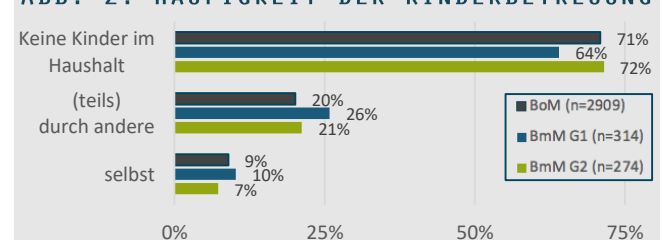


ABB. 3 HÄUFIGKEITEN VON REHA-ZUGANGSBARRIEREN TEIL 1 (N=4239)

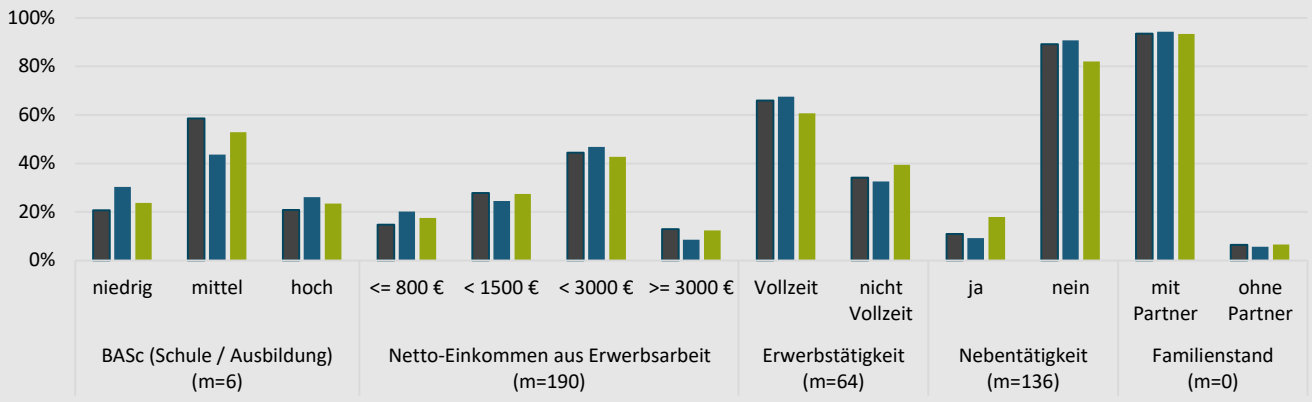
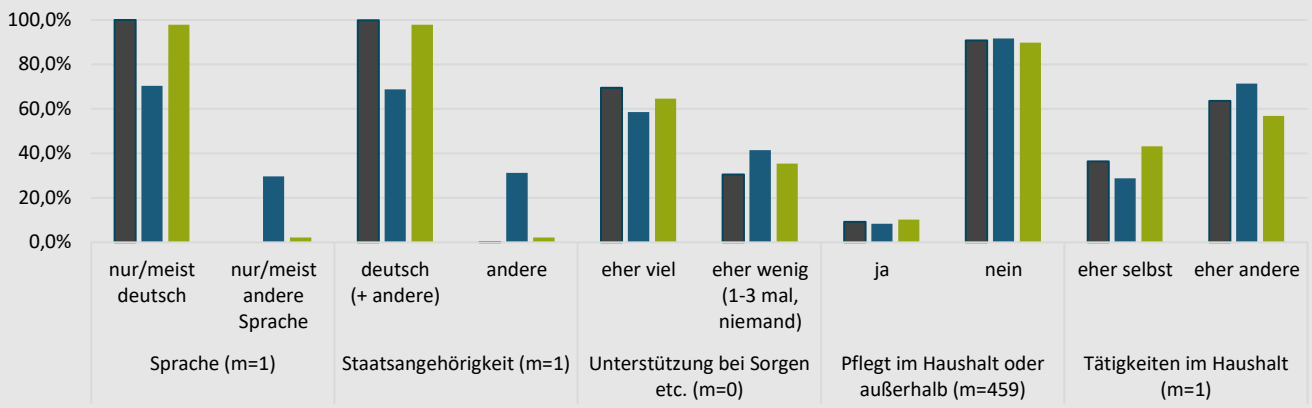


ABB. 4 HÄUFIGKEITEN VON REHA-ZUGANGSBARRIEREN TEIL 2 (N=4239)



Hinweis zu Abb. 3 & 4:
m = missings (fehlende Werte)

SCHLUSSFOLGERUNGEN

Es gibt Unterschiede zwischen BoM und BmM in Bezug auf die Reha-Inanspruchnahme, nicht jedoch hinsichtlich der Reha-Zugangsbarrrieren. Unter Berücksichtigung dieser Zugangsbarrrieren nehmen BmM G1 signifikant häufiger als BoM eine Reha in Anspruch. Es sollte überprüft werden, ob bei BmM G1 ein höherer Reha-Bedarf, evtl. infolge höherer Arbeitsbelastungen, vorliegt.

Die Ergebnisse zur Inanspruchnahme weichen von früheren Analysen der ersten Befragungswelle aus 2011 ab. Verglichen mit BoM war in 2011 die Inanspruchnahme von Rehabilitationsleistungen durch BmM G1 etwas geringer und durch BmM G2 etwas höher, jedoch waren die Unterschiede nicht signifikant [5]. Möglicherweise nehmen BmM je nach Generation eine medizinische Reha früher/später in Anspruch als BoM. Ebenso kann dieser Unterschied auch durch einen Selektionsbias verursacht worden sein. Eine Non-Responder-Analyse zeigte nämlich, dass männliche und schwer körperlich tätige Personen vermehrt nicht mehr an der zweiten Befragung teilgenommen hatten.

Die Zugangsbarriere „Kinderbetreuung durch die Person selbst“ überrascht, da die Befragten in 2014 bereits 49 bzw. 55 Jahre alt waren. Späte Elternschaft oder die Betreuung von Enkelkindern sollte in der Entwicklung von diversitätssensiblen Maßnahmen berücksichtigt werden.

Referenzen

- [1] Statistisches Bundesamt (2019) Bevölkerung und Erwerbstätigkeit. Bevölkerung mit Migrationshintergrund. Ergebnisse des Mikrozensus 2018. (Fachserie 1 Reihe 2.2).
- [2] Dyck M, Wicherski J, Schröder CC et al (2020) Utilisation of medical rehabilitation services by persons of working age with a migration background in comparison to non-migrants: a scoping review. Public Health Rev (under review)
- [3] Schwarz, B., Markin, K., Salman, R. et al. (2015). Barrieren für Migranten beim Zugang in die medizinische Rehabilitation der gesetzlichen Rentenversicherung. Die Rehabilitation, 54(6), 362-368.
- [4] Oldenburg C, Siefer A, Beermann B (2010) Migration als Prädiktor für Belastung und Beanspruchung? In: Fehlzeiten-Report 2010. Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg; 141-151.
- [5] Schröder CC, Dyck M, Breckenkamp J et al. 2020) Utilisation of rehabilitation services for non-migrant and migrant groups of higher working age in Germany—results of the lidA cohort study. BMC Health Services Research, 20(1), 31.

LEHRSTUHL FÜR ARBEITSWISSENSCHAFT

Fakultät für Maschinenbau und Sicherheitstechnik

Bergische Universität Wuppertal, Gaußstraße 20, 42119 Wuppertal

Gefördert mit Mitteln der Deutschen Rentenversicherung Bund. Die Verantwortung für den

Inhalt liegt bei den Autoren: S Schönfeld, CC Schröder, J Breckenkamp, JB du Prel



www.lidA-studie.de
www.arbwiss.uni-wuppertal.de