

ARBEITSBELASTUNGEN UND REHABILITATIONSBEDARF 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. Der Bedarf an rehabilitativen Leistungen ist mit den individuellen Arbeitsbelastungen assoziiert. Beschäftigte mit Migrationshintergrund (BmM) sind im Vergleich zu Beschäftigten ohne Migrationshintergrund (BoM) häufiger gesundheitsbelastenden Arbeitsbedingungen ausgesetzt [1]. Trotz der daraus abgeleiteten Annahme eines höheren Bedarfs sind die Ergebnisse bisheriger Studien zur Inanspruchnahme inkonsistent. Daher werden folgende zwei Fragen beantwortet:

(1) Sind BmM häufiger als BoM Arbeitsbelastungen ausgesetzt?

(2) Gibt es Unterschiede im Rehabedarf zwischen BmM und BoM?

WER WURDE BEFRAGT?

Es wurden sozialversicherungspflichtig Beschäftigte der „Babyboomer-Generation“ (Jg. 1959 und 1965) in 2011 befragt. Eingeschlossen wurden nur vollständige Datensätze (n=4.724).

BmM wurden unterteilt in BmM G1 (1. Generation, nicht in Deutschland geboren) und BmM G2 (2. Generation, haben mindestens ein nicht in Deutschland geborenes Elternteil) [2].

WIE WURDE UNTERSUCHT?

(1) Um zu untersuchen, ob BmM häufiger als BoM Arbeitsbelastungen ausgesetzt sind, wurde die Häufigkeit von folgenden Arbeitsbelastungen zwischen BoM und BmM verglichen:

- körperliche Arbeitsbelastungen (mehr als die Hälfte der Arbeitszeit gebückt, kniend oder über Kopf Arbeit, schwere Lasten heben oder tragen, einseitige Bewegungen = ja)
- Arbeitsfähigkeit, gemessen mit der zweiten Dimension des Work Ability Index (WAI, <8 Punkte: normale Arbeitsfähigkeit, 8≤ Punkte: geringe Arbeitsfähigkeit = ja)
- Gratifikationskrise (dauerhaft mangelnde Belohnung für erbrachte Leistungen) (effort-reward-imbalance, ERI >1 = ja)

(2) Zur Berechnung des Rehabedarfs wurde die Anzahl der Risikofaktoren (siehe Infobox) pro Person aufsummiert. Auf Basis von anschließend berechneten Terzilen wurde den Personen

anschließend ein niedriger Rehabedarf (≤ 2 Punkte), ein mittlerer Bedarf (3 Punkte) und ein hoher Bedarf ≥ 4 zugewiesen.

INFOBOX: RISIKOFAKTOREN ZUR BERECHNUNG DES REHABEDARFS:

Vorliegen von..

- mindestens einer dauerhaften gesundheitlichen Einschränkung, wie bspw. eine Herz-Kreislauf-Schädigung oder Diabetes
- ärztlicher Diagnose einer Krankheit oder Gesundheitsstörung (u.a. Hypertonie, Schlaganfall, chronische Bronchitis) innerhalb der letzten 12 Monate
- Schmerzen in den letzten vier Wochen, die bei der Arbeit oder alltäglichen Beschäftigungen eingeschränkt haben (immer / oft vs. manchmal / fast / nie)
- schlechter mentaler Gesundheit nach SF12 (schlechte Gesundheit: unteres Terzil vs. bessere Gesundheit: mittleres / oberes Terzil)
- schlechter körperlicher Gesundheit nach SF12 (schlechte Gesundheit: unteres Terzil vs. bessere Gesundheit: mittleres / oberes Terzil)
- hohem Body Mass Index (BMI (kg / m²) ≥ 30)
- wenig körperlicher Aktivität in der Freizeit (< 4 h Bewegung / Woche oder < 3 Stunden körperliches Training oder intensiver Sport / Woche)
- Rauchen in den letzten 12 Monaten
- mehr als 42 AU-Tagen innerhalb eines Jahres



WAS KAM DABEI HERAUS?

In der untersuchten Stichprobe waren BmM G1 mehrheitlich männlich, wohingegen mehr BoM und BmM G2 weiblich waren.

BmM G1 haben häufiger eine geringere Schul- und Berufsausbildung sowie ein niedriges Haushalts-äquivalenzeinkommen. BoM und BmM G2 unterscheiden sich kaum (Tab. 1).

BmM G1 geben bei allen drei Arbeitsbelastungen häufiger als BoM und BmM G2 an, diesen ausgesetzt zu sein. Die Arbeitsbelastungen bei BoM und BmM G2 sind vergleichbar (Abb. 2).

Für BmM G1 wurde häufiger als bei den anderen beiden Gruppen ein hoher Rehabedarf berechnet. Der Bedarf von BoM und BmM G2 ist vergleichbar. Bei allen drei Gruppen ist die Mehrheit von einem mittlerem Rehabedarf betroffen (Abb. 3).

TAB. 1: STICHPROBENBESCHREIBUNG

	BoM	BmM G1	BmM G2
n (%)	3833 (81,1%)	539 (11,4%)	352 (7,5%)
Geschlecht			
männlich	48,1%	52,0%	44,6%
weiblich	51,9%	48,1%	55,4%
Geburtsjahr			
1959	44,0%	39,5%	41,8%
1965	56,0%	60,5%	58,2%
Bildung			
niedrig	23,6%	37,3%	28,1%
mittel	56,4%	41,2%	50,0%
hoch	20,0%	21,5%	21,9%
Haushaltsäquivalenzeinkommen			
niedrig	29,9%	54,6%	28,4%
mittel	30,8%	23,6%	34,1%
hoch	39,3%	21,9%	37,5%

ABB. 2: ARBEITSBELASTUNGEN NACH MIGRATIONSHINTERGRUND

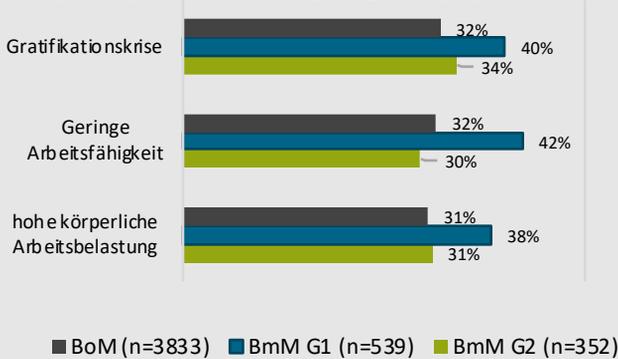
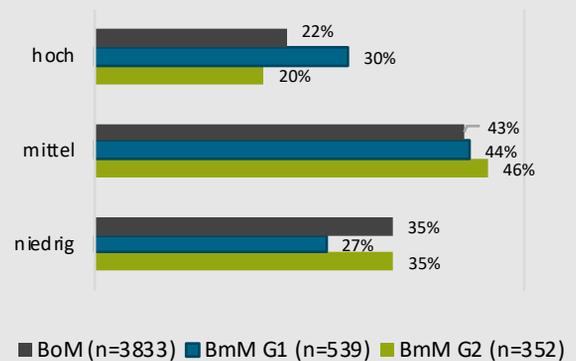


ABB. 3: REHABEDARF NACH MIGRATIONSHINTERGRUND



WAS BEDEUTEN DIE ERGEBNISSE?

BmM G1 sind in dieser Stichprobe häufiger als BmM G2 und BoM den drei untersuchten Arbeitsbelastungen ausgesetzt und haben häufiger einen hohen Rehabilitationsbedarf. Eine weiterführende Analyse dieser Stichprobe zeigt, dass höhere Arbeitsbelastungen, eine niedrige und mittlere Bildung als auch ein niedriges Haushaltsäquivalenzeinkommen signifikant mit einem höheren Rehabilitationsbedarf assoziiert sind [3]. Dieser schichtspezifische Zusammenhang wird auch für andere Gesundheitsoutcomes beschrieben, z. B. Mortalität [4, 5].

Da sich der hier beschriebene höhere Bedarf von BmM G1 nicht im Inanspruchnahmeverhalten der gleichen Kohorte beobachten lässt, weder für 2011 [6], noch für die erneute Befragung in 2014 [7], sollten weitere Analysen die Gründe genauer untersuchen. Denkbar wären z. B. ein zu niedrig angesetzter Cut-off Wert, Zugangsbarrieren oder individuelle Coping Strategien.

Referenzen

- [1] Brzoska P, Voigtlander S, Spallek J et al. Arbeitsunfälle, Berufskrankheiten und Erwerbsminderung bei Menschen mit Migrationshintergrund. In: Schott T, Razum O, Hrsg. Migration und medizinische Rehabilitation. 1. Aufl. Weinheim, Basel: Beltz Juventa Verlag; 2013: 49–61.
- [2] Statistisches Bundesamt (2019) Bevölkerung und Erwerbstätigkeit. Bevölkerung mit Migrationshintergrund. Ergebnisse des Mikrozensus 2018. (Fachserie 1 Reihe 2.2)
- [3] Schönfeld S, Schröder CC, du Prel JB, Razum O & Breckenkamp J (2020) Arbeitsbelastungen und Rehabilitationsbedarf bei älteren Erwerbstätigen mit und ohne Migrationshintergrund – Ergebnisse der lidA Kohortenstudie (unveröffentlicht)
- [4] Schneider, Sven, 2007: Ursachen schichtspezifischer Mortalität in der Bundesrepublik Deutschland: Tabakkonsum dominiert alle anderen Risikofaktoren. In: International Journal of Public Health 52 (1), S. 39–53
- [5] Klein, Thomas / Schneider, Sven / Löwel, Hannelore, 2001: Bildung und Mortalität. Die Bedeutung gesundheitsrelevanter Aspekte des Lebensstils. In: Zeitschrift für Soziologie 30 (5), S. 384–400
- [6] Schröder CC, Dyck M, Breckenkamp J, Hasselhorn H-M, du Prel J-P. Utilisation of medical rehabilitation by older employees with and without migration background in Germany – results of the lidA-cohort study. BMC Health Services Research 2020, 20(1): 31
- [7] Breckenkamp J, Dyck M, Schröder CC, Schönfeld, du Prel J-B, Razum O & Hasselhorn HM (2020) Inanspruchnahme medizinischer Rehabilitation und Zugangsbarrieren bei Personen mit Migrationshintergrund - Ergebnisse der lidA-Kohortenstudie. Die Rehabilitation (im Druck)

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

lidA
leben in der Arbeit



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