

HINTERGRUND

- Der Anteil an Beschäftigten mit schlechter Gesundheit und Rehabilitationsbedarf wird im Zuge des demographischen Wandels steigen
- Ältere Beschäftigte mit Migrationshintergrund (BmM) nehmen bei schlechter Gesundheit vermehrt eine Erwerbsminderungsrente, jedoch seltener REHA-Leistungen in Anspruch als Beschäftigte ohne Migrationshintergrund (BoM) [1]

Fragestellungen: Haben BmM einen anderen Reha-Bedarf als BoM und unterscheidet sich die Inanspruchnahme in Abhängigkeit vom Bedarf?

METHODEN

Stichprobe: N = 3897 sozialversicherungspflichtige Erwerbstätige (1959 und 1965 geboren), die 2011 und 2014 an der lidA (leben in der Arbeit)-Kohortenstudie teilgenommen haben. Für selektiven Loss to follow-up wurde gewichtet.

Migrationsstatus (BmM): Deutsche G1 (erste Generation), Ausländische G1, G2 (zweite Generation) vs. BoM

Abhängige Variable: Reha-Inanspruchnahme (ja/nein)

Unabhängige Variablen:

- Reha-Bedarf (Summenscore von 0 bis 15, orientiert an [2], siehe rechts)
- Kontrollvariablen: Alter, Geschlecht, Bildung

Analyse: Chi²-Test, ANOVA, multiple logistische Regression stratifiziert nach Migrationsstatus



REHA-BEDARF - EINE SUMME VIELER FAKTOREN

Kategorie aus [2]	Zugeordnete Variablen/Ausprägung in lidA
Zugrundeliegende Erkrankung	<ul style="list-style-type: none"> • Auftreten von Krankheiten (letzte 12 Monate) • Vorhandensein einer Einschränkung/Behinderung
Funktions-einschränkungen	<ul style="list-style-type: none"> • Schlechte körperliche Gesundheit (SF-12) • Häufige Einschränkung durch Schmerzen
Psychische Symptome	<ul style="list-style-type: none"> • Schlechte psychische Gesundheit (SF-12)
Beeinflussbare Risikofaktoren	<ul style="list-style-type: none"> • BMI > 30 • Wenig/kein Sport oder Bewegung in der Freizeit • Regelmäßiges Rauchen zum Befragungszeitpunkt
Therapie	<ul style="list-style-type: none"> • Therapieungünstige Arbeitszeiten
Ungünstige Arbeitseinflüsse	<ul style="list-style-type: none"> • Niedrige Arbeitsfähigkeit (WAI-Dimension 2 < 8) • Hoher Arbeitsstress (ERI) • Mind. eine physische Arbeitsexposition über die Hälfte der Arbeitszeit
Arbeitsunfähigkeit	<ul style="list-style-type: none"> • Arbeitsunfähigkeit > 30 Tage • festgestellte verminderte Erwerbs- oder Berufsunfähigkeit • Angabe von „längerer Krankheit“ bei der Frage nach der Erwerbstätigkeit
Motivation	Keine Variable zuordenbar

ERGEBNISSE

Reha-Bedarf

- Der Scoremittelwert war am höchsten bei ausländischen und deutschen G1, gefolgt von G2 und BoM (s.u. Abb. 1)
- Die ANOVA auf Mittelwertsunterschiede war signifikant ($p < 0,001$)

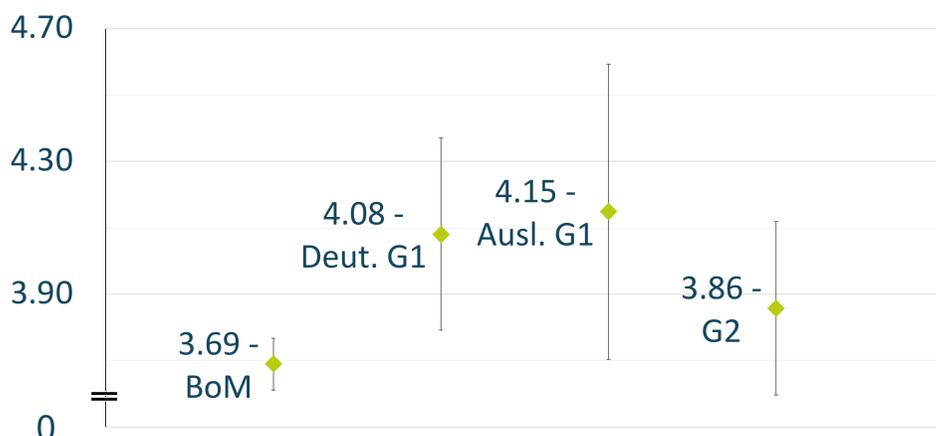


ABB.1: ARITHMETISCHE MITTELWERTE UND 95%-KONFIDENZ-INTERVALLE DES SUMMENSORES FÜR REHA-BEDARF

Reha-Inanspruchnahme

- Signifikante Unterschiede bei der Inanspruchnahme ($p=0.009$): G2 und deutsche G1 (ca. 17%) vs. BoM (12%) vs. ausländische G1 (11%)
- Eine Erhöhung des Bedarfs (Abb. 2) zeigte sich als signifikant prädiktiv für eine Reha-Inanspruchnahme in allen Gruppen (s.u. Abb. 2)

Adj. Odds Ratio (95% KI)

BoM (n=3208)	1,25 (1,19-1,31)
Deutsche G1 (n=276)	1,25 (1,10-1,43)
Ausländische G1 (n=127)	2,02 (1,40-2,91)
G2 (n=279)	1,30 (1,12-1,50)

ABB.2: EINFLUSS VON REHA-BEDARF AUF DIE REHA-INANSPRUCHNAHME NACH BOM UND BMM

FAZIT

- In der logistischen Regression schienen alle Gruppen eine bedarfsgerechte Nutzung der Rehabilitation zu zeigen
- Die detaillierte Betrachtung der Verteilung von Bedarf und Inanspruchnahme in den jeweiligen Gruppen zeigt aber, dass Unter- und Überversorgung in fast allen Gruppen koexistieren (Detailanalyse nicht gezeigt)
- Um diese zu verhindern, sollte die bedarfsgerechte Inanspruchnahme bei allen Beschäftigten erhöht werden z.B. durch bessere Information, Abbau von Barrieren und/oder standardisierte Bedarfsermittlung

LITERATUR

- [1] Schott, T., Razum, O. (2013): Migration und medizinische Rehabilitation. Weinheim: Beltz Juventa Verlag. 92–104.
[2] Deck, R., Träder, J.-M., Raspe, H. (2009): Identifikation von potenziellem Reha-Bedarf in der Hausarztpraxis: Idee und Wirklichkeit. Die Rehabilitation, 48. 73–83.

