



Inanspruchnahme medizinischer Rehabilitation durch ältere Beschäftigte- Ergebnisse aus der 4. Welle der lidA-Studie

J.-B. du Prel

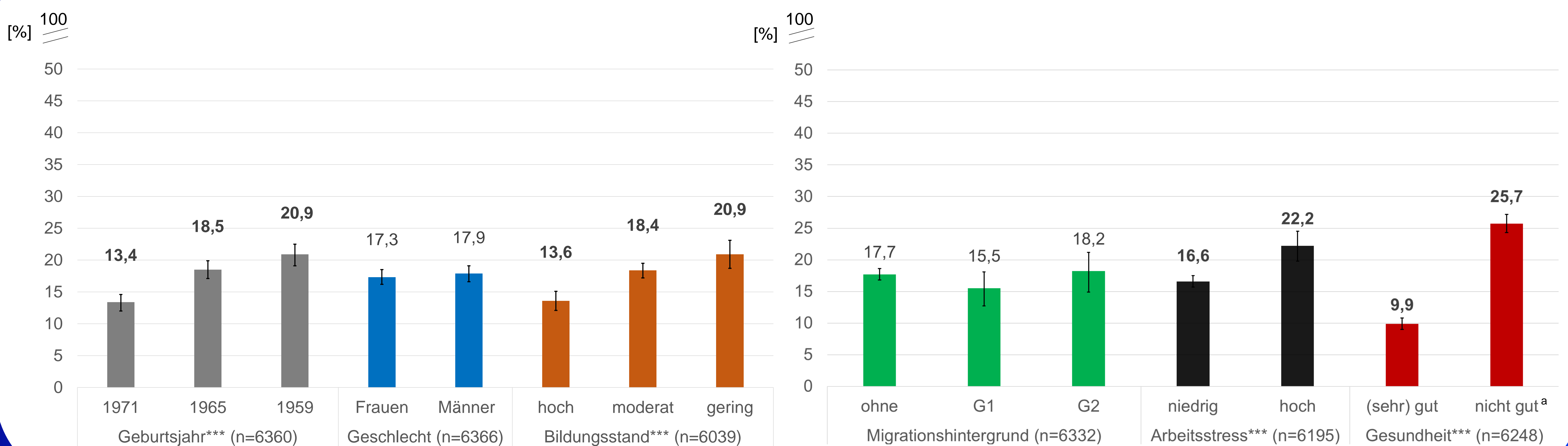
Hintergrund

- Im Zuge des demographischen Wandels steigt der Anteil älterer Beschäftigter. Medizinische Rehabilitation wird damit immer wichtiger für den Erwerbsverbleib.
- Damit medizinische Rehabilitation wirksam werden kann, ist deren Inanspruchnahme grundlegend.
- Nach dem Modell von Andersen (1995) hängt die Inanspruchnahme von gesundheitsbezogenen Versorgungsleistungen neben prädisponierenden und befähigenden Faktoren v.a. vom subjektiven Bedarf ab.
- Ziel ist es die Häufigkeit der Inanspruchnahme medizinischer Rehabilitation durch ältere Beschäftigte darzustellen und Einflussgrößen der Inanspruchnahme zu analysieren.

Methodik

- Analysiert wurden Daten von 7736 sozialversicherten Beschäftigten der Jahrgänge 1959, 1965 und 1971 der 4. Welle der lidA(leben in der Arbeit)-Studie 2022/2023.
- Die Beschreibung der Häufigkeitsverteilung medizinischer Reha-Inanspruchnahme erfolgte mittels Balkendiagrammen mit 95%-Konfidenzintervallen.
- Der Einfluss von Alter, Geschlecht, Bildung, Migrationshintergrund, subjektiver Gesundheit (SF-12) und Arbeitsstress (ERI-Ratio) auf die medizinische Reha-Inanspruchnahme in den letzten vier Jahren wurde analysiert.
- Dabei kam die blockweise multiple logistische Regression incl. Interaktionstestung mittels ‚Complete Case Analysis‘ zur Anwendung.

Abb. 1 Inanspruchnahme medizinischer Rehabilitation nach Soziodemographie, Arbeitsstress & Gesundheit [%]



Abk.: G1 = 1. Generation; G2 = 2. Generation; ^a Gesundheit "nicht gut" = "zufriedenstellend – sehr schlecht"; Fehlerbalken = 95%-Konfidenzintervall; ***p < 0,001

Tab. 1 Blockweise multiple logistische Regressionsanalyse auf medizinische Reha-Inanspruchnahme (N=7074)

	Modell 1 [OR (95%-KI)]	Modell 2 [OR (95%-KI)]	Modell 3 [OR (95%-KI)]
Geburtsjahr (1971)	(Ref.)	(Ref.)	(Ref.)
1965	1,41 (1,21-1,65)***	1,41 (1,20-1,64)***	1,32 (1,12-1,54)***
1959	1,69 (1,44-1,99)***	1,73 (1,47-2,03)***	1,55 (1,32-1,83)***
Geschlecht (weiblich)	(Ref.)	(Ref.)	(Ref.)
männlich	1,05 (0,93-1,19)	1,08 (0,95-1,23)	1,08 (0,95-1,22)
Bildung (hoch)	(Ref.)	(Ref.)	(Ref.)
moderat	1,46 (1,25-1,71)***	1,45 (1,24-1,70)***	1,29 (1,10-1,52)**
gering	1,67 (1,38-2,02)***	1,66 (1,37-2,01)***	1,34 (1,10-1,63)**
Migrationshintergrund (ohne)	(Ref.)	(Ref.)	(Ref.)
G1	0,88 (0,69-1,11)	0,88 (0,67-1,11)	0,83 (0,66-1,06)
G2	1,04 (0,83-1,31)	1,05 (0,83-1,32)	1,03 (0,82-1,31)
Arbeitsstress (gering)		(Ref.)	(Ref.)
hoch		1,47 (1,25-1,72)***	1,17 (0,99-1,38) ^T
Gesundheit (gut – sehr gut)			(Ref.)
zufriedenstellend – sehr schlecht			2,98 (2,60-3,41)***
Nagelkerkes R²	0,018	0,023	0,083

Abk.: G1 = 1. Generation; G2 = 2. Generation; OR = Odds Ratio; KI = Konfidenzintervall; Ref. = Referenz; R² = Bestimmtheitsmaß; ^T Tendenz zur Signifikanz; **p < 0,01; ***p < 0,001

Ergebnisse

- 17,6 % der älteren Beschäftigten nahmen in den letzten 4 Jahren medizinische Rehabilitationsmaßnahmen (13,2 % stationär, 4,4 % ambulant) in Anspruch.
- Die Chance der Inanspruchnahme steigt mit zunehmendem Alter und abnehmendem Bildungsstand.
- Weitere Einflussfaktoren sind ein schlechter subjektiver Gesundheitszustand, als stärkster Prädiktor, und hoher Arbeitsstress.
- Arbeitsstress zeigte im multiplen Modell nach Adjustierung für subjektive Gesundheit nur noch eine Tendenz zur Signifikanz.
- Ein Alters- und Bildungsgradient in der Inanspruchnahme zeigt sich auch nach Adjustierung für subjektive Gesundheit und Arbeitsstress.
- Signifikante Interaktionen (nicht dargestellt) zwischen Bildung und Geschlecht, Alter, Migrationshintergrund, Gesundheit oder Arbeitsstress finden sich nicht.

Schlussfolgerung/Ausblick

- Erwartungsgemäß ist subjektive Gesundheit als Bedarfsproxy der stärkste Prädiktor der medizinischen Reha-Inanspruchnahme (vgl. Pfaff et al. 2017).
- Alters- und Bildungsunterschiede in der Reha-Inanspruchnahme sind bei älteren Beschäftigten nur teilweise durch subjektive Gesundheit erklärbar.
- Die Varianzaufklärung von Arbeitsstress durch subjektive Gesundheit bezüglich Reha-Inanspruchnahme ist u.a. erklärlich durch deren Assoziation mit depressiven (Rugulies et al. 2017) und kardiovaskulären Erkrankungen (Dragano et al. 2017).
- Hinsichtlich der Varianzaufklärung durch die vorliegende Modellbildung gilt es weitere Determinanten der Reha-Inanspruchnahme zu identifizieren. Hier ist in erster Linie an befähigende individuelle und kontextuelle Faktoren zu denken.
- Im Zukunft soll zudem näher untersucht werden, inwieweit die Inanspruchnahme den Bedarf an medizinischer Rehabilitation bei älteren Beschäftigten deckt.

Referenzen

Andersen RM (1995). J Health Soc Behav 36(1):1-10. PMID: 7738325. Dragano N et al. (2017). Epidemiology 28(4): 619-626. doi: 10.1097/EDE.0000000000000666. Pfaff et al. Lehrbuch Versorgungsforschung. 2. Aufl. Schattauer 2017. ISBN 978-3-7945-3236-0. Rugulies R et al. (2017). Scand J Work Environ Health 43(4): 294-306. doi: 10.5271/sjweh.3632.

Kontakt:

PD Dr. Jean-Baptist du Prel, M.P.H.
Fachgebiet Arbeitswissenschaft

Bergische Universität Wuppertal
E-mail: duprel@uni-wuppertal.de

Infos zur lidA-Studie:
www.lidA-studie.de

Gefördert mit Mitteln der Deutschen
Rentenversicherung Bund (DRV Bund)