

STEHT DER REHA-WUNSCH IN ZUSAMMENHANG MIT DER GESUNDHEITSKOMPETENZ UND WEITEREN FAKTOREN?

Ein Ziel der medizinischen Rehabilitation (Reha) ist die Sicherung der aktiven Teilhabe am Arbeitsleben bei Personen mit gesundheitlichen Einschränkungen. In Deutschland muss die Antragstellung von den Betroffenen selbst ausgehen. Folglich müssen bei ihnen der Wunsch oder auch das Bedürfnis nach einer Reha vorhanden sein. Eigeninteresse und Motivation sind zudem maßgeblich für den langfristigen Erfolg [1,2].

Der vorliegende Beitrag knüpft an andere Factsheets an (2020/30, 2021/07) [3,4] und untersucht, mit welchen Faktoren der Wunsch nach einer Reha zusammenhängt. Im Vordergrund steht das Zusammenspiel mit der Gesundheitskompetenz.

METHODEN

Um diese Frage zu beantworten, wurden 3127 Teilnehmende der 3. Erhebungswelle der lidA („leben in der Arbeit“)-Kohortenstudie betrachtet. Diese gehören zu den sogenannten Babyboomern, sie wurden 1959 oder 1965 geboren. Die Daten wurden mit computergestützten Interviews erhoben und sind repräsentativ für die sozialversicherungspflichtigen Erwerbstätigen der beiden Jahrgänge in Deutschland. Die aktuelle Analyse schließt sowohl Erwerbslose als auch Erwerbstätige ein. Eine Datenverzerrung durch Teilnehmerverluste zwischen der 1. und 3. Befragung (2018) wurde mit einer Gewichtung für Bildungs- und Migrationsstatus ausgeglichen.

Die Teilnehmenden wurden in 2018 befragt, ob sie in den letzten drei Jahren an einer Reha teilgenommen haben und ob sie sich wünschen würden an einer Reha teilzunehmen (ja/nein).

Körperliche und psychische Gesundheit wurde mit den entsprechenden SF12-Skalen erfasst [5]

und jeweils das unterste Terzil als „schlechte Gesundheit“ definiert.

Soziale Unterstützung wurde mit der Anzahl an Personen gemessen, die einen unterstützen bei Aufgaben, Behördengängen, Geldproblemen etc. Daraus wurden drei Kategorien gebildet.

Für die Gesundheitskompetenz (Dimension Krankheitsbewältigung aus dem HQL 16) wurden drei Kategorien gebildet: inadäquat, problematisch und ausreichend. Mehr Details dazu siehe [5].

Gruppenunterschiede wurden mit Chi²-Tests überprüft. Mittels logistischer Regression wurde untersucht, welche Faktoren im Zusammenhang mit einem Reha-Wunsch stehen. Es wurden nur vollständige Datensätze einbezogen. Die Ergebnisse sind um weitere soziodemografische Störfaktoren wie den Bildungsstand und Migrationshintergrund [5] bereinigt. Die statistischen Analysen wurden mit SAS 9.4 durchgeführt.

ABB. 1: GESUNDHEITSKOMPETENZ AUFGETEILT NACH REHA-WUNSCH UND VORHERIGER REHA-TEILNAHME (N=3127)

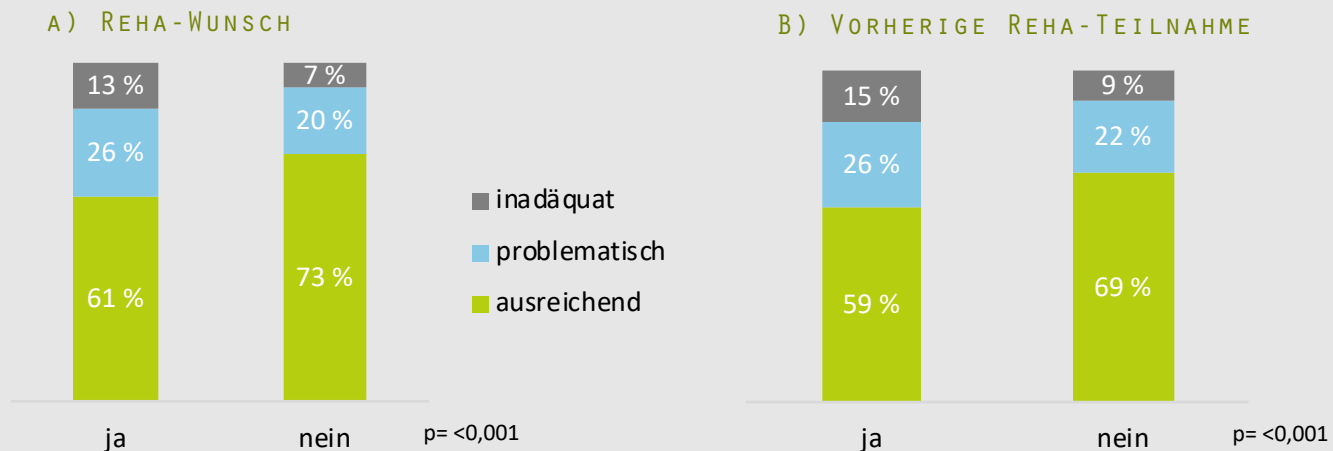
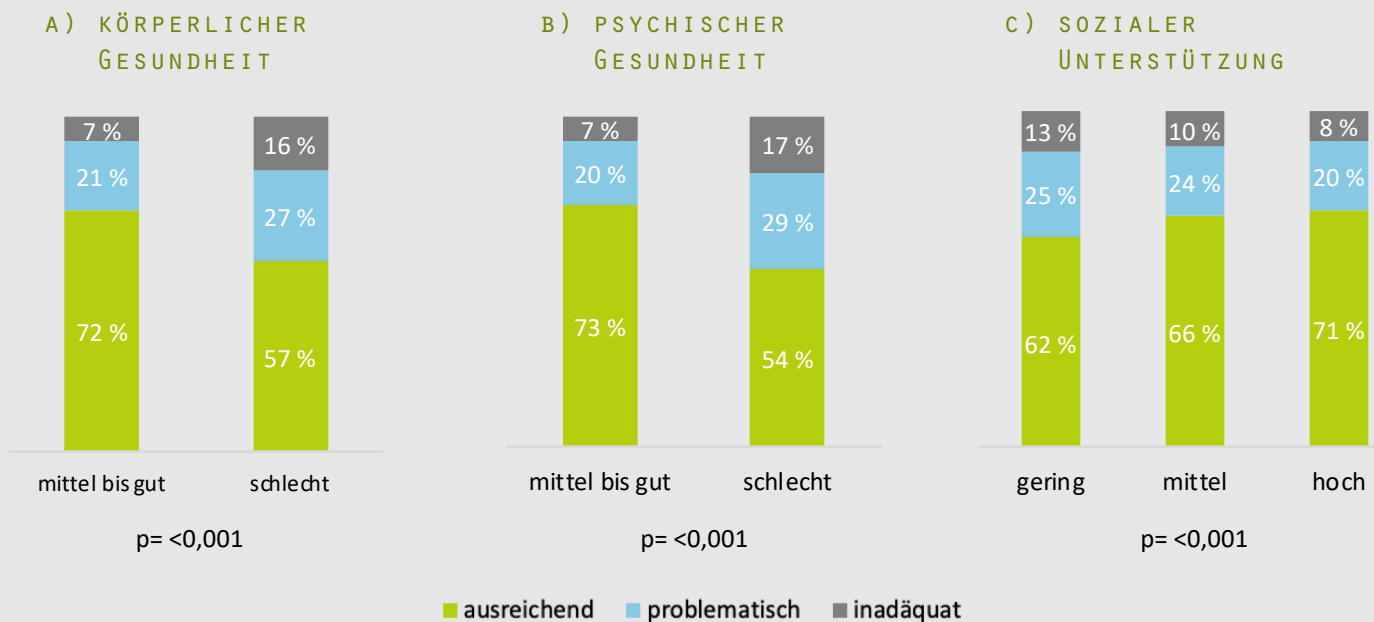


ABB. 2: GESUNDHEITSKOMPETENZ AUFGETEILT NACH ... (N=3127)



ERGEBNISSE

BIVARIATE ANALYSE

Teilnehmende ohne Reha-Wunsch wiesen häufiger (73 %) eine ausreichende Gesundheitskompetenz auf als solche mit Reha-Wunsch 61 % (Abb. 1A). Auch Personen ohne Reha zeigten häufiger eine ausreichende Gesundheitskompetenz (69 %, Abb. 1B) als Befragte ohne Reha (59 %).

Personen mit guter körperlicher oder psychischer Gesundheit zeigten deutlich häufiger eine ausreichende Gesundheitskompetenz als diejenigen mit schlechter Gesundheit. (Abb. 2A und B)

Schließlich war bei den Gruppen mit mittlerer und auch hoher sozialer Unterstützung im eigenen Umfeld die Gesundheitskompetenz besser ausgeprägt als bei denen mit niedriger Unterstützung. (Abb. 2C)

Über Kausalität können unsere Querschnittsbefunde nichts aussagen. Möglicherweise wirkt eine ausreichende Gesundheitskompetenz präventiv, sodass die Gesundheit eher erhalten bleibt und eine Reha seltener erforderlich wird. Oder aber die Ergebnisse spiegeln geringere Gesundheitskompetenz in bildungsferneren Personengruppen wider, die bekanntermaßen eine schlechtere Gesundheit aufweisen. Um die Einflüsse verschiedener Faktoren auf den Wunsch nach einer Reha gleichzeitig zu berücksichtigen, wurde eine multivariate Analyse mittels logistischer Regression durchgeführt (siehe Kasten rechts und Abb. 3).

MULTIVARIATE ANALYSE:

REHA-WUNSCH (ABB. 3, FOLGENDE SEITE)

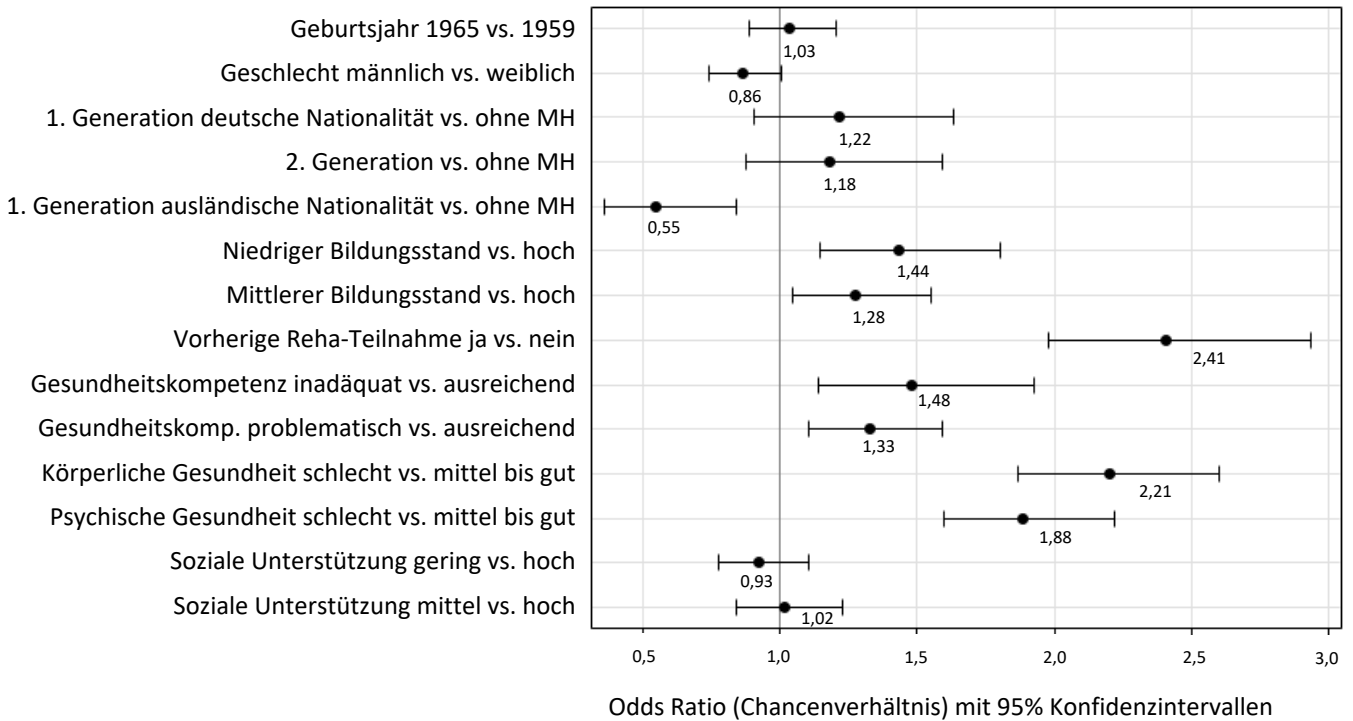
Die multivariate Analyse offenbarte die folgenden signifikanten Einflussgrößen auf den Wunsch nach einer Reha-Maßnahme:

- Personen der ersten Generation mit ausländischer Nationalität haben deutlich seltener den Wunsch nach einer Reha (OR 0,55).
- Mit mittlerem und niedrigem Bildungsstand steigt der Reha-Wunsch an (mittel: OR 1,28, niedrig: OR 1,44).
- Die frühere Teilnahme an einer Reha erhöht die Chance eines Reha-Wunsches stark (OR 2,41)
- Eine problematische oder gar inadäquate Gesundheitskompetenz erhöht den Reha-Wunsch (problematisch: OR 1,33, inadäquat: OR 1,48).
- Schlechte körperliche bzw. psychische Gesundheit gehen mit einer höheren Chance eines Reha-Wunsches einher (körperlich: OR 2,21, psychisch: OR 1,88).

Weitere Faktoren wie Geschlecht, Geburtsjahr und soziale Unterstützung zeigten keinen signifikanten Einfluss auf den Reha-Wunsch.



ABB. 3: ZUSAMMENHÄNGE EINZELNER FAKTOREN MIT DEM REHA-WUNSCH (LOGISTISCHES REGRESSIONSMODELL MIT KONTROLLE ALLER FAKTOREN, N=3127)



MH= Migrationshintergrund

FAZIT

Der Reha-Wunsch, also das subjektive Bedürfnis nach einer Reha-Leistung, steht mit verschiedenen Faktoren in Zusammenhang. Die multivariate Analyse offenbart, dass er besonders ausgeprägt ist bei Gruppen mit

- niedrigerem Bildungsstand,
- früherer Reha-Teilnahme,
- inadäquater Gesundheitskompetenz und
- schlechter körperlicher und psychischer Gesundheit.

Diese Ergebnisse sind plausibel und legen nahe, dass bei diesen Gruppen der Bedarf geprüft werden muss.

Ein Befund, der etwas mehr überrascht, ist, dass ausländische Personen der 1. Generation mit Migrationshintergrund selbst bei Kontrolle für alle zuvor diskutierten Faktoren immer noch deutlich niedrigere Chancen für den Reha-Wunsch aufweisen (siehe auch [3]). Dies deutet Interventionsbedarf an. Diese Gruppe ist gezielt in Hinblick auf Reha-Bedarf zu screenen und zu beraten, um ihnen ihre – oft geringeren – Chancen auf Teilhabe in der Gesellschaft zu erhalten.

Weitere Mediationsanalysen sollen außerdem die Rolle von Gesundheitskompetenz in der Beziehung von Bildung und Reha-Wunsch näher untersuchen, da die Ergebnisse hier Auffälligkeiten zeigten.

Referenzen

- [1] Deck R, Träder J-M, Raspe H. Identifikation von potenziellem Reha-Bedarf in der Hausarztpraxis. Idee und Wirklichkeit. Rehabilitation (Stuttg) 2009; 48: 73–83.
 [2] Raspe H, Ekkernkamp M, Matthis C, et al. Bedarf an rehabilitativen Leistungen. Theorie und Empirie. Rehabilitation (Stuttg) 2005; 44: 325–334.
 [3] Schröder CC, Breckenkamp J, du Prel J-B. Welche Babyboomer haben einen Wunsch nach einer Rehabilitation? lidA-Factsheet 2020 30. Wuppertal: Lehrstuhl für Arbeitswissenschaften; 2020. (noch nicht veröffentlicht)
 [4] Breckenkamp J, Schröder CC, du Prel J-B. Gesundheitskompetenz älterer Beschäftigter in Deutschland - Ergebnisse der lidA-Studie. lidA-Factsheet 2021 07. Wuppertal: Lehrstuhl für Arbeitswissenschaften; 2021. (noch nicht veröffentlicht)
 [5] Nübling et al. Entwicklung eines Verfahrens zur Berechnung der körperlichen und psychischen Summenskalen auf Basis des SOEP-SF 12 (Algorithmus). Data Documentation No. 16. Berlin: Deutsches Institut für Wirtschaftsforschung; 2006. URL: https://www.diw.de/documents/publikationen/73/diw_01.c.44987.de/diw_datadoc_2006-016.pdf

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: CC Schröder, J Breckenkamp, JB du Prel

lidA
 leben in der Arbeit



www.lidA-studie.de

www.arbwiss.uni-wuppertal.de