SSOAR

Open Access Repository
www.ssoar.info

# Berufliche Rehabilitation von Menschen mit Behinderungen: Einfluss auf Gesundheit und Erwerbsintegration

Reims, Nancy

Veröffentlichungsversion / Published Version
Dissertation / phd thesis

**Zur Verfügung gestellt in Kooperation mit / provided in cooperation with:**
W. Bertelsmann Verlag

**Empfohlene Zitierung / Suggested Citation:**
Reims, N. (2016). *Berufliche Rehabilitation von Menschen mit Behinderungen: Einfluss auf Gesundheit und Erwerbsintegration.* (IAB-Bibliothek (Dissertationen), 360). Bielefeld: W. Bertelsmann Verlag. https://doi.org/10.3278/300912w

**Nutzungsbedingungen:**
*Dieser Text wird unter einer CC BY-SA Lizenz (Namensnennung-Weitergabe unter gleichen Bedingungen) zur Verfügung gestellt. Nähere Auskünfte zu den CC-Lizenzen finden Sie hier: https://creativecommons.org/licenses/by-sa/4.0/deed.de*

**Terms of use:**
*This document is made available under a CC BY-SA Licence (Attribution-ShareAlike). For more Information see: https://creativecommons.org/licenses/by-sa/4.0*

gesis Leibniz-Institut für Sozialwissenschaften

Mitglied der Leibniz-Gemeinschaft

Diese Version ist zitierbar unter / This version is citable under:
https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:0168-ssoar-65281-2

Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung
Die Forschungseinrichtung der Bundesagentur für Arbeit
IAB

# IAB-Bibliothek

360

Die Buchreihe des Instituts für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung

# Berufliche Rehabilitation von Menschen mit Behinderungen

## Einfluss auf Gesundheit und Erwerbsintegration

Nancy Reims

Dissertationen

wbv

Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung
Die Forschungseinrichtung der Bundesagentur für Arbeit

IAB

IAB-Bibliothek 360
Die Buchreihe des Instituts für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung

# Berufliche Rehabilitation von Menschen mit Behinderungen

## Einfluss auf Gesundheit und Erwerbsintegration

Nancy Reims

Dissertationen

wbv

**Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek**

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über http://dnb.ddb.de abrufbar.

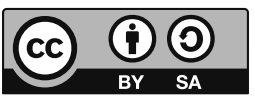
Inaugural-Dissertation der Humanwissenschaftlichen Fakultät der Universität zu Köln zur Erlangung des akademischen Grades eines Doktors der Heilpädagogik und Rehabilitationswissenschaften (Dr. phil.)

angenommen im Dezember 2015

unter dem Titel „Berufliche Rehabilitation in Deutschland und deren Einfluss auf die Arbeitsmarktintegration von Menschen mit Behinderungen"

Erstgutachterin: Prof. Dr. Mathilde Niehaus
Zweitgutachterin: Prof. Dr. Monika Jungbauer-Gans

Dieses E-Book ist auf dem Grünen Weg Open Access erschienen. Es ist lizenziert unter der CC-BY-SA-Lizenz.




**Herausgeber der Reihe IAB-Bibliothek:** Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung der Bundesagentur für Arbeit (IAB), Regensburger Straße 104, 90478 Nürnberg, Telefon (09 11) 179-0 ■ **Redaktion:** Martina Dorsch, Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung der Bundesagentur für Arbeit, 90327 Nürnberg, Telefon (09 11) 179-32 06, E-Mail: martina.dorsch@iab.de ■ **Gesamtherstellung:** W. Bertelsmann Verlag, Bielefeld (wbv.de) ■ **Rechte:** Kein Teil dieses Werkes darf ohne vorherige Genehmigung des IAB in irgendeiner Form (unter Verwendung elektronischer Systeme oder als Ausdruck, Fotokopie oder Nutzung eines anderen Vervielfältigungsverfahrens) über den persönlichen Gebrauch hinaus verarbeitet oder verbreitet werden.

© 2016 Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung, Nürnberg/
W. Bertelsmann Verlag GmbH & Co. KG, Bielefeld

In der „IAB-Bibliothek" werden umfangreiche Einzelarbeiten aus dem IAB oder im Auftrag des IAB oder der BA durchgeführte Untersuchungen veröffentlicht. Beiträge, die mit dem Namen des Verfassers gekennzeichnet sind, geben nicht unbedingt die Meinung des IAB bzw. der Bundesagentur für Arbeit wieder.

ISBN 978-3-7639-4107-0 (Print)
ISBN 978-3-7639-4108-7 (E-Book)
Best.-Nr. 300912 www.iabshop.de www.iab.de

# Inhalt


**Abbildungsverzeichnis** ..... **5**

**Tabellenverzeichnis** ..... **7**

**Danksagung** ..... **9**

**1 Einleitendes Rahmenpapier** ..... **11**

1.1 Berufliche Rehabilitation – ein Überblick ..... 14

1.1.1 Träger der beruflichen Rehabilitation in Deutschland ..... 14

1.1.2 Definition und Klassifikation von Behinderung ..... 15

1.1.3 Erst- und Wiedereingliederung ..... 19

1.1.4 Erkennen eines Reha- Bedarfs ..... 20

1.1.5 Anerkennen eines Reha-Bedarfs ..... 22

1.1.6 Maßnahmeauswahl und -vergabe ..... 23

1.1.7 Ziel der beruflichen Rehabilitation ..... 24

1.2 Theoretische Einbettung des Dissertationsthemas ..... 24

1.2.1 Gesellschaftliche Einbettung beruflicher Rehabilitation durch die Systemtheorie ..... 26

1.2.1.1 Systeme, binäre Codes und strukturelle Kopplungsprozesse ..... 26

1.2.1.2 Normierung der Verhaltenserwartungen und Sanktionierung ..... 29

1.2.1.3 Reaktion auf Irritationen und Vermeidung von Sanktionierungen ..... 31

1.2.1.4 Resümee ..... 32

1.2.2 Mikrosoziologische Theorien zur Erklärung verringerter Erwerbsintegration ..... 34

1.2.2.1 Signalwirkung und statistische Diskriminierung ..... 35

1.2.2.2 Stigma und Stigmatisierung ..... 37

1.2.2.3 Resümee ..... 38

1.2.3 Medizinsoziologische und epidemiologische Erklärungsansätze für den Zusammenhang von Gesundheit und Erwerbsstatus ..... 39

1.2.3.1 Selektion und Kausalität ..... 40

1.2.3.2 Die Inkongruenzhypothese ..... 40

1.2.3.3 Das Vitaminmodell ..... 41

1.2.3.4 Resümee ..... 43

1.3 Zentrale Hintergrundstudien für die Dissertationsstudien ..... 43

1.4 Datensatzbeschreibung ..... 46

1.5 Methodische Problemstellungen und Lösungsansätze bei der Umsetzung der Forschungsfragen der Dissertationspapiere ..... 49

1.5.1 Übergangsprozesse in den Arbeitsmarkt bei Ausbildungs-absolventen ..... 49

| | | |
|---|---|---|
| 1.5.2 | (Unbeobachtete) Heterogenität bei der Schätzung der Gesundheit | 52 |
| 1.5.3 | Umgekehrte Kausalität zwischen Gesundheit und Arbeitsmarktstatus | 54 |
| **2** | **Vocational rehabilitation of disabled people in Germany. A systemstheoretical perspective** | **57** |
| | Abstract | 57 |
| 2.1 | Introduction | 58 |
| 2.2 | The framework of vocational rehabilitation in Germany | 60 |
| 2.3 | Mechanisms of inclusion and exclusion | 63 |
| 2.4 | The multi-level structure of vocational rehabilitation | 66 |
| 2.5 | Conclusion and outlook | 69 |
| **3** | **Übergang junger Rehabilitanden von der Ausbildung in den Arbeitsmarkt** | **71** |
| | Zusammenfassung/Abstract | 71 |
| 3.1 | Hintergrund | 72 |
| 3.2 | Design der Reha-Panel-Studie | 73 |
| 3.3 | Resümee | 81 |
| 3.4 | Einschätzung der Ergebnisse vor dem Hintergrund anderer Studien zu diesem Thema | 82 |
| **4** | **Labour market status and well-being in the context of return to work after vocational rehabilitation in Germany** | **85** |
| | Abstract | 85 |
| 4.1 | Introduction | 86 |
| 4.2 | Theoretical Background | 87 |
| 4.3 | Research State | 88 |
| 4.4 | Data | 89 |
| 4.5 | Informed Consent | 91 |
| 4.6 | Statistical Method | 91 |
| 4.7 | Results | 92 |
| 4.8 | Sensitivity Analysis | 100 |
| 4.9 | Discussion | 104 |
| 4.10 | Conclusion | 106 |
| 5 | Eigenanteil an den Papieren | 107 |
| 6 | Ausblick auf künftige Forschung unter Berücksichtigung der Ergebnisse aus den Dissertationsstudien | 109 |
| Literatur | | 113 |
| Kurzfassung | | 125 |
| Abstract | | 127 |

## Abbildungsverzeichnis


Abbildung 1: Bio-psycho-soziales Modell und Interdependenzen zwischen den Konzepten der ICF ..... 17

Abbildung 2: Systeme und Unterebenen – eigene Darstellung angelehnt an Luhmann (1984) und Lohse (2009) ..... 27

Abbildung 3: Different Levels of Vocational Rehabilitation and its Representatives ..... 60

Abbildung 4: Influencing Factors on the Process of Vocational Rehabilitation ..... 66

Abbildung 5: Dauer bis zum Arbeitsmarkteintritt (oben) und Dauer der ersten Beschäftigung (unten) ..... 80

Abbildung 6: Marginal effects for different labour market measures (current LMS, current LMS instrumented by LMS 12 months before the survey, LMS 6 months and 12 months before the survey) estimating physical, mental and general health ..... 98

Abbildung 7: Marginal effects of the interaction between LMS & level of occupational limitation due to disability in estimating physical, mental and general health ..... 99

## Tabellenverzeichnis


Tabelle 1: Deskriptionen zur Population ..... 76

Tabelle 2: Multivariate Modelle zum Übergang aus beruflicher Ausbildung (Modell I) und zur Nachhaltigkeit der ersten Beschäftigungsphase (Modell II) ..... 79

Table 3: Description of analysis sample in terms of gender, age, age of the onset of disability, type of disability, number of job changers, type of main programme during vocational rehabilitation, and mean employment experience including weighted proportions, weighted and unweighted totals ..... 93

Table 4: Measuring physical health using different measures of LMS (current LMS (model A), LMS 6 (model B) and 12 months (model C) before the survey, current LMS instrumented by a 12 months lag of the LMS (model D)) and an interaction between level of vocational rehabilitation and current LMS (model E), LMS 6 months (model F) and LMS 12 months (model G) before the survey ..... 95

Table 5: Measuring mental health using different measures of LMS (current LMS (model A), LMS 6 (model B) and 12 months (model C) before the survey, current LMS instrumented by a 12 months lag of the LMS (model D)) and an interaction between level of vocational rehabilitation and current LMS (model E), LMS 6 months model F) and LMS 12 months (model G) before the survey ..... 96

Table 6: Measuring general health using different measures of LMS (current LMS (model A), LMS 6 (model B) and 12 months (model C) before the survey, current LMS instrumented by a 12 months lag of the LMS (model D)) and an interaction between level of vocational rehabilitation and current LMS (model E), LMS 6 months (model F) and LMS 12 months (model G) before the survey ..... 97

Table 7: Measuring physical health using the current LMS for the female (model A) and the male population (model B) and for those completing a main rehabilitation programme during 2008 or 2009 (referred to as reduced population) (model C); furthermore physical health is measured using an interaction effect between the current LMS and the level of occupational limitation due to disability for women (model D) and men (model E) and the reduced population (model F) ..... 101

Table 8: Measuring mental health using the current LMS for the female (model A) and the male population (model B) and for those completing a main rehabilitation programme during 2008 or 2009 (referred to as reduced population) (model C); furthermore mental health is measured using an interaction effect between the current LMS and the level of occupational limitation due to disability for women (model D) and men (model E) and the reduced population (model F) ..... 102

Table 9: Measuring general health using the current LMS for the female (model A) and the male population (model B) and for those completing a main rehabilitation programme during 2008 or 2009 (referred to as reduced population) (model C); furthermore general health is measured using an interaction effect between the current LMS and the level of occupational limitation due to disability for women (model D) and men (model E) and the reduced population (model F) ..... 103

## Danksagung

Diese Dissertation wurde unter dem Titel „Berufliche Rehabilitation in Deutschland und deren Einfluss auf die Arbeitsmarktintegration von Menschen mit Behinderungen" von der Humanwissenschaftlichen Fakultät der Universität zu Köln im Dezember 2015 angenommen.

Ich möchte mich bei zahlreichen Menschen bedanken, die mich bei meiner Dissertation unterstützt haben. Zu allererst richtet sich mein Dank an Prof. Dr. Mathilde Niehaus, meiner Erstgutachterin, die mich während der gesamten Promotionszeit betreut und beraten hat. Ebenso möchte ich meiner Zweitgutachterin Prof. Dr. Monika Jungbauer-Gans danken, die mich im letzten Jahr meiner Promotion sehr zuverlässig, unkompliziert und tatkräftig unterstützt hat. Das Stipendium im Rahmen des Graduiertenkollegs des Instituts für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung (IAB) und der WISO der Universität Erlangen-Nürnberg (GradAB) hat mir eine finanziell und perspektivisch sichere Promotionszeit ermöglicht. Darüber hinaus habe ich durch den offiziellen und inoffiziellen Austausch unter den Stipendiaten wichtige Anmerkungen zu meiner Arbeit erhalten. Auch bei ihnen möchte ich mich ausdrücklich bedanken! Für fachliche Anmerkungen, Austausch und Hilfe bei so manchen bürokratischen Fragen möchte ich mich bei meinen Mitstreitern im Doktorandenkolloquium am Lehrstuhl Arbeit und Berufliche Rehabilitation bedanken: Jana Bauer, Prof. Dr. Ricardo Baumann, Stephanie Kohl, Sabrina Weller, und Gudrun Vater. Als GradAB-Mentoren standen mir Stefan Bender und insbesondere Angela Rauch mit Rat, Tat und Motivation zur Seite. Die regelmäßigen Treffen haben sehr dazu beigetragen, meiner Promotion Struktur und Antrieb zu verleihen. Die Dissertationsartikel meiner Promotion wurden in Ko-Autorenschaft verfasst. Für die konstruktive und kollegiale Zusammenarbeit bedanke ich mich ganz herzlich bei Ulrike Bauer, Stefan Gruber und Dr. Stefan Zapfel. Durch kritische Mitlese und äußerst hilfreiche Anmerkungen beim Rahmenpapier wurde ich im Besonderen durch Angela Rauch, Anita Tisch, Silke Tophoven und Dr. Stefan Zapfel unterstützt. Danke für eure Zeit und Hilfe! Zuletzt möchte ich mich noch bei meinen Eltern und insbesondere bei meiner Mutter bedanken, die immer hinter mir stand und mich in meinem Weg bekräftigt hat. Ich möchte aber auch meinem Ehemann danken, der mich nicht nur bei der Formatierung der Arbeit tatkräftig und de-eskalierend unterstützt hat, sondern immer eine wichtige seelische Unterstützung für mich ist!

# 1 Einleitendes Rahmenpapier

15 Prozent der Weltbevölkerung haben nach offiziellen Angaben der Weltgesundheitsorganisation (WHO) eine Behinderung (WHO 2011). So werden Menschen mit Behinderungen häufig als die größte Minderheit der Welt bezeichnet. Dieser Ausdruck verweist auf den hohen Anteil dieser Personengruppe an der (Welt-)Bevölkerung. Generell gilt diese Minderheit, die nur in weit entwickelten Ländern gut organisierte Interessensvertretungen aufweist, als besonders durchlässig, da im Grunde jeder und jede aufgrund eines Unfalls oder einer Krankheit potenziell eine Behinderung entwickeln kann. Auch wenn Behinderungen häufig erst im (Renten-)Alter auftreten (Bäcker et al. 2008), ist ein nicht zu vernachlässigender Anteil der Menschen mit Behinderungen im erwerbsfähigen Alter. Von den insgesamt 9,6 Millionen Personen in Deutschland mit einer beim Versorgungsamt anerkannten Behinderung[1] gehören 2,6 Millionen (27 Prozent) Personen in Deutschland zu den Erwerbspersonen (Pfaff 2012). Erwerbspersonen ohne amtliche Behinderung sind zu knapp 80 Prozent erwerbstätig; bei den behinderten Erwerbspersonen liegt dieser Anteil lediglich bei 52 Prozent (Pfaff 2012).

Um dem gesetzlichen Gleichheitsgebot (§ 1 BGG und § 1 GG) zu entsprechen, das in gesellschaftlichen Werten wie Freiheit und Gleichheit begründet liegt und ebenso auf die Arbeitsmarktteilnahme Bezug nimmt (UN-BRK 2008), haben sich gesellschaftliche Hilfestrukturen herausgebildet. Ein sehr wichtiges Beispiel für eine solche gesetzliche Hilfestruktur ist die berufliche Rehabilitation behinderter Menschen. Die Teilhabe am Arbeitsleben gilt als wichtiger Faktor für eine umfassende Teilhabe am gesellschaftlichen Leben insgesamt und definiert zu einem großen Teil die Platzierung im sozialen Gefüge.

Die vorliegende Dissertation betrachtet Menschen mit Behinderung[2] in Deutschland und dabei insbesondere Personen, die eine berufliche Rehabilitation in Trägerschaft der Bundesagentur für Arbeit (BA) absolviert haben. Die BA kommt dann für die Kosten der beruflichen Rehabilitation auf, wenn eine Person weniger als 15 Jahre sozialversicherungspflichtig beschäftigt ist und kein anderer Träger zuständig ist (Dony et al. 2012; Bundesagentur für Arbeit 2015). Nach § 33 Sozialgesetzbuch (SGB) IX hat die berufliche Rehabilitation dabei die Verbesserung und/oder (Wieder-)Herstellung von Erwerbsfähigkeit und dauerhafter Teilhabe am Arbeitsleben zum Ziel. Diese durch besondere arbeitsmarktpolitische

1 Menschen mit einer Behinderung können beim Versorgungsamt einen Antrag stellen, den Grad ihrer Behinderung feststellen und amtlich anerkennen zu lassen, um damit verbundene Rechte (z. B. ein besonderer Kündigungsschutz, steuerliche Vergünstigungen, Vergünstigungen im Nahverkehr etc.) in Anspruch nehmen zu können.

2 Zum Zweck der besseren Lesbarkeit wird im Folgenden nur noch von Menschen mit Behinderung gesprochen. Darunter sind jedoch auch Personen subsummiert, denen eine Behinderung droht.

Leistungen geförderten Personen werden als berufliche Rehabilitanden[3] bezeichnet. Die berufliche Rehabilitation gilt im rechtlichen Sinne als erfolgreich, wenn im Anschluss an die berufliche Rehabilitation eine sozialversicherungspflichtige oder selbständige Beschäftigung von einer Dauer von mindestens sechs Monaten aufgenommen wird. Von einer Eingliederung in den ersten Arbeitsmarkt im Rahmen eines staatlich ungeförderten Erwerbsverhältnisses wird die Eingliederung in den zweiten Arbeitsmarkt unterschieden – bei dem der Arbeitsplatz mit einer staatlichen Förderung subventioniert ist (z. B. eine Beschäftigung in einer Werkstatt für behinderte Menschen (WfbM)). Die Eingliederung in den ersten Arbeitsmarkt nach Beendigung der beruflichen Rehabilitation, die aus eigener Kraft der Rehabilitanden und ohne monetäre Anreizsysteme oder „Ausgleichszahlungen" an den Arbeitgeber zustande gekommen ist, ist dabei das primäre Ziel der fördernden Institutionen (und in den meisten Fällen vermutlich auch das der Rehabilitanden). Des Weiteren kann die berufliche Rehabilitation natürlich auch als sozialpolitische Investition in das Beschäftigungspotenzial angesehen werden. So ist es im Sinne der Sozialpolitik, Personen in Beschäftigung zu vermitteln, die keine weiteren staatlichen Zahlungen nötig macht und die zudem Beiträge zur Sozialversicherung generiert. Dabei werden von der BA einerseits sehr junge Personen ohne Berufsausbildung gefördert, die eine *Ersteingliederung* in den Arbeitsmarkt anstreben und andererseits Personen, die bereits eine Berufsausbildung gemacht und berufliche Erfahrungen gesammelt haben und die deshalb eine *Wiedereingliederung* in den Arbeitsmarkt anstreben. Da beide Gruppen heterogene Bedürfnisse hinsichtlich der Arbeitsmarktintegration aufweisen und auf unterschiedliche Weise gefördert werden müssen, werden beide Gruppen im Rahmen dieser Dissertation immer differenziert voneinander betrachtet.

Das folgende Rahmenpapier zu den Dissertationspapieren beschreibt zunächst das sozialpolitische Instrument der beruflichen Rehabilitation und dessen Implementierung (Kapitel 1.1). Im Zuge dessen wird der Behinderungsbegriff definiert, dessen Definition eine wichtige Rolle beim Zugang zu Leistungen der beruflichen Rehabilitation zukommt. Es folgt eine übergreifende und verbindende theoretische Rahmung der Dissertationspapiere aus soziologischer Perspektive, wobei zunächst auf gesamtgesellschaftliche Erklärungszusammenhänge für die geringe Teilhabe von Menschen mit Behinderungen an vielen Bereichen der Gesellschaft eingegangen wird (Kapitel 1.2). Dies wird anhand von ausgewählten Arbeitsmarkttheorien auf Mikroebene spezifiziert und schlussendlich durch gesundheitssoziologische Theorien zum Zusammenhang zwischen Gesundheit und Erwerbsteilhabe

3 Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird im Text von Rehabilitanden gesprochen, gemeint sind allerdings Rehabilitanden und Rehabilitandinnen. Dies gilt auch für andere Personengruppen, wie Kunden, Lehrer etc.

vervollständigt. Der aktuelle Forschungsstand zum Integrationspotenzial beruflicher Rehabilitation ist in einem weiteren Kapitel zusammengefasst (Kapitel 1.3).

Im Anschluss daran werden die in den Dissertationspapieren genutzte Datengrundlage vorgestellt und die wichtigsten Variablen, die im Kontext der empirisch ausgerichteten Artikel Verwendung finden (Kapitel 1.4). Unter Berücksichtigung der verwendeten Daten widmet sich ein weiteres Kapitel der Beschreibung methodischer Problemstellungen bei der quantitativ empirischen Betrachtung von beruflichen Rehabilitanden und deren häufig unbeobachteten Heterogenität (Kapitel 1.5). Besondere Aufmerksamkeit gilt hier der Schätzung von Arbeitsmarktübergängen unter Berücksichtigung der Dauer bis zum Arbeitsmarkteintritt, der Darstellung von Lösungsansätzen zur Reduktion unbeobachteter Heterogenität bei der Schätzung von subjektiver Gesundheit und von Ansätzen zur Lösung von Endogenitätsproblemen wie der wechselseitigen Kausalität bei der Schätzung von Gesundheit und Erwerbsteilhabe.

Es folgen in Einzelkapiteln die drei Dissertationspapiere. Zusammengenommen zielen die Papiere auf eine Untersuchung dessen, wie die berufliche Rehabilitation die Erwerbsteilhabe von Menschen mit Behinderungen beeinflusst. Das erste Dissertationspapier (Gruber/Titze/Zapfel 2014: Vocational rehabilitation of disabled people in Germany. A systems-theoretical perspective; Disability and Society, 29(2); DOI: 10.1080/09687599.2013.796877) verfolgt dabei auf theoretischer Ebene die systemische Einbettung des Prozesses der beruflichen Rehabilitation in einen gesamtgesellschaftlichen Kontext auf mehreren Gesellschaftsebenen (Kapitel 2). Auf diese Weise werden Exklusionsmechanismen in gesellschaftlicher Hinsicht beleuchtet, aber auch Selektionen in den einzelnen Prozessschritten. Gleichzeitig ermöglicht die mehrdimensionale Betrachtung beruflicher Rehabilitation die Öffnung und Strukturierung des Forschungsfelds rund um die berufliche Rehabilitation. Im Anschluss an diese theoretische Rahmung beruflicher Rehabilitation, folgen erste Analysen zur Beurteilung von erfolgreicher beruflicher Rehabilitation. Hierzu werden zunächst im zweiten Dissertationspapier (Reims/Gruber 2014: Junge Rehabilitanden in der Ausbildung am Übergang in den Arbeitsmarkt; Die Rehabilitation, 53(6); DOI:10.1055/s-0034-1370986) Arbeitsmarktübergänge von Ausbildungsabsolventen der beruflichen Ersteingliederung betrachtet (Kapitel 3). Dabei wird untersucht, wie viele Rehabilitanden nach einer Ausbildung ein Beschäftigungsverhältnis aufnehmen, welche Charakteristika diese Personen aufweisen und wann eine Integration stattfindet. Um Aussagen über die Nachhaltigkeit der Arbeitsmarktintegration zu machen, wird weiterhin untersucht, wie lange die erste Erwerbsperiode nach Ende der geförderten Ausbildung anhält und von welchen Umständen dies abhängt. Um in weiterer Hinsicht den Erfolg beruflicher Rehabilitation beurteilen zu können, wird im dritten Dissertationspapier das Verhältnis von Gesundheit und Arbeits-

marktintegration von Rehabilitanden der beruflichen Wiedereingliederung untersucht (Reims/Bauer 2015: Labour Market Status and Well-Being in the Context of Return to Work After Vocational Rehabilitation in Germany; Journal of Occupational Rehabilitation, 25(3); DOI10.1007/s10926-014-9561-2) (Kapitel 4). Die Analyse betrachtet, inwiefern sich die gesundheitliche Einschätzung verändert, wenn eine Person eine Beschäftigung aufnimmt. Zusätzlich wird dabei untersucht, welchen Einfluss die subjektive Passung zwischen gesundheitlicher Einschränkung und beruflicher Tätigkeit auf die Bewertung von Gesundheitsaspekten hat.

Die Dissertationspapiere wurden in Co-Autorenschaft verfasst. In Kapitel 5 erfolgt die Darstellung des jeweiligen Eigenanteils an den Dissertationspapieren. Das abschließende Kapitel 6 liefert einen Ausblick auf zukünftige Forschung im Rückblick auf die Ergebnisse aus den Dissertationspapieren.

## 1.1 Berufliche Rehabilitation – ein Überblick

### 1.1.1 Träger der beruflichen Rehabilitation in Deutschland

Die finanzielle Zuständigkeit für die berufliche Rehabilitation ist auf unterschiedliche Institutionen verteilt. Die größten Träger beruflicher Rehabilitation sind dabei die Bundesagentur für Arbeit (BA), die Deutsche Rentenversicherung Bund und Regional (DRV) und die Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung. Die vorliegende Arbeit beschränkt sich auf Rehabilitanden, die in die finanzielle Zuständigkeit der BA fallen. Die BA ist dabei im Normalfall für diejenigen Personen zuständig, die weniger als 15 Jahre sozialversicherungspflichtig beschäftigt waren und für diejenigen, für die keiner der anderen Träger zuständig ist (Dony et al. 2012; Bundesagentur für Arbeit 2015).[4] Die Anerkennung als beruflicher Rehabilitand berechtigt Personen, die eine Behinderung aufweisen oder von einer Behinderung bedroht sind, zum Erhalt besonderer Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (LTA) (§ 2 SGB IX; § 19 SGB III). Diese arbeitsmarktpolitischen Maßnahmen sind speziell für die Belange und Bedürfnisse behinderter Menschen konzipiert. Die Betreuung der Leistungsberechtigten erfolgt in den meisten Fällen in speziellen Reha-Teams durch spezifisch geschultes Personal innerhalb einer Agentur für Arbeit (SGB III). Dies gilt auch für Personen, die in der Verantwortlichkeit der Jobcenter (SGB II)

4 Die Regelungen für die einzelnen rechtlichen Zuständigkeiten sind vielfältig und komplex. So liegt bspw. dann eine Ausnahme vor, wenn der beruflichen Rehabilitation eine medizinische Rehabilitation vorausgeht oder wenn eine Erwerbsminderungsrente bewilligt wurde. Die Zuständigkeit liegt dann nach § 11 SGB VI bei der DRV.

stehen.[5] Für alle Rehabilitanden, egal ob in SGB-II- oder SGB-III-Zuständigkeit, erfolgen dann die Planung der Förderung und die Zuweisung zu arbeitsmarktpolitischen Maßnahmen in den Agenturen für Arbeit. Die daran anschließende Vermittlung wird aber wiederum getrennt nach Zuständigkeitsbereich im Jobcenter oder bei den Agenturen für Arbeit durchgeführt (Rauch/Dornette 2009).

### 1.1.2 Definition und Klassifikation von Behinderung

In der vorliegenden Dissertation werden Rehabilitanden in der Zuständigkeit der BA untersucht, die eine Untergruppe von Personen mit Behinderungen darstellen. Je nach Kontext und je nach Nation unterscheiden sich Definitionen von Personen mit Behinderungen. Im Rahmen der beruflichen Rehabilitation in Deutschland fußt die Berechtigung für LTA auf der gesetzlichen Definition von (drohender) Behinderung, die in § 2(1) SGB IX wie folgt festgeschrieben ist:

> „Menschen sind behindert, wenn ihre körperliche Funktion, geistige Fähigkeit oder seelische Gesundheit mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate von dem für das Lebensalter typischen Zustand abweichen und daher ihre Teilhabe am Leben in der Gesellschaft beeinträchtigt ist. Sie sind von Behinderung bedroht, wenn die Beeinträchtigung zu erwarten ist."

Im gesetzlichen Kontext des SGB IX wird zunächst auf eine medizinische Definition von Behinderung und die damit verbundene Leistungs- und Funktionsfähigkeit im Vergleich zur (gesunden) Gesamtbevölkerung verwiesen, die aber zusätzlich mit einer sozialen Komponente, der eingeschränkten sozialen Teilhabe durch die Behinderung, verknüpft ist. Gerade diese Verknüpfung ist vielen Kritikern allerdings nicht explizit genug und bedarf ihrer Ansicht nach einer weiteren Überarbeitung (Welti 2014). Zudem wird eine Grenze von sechs Monaten zur Bestimmung einer dauerhaften Behinderung als zu unflexibel in der Feststellung von Behinderung kritisiert, insbesondere im Hinblick auf LTA, Barrierefreiheit und Diskriminierung (Welti 2014). Unabhängig davon, wie lange die Einschränkung besteht – ob nun vier Wochen oder eben sechs Monate – sollten keine Barrieren für Menschen mit gesundheitlichen Einschränkungen in wichtigen Bereichen des Lebens bestehen.

Die Zuweisung zum Rehabilitandenstatus ist zudem abhängig von der durch die Behinderung bedingte eingeschränkte Teilhabe am Erwerbsleben, die im SGB III

5 Die Zugehörigkeit zum SGB-II- oder SGB-III-Bereich ist durch Anspruchszeiten geregelt, die sich aus der Dauer der letzten sozialversicherungspflichtigen Beschäftigung und der Dauer der bisherigen Arbeitslosigkeit bilden. Dem SGB-II-Bereich werden auch sogenannte Aufstocker zugerechnet, die ein zu geringes Arbeits- und Haushaltseinkommen durch staatliche Unterstützung aufstocken.

unter § 19 (1) festgelegt ist und stark an den im SGB IX erwähnten Gedanken der sozialen Teilhabe gekoppelt ist:

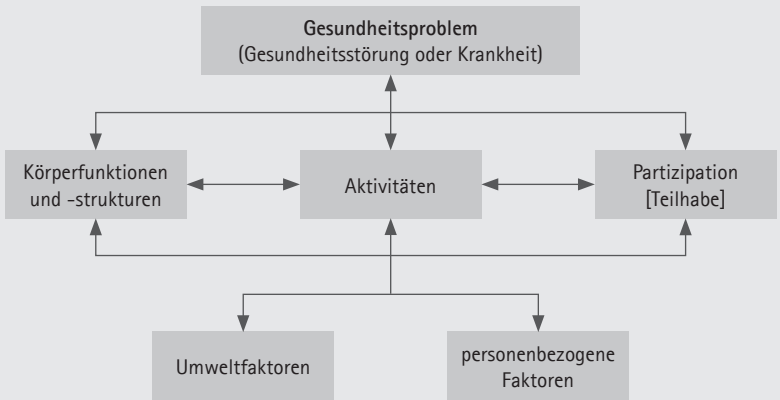
> „Behindert im Sinne dieses Buches sind Menschen, deren Aussichten, am Arbeitsleben teilzunehmen oder weiter teilzuhaben, wegen Art oder Schwere ihrer Behinderung im Sinne von § 2 Abs. 1 des Neunten Buches nicht nur vorübergehend gemindert sind und die deshalb Hilfen zur Teilhabe am Arbeitsleben benötigen, einschließlich lernbehinderter Menschen."

Diese gesetzliche Definition von Behinderung nimmt Bezug auf das individuelle Modell von Behinderung, das häufig dem (bio-psycho-)sozialen Modell von Behinderung gegenübergestellt wird (Wansing 2006). Das individuelle Modell nimmt Bezug auf das Vorliegen einer wesentlichen und dauerhaften körperlichen, seelischen und/oder geistigen Funktionsstörung einer Person, die im medizinischen Sinne geheilt oder therapiert werden muss. Im Gegensatz zum individuellen Modell sieht das soziale Modell – hauptsächlich assoziiert mit Mike Oliver (u. a. 1996) – die Behinderung als gesellschaftliches Konstrukt. Eine Person wird aufgrund einer gesundheitlichen Einschränkung durch die Gesellschaft, die sich vornehmlich auf die Bedürfnisse nicht-behinderter Menschen ausrichtet, behindert (Windisch 2014). Eine Person kann demnach eine körperliche, seelische oder geistige Funktionsstörung in medizinischer Hinsicht (*impairment*) aufweisen (individuelles Modell), die allerdings nicht zwangsläufig zu einer Behinderung (*disability*), also einer alltäglichen, gesellschaftlichen Einschränkung, führen muss (soziales Modell). Eine Benachteiligung (*handicap*) liegt dann vor, wenn eine Person aufgrund dieser Behinderung gesellschaftlich benachteiligt wird (Cloerkes/Markowetz 1997). Rehabilitation meint in diesem Sinne nicht die Wiederherstellung eines vorherigen (uneingeschränkten) Gesundheitszustandes (Welti 2014), sondern die (Wieder-) Befähigung einer Person, möglichst ganzheitlich am gesellschaftlichen Leben teilzunehmen. Arbeitsmarktintegration kann hier als ein Mittel zum Zweck verstanden werden, da die Integration in Erwerbsarbeit als eine Dimension gesellschaftlicher Teilhabe gilt (Jahoda 1982).

Da gerade im Kontext beruflicher Rehabilitation Akteure unterschiedlicher Fachrichtungen zusammenarbeiten wie etwa bei der Beantragung von LTA (Mediziner, Psychologen, Reha-Berater etc.), ist es sinnvoll, eine disziplinübergreifende Klassifikation von Behinderung und in diesem Kontext auch von Anspruchsberechtigung zugrunde zu legen. Die *International Classification of Functioning, Disability and Health* (ICF) aus dem Jahr 2001 als Ergänzung zur *International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps* (ICIDH) von 1981 knüpft an das soziale Modell von Behinderung an (Welti 2014). In der ICIDH werden medizinische Diagnosen klassifiziert, wohingegen die ICF ein Instrumentarium liefert,

das gesundheitliche Beeinträchtigungen in Wechselbeziehung setzt zu personen-, umwelt-, aktivitäts- und teilhabespezifischen Faktoren (siehe Abbildung 1). Die ICF soll als ein gemeinsames Klassifikationssystem oder -konzept für verschiedene Akteure zur Klassifizierung von Funktionsweisen und Behinderungen dienen. Der Nutzen der ICF wird als sehr vielfältig angesehen. Zum einen können mithilfe der ICF Bedarfsermittlungen in der medizinischen und beruflichen Rehabilitation durchgeführt werden. Sie soll als einheitliche Sprache zur Kommunikation über Behinderung im internationalen und interdisziplinären Kontext dienen und sie kann für Forschungszwecke genutzt werden, um Gesundheits- und Sozialpolitik weiterzuentwickeln. Die übergreifende Nutzung der ICF in der Praxis und Forschung steckt allerdings noch in den Anfängen (Escorpizo 2015).

**Abbildung 1: Bio-psycho-soziales Modell und Interdependenzen zwischen den Konzepten der ICF**




Quelle: WHO (2005).

Die einzelnen Konzepte der ICF bedingen sich gegenseitig (Interdependenzmodell), d. h. dass aus jedem Element neue (gesundheitliche) Probleme resultieren können (Heimann/Pummer 2015). Funktionsbeeinträchtigungen des Geistes oder des Körpers führen nach der ICF nicht per se zu einer Behinderung. Hat ein Gesundheitsproblem negativen Einfluss auf Körperfunktionen (z. B. Aufmerksamkeitsstörung, Antriebsstörung) und -strukturen (z. B. Verlust des Sehvermögens; Verlust von Gliedmaßen) und kommt es dadurch zusätzlich zu einer Handlungseinschränkung in den Aktivitäten (die berufliche Tätigkeit ist z. B. durch die gesundheitliche Störung beeinträchtigt) und/oder der gesellschaftlichen Teilhabe (soziale Isolation, fehlende Partizipation in bestimmten Lebensbereichen wie dem Arbeitsmarkt), liegt nach der ICF eine Behinderung vor (Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation 2006). Hat ein Gesundheitsproblem keine Auswirkungen auf wichtige Bereiche des gesellschaftlichen Lebens, führt das auch nicht

zu einer Behinderung. Auf einer weiteren Ebene der ICF werden Umweltfaktoren und personenbezogene Faktoren berücksichtigt. Während personen-externe Umweltfaktoren materielle (z. B. Mobilitätsmöglichkeiten), soziale (z. B. Familiäre Verhältnisse) und einstellungsbezogene (z. B. Beziehung zum Arbeitgeber) Gegebenheiten darstellen, setzen sich personenbezogene Faktoren aus Charakteristika des Individuums zusammen (Geschlecht, Ethnie, Gewohnheiten etc.). Beide Konzepte können zur Identifikation von Förderfaktoren zur Unterstützung bei einem (Teilhabe-)Problem herangezogen werden (z. B. Rückhalt und Unterstützung durch die Familie), können aber ebenso als Barriere fungieren (z. B. problematische Beziehung in der Familie) (Heimann/Pummer 2015). Nur die Betrachtung aller Kontextfaktoren ermöglicht der ICF zufolge die Beurteilung der tatsächlichen funktionalen Gesundheit einer Person (Heimann/Pummer 2015). Die Kombinationsmöglichkeiten aus gesundheitlicher Einschränkung und den einzelnen Komponenten sind vielfältig, sodass sich die ICF aus 1.424 Einzelkategorien zusammensetzt. Der Schweregrad der Behinderung kann zusätzlich mithilfe von fünf Abstufungen vermerkt werden. Wie genau der Schweregrad operationalisiert werden soll, ist allerdings nicht genau festgelegt (Schubert et al. 2015).

Für den Bereich der beruflichen Rehabilitation sehen Leistungsträger einen vielfältigen Nutzen der ICF bspw. im Rahmen der Bedarfsermittlung, der Planung eines Rehabilitationsverfahrens oder der Maßnahmesteuerung. Dennoch findet die ICF trotz großer Bekanntheit und breitem politischen Konsens bis dato noch keine umfassende Anwendung (Schubert et al. 2015). Zum einen ist die ICF recht komplex, sodass die Vielzahl an Einzelkategorien die Handhabung in der Praxis schwierig gestaltet. Zum anderen gilt die ICF als zu abstrakt, sodass sie nur schwer in den praktischen Alltag der beruflichen Rehabilitation zu übertragen ist (Soggeberg/Lentz 2015). Weiterhin wird an der ICF kritisiert, dass sie zu sehr die Defizite statt die Ressourcen und Fähigkeiten einer Person in den Vordergrund stellt (Soggeberg/Lentz 2015) und die berufliche Sphäre nicht ausreichend betont, wie es in der Anwendung im LTA-Bereich nötig wäre (Wallrabenstein 2015). Trotz aller Anwendungsprobleme, die die ICF derzeit noch aufweist, überwiegen die Potenziale, die dieses Instrument z. B. für die Forschung bietet, sodass vermehrt Bemühungen stattfinden, die ICF im Arbeitsalltag von Sozialleistungsträgern zu implementieren und wie es im medizinischen Kontext bereits häufig geschieht, auch im Rahmen der beruflichen Rehabilitation anzuwenden (Eser 2015). Gleichwohl wurden durch die Einführung der ICF Forderungen laut, die gesetzliche Definition von Behinderung neu zu formulieren, da sie keine individuellen Kontextfaktoren berücksichtigt und so mit der ICF als politischem Konsens nicht länger übereinstimmt (Welti 2014).

### 1.1.3 Erst- und Wiedereingliederung

Im Rahmen der beruflichen Rehabilitation im Förderbereich der BA lassen sich zunächst zwei Gruppen von Rehabilitanden unterscheiden, die sehr häufig von verschiedenen Beratungs- und Vermittlungsteams in der Agentur für Arbeit betreut werden. Die eine Gruppe besteht aus jungen Menschen in der beruflichen Ersteingliederung. Diese Personen sind nicht selten noch Schüler, wenn sie den Rehabilitationsstatus erhalten. Sie verfügen somit über keine Berufsausbildung oder generell über wenig bis keine berufliche Erfahrung und streben deshalb eine berufliche Ausbildung bzw. eine Ersteingliederung in den Arbeitsmarkt an. Zur zweiten Fördergruppe zählen Personen in der beruflichen Wiedereingliederung. Diese Personen haben bereits berufliche Erfahrungen gesammelt, können ihren Beruf allerdings aufgrund einer gesundheitlichen Einschränkung oder Behinderung gar nicht mehr oder nur noch in begrenztem Umfang ausüben. Bei dieser Gruppe ist das Ziel die Beibehaltung der vorhandenen Erwerbstätigkeit bzw. die Wiedereingliederung in den Arbeitsmarkt im Kontext einer neuen beruflichen Tätigkeit. Grundsätzlich handelt es sich in der Erst- und Wiedereingliederung um zwei vollkommen unterschiedliche Personengruppen, die unterschiedliche Bedürfnisse hinsichtlich der Förderung der Teilhabe am Arbeitsleben haben. Personen im Bereich der Ersteingliederung benötigen eine berufliche Erstausbildung bzw. die Ausbildungsreife muss zunächst hergestellt werden. Personen im Bereich der Wiedereingliederung brauchen häufiger eine Auffrischung bisheriger Kenntnisse bzw. eine berufliche Neuorientierung zum Beispiel durch eine Umschulung. Dies ist dann nötig, wenn der bisherige Beruf aufgrund der vorliegenden Behinderung nicht mehr ausgeführt werden kann oder womöglich – im Fall von bereits erwerbslosen Rehabilitanden – nicht mehr am Arbeitsmarkt nachgefragt ist. Um für Personen der Wiedereingliederung geeignete Berufe für Umschulungs- und Weiterbildungszwecke zu identifizieren, werden häufig im Vorfeld zunächst Arbeitserprobungen bzw. diagnostische Assessments zur Bestimmung behinderungsadäquater Berufe angewandt (Siebeneick-Seimetz 2015). In der Folge finden dann im Rahmen der beruflichen Rehabilitation Umschulungen oder Weiterbildungen statt, die in Vereinbarkeit mit der gesundheitlichen Einschränkung stehen und bestenfalls die Interessen und Fähigkeiten der Rehabilitanden widerspiegeln. Auch für Personen der Ersteingliederung findet im Vorfeld der Ausbildung erst einmal eine Berufsfindungsphase statt, um die häufig folgende Förderung einer beruflichen Ausbildung vorzubereiten (Dony et al. 2012). Wenn es zum Arbeitsmarktübergang kommt, werden außerdem häufig beschäftigungsschaffende Zuschüsse angewandt, um Arbeitgebern einen Anreiz zu geben, sich von der Leistungsfähigkeit des Rehabilitanden zu überzeugen, ohne ein erhöhtes finanzielles Risiko

bei der Stellenbesetzung einzugehen (Dony et al. 2012). Innerhalb der Gruppe der Rehabilitanden (meist im Rahmen der Wiedereingliederung) finden sich allerdings auch Personen, die bereits mit vergleichsweise kostengünstigen und kurzen Maßnahmen eine Arbeitsmarkteingliederung erreichen können. Dies sind beispielsweise Personen, die sich noch in einem Beschäftigungsverhältnis befinden und lediglich eine Anpassung des täglichen Arbeitsumfeldes benötigen (z. B. ein leidensgerechter Schreibtisch oder Bürostuhl). Andere dagegen erhalten beispielsweise eine geschulte Person zur Arbeitsassistenz, um eine weitere Beschäftigung an der angestammten Arbeitsstelle weiterhin zu ermöglichen und Arbeitslosigkeit zu verhindern. Das Spektrum der Fördermöglichkeiten ist sehr groß für Rehabilitanden. Das ist dadurch sichtbar, dass über 200 verschiedene Maßnahmen im Rahmen der beruflichen Rehabilitation Anwendung finden (Dony et al. 2012). Diese Maßnahmen können einerseits rehabilitationsspezifisch sein, d. h. die Maßnahmen können nur von Rehabilitanden besucht werden und berücksichtigen die gesundheitlichen Einschränkungen in besonderer Weise. Die Maßnahmen während der beruflichen Rehabilitation können aber auch allgemein sein, d. h. diese Maßnahmen werden auch von Personen ohne Rehabilitationsstatus absolviert. Für die Maßnahmevergabe gilt grundsätzlich, dass die Förderung so allgemein wie möglich, aber so speziell wie nötig durchgeführt werden sollte (§ 113 SGB III).

Die Maßnahmen werden wiederum von vielen verschiedenen Bildungsträgern durchgeführt. In der Ersteingliederung sind die Berufsbildungswerke (BBW) die größten Einrichtungen, in der Wiedereingliederung die Berufsförderungswerke (BFW). Darüber hinaus gibt es weitere vergleichbare Einrichtungen der beruflichen Rehabilitation. Insgesamt wird ein großes Spektrum unterschiedlicher Maßnahmen und Berufe angeboten. Die inhaltliche Ausgestaltung und die regionale Verfügbarkeit können jedoch sehr unterschiedlich sein.

### 1.1.4 Erkennen eines Reha-Bedarfs

Um den Rehabilitationsstatus zu erhalten, muss in einem ersten Schritt zunächst erkannt werden, dass eine Person potenziell berechtigt sein könnte für den Erhalt von LTA. Da Berechtigte häufig nicht vollständig über ihre Fördermöglichkeiten im Rahmen der beruflichen Rehabilitation informiert sind (Ellger-Rüttgardt et al. 2009; Riedel et al. 2009) und der Erstintegration in den Arbeitsmarkt ein besonderer Stellenwert zukommt, besuchen Reha-Berater im Rahmen der Ersteingliederung etwa ein Jahr vor Abschluss der Schulzeit die Förderschulen und Integrationsklassen in ihrem regionalen Zuständigkeitsgebiet. Dort informieren sie individuell über die Möglichkeiten der beruflichen Rehabilitation und leiten auch oftmals LTA-Anträge in die Wege, um so einen schnellen Übergang in die

berufliche Rehabilitation zu gewährleisten. Zwar finden auch bei anderen Schulen als Förderschulen Berufsberatungen statt; diese werden allerdings nicht notwendigerweise vom Reha-Personal der BA durchgeführt, die dafür geschult sind, einen Reha-Bedarf zu erkennen, sondern von Mitarbeitern der allgemeinen Berufsberatung. Es ist außerdem davon auszugehen, dass behinderte Jugendliche aus anderen (inklusiven) Schularten auch auf anderen Wegen (z. B. über Lehrer) Hinweise auf die Möglichkeit erhalten, mit einer beruflichen Rehabilitation im Übergang in den Arbeitsmarkt unterstützt zu werden. Somit ist das Erkennen eines Reha-Bedarfs im Ersteingliederungsbereich weitestgehend systematisiert. Im Bereich der Wiedereingliederung ist die Anerkennung aufgrund von unterschiedlichen beruflichen Problemlagen vielschichtiger und deshalb ein Erkennen häufig schwieriger. Sowohl für die Erst- als auch für die Wiedereingliederung fehlen aber bis dato nähere empirische Untersuchungen zu den Erkennungsprozessen der beruflichen Rehabilitation. Potenzielle Rehabilitanden können sich (noch) in einer Beschäftigung befinden oder bereits arbeitslos sein. Da davon auszugehen ist, dass nicht alle potenziellen Rehabilitanden über die Möglichkeiten der beruflichen Rehabilitation Bescheid wissen (Ellger-Rüttgardt et al. 2009; Riedel et al. 2009), bedarf es der Sensibilisierung entsprechender *Gatekeeper*, um einen Reha-Bedarf zu erkennen und die betreffende Person entsprechend weiterzuleiten. Im Beschäftigungskontext können das beispielsweise Arbeitgeber oder Arbeitsmediziner sein, in der Klinik oder der medizinischen Rehabilitation Ärzte oder Sozialmediziner, aber auch Mitarbeiter der Krankenkassen, und bei Arbeitslosigkeit Arbeitsvermittler in den Agenturen (SGB III) und Jobcentern (SGB II). Entsprechendes Wissen über berufliche Rehabilitationsmöglichkeiten ist bei diesen *Gatekeepern* nicht immer vorhanden. So finden beispielsweise mehrere qualitative Studien (Schubert et al. 2007; FH Frankfurt/infas/WZB 2008; Ekert et al. 2012), dass im Rahmen der allgemeinen Vermittlung von arbeitsuchenden Personen eine Erkennung eines Reha-Bedarfs durch die organisatorischen und strukturellen Gegebenheiten erschwert wird. Neben der Tatsache, dass dem Personal der Jobcenter häufig nur wenig Zeit für die Beratung und Vermittlung jedes einzelnen Kunden bleibt, sind die Mitarbeiter der SGB-II-Institutionen auch im Vergleich zu den Agenturen für Arbeit häufig weniger gut ausgebildet, um einen Reha-Bedarf umfassend zu erkennen (Schubert et al. 2007; FH Frankfurt/infas/WZB 2008; Ekert et al. 2012). Die Jobcenter sind deshalb insbesondere in diesem Bereich auf die enge Zusammenarbeit mit den Agenturen und deren Reha-Beratern angewiesen. Eine umfassende Schulung des Vermittlungspersonals ist wichtig, da die Berechtigten einerseits häufig nicht über ihre Möglichkeiten in der beruflichen Rehabilitation informiert sind, andererseits aber auch aus Angst vor Stigmatisierung als behinderter Mensch mögliche Fördermöglichkeiten verweigern oder andere Gründe anführen, um kei-

nen Antrag auf LTA zu stellen. Dazu kommt, dass die Teilnahme an einer Maßnahme auch mit finanziellen Einbußen für die Rehabilitanden verbunden sein kann (Schubert et al. 2007). Ist eine Person erwerbstätig, werden während der Teilnahme an einer Maßnahme lediglich Arbeitslosengeld I für SGB-III-Leistungsbezieher bzw. Arbeitslosengeld II für SGB-II-Leistungsbezieher ausbezahlt. Handelt es sich um eine Maßnahme, die länger als ein Jahr andauert, so fallen Bezieher von Arbeitslosengeld I nach einem Jahr in den Bezug von Arbeitslosengeld II. Bedingt durch diese Einkommenseinbußen werden Abwägungsprozesse der Rehabilitanden bei der Entscheidung zur Antragstellung erwartet, dahingehend ob sich eine (zum Teil zeitintensive) Teilnahme an einer beruflichen Rehabilitation im Nachhinein durch eine längerfristige Arbeitsmarktteilnahme auszahlt.

### 1.1.5 Anerkennen eines Reha-Bedarfs

Wenn eine Berechtigung für LTA von den *Gatekeepern* oder der Person selbst vermutet wird, steht es einer Person frei, einen Antrag auf berufliche Rehabilitation bei einem der Träger von beruflicher Rehabilitation einzureichen. Der Träger prüft dann zunächst die eigene finanzielle Zuständigkeit. Einen solchen Antrag kann grundsätzlich jede Person stellen: Personen in medizinischer Rehabilitation, arbeitsuchende oder erwerbstätige Personen. Häufig allerdings erfolgt eine Antragstellung auf Anraten eines (Betriebs-)Arztes oder im Rahmen einer allgemeinen Arbeitsvermittlung. Liegen die Voraussetzungen für den Erhalt von LTA vor, so hat die behinderte Person auch einen gesetzlichen Anspruch darauf, denn es handelt sich bei LTA um eine gesetzliche Pflichtleistung (Dony et al. 2012).

Die Entscheidung, ob eine Person für LTA nach § 19 SGB III berechtigt ist, wird für alle Antragsteller in finanzieller Zuständigkeit der BA in einer Agentur für Arbeit entschieden (§ 6a SGB IX). Dafür werden in aller Regel ärztliche bzw. psychologische Gutachten der entsprechenden Dienste der BA genutzt. Diese Gutachten, die auf Basis eigener Untersuchungen, häufiger aber noch auf Basis externer ärztlicher Gutachten oder Patientenakten, erstellt sind, sollten darüber Auskunft geben, ob und welche Behinderungen (Erst- und Zweitdiagnose sind nach der ICD[6] codiert) vorliegen, wie stark die Person durch ihre Erkrankung in ihrer aktuellen/erlernten Tätigkeit eingeschränkt ist und welche Tätigkeiten dennoch möglich bzw. welche nicht mehr möglich sind. Außerdem enthält das Gutachten idealerweise Anmerkungen zu nötigen Vorkehrungen, um die Person in den Arbeitsmarkt zu integrieren (Dony et al. 2012). Oftmals sind diese Gutachten allerdings

6 Die *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems* (ICD-10) ist eine Klassifikation für Morbidität und Mortalität und dient zur internationalen Vergleichbarkeit von Diagnosen.

nicht hinreichend genau und detailliert im Hinblick auf die gesundheitliche und berufliche Einschränkung beschrieben und geben – hinsichtlich psychologischer Gutachten – nur eine Momentaufnahme wieder, sodass sie in vielen Fällen nur als Richtlinie für die Entscheidung über den Reha-Antrag dienen können (Schubert et al. 2007). Zusätzlich haben die Träger die Möglichkeit, in unklaren Fällen auch z. B. Reha-Assessments einzusetzen, um den Reha-Bedarf festzustellen (Siebeneick-Seimetz 2015). Um einen zeitlich weiter gefassten Eindruck über den Gesundheitszustand und die Arbeitsfähigkeit von potenziellen Rehabilitanden zu erhalten, werden häufig (Arbeitserprobungs- oder Berufsfindungs-)Maßnahmen zusätzlich angewandt (Schubert et al. 2007).

### 1.1.6 Maßnahmeauswahl und -vergabe

Im Rahmen der beruflichen Rehabilitation können sowohl allgemeine arbeitsmarktpolitische Maßnahmen als auch besondere, auf die Bedürfnisse von Rehabilitanden zugeschnittene Maßnahmen vergeben werden. Letztere sind jedoch meist kostenintensiver. Deshalb haben hinsichtlich der Maßnahmeplanung allgemeine Maßnahmen zunächst Vorrang vor besonderen Maßnahmen. Wenn allerdings die Behinderungsart oder -schwere oder die Arbeitsmarktintegration eine Anwendung besonderer Leistungen notwendig machen, müssen diese nach § 117 SGB III den allgemeinen Maßnahmen vorgezogen werden. Im Idealfall, findet die Auswahl des Zielberufs in Abstimmung mit dem Rehabilitanden, dessen Berufswünschen bzw. Berufsinteressen und dessen Lebensumständen statt. Die Maßnahmeauswahl soll sich idealiter am Wunsch- und Wahlrecht orientieren, das in § 9 SGB IX festgesetzt ist und die aktive Selbstbestimmung der behinderten Person betont. Die Reha-Berater haben dabei Zugriff auf einen großen Katalog an verschiedenen Maßnahmen, die berufsvorbereitenden, berufsfindenden oder beschäftigungsschaffenden Charakter haben, bereits vorhandene Fähigkeiten auffrischen oder in einen völlig neuen Beruf umschulen (Dony et al. 2012).

Bei Personen, die dem SGB III zugeordnet sind, findet der berufliche Rehabilitationsprozess in Sachen Anerkennung, Maßnahmeauswahl und Integration ausschließlich in einer Agentur für Arbeit statt. Bei Personen, die dem SGB II zugeordnet sind, muss die Finanzierung und Absegnung der Planung aller Maßnahmen durch die Jobcenter erfolgen. Durch den Einbezug unterschiedlicher Organisationen für Anerkennung, Betreuung und Finanzierung verkompliziert sich der Rehabilitationsprozess und es kann zu Verzögerungen und weiteren Selektionen z. B. in Bezug auf die Auswahl von Maßnahmen kommen (Schubert et al. 2007; Rauch/Dornette 2009).

### 1.1.7 Ziel der beruflichen Rehabilitation

Die Anwendung von Maßnahmen zur beruflichen Rehabilitation hat nach § 112 SGB III das Ziel, die Erwerbsfähigkeit von behinderten Menschen zu erhalten, wenn eine Behinderung droht. Sie soll die Erwerbsfähigkeit verbessern, wenn eine Behinderung die Erwerbsfähigkeit beeinträchtigt, aber nicht gänzlich dazu zwingt, den bisherigen Arbeitsplatz zu verlassen. Die berufliche Rehabilitation soll Erwerbsfähigkeit herstellen, wenn noch kein Zugang zum Arbeitsmarkt bestand bzw. wiederherstellen, wenn die Erwerbfähigkeit einer Person aufgrund einer Behinderung erneut aufgebaut werden muss und die derzeitige berufliche Tätigkeit aufgrund der gesundheitlichen Situation nicht mehr ausgeführt werden kann. Ziel ist demnach vornehmlich die dauerhafte Teilhabe am Arbeitsmarkt in einer behinderungs- und berufsadäquaten Arbeitsumgebung. Im Sinne der Erfolgsbewertung der BA ist die berufliche Rehabilitation dann erfolgreich beendet, wenn eine berufliche Integration in ein (sozialversicherungspflichtiges) Beschäftigungsverhältnis[7] von einer Dauer von mindestens sechs Monaten vorliegt, die ohne berufliche Einschränkungen trotz der vorliegenden gesundheitlichen Einschränkung ausgeführt werden kann und in ihren Anforderungen für die berufliche Qualifikation der Person angemessen ist. Eine konkrete Ausformulierung der Definition einer „erfolgreichen" beruflichen Rehabilitation ist gesetzlich allerdings nicht festgelegt und wird von den Beratern häufig sehr subjektiv und einzelfallspezifisch bewertet (Schubert et al. 2007).

## 1.2 Theoretische Einbettung des Dissertationsthemas

Die betrachteten Personen mit Behinderungen weisen ein besonderes, sie von der Gesamtbevölkerung differenzierendes Merkmal der (dauerhaften) gesundheitlichen Einschränkung auf. Aus diesem Grund – und weil sich diese Personen zudem innerhalb ihrer Gruppe durch ihre jeweils individuelle Erwerbsbiografie und spezifische gesundheitliche Einschränkung stark unterscheiden – ist eine theoretische Rahmung notwendig, die der speziellen Situation und differenzierten Lebenslagen dieser Personengruppe im Hinblick auf die Teilhabe am Arbeitsmarkt Rechnung trägt. Da eine theoretische Rahmung einerseits möglichst allgemein gehalten sein sollte, um alle Rehabilitanden einzuschließen, andererseits aber auch so spezifisch, um den heterogenen Lebenslagen der Rehabilitanden gerecht zu werden, werden an dieser Stelle verschiedene Richtungen bzw. Aspekte der theoretischen

7 Im Rahmen der Ersteingliederung gilt auch die Aufnahme einer ungeförderten beruflichen Ausbildung als erfolgreich.

Einbettung verfolgt. Die folgenden Theoriekapitel orientieren sich dabei an den Fragestellungen der einzelnen Dissertationspapiere zum Zusammenhang zwischen Behinderung/gesundheitlicher Einschränkung und der Erwerbsteilhabe. Diese sollen nun zunächst kurz vorgestellt werden.

Das sozialpolitische Instrument der beruflichen Rehabilitation – dessen Ziel die (Wieder-)Eingliederung von behinderten Menschen in den Arbeitsmarkt ist und die (Wieder-)Herstellung von Beschäftigungsfähigkeit – ist besonders in den Vordergrund gestellt und wird als übergreifendes Thema dieser Dissertation hinsichtlich seiner Einflussnahme auf die Erwerbsbiografie von Rehabilitanden untersucht. Um den Einfluss beruflicher Rehabilitation zu beurteilen, werden im ersten Artikel dieser Dissertation (Gruber/Titze/Zapfel 2014) auf theoretischer Ebene zunächst soziale Teilsysteme identifiziert, die zur Beurteilung „erfolgreicher" beruflicher Rehabilitation relevant sind. Hierbei stellt sich die Frage, an welchen Stellen und an welchen wichtigen Dreh- und Angelpunkten sich im gesellschaftlichen Zusammenspiel Ausgrenzungstendenzen identifizieren lassen, die bei der Integration in den Arbeitsmarkt eine Rolle spielen. Zudem werden die unterschiedlichen Stufen der beruflichen Rehabilitation (Erkennung, Anerkennung, Maßnahmeteilnahme und Arbeitsmarktintegration) fokussiert und theoretisch denkbare Selektionsmechanismen dargestellt. Auf Basis der theoretischen Überlegungen des ersten Artikels werden Forschungsfragen formuliert, die zum Teil im Rahmen der beiden weiteren empirischen Beiträge dieser Dissertation beantwortet werden. Um die theoretische Rahmung beruflicher Rehabilitation und gesellschaftlicher Exklusionsprozesse zu vollziehen, wird im ersten Dissertationsartikel die Systemtheorie nach Niklas Luhmann (2011) herangezogen. Im Rahmen des folgenden Kapitels werden insbesondere die Theoriemerkmale der Systemtheorie herausgestellt, die hinsichtlich der theoretischen Annäherung an das Forschungsfeld beruflicher Rehabilitation besonders relevant sind. Im Anschluss folgt ein Resümee darüber, inwiefern diese Theorieelemente im Rahmen der Dissertationsstudien aufgegriffen werden.

Um anschließend den Erfolg beruflicher Rehabilitation (empirisch) zu beurteilen, wird im zweiten Dissertationsartikel der Arbeitsmarktübergang – als rechtliche Interpretation von Erfolg – bei jugendlichen Ausbildungsabsolventen der Ersteingliederung fokussiert (Reims/Gruber 2014). Zentrale Fragen bei dieser Studie sind dabei, wie viele Rehabilitanden eine Erwerbstätigkeit aufnehmen, wann diese Erwerbstätigkeit eintritt und welche Charakteristika die Personen aufweisen, die eine Erwerbstätigkeit finden. Um die Qualität der Beschäftigung beurteilen zu können, wird zwischen ungeförderter und geförderter Beschäftigung unterschieden. Außerdem wird untersucht, wie nachhaltig diese erste Beschäftigungsphase nach der beruflichen Rehabilitation ist. Dabei ergeben sich insbesondere arbeits-

marktsoziologische Anknüpfungspunkte zur theoretischen Erarbeitung von arbeitsmarktspezifischen Integrationsprozessen, die im Anschluss an die Darstellung der Systemtheorie vorgestellt werden sollen. Auch hier folgt ein Resümee darüber, an welche Elemente der Theorien die Studien Anknüpfung finden konnten, um die Ergebnisse einzuordnen.

Der Erfolg beruflicher Rehabilitation wird in der dritten Dissertationsstudie schließlich für die Wiedereingliederung untersucht. Dies geschieht unter Berücksichtigung von Auswirkungen beruflicher Integrationsprozesse im Hinblick auf die Gesundheit (Reims/Bauer 2015). Die Frage dabei ist, wie sich ein Übergang in Beschäftigung auf die subjektive Gesundheit der Geförderten auswirkt und inwiefern die Ausgestaltung der Tätigkeit – hinsichtlich der Passung zwischen gesundheitlicher Einschränkung und beruflicher Tätigkeit – verschiedene Gesundheitsaspekte beeinflusst. Um den Zusammenhang zwischen beruflicher Rehabilitation, Erwerbsteilhabe und Gesundheit verständlich zu machen, werden im Anschluss daran gesundheitssoziologische und epidemiologische Erklärungsansätze herangezogen. Auch diese werden im Folgenden näher dargestellt, um diese dann in den Rahmen der Studien zu betten.

### 1.2.1 Gesellschaftliche Einbettung beruflicher Rehabilitation durch die Systemtheorie

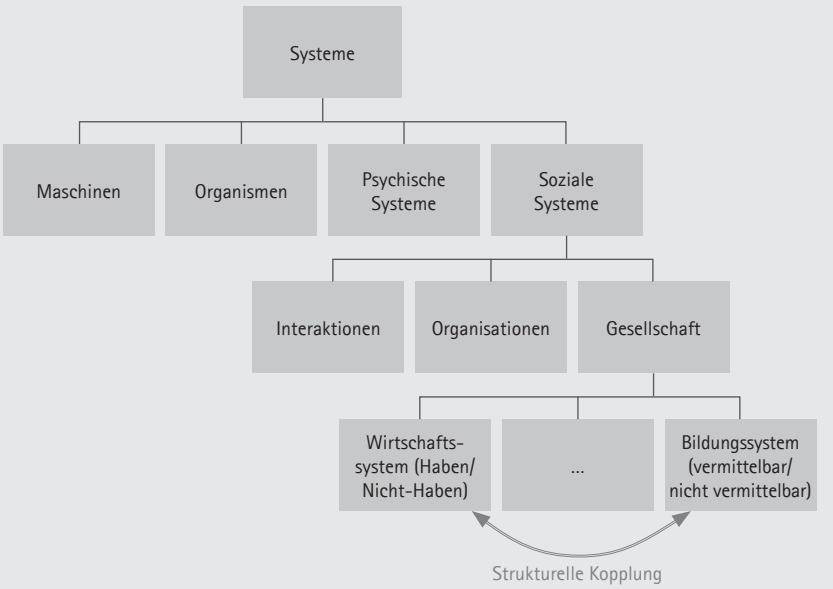
Aus der Vielzahl gesellschaftstheoretischer Erklärungsmodelle wird an dieser Stelle die Systemtheorie nach Niklas Luhmann (2011) verwendet, um das sozialpolitische Instrument der beruflichen Rehabilitation gesamtgesellschaftlich einzubetten. Die Systemtheorie nach Luhmann wird vornehmlich im ersten (theoretischen) Dissertationspapier (Gruber/Titze/Zapfel 2014) als übergreifende Gesellschaftstheorie genutzt. Sie wird verwendet, um zentrale Fragen der grundsätzlichen Bedingungen von Teilhabe und Exklusion von Menschen mit Behinderungen darzustellen. Sie ist des Weiteren gut geeignet, den Reha-Prozess und seine einzelnen Stufen (Zugang, Maßnahmen, Arbeitsmarktübergang) zu beschreiben und gleichzeitig verschiedene Determinanten des Integrationserfolgs auf mehreren Gesellschaftsebenen zu identifizieren. Im Folgenden werden zunächst die wichtigsten Begriffe der Systemtheorie eingeführt. Daran anschließend wird der Zusammenhang zu den Dissertationspapieren hergestellt.

#### *1.2.1.1 Systeme, binäre Codes und strukturelle Kopplungsprozesse*

Die Systemtheorie dient der Beschreibung der Gesellschaft und ihren ganz spezifischen Funktionsweisen und -mechanismen auf unterschiedlichen Perspektivebenen. Die Theorie basiert auf der obersten Betrachtungsebene auf der Unterschei-

dung von sogenannten Systemen (siehe Abbildung 2)[8]. Systeme entstehen und erhalten sich selbst (Autopoiesis) durch die Abgrenzung zu anderen Systemen und zu ihrer Umwelt. Die Selbsterzeugung erfolgt demnach über eine Definition der eigenen Operationen und Relevanzkontexte und über die Abgrenzung zu dem, was für andere Systeme relevant ist. Diese Abgrenzungsmechanismen werden mithilfe der Kommunikation systeminterner, binärer Codes durchgeführt, die später noch beispielhaft beschrieben werden (Schneider 2009).

**Abbildung 2: Systeme und Unterebenen – eigene Darstellung angelehnt an Luhmann (1984) und Lohse (2009)**




Systeme sind zunächst auf einer untergeordneten Ebene zu differenzieren in soziale Systeme und psychische Systeme. Psychische Systeme repräsentieren das menschliche Bewusstsein, das außerhalb der sozialen Systeme und außerhalb der Gesellschaft – als Teilelement sozialer Systeme – verortet ist. Im Gegensatz zu anderen Gesellschaftstheorien ist der Mensch als psychisches System in der Systemtheorie also nicht Teil der sozialen Gesellschaftssysteme, sondern Teil der Systemumwelt. Dieser Aspekt verweist darauf, dass eine vollständige und dauerhafte Inklusion in sämtliche Kommunikationen aller Teilsysteme den Menschen schlichtweg überfordern würde und gar nicht erwünscht ist; eine kurzfristige und

8 Zum besseren Verständnis werden im Folgenden nur die Elemente der Abbildung dargestellt, die im vorliegenden Kontext relevant sind. Dies trifft nicht auf Maschinen und Organismen zu, sie werden deshalb in der Beschreibung ausgeklammert.

übergreifende Partizipation an den einzelnen Teilsystemen ist hingegen durchaus gewollt. Auch wenn der Mensch nicht Teil der gesellschaftlichen Teilsysteme selbst ist, ist die Existenz der Gesellschaft ohne den Menschen nicht denkbar, weil sich Systeme ohne Abgrenzungen zur Umwelt – also ohne die Existenz des Menschen – nicht selbst erzeugen könnten (Wansing 2006).

Soziale Systeme sind wiederum in weitere Elemente unterteilt: Interaktionen, Organisationen und Gesellschaft. Interaktionssysteme erfordern, anders als bei anderen sozialen Systemen, die Anwesenheit von Kommunikationspartnern, die sich selbst und andere wahrnehmen (Luhmann 1975). Kommunikation ist dabei jegliche Art von Verhalten. Auch eine Nicht-Reaktion auf Verhalten kann als Kommunikation bezeichnet werden (Luhmann 1984). Organisationen, als zweite Art sozialer Systeme, haben u. a. die Aufgabe, normative Erwartungsgefüge zu definieren und ihre Einhaltung zu kontrollieren. Bei Nicht-Einhaltung des Erwartungsgefüges können Sanktionen angewandt werden (Schneider 2009). Die Rolle der Organisation wird noch im Weiteren spezifiziert.

Als dritte Art sozialer Systeme bezeichnet Luhmann die Gesellschaft. Eine Eigenschaft der modernen Gesellschaft ist die funktionale Differenzierung. Die Gesellschaft besteht demnach aus verschiedenen Teilsystemen, die jeweils eigene Funktionen erfüllen und sich durch diese spezifischen Funktionen von anderen Systemen unterscheiden und abgrenzen. Dieser Abgrenzungsprozess resultiert wiederum in der Selbsterzeugung der Systeme (Schneider 2009). Das Wirtschaftssystem, als ein soziales Teilsystem und Teil der Gesellschaft, differenziert beispielsweise zwischen Haben und Nicht-Haben (bzw. Zahlen und Nicht-Zahlen) oder das Rechtssystem zwischen Recht und Unrecht. Über diese systemspezifischen binären Codes wird festgelegt, was Teil der Systemkommunikationen ist und was nicht. Sicher ist es möglich, alle gesellschaftlichen Themen in verschiedenen Teilsystemen zu thematisieren (Wansing 2006). Dies geschieht aber nur im Rahmen der binären kommunikativen Codierung des jeweiligen Systems.

Berufliche Rehabilitation als eine erwerbsbezogene (Wieder-)Eingliederungsmöglichkeit wird dabei im Rahmen des Wirtschaftssystems thematisiert, aber eben nur aus Sicht wirtschaftlicher Kommunikationsstrukturen, nicht im Sinne eines rechtlichen Gleichheitsgedanken, der allen die Möglichkeit auf Teilhabe am Arbeitsleben garantiert.

Die Systemtheorie reduziert zunächst Komplexität (in der Fülle aller gesellschaftlichen Teilsysteme) durch die bewusste Selektion relevanter Teilsysteme, um dann erneut Komplexität durch Ausdifferenzierung der Beziehungen einzelner Elemente zueinander aufzubauen (Lohse 2009). Aus der Reduktion von Komplexität resultieren gesellschaftliche Funktionssysteme, die nach Luhmann eine Gesell-

schaft konstituieren und die gleichberechtigt und somit nicht hierarchisch[9] angeordnet sind (Wansing 2006). Aus der Vielzahl an denkbaren Möglichkeiten werden nur die ausgewählt, die für die jeweilige Kommunikation als sinnvoll und relevant erachtet werden. Das führt zur Reduktion von Komplexität (Schneider 2009).

Die sozialen Teilsysteme zeichnen sich aus durch ihre systemspezifischen Operationen und Codes. Dabei agieren sie aber nicht immer isoliert voneinander. Sie befinden sich häufig in einem Kommunikations- und Abhängigkeitsverhältnis zueinander. Diese Verbindungen zwischen den Systemen werden als strukturelle Kopplungen bezeichnet und können Systemirritationen erzeugen. Irritationen entstehen dann, wenn die Kommunikationen der jeweiligen Systeme nicht zu den systeminternen Codes anderer Systeme passen oder – anders ausgedrückt – nicht verstanden werden. Als Beispiel für strukturelle Kopplungen produziert das Bildungssystem (auch im Rahmen beruflicher Rehabilitation) Zertifikate, die im Wirtschaftssystem nachgefragt werden, um über die Qualifikation und auch die Produktivität der Bewerber zu urteilen. Dieses Verhältnis wird über Angebot und Nachfrage gesteuert, sodass beide Systeme sich in einem Abhängigkeitsverhältnis befinden. Besteht beispielsweise ein Fachkräftemangel am Arbeitsmarkt für eine bestimmte Branche, dann nur, weil das Bildungssystem nicht für genügend qualifizierte Bewerber sorgt (Schneider 2009).

Die strukturelle Kopplung zwischen Bildungssystem (Schulen und Bildungsträger) und Wirtschaftssystem hat im Fall der vorliegenden Dissertation besondere Relevanz. Da im Rahmen der Förderschulausbildung häufig keine Schulabschlüsse vorgesehen sind (Klemm 2010), diese aber im Wirtschaftssystem erwartet werden, erhalten insbesondere junge Menschen ohne Schulabschluss bzw. mit einem Förderschulabschluss durch die berufliche Rehabilitation die Möglichkeit, eine schulische (aber auch berufliche) Qualifikation zu erwerben. Damit steigen ihre Chancen auf einen Ausbildungsplatz bzw. eine daran anschließende Erwerbstätigkeit.

#### *1.2.1.2 Normierung der Verhaltenserwartungen und Sanktionierung*

Das Bildungssystem kann nur bis zu einem gewissen Grad auf die Nachfrage auf dem Arbeitsmarkt reagieren, da für das Verhältnis zwischen den Systemen gilt, dass deren Motive intransparent füreinander sind (Schneider 2009). Auch wenn die Systeme füreinander undurchsichtig sind – sie also bestimmte Reaktionen anderer Systeme als wahrscheinlich erwarten, aber nicht genau vorhersagen können – müssen spezifische Verhaltenserwartungen formuliert werden können, damit die Kommunikation zwischen den Systemen nicht eingestellt wird. Das Medium für

9 Auch wenn die Verwirklichung individueller Lebenschancen und die damit einhergehende soziale Platzierung stärker abhängig ist von der Teilhabe am Bildungs- oder Wirtschaftssystem als beispielsweise am Sportsystem (Lohse 2009).

diese Kopplungsprozesse ist die Sprache; es kommt dann zu einer Irritation, wenn sprachliche Äußerungen nicht auf beiden Seiten die gleichen Assoziationen bzw. den gleichen Sinn hervorrufen, sodass die Kommunikation gestört und somit irritiert wird. Damit sich das System selbst erhalten kann, müssen dauerhafte Irritationen vermieden werden. Dies erfolgt durch die Normierung der Erwartungen und Sanktionierung von nicht-normentsprechendem Verhalten (Schneider 2009).

Derartige Sanktionen werden allerdings nicht von den Systemen selbst durchgeführt, sondern beispielsweise von den systemspezifischen Organisationssystemen.[10] Organisationen definieren sich über formalisierte Erwartungen an die Kommunikationsteilnehmer. Für sämtliche Situationen im Spektrum des binären Codes des Systems werden so Entscheidungen festgelegt, die wiederum für weiterführende Entscheidungen herangezogen werden. Organisationen kontrollieren die Anwendung und Einhaltung der normativen Regeln, regeln darüber die Kommunikation und tragen durch Erwartungsstrukturen zur Systemerhaltung bei (Lohse 2009; Schneider 2009). Organisationen definieren Kommunikationsteilnehmer über Mitgliedschaften. Mitglieder sind diejenigen, die den Erwartungen der Organisationen genügen können und bereit sind, diese Erwartungen ihrer Mitgliedsrolle entsprechend zu erfüllen. Die Agentur für Arbeit fungiert dabei beispielsweise als Organisation des Verwaltungssystems bzw. des Rechtssystems, die jemanden nur dann als beruflichen Rehabilitanden anerkennt, wenn er über die notwendigen persönlichen Merkmale verfügt und den Erwartungen entspricht, die mit der Rolle des Rehabilitanden einhergehen. Wer nicht dazu bereit ist, wird entweder sanktioniert oder muss die Organisation – in diesem Fall den Reha-Status – wieder verlassen (Wansing 2006; Lohse 2009; Schneider 2009). Weil Organisationen eine solche Funktion zukommt, gelten sie – im Gegensatz zu Funktionssystemen, die grundsätzlich alles und jeden an der Kommunikation innerhalb ihrer spezifischen Codes beteiligen – als Dreh- und Angelpunkt für soziale Inklusions- und Exklusionsmechanismen. So besteht beispielsweise Schulpflicht für alle. Der Besuch einer bestimmten Art von Schule und somit auch die Verwertbarkeit der Bildungszertifikate sind allerdings abhängig von spezifischen Leistungen und Voraussetzungen, die wiederum durch selektive Verfahren geregelt werden. Der individuelle Ausschluss von Schülern mit Behinderungen aus Regelschulen führt zu keinerlei Irritation des Bildungssystems als Ganzem, denn für die Bildung dieser Jugendlichen sorgen immer noch häufig nicht-integrative Förderschulen (Kultusministerkonferenz (KMK) 2014), um den besonderen Bedürfnissen bedingt durch die Behinderung gerecht zu werden (Fuchs 2002; Wansing 2006). Wo in älteren systemtheoretischen Werken die Auffassung vertreten wird, dass jeder Funktionsträger in jedem Funktionssystem grundsätzlich

10 Oder können auch in der unmittelbaren Kommunikation stattfinden.

(kurzzeitig) kommunikativ thematisiert ist und somit auch inkludiert ist, wird in der neueren systemtheoretischen Literatur die Mehrfach- und Kettenexklusion aus Funktionssystemen als Problem und Folge funktionaler Differenzierung thematisiert (Wansing 2006). So sind Personen mit Behinderungen durch die Integration in einer Förderschule zwar grundsätzlich im Bildungssystem inkludiert, erwerben dort aber häufig keine Schulabschlüsse (Klemm 2010). Das Fehlen eines solchen Schulabschlusses behindert dabei in der Konsequenz die Aufnahme einer beruflichen Ausbildung, die wiederum die Teilhabe am Arbeitsmarkt einschränkt und Auswirkungen auf die gesamtgesellschaftliche Teilhabe hat. Fuchs (2002) spricht dabei von einer Simulation von Inklusion bei behinderten Personen und von einer Inklusion in Exklusionsbereiche, die auch geprägt durch Luhmann (1998b) als inkludierende Exklusion bezeichnet wird (Stichweh 2009). Diese Inklusion in Exklusionsbereiche ist nicht zuletzt darauf zurückzuführen, dass es verschiedene Interessensgruppen gibt, die tatsächliche Inklusion zu verhindern versuchen (z. B. Eltern nicht-behinderter Kinder bei inklusiver Beschulung, aber auch Arbeitgeber mit Vorurteilen gegenüber Personen mit Behinderungen), um ihre eigene soziale Stellung zu bewahren (Fuchs 2002). In der Logik der Systemtheorie können Erwartungen, die von den Funktionssystemen formuliert werden und von den Organisationen systematisiert werden, bei strukturellen Kopplungsprozessen zwischen sozialen Teilsystemen und psychischen Systemen (den Individuen) zu spezifischen Störungen führen, die eine (mehrfache) Exklusion wahrscheinlicher machen. Eine solche Systemstörung ist dabei wahrscheinlicher zu erwarten bei der Kommunikation – und Interaktion – mit Personen mit Behinderungen im Vergleich zu Personen ohne Behinderungen (Fuchs 2002; Lohse 2009). Für den Erfolg von Kommunikation ist es zudem notwendig, dass sowohl Mitteilung als auch Information in Kombination verarbeitet und verstanden werden und dies zudem in zeitlich begrenztem Umfang. So verstehen geistig behinderte oder lernbehinderte Personen Zusammenhänge in vielen Fällen langsamer oder sind auf die Verwendung leichter Sprache angewiesen (Fuchs 2002; Lohse 2009).

*1.2.1.3 Reaktion auf Irritationen und Vermeidung von Sanktionierungen*

Das soziale System kann einen gestörten Kommunikationsprozess ignorieren und ein Nicht-Verstehen in Kauf nehmen oder es bemüht sich um eine erfolgreiche Kommunikation trotz erschwerter Kommunikationsvoraussetzungen. Letzteres wird dann wahrscheinlicher, liegen sogenannte symbolisch generalisierte Kommunikationsmedien wie Geld, Macht, Liebe, Werte oder Recht vor (Luhmann 1998a). Fließen beispielsweise von staatlicher Seite Eingliederungszuschüsse an Unternehmen (geförderte Beschäftigung), um einen Menschen mit Behinderungen in den Arbeitsmarkt zu integrieren, werden negative (Ausgleichsabgabe) oder posi-

tive (Eingliederungszuschüsse) finanzielle Anreize für Unternehmen gesetzt, um die Beschäftigung von behinderten Menschen am allgemeinen Arbeitsmarkt zu erhöhen.[11] Im Gegenzug dazu sind die Unternehmen angehalten, sich auf die behinderungsadäquate Beschäftigung von behinderten Menschen einzustellen, d. h. Arbeitsassistenzen einzurichten bzw. diese zu beantragen, den Arbeitsplatz womöglich anzupassen oder rechtliche Besonderheiten z. B. hinsichtlich des Kündigungsschutzes zu akzeptieren. (System-)Integration führt, nach Luhmann (1998b) zu einer Einschränkung der Freiheiten der sozialen Systeme und kann deshalb auch als Teil des Problems angesehen werden. Scheinbar ist diese Einschränkung häufig so groß, dass monetäre Kompensationen und der Appell an gemeinsame Werte wie Chancengleichheit und Solidarität für Unternehmen nicht ausreichen (Lohse 2009). Weil sich Organisationen durch Integrationsbemühungen in ihrer Freiheit eingeschränkt sehen, ist es möglich, dass sie mit Exklusion oder mit Marginalisierung[12] reagieren (Lohse 2009). Um Abwehrmechanismen der Organisationen wie der Unternehmen zu verhindern, müssen die systeminternen Codes angesprochen werden, um einen (systeminternen) Anreiz zur Beschäftigung behinderter Menschen zu schaffen (Lohse 2009).

#### *1.2.1.4 Resümee*

Im Resümee zur Systemtheorie soll nun dargestellt werden, welche Elemente und Ausführungen der Systemtheorie für die Bearbeitung und theoretische Rahmung der Fragestellungen der einzelnen Dissertationspapiere nutzbar sind. Mithilfe des komplexreduzierenden Charakters der Systemtheorie kann anschaulich dargestellt werden, welche Systeme besonders relevant angesehen werden können, um den Erfolg beruflicher Rehabilitation hinsichtlich der Erwerbsteilhabe geförderter Rehabilitanden zu beurteilen. Um den Einfluss beruflicher Rehabilitation auf die soziale Teilhabe – respektive der Erwerbsteilhabe – von geförderten Rehabilitanden und den Prozess bzw. dessen Anknüpfpunkte zu anderen gesellschaftlichen Teilsystemen zu begreifen, wird es als notwendig erachtet, das medizinische System (medizinische Rehabilitation und Krankheit), das Wirtschaftssystem (Arbeitsmarkt), das Rechtssystem (rechtliche Vorgaben) und das Bildungssystem (Schul- und Berufsbildung) zu berücksichtigen. Systeme wie das Sportsystem oder das Kultursystem werden als zweitrangig klassifiziert, wenn es um die (erneute)

11 In der Mikroökonomie entspricht das der Internalisierung externer Effekte, bei der externe Zusatzkosten oder Zusatznutzen (bezogen auf externe Akteure) in die interne Nutzenfunktion (unternehmerischer) Akteure einbezogen werden (Fritsch/Wein/Ewers 1999). Dies ist dann der Fall, wenn für eine (vermeintliche) Reduktion von Produktivität durch die Einstellung gesundheitlich beeinträchtigter Personen als Ausgleich Lohnkostenzuschüsse von staatlicher Seite gezahlt werden, da diese Personen andernfalls nur eingeschränkt auf dem Arbeitsmarkt Fuß fassen könnten.

12 Eine Schule unterrichtet dabei beispielsweise sowohl behinderte wie auch nicht-behinderte Schüler und Schülerinnen, integriert diese aber nicht in gemeinsamen, sondern in unterschiedlichen Klassen, sodass dennoch ein Sonderbereich für behinderte Kinder und Jugendliche geschaffen wird.

berufliche Eingliederung von geförderten Rehabilitanden geht und die Verbesserung von Teilhabechancen. Daraus resultiert, dass in den empirischen Papieren dieser Dissertation (Reims/Gruber 2014; Reims/Bauer 2015) im Speziellen der Arbeitsmarkteintritt (Wirtschaftssystem) von jungen Rehabilitanden und die durch die Förderung veränderte gesundheitliche Situation (Medizinisches System) von bereits berufserfahrenen Rehabilitanden beim Arbeitsmarktübergang (Wirtschaftliches System) fokussiert wird, um den „Erfolg" beruflicher Rehabilitationsmaßnahmen zu bewerten.

Des Weiteren kann mithilfe dieses Ansatzes erklärt werden, warum manche Menschen mit Behinderungen schwieriger als Personen ohne Behinderung an einem umfänglichen gesellschaftlichen Leben teilhaben können. Dies liegt einmal darin begründet, dass sie häufig von der Möglichkeit ausgeschlossen werden, Bildungsabschlüsse (auch während der beruflichen Rehabilitation) zu erwerben, die den systeminternen Code des Wirtschaftssystems ansprechen. Die strukturelle Kopplung zwischen Bildungssystem und Wirtschaftssystem kann der Nachfrage des Arbeitsmarktes nach bestimmten Berufen oder Zertifikaten demnach nicht entsprechen. Diesbezüglich werden im Rahmen des zweiten Dissertationspapieres (Reims/Gruber 2014) die erworbenen Bildungszertifikate und die schulische Grundbildung der Jugendlichen zu den folgenden Arbeitsmarktchancen in Beziehung gesetzt. Aber auch im Rahmen der Wiedereingliederung, bei der im Vergleich zur Ersteingliederung weniger Personen ohne Schulabschluss zu finden sind und die meisten Geförderten bereits Berufsabschlüsse erworben haben (Dony et al. 2012), haben (Weiter-)Bildungsmöglichkeiten im Rahmen einer beruflichen Rehabilitation unterschiedlichen Einfluss auf die Integration in den Arbeitsmarkt und die damit einhergehende gesundheitliche Zufriedenheit der Rehabilitanden. Ist eine Umschulung nötig, so werden in Abhängigkeit der persönlichen Interessen und Fähigkeiten, aber auch der Nachfrage und der Bedarfe des Arbeitsmarktes, Umschulungsberufe ausgewählt und die entsprechenden Qualifikationen erworben, die eine erneute Aufnahme von Erwerbstätigkeit im Rahmen der Möglichkeiten der Rehabilitanden wahrscheinlich machen.

Des Weiteren ist es denkbar, dass von den Unternehmen bestimmte Verhaltenserwartungen an Menschen mit Behinderungen gestellt werden (z. B. Anpassungsnotwendigkeiten am Arbeitsplatz aufgrund einer Behinderung), die ebenfalls zu Systemstörungen führen. Auf erzwungene Integrationsversuche von Menschen mit Behinderungen reagiert das Wirtschaftssystem mit Marginalisierung. Auch hier muss dem systeminternen Code entsprochen werden, sodass z. B. geförderte Beschäftigung eingesetzt wird oder einer Nachfrage nach bestimmten Fachkräften in Form von Weiterqualifizierung und Umschulung im Rahmen der beruflichen Rehabilitation entsprochen werden kann. Wenn es nicht ausreicht, soziale Wert-

vorstellungen für den systeminternen Code des Wirtschaftssystems greifbar zu machen, könnten beispielsweise spezifische Arbeitsmarktprobleme wie der Fachkräftemangel in vielen Branchen dazu führen, dass auch bzw. in höherem Maße behinderte Menschen von Unternehmen als potenzielle Arbeitnehmer in Betracht gezogen werden. Auch die Anwendung von Lohnkostenzuschüssen ist hier denkbar und wird in der Betrachtung des Arbeitsmarkteintritts junger Ausbildungsabsolventen im zweiten Dissertationspapier (Reims/Gruber 2014) explizit betrachtet.

Mithilfe der Systemtheorie ist des Weiteren eine Differenzierung und Strukturierung der Gesellschaft in hierarchische Ebenen (Makro-, Meso- und Mikroebene) möglich. Die Makroebene entspricht dabei der Ebene der Teilsysteme (Rechtssystem, Wirtschaftssystem, Bildungssystem etc.), die Mesoebene entspricht der Ebene der Organisationen (Agenturen, Unternehmen etc.) und die Mikroebene verweist auf verschiedene Akteure in Unternehmen, auf Organisationsebene (Vermittler) und natürlich auf die Rehabilitanden selbst. Durch eine solche Differenzierung lässt sich das Forschungsfeld zur Evaluation beruflicher Rehabilitation strukturieren und öffnen, wobei auf jeder Ebene relevante und ebenen-spezifische Forschungsfragen formuliert werden können. Dies ist ebenfalls Teil des ersten Dissertationsartikels (Gruber/Titze/Zapfel 2014). Eine vollständige Beantwortung der in dieser Publikation aufgeworfenen Fragen ist im Rahmen dieser Dissertation nicht möglich. Die beschriebene Strukturierung und Öffnung des Forschungsfeldes ist aber Ausgangspunkt für die beiden folgenden Dissertationspapiere, die sich vornehmlich mit Fragestellungen auf Mikroebene auseinandersetzen. Entsprechende mikrosoziologische Theorieansätze sollen nun im Folgenden dargestellt werden und mit den Fragestellungen der beiden empirischen Publikationen der Dissertation in Beziehung gesetzt werden.

### 1.2.2 Mikrosoziologische Theorien zur Erklärung verringerter Erwerbsintegration

Zunächst sollen im folgenden Kapitel vermehrt theoretische Ansätze dargestellt werden, die sich auf die Fragestellungen zum Erwerbseintritt im zweiten Dissertationsartikel (Reims/Gruber 2014) beziehen. Es soll dabei dargestellt werden, welche Eigenschaften einer Person und welche Gründen dazu führen, dass ein Erwerbsübergang möglicherweise erschwert ist. Es wurde eine Auswahl der wichtigsten Theorien vorgenommen, die versuchen, die geringere Erwerbsbeteiligung behinderter Menschen anhand ihres restriktiveren Zugangs zum Arbeitsmarkt zu erklären. Diese Ansätze identifizieren ungleiche Zugangschancen auf dem Arbeitsmarkt, die durch Signalwirkung bzw. statistische Diskriminierung und Stigmatisierung hervorgerufen werden.

*1.2.2.1 Signalwirkung und statistische Diskriminierung*

Warum Organisationen des Wirtschaftssystems häufig mit Zurückhaltung bzw. Abwehr auf die Beschäftigung behinderter Menschen reagieren, wurde auf Basis systemtheoretischer Überlegungen bereits dargelegt. Im Zuge dessen wurde auch dargestellt, welche Elemente beruflicher Rehabilitation diesen Abwehrmechanismen entgegenwirken: Lohnkostenzuschüsse, die den Arbeitgebern, die Rehabilitanden beschäftigen, zuerkannt werden, oder die im Rahmen der beruflichen Rehabilitation durchgeführten Qualifikationen können als Beispiele genannt werden, wie das sozialpolitische Instrument der beruflichen Rehabilitation dazu beiträgt, dass der binäre Code des Wirtschaftssystems angesprochen wird, ohne dass es zu Irritationen im System kommt. Dadurch steigt die Wahrscheinlichkeit, dass Erwerbsintegrationen geförderter Rehabilitanden erfolgreich sind.

Auch die *Signaling*-Theorie nach Spence (1973; 2002), die zum Ziel hat, auf Mikroebene Problemgruppen am Arbeitsmarkt zu identifizieren und ihre ungleichen Arbeitsmarktchancen zu erklären, bezieht sich auf persönliche bzw. soziale Merkmale eines Bewerbers, die beim Arbeitgeber bestimmte Erwartungen hervorrufen. Diese Merkmale sind differenziert nach Signalen für veränderbare Merkmale und nach Indizes für unveränderbare Merkmale. Beide Merkmalsarten werden vonseiten des Arbeitgebers herangezogen, um bestimmte Erwartungen an die Produktivität eines Bewerbers und die daran geknüpfte monetäre Entlohnung sowie die Höhe des notwendigen Einarbeitungs- und Qualifizierungsaufwandes zu formulieren. Zwar wird ein Vorstellungsgespräch – insofern es dazu kommt – genutzt, um den Bewerbern die Chance zu geben, ihre Fähigkeiten hervorzuheben und im persönlichen Gespräch Bewerber und deren *Soft skills* (z. B. Teamfähigkeit, rhetorische Fähigkeiten etc.) näher zu spezifizieren. Allerdings herrscht Unsicherheit über die Korrektheit dieser Angaben und über den Grad der Verschleierung vermeintlich schlechter persönlicher Eigenschaften, sodass „objektive" Merkmale herangezogen werden, um diese Unsicherheit zu reduzieren. Ein Beispiel für solche Signale, die auf die Produktivität eines Bewerbers schließen lassen und die im vorliegenden Kontext zentral sind, ist der Bildungsabschluss. Bei Personen mit Behinderungen ist zu bedenken, dass diese Personen, je nachdem wie früh im Leben eine Behinderung auftritt, häufig innerhalb einer Förderschule unterrichtet werden und somit geringere Chancen auf höhere Bildungsabschlüsse haben (Klemm 2010). Grundsätzlich sind an gesundheitliche Einschränkungen häufig negative Produktivitätserwartungen seitens der Arbeitgeber geknüpft. Dies ist unabhängig vom Alter der Bewerber festzustellen. Gerade jüngere Bewerber mit Behinderungen sind allerdings häufig in höherem Maße mehrfach benachteiligt: Zum einen sind sie durch ihre gesundheitliche Situation benachteiligt, die negative Erwartungen an ihre Produktivität nach sich zieht und zum anderen durch

ihre vergleichsweise schlechte Bildungssituation, die eine ähnliche Wirkung auf Arbeitgeber ausübt.

Falls Bewerber Bedenken haben, aufgrund ihrer gesundheitlichen Situation Angaben zu ihrer Behinderung zu machen, haben sie natürlich auch die Möglichkeit, die Behinderung nicht anzugeben, denn dazu besteht nach dem Allgemeinen Gleichbehandlungsgesetz (AGG) keine Verpflichtung. Eine Ausnahme von dieser Regelung liegt dann vor, wenn die gesundheitliche Einschränkung direkten Einfluss auf die Ausübung der gewünschten Tätigkeit hat (§ 8 AGG). Aber auch wenn keine Verpflichtung zur Offenlegung besteht, lässt sich dies vermutlich in vielen Fällen nicht vermeiden: So zum Beispiel, wenn die Behinderung für Außenstehende deutlich erkennbar ist, wenn mit einer potenziellen Beschäftigung Eingliederungszuschüsse von staatlicher Seite verbunden sind oder wenn ein durch die gesundheitliche Einschränkung bedingter Berufswechsel einer Erklärung bedarf. Liegt also eine Behinderung vor, so sind an diese gesundheitliche Einschränkung potenzielle Erwartungen oder auch Vorurteile aufseiten des möglichen Arbeitgebers geknüpft. Diese Vorurteile beziehen sich häufig auf die zu erwartende Anzahl an Krankheitstagen, auf strengere rechtliche Vorgaben wie die Einhaltung eines besonderen Kündigungsschutzes, aber auch auf bestimmte vermutete Verhaltensweisen, die den täglichen „normalen" Arbeitsprozess stören und das Arbeitsklima und somit auch die Produktivität anderer Arbeitnehmer beeinflussen könnten (z. B. Überforderung bei der beruflichen Tätigkeit, geringe Belastbarkeit etc.) (Cloerkes/Markowetz 1997). Diese Signalwirkung der gesundheitlichen Einschränkung und die damit verbundenen Assoziationen können – müssen aber nicht zwangsläufig – an Diskriminierungsprozesse beim Arbeitsmarktzugang geknüpft sein.

Ein weiterhin zu beachtender Aspekt in diesem Zusammenhang sind statistische Diskriminierungsprozesse (Phelps 1972; Arrow 1973). Bei der statistischen Diskriminierung geht es ebenfalls um die Unsicherheit des Arbeitgebers bei der Einstellung potenzieller Arbeitnehmer, da Einschätzungen über die Produktivität des Bewerbers getätigt werden müssen. Nach dem Modell der statistischen Diskriminierung glaubt der Arbeitgeber – auf Basis von bisherigen Erfahrungen bei der Einstellung von Personen oder Hörensagen – die mittlere Produktivität einer bestimmten Gruppe zu kennen und ersetzt so die Produktivität des Einzelnen durch die durchschnittliche Gruppen-Produktivität. Dabei ist irrelevant, wie stark die Produktivität des einzelnen Bewerbers von dieser mittleren Produktivität abweicht. So dient die Zugehörigkeit zu einer bestimmten Gruppe oder Kategorie als Signal für die individuelle Produktivität (Hinz/Abraham 2005). Personen mit Behinderung würden dann negative Merkmale hinsichtlich der individuellen Produktivität zugeschrieben werden, die sich aus den (mehr oder weniger) gemachten Erfahrungen mit der Gruppe aller Menschen mit Behinderungen bilden (Cloerkes/Markowetz 1997).

*1.2.2.2 Stigma und Stigmatisierung*

Eine allgemeine Sozialtheorie, die tatsächliche und statistische Diskriminierungsprozesse, ihre Entstehung, aber auch Identitätskonflikte stigmatisierter Personen beleuchtet, ist die Stigma-Theorie nach Goffman (1967). Weiterentwicklungen dieser Theorie gehen außerdem auf Bewältigungsstrategien im Umgang mit einem Stigma ein. Zunächst werden nun kurz die Grundzüge dieser Theorie beschrieben. Ein Stigma ist wie folgt definiert: „Ein Individuum [...] besitzt ein Merkmal, das sich der Aufmerksamkeit aufdrängen und bewirken kann, daß wir uns bei der Begegnung mit diesem Individuum von ihm abwenden [...] Es hat ein Stigma, das heißt, es ist in unerwünschter Weise anders, als wir es antizipiert hatten" (Goffman 1967: 13). Als Beispiele für Stigmata sind u. a. körperliche Deformierungen zu nennen, aber auch Suchterkrankungen, Homosexualität, Arbeitslosigkeit oder unnatürliche Leidenschaften (Goffman 1967). Ein Stigma ist dabei ähnlich zu einem Vorurteil und ist immer negativ konnotiert, komplex im Inhalt, gefühlsgeladen, zeitlich und kulturell variabel (Cloerkes/Markowetz 1997). Häufig werden, wie bei der statistischen Diskriminierung, weitere negative Eigenschaften unterstellt und auf die Person und andere Personen mit dem gleichen Merkmal generalisiert (Cloerkes/Markowetz 1997). So werden Menschen mit Behinderungen negative Eigenschaften z. B. Unsicherheit oder erhöhte Krankheitszeiten im Arbeitskontext zugeschrieben, die individuell aber nicht zutreffen müssen (Cloerkes/Markowetz 1997; Lohse 2009). Ähnlich wie bereits bei der Systemtheorie ausgeführt, führt die Nicht-Erfüllung bestimmter normativer also gesellschaftlich festgelegter „normaler" Erwartungen im Handeln zu einer Störung der Kommunikation zwischen einer Person und ihrem Kommunikationspartner.

Goffman (1967) erklärt das Zustandekommen dieser kommunikativen Störung anhand einer Differenzierung der individuellen Identität in die soziale Identität, die persönliche Identität und die Ich-Identität. Die soziale Identität beschreibt dabei die Zuordnung von in der Kommunikation sichtbar gemachten Eigenschaften einer Person zu einer sozialen Kategorie, die bestimmte soziale Erwartungen an die Person stellt, z. B. die Zuordnung einer Person zu Angehörigen einer bestimmten Berufsgruppe oder eben zur Kategorie der Personen mit einer Behinderung. An dieser Stelle kann es zur Stigmatisierung kommen. Stigmatisierung ist dabei vom Stigma zu unterscheiden und bezeichnet das kommunikative Verhalten einer Person in Reaktion auf ein Stigma (Cloerkes/Markowetz 1997). Stigmatisieren geschieht häufiger, wenn das diskriminierende Merkmal öffentlich wahrnehmbar ist (Goffman 1967). Um den Prozess der Stigmatisierung weiter zu konkretisieren, unterteilt Goffman die soziale Identität in eine virtuale und eine aktuale Identität. Die virtuale Identität ist dabei eine von der Gesellschaft und dem Kommunikationspartner erwartete Identität und die aktuale Identität stellt sich als eine tat-

sächliche, von den sozialen Normen abweichende, soziale Identität dar. Haftet einer Person ein potenzielles Stigma an, unterscheiden sich diese beiden Identitäten.

Neben der extern zugeschriebenen sozialen Identität wird dem Individuum auch eine persönliche Identität zugeschrieben. Diese Identität konstituiert sich zum einen über die eine Person identifizierenden Merkmale (Name, Fingerabdruck, Personalausweis etc.) und zum anderen über den ganz individuellen und dadurch einzigartigen Lebenslauf einer Person, der sie von anderen unterscheidet. Die persönliche Identität wird von der Person verwendet, um Informationskontrolle zu betreiben, die zum Ziel hat, einer Stigmatisierung zu entgehen. Dies kann bedeuten, dass ein Merkmal gezielt verborgen oder überspielt wird, oder dass das Stigma öffentlich kommuniziert wird, um andere Menschen auf von ihnen unerwartetes Verhalten aufmerksam zu machen (Goffman 1967). Subjektiv und demnach nicht extern zugeschrieben ist allein die Ich-Identität, die sich aus der Kombination sozialer und persönlicher Identität speist und als „das subjektive Empfinden seiner eigenen Situation und seiner eigenen Kontinuität und Eigenart, das ein Individuum allmählich als ein Resultat seiner verschiedenen sozialen Erfahrungen erwirbt" (Goffman 1967: 132), definiert ist.

Dieser Identitätskonflikt und der Zwang zur Einhaltung von Erwartungen verweist dabei erneut auf Inhalte der Systemtheorie, da unerwartetes Verhalten zu Systemirritationen führt, die nur bis zu einem gewissen Maß vom System toleriert werden. Die persönliche Identität verlangt es dementsprechend, sich durch biografische Besonderheiten zu identifizieren und abzuheben; die soziale Identität verlangt gesellschaftliche Konformität und Normalität: „Es wird also zugleich gefordert, so zu sein wie alle und so zu sein wie niemand" (Krappmann 1971: 78). Wenn die Betonung der eigenen Individualität zu sehr überhandnimmt, besteht die Gefahr der Isolation und der Stigmatisierung. Andersherum fehlt es der Identitätsdarstellung an Authentizität, erhält die soziale Identität zu viel Gewicht. Trotz persönlicher Einzigartigkeit muss deshalb gleichzeitig der kommunikative Rahmen für geteilte Bedeutungen und Erwartungen gegeben sein. Die Leistung der Ich-Identität liegt dabei darin, diese beiden Identitäten auszubalancieren, um die „Schein-Normalität" mit einer „Schein-Einzigartigkeit" zu kombinieren und so der Gefahr der Stigmatisierung oder der Nicht-Authentizität zu entgehen (Goffman 1967; Krappmann 1971: 74–79; Cloerkes/Markowetz 1997).

#### *1.2.2.3 Resümee*

Für die Beantwortung der Fragestellungen zum (dauerhaften) Erwerbseintritt junger Ausbildungsabsolventen in der beruflichen Rehabilitation (Reims/Gruber 2014) resultiert aus den arbeits- bzw. mikrosoziologischen Ausführungen, dass bei Schätzung des Übergangs in Erwerbstätigkeit mehrere Merkmale der geförderten Ju-

gendlichen berücksichtigt werden sollten, um den Erfolg oder Misserfolg bei der Jobsuche besser beurteilen zu können. Sowohl das Vorliegen einer Behinderung selbst, als auch die Art der Behinderung – als Annäherung daran, ob eine Behinderung sichtbar ist oder nicht – können potenziell aus Sicht der Arbeitgeber als (negative) Signale hinsichtlich der Produktivität gewertet werden. Diese Merkmale und Charakteristika der Bewerber können sowohl statistische Diskriminierung und/oder Stigmatisierung nach sich ziehen. Welches Phänomen genau im jeweiligen Kontext vorliegt, ist nur schwer zu differenzieren. Resultat beider Diskriminierungsformen ist allerdings die Sperrung des Zugangs zum Arbeitsmarkt. Aber nicht nur das Vorliegen einer Behinderung signalisiert negative Produktivität. Gleiches gilt nach den oben genannten Theorien auch für längere Arbeitslosigkeitserfahrungen und Krankheitsperioden. Beide (erwerbs-)biografischen Merkmale werden deshalb bei den empirischen Analysen im zweiten, wie auch dritten Dissertationsartikel berücksichtigt. Geringe Schulbildung, aber auch der Nicht-Erwerb von beruflichen Zertifikaten (z. B. bei Abbruch einer Maßnahme) aus der beruflichen Rehabilitation heraus, können als Signale an die Arbeitgeber möglicherweise erklären, warum keine Erwerbstätigkeit aufgenommen werden konnte. Auch hier ist die Wahrscheinlichkeit groß, dass Arbeitgeber auf geringere Produktivität schließen. Aus diesem Grund werden diese qualifikatorischen Merkmale der Bewerber in den empirischen Analysen aufgenommen. Im Zusammenhang mit den mikrosoziologischen Theorien werden schlechtere Arbeitsmarktchancen von Personen erwartet, die eine sichtbare Behinderung, ein geringes Qualifikationsniveau, hohe Abbruchquoten und längere Phasen in Arbeitslosigkeit und Krankheit aufweisen.

### 1.2.3 Medizinsoziologische und epidemiologische Erklärungsansätze für den Zusammenhang von Gesundheit und Erwerbsstatus

Bis hierhin wurden aus theoretischer Hinsicht vor allem Faktoren diskutiert, die die Arbeitsmarktintegration beeinflussen. Im folgenden Teilabschnitt soll nun der Einfluss sozialer Integrationsprozesse im Allgemeinen und der Arbeitsmarktintegration im Speziellen auf die subjektive Gesundheit behinderter Menschen fokussiert werden. Weil nur dann von erfolgreicher Förderung gesprochen werden kann, wenn die Förderung und die daran potenziell anschließende (Wieder-)Eingliederung sich positiv auf die Wahrnehmung der eigenen Situation der Rehabilitanden auswirkt, ist der subjektiv wahrgenommene Gesundheitszustand als abhängige Variable ein wichtiger Aspekt zur Erfolgsbeurteilung der beruflichen Rehabilitation. Dieser Zusammenhang wird im Detail im dritten Artikel dieser Dissertation behandelt (Reims/Bauer 2015). Dabei stehen insbesondere das Verhältnis von Gesundheit und Arbeitsmarktintegration im Mittelpunkt sowie das Verhältnis bzw.

die Wirkzusammenhänge zwischen der Qualität der Arbeit und der Wirkung auf die individuelle Gesundheit.

*1.2.3.1 Selektion und Kausalität*

Theoretische Ansätze, die das Verhältnis zwischen Erwerbsstatus und Gesundheit thematisieren, berufen sich auf die empirische Tatsache, dass Personen mit schlechterer Gesundheit wesentlich häufiger arbeitslos sind im Vergleich zu Personen, die einen guten Gesundheitszustand aufweisen (Elkeles/Seifert 1993). Unklar jedoch bleibt die Beziehung zwischen Ursache und Wirkung (Mohr/Richter 2008; Pech/Freude 2010). Verursacht eine schlechtere gesundheitliche Situation von Personen, dass diese ihre Erwerbstätigkeit verlieren bzw. nur schwer erneut eine adäquate Arbeitsstelle finden (Selektionshypothese) oder ist die schlechtere Gesundheit Arbeitsloser eine Folge ihres Erwerbsstatus (Kausalitätshypothese) (Elkeles/Seifert 1993; Elkeles 2008; Pech/Freude 2010)? Die Selektionshypothese nimmt dabei erneut Bezug auf Signale, die durch die gesundheitliche Situation an den Arbeitgeber gesandt werden. Eine gesundheitliche Einschränkung signalisiert dabei geringe Produktivität und führt deshalb zu einer erschwerten Aufnahme von Erwerbstätigkeit oder gar zum Verlust der Arbeitsstelle. Die Kausalitätshypothese verweist auf die latenten Faktoren von Erwerbsarbeit (Jahoda 1982). Danach bietet Erwerbsarbeit in modernen Gesellschaften mehr als nur Lohn und den Zugang zu sozialen Sicherungsnetzen, sie bietet zusätzlich soziale Kontakte im Arbeitsumfeld, über den Beruf wird soziales Prestige erzeugt und Arbeit ist sinnstiftend. Wenn dies – bedingt durch Erwerbslosigkeit – fehlt, führt das, der Theorie zufolge, zu einer schlechteren Gesundheit der Betroffenen.

Sowohl für die Kausalitäts- als auch Selektionshypothese existieren eine Vielzahl empirischer Belege (Pech/Freude 2010). Auch wenn beide Ansätze in unterschiedliche Argumentationsrichtungen gehen, sind sie nur schwer voneinander zu isolieren, sondern eher als komplementär zu betrachten. Dies hat theoretische und somit interpretative Konsequenzen, aber nicht zuletzt auch methodische Konsequenzen, die in späteren Kapiteln noch einmal tiefergehender diskutiert werden.

*1.2.3.2 Die Inkongruenzhypothese*

Anschließend an die Diskussion zum bidirektionalen Zusammenhang zwischen Arbeit und Gesundheit bieten Paul und Moser (2006) ein sehr aktuelles Erklärungsmodell, um gesundheitliche Beeinträchtigungen im Rahmen von Arbeitslosigkeit, aber auch bei Erwerbstätigkeit, zu erklären. Dabei heben sie insbesondere den psychischen Aspekt von Gesundheit hervor. Arbeitslosigkeit wirkt nach der Inkongruenzhypothese nur dann negativ auf die psychische Gesundheit, wenn die Person mit ihrem vorliegenden Erwerbsstatus unzufrieden ist. So sind arbeitslose Personen nur dann durch ihren Arbeitslosigkeitsstatus psychisch beeinträchtigt,

wenn das Ausüben einer Erwerbstätigkeit als besonders wichtig eingestuft wird. Ergänzend liegt dieser Theorie zufolge für erwerbstätige Personen, die sich nur geringfügig über ihre Erwerbstätigkeit identifizieren, eine schlechtere gesundheitliche Verfassung vor. Beide Personengruppen befinden sich nach Paul und Moser (2006; 2007) in einer inkongruenten Erwerbssituation, wodurch eine schlechtere psychische Gesundheit determiniert ist. Aus diesem Grund ist auch die Berücksichtigung der individuellen Wichtigkeit von Arbeit bzw. der Freiwilligkeit von Erwerbslosigkeit (Jungbauer-Gans 2002) in der Untersuchung von Arbeitsmarktintegration und Gesundheit von zentraler Wichtigkeit.

#### *1.2.3.3 Das Vitaminmodell*

Anschließend an die vorgestellte Kausalitätshypothese wird eine Verschlechterung im Gesundheitszustand von Arbeitslosen, der durch die Erwerbslosigkeit bedingt ist, üblicherweise mit einem Mangel an bestimmten mit der Erwerbstätigkeit assoziierten psycho-sozialen Faktoren verbunden. Beispiele für diese psychosozialen Faktoren sind u. a. soziale Kontakte zu Kollegen, das sinnhafte Verfolgen gemeinsamer Ziele und berufsspezifisches Prestige. Diese Faktoren werden auch als latente Funktionen der Erwerbsarbeit bezeichnet und stehen im Zusatz zu den manifesten Funktionen der Erwerbsarbeit, d. h. dem monetären Verdienst, den Erwerbsarbeit mit sich bringt (Jahoda 1982). Das Vitamin-Modell nach Warr (1987; 2007) nimmt ebenfalls Bezug auf Jahodas latente, aber auch manifeste Funktionen von Arbeit, kombiniert dieses theoretische Erklärungsmodell allerdings mit Überlegungen basierend auf dem Anforderungs-Kontroll-Modell nach Karasek und Theorell (1990) und dem *Job-Characteristics Model* nach Hackman und Oldman (1980). Die beiden letzteren Ansätze beziehen sich auf die Umstände von Erwerbsarbeit und betonen deren Zentralität im Einfluss auf die Gesundheit. Hier wird auf den Aspekt rekurriert, dass nicht nur Arbeitslosigkeit, sondern auch bestimmte Arbeitsbedingungen zu einer Verschlechterung individueller Gesundheit führen können. Der Ansatz von Karasek und Theorell (1990) verweist dabei auf die Wichtigkeit der Balance zwischen den Arbeitsanforderungen bzw. den potenziellen Belastungen wie Zeitdruck, repetitive Arbeitsschritte, eingeschränkte Handlungsmöglichkeiten etc. und den Kontroll- und Handlungsmöglichkeiten, die einer Person durch ihre körperliche und psychische Konstitution und durch die Ausgestaltung der Erwerbstätigkeit zur Verfügung stehen. Sind die Anforderungen an die Person hoch und die eigenen Kontrollmöglichkeiten gering, so kommt es zu negativen Auswirkungen auf die individuelle Gesundheit.

Hackman und Oldman (1975; 1980) gehen davon aus, dass Arbeitszufriedenheit, intrinsische Arbeitsmotivation, hohe und qualitativ hochwertige Arbeitsleistungen und ein geringer Krankenstand vor allem dann bei Arbeitnehmern erzeugt werden

können, wenn die Personen zum einen Sinnhaftigkeit in ihrer Tätigkeit sehen, wenn sie zum anderen aber auch ihre Arbeitsergebnisse verantworten müssen und zuletzt die Ergebnisse ihrer Arbeit wahrnehmen, um bspw. Arbeitsergebnisse qualitativ bewerten zu können. Diese drei kritischen psychologischen Zustände werden durch fünf Kerndimensionen erzeugt, die eine berufliche Tätigkeit beinhalten muss. Die Sinnhaftigkeit der eigenen Tätigkeit wird dabei durch Anforderungsvielfalt, Aufgabenidentität mit der beruflichen Tätigkeit und durch einen hohen subjektiv zugeschriebenen Wichtigkeitsgrad der beruflichen Tätigkeit erzeugt. Verantwortungsgefühl für die eigenen Arbeitsergebnisse entsteht, wenn eine berufliche Tätigkeit einen hohen Grad an Autonomie für die Angestellten bereithält. Das Wissen um die eigenen Arbeitsergebnisse wird auch durch einen hohen Grad an Rückmeldung in der beruflichen Tätigkeit erzeugt.

Warr (2007) kombiniert diese drei Ansätze in seinem Vitaminmodell. Er beschreibt dabei Faktoren von Erwerbsarbeit und berufliche Rahmenbedingungen in Referenz zu einer Vitaminanalogie. Fehlen diese Faktoren bedingt durch Erwerbslosigkeit oder nehmen einige Faktoren zu großen Raum ein, sind gesundheitliche Probleme die Folge. Er macht dabei hauptsächlich zwölf Umweltfaktoren verantwortlich, die die Gesundheit im Arbeitskontext beeinflussen:

1. Kontrolle und Selbstbestimmung beim Fällen von Entscheidungen,
2. Nutzung der eigenen Fähigkeiten und Möglichkeiten,
3. Verfolgung gemeinsamer (Arbeits-)Ziele und eine feste Arbeitszeitstruktur,
4. Variation in der Nutzung eigener Fähigkeiten,
5. Klarheit in der Beschäftigungssicherheit,
6. wirtschaftliche Sicherheit,
7. sichere Arbeitsbedingungen in körperlicher Hinsicht,
8. soziale Kontakte,
9. berufliches Prestige,
10. Unterstützung und gerechte Behandlung durch die Vorgesetzten,
11. Jobperspektiven und Karrieremöglichkeiten,
12. gleiche und faire Behandlung und Entlohnung sowie gesellschaftliche Verantwortung der Organisation.

Diese zwölf Umweltfaktoren sind alle mit dem Vorliegen einer Erwerbstätigkeit assoziiert und werden in der Vitaminanalogie hinsichtlich ihrer Wirkung auf die Gesundheit beschrieben. Die Gesundheit einer Person verschlechtert sich demnach dann, wenn ein Mangel an allen oder manchen Vitaminen bzw. Umweltfaktoren vorliegt oder wenn ein oder mehrere Vitamine überdosiert werden. Im Fall von Arbeitslosigkeit liegen keine der zwölf Umweltfaktoren vor, sodass Mangelerscheinungen in Form von psychischen Belastungen bei arbeitslosen Personen zu erwarten sind.

*1.2.3.4 Resümee*

Für Menschen mit Behinderungen – sowohl für sehr junge behinderte Menschen, die gerade erste Arbeitsmarkterfahrungen sammeln, aber auch für bereits berufserfahrene Berufswiedereinsteiger, die ihre berufliche Perspektive neu ausrichten müssen – sind vor allem folgende Punkte der Theorie nach Warr (2007) sehr wichtig für die subjektive Zufriedenheit in der Erwerbstätigkeit: Die Nutzung der eigenen Fähigkeiten und eben nicht die Betonung der Bereiche, die aufgrund der Behinderung oder anderer persönlicher Merkmale nicht möglich sind; eine sichere Arbeitsumgebung, die auch eine behinderungsadäquate Ausführung der beruflichen Tätigkeit ungehindert – und unbehindert – möglich macht; eine unterstützende und gerechte Behandlung, aber auch monetäre Entlohnung durch die Organisation, im Speziellen durch den Vorgesetzten, der bei gleicher beruflicher Leistung auch eine gleiche Entlohnung für Menschen mit und ohne Behinderung vorsehen muss.

Ein empirisch relevanter, aber in den üblichen, gerade erwähnten Gesundheitsmodellen häufig vernachlässigter Aspekt ist darüber hinaus die Passung zwischen den Fähigkeiten und Bedürfnissen Erwerbstätiger und den gegebenen Umständen am Arbeitsplatz, die u. a. von Polanyi und Tompa (2004) gefordert wird. Nach den Autoren wird die Bewertung der Arbeitsqualität einerseits durch objektive Merkmale des Arbeitsverhältnisses (wie Einkommen, Arbeits- und Beschäftigungssicherheit etc.) determiniert, und andererseits durch die Vereinbarkeit von Beruf und den Eigenschaften und Merkmalen einer Person (Bedürfnisse, Interessen, Persönlichkeit etc.). Dies ist insbesondere für die hier betrachtete Population der Menschen mit Behinderungen von zentraler Wichtigkeit und ist auch ein Aspekt, der im dritten Artikel dieser Dissertation behandelt wird. Anknüpfend an die Inkongruenzhypothese wird die subjektive Einstufung der Wichtigkeit von Arbeit als Einflussfaktor für die subjektiven Gesundheitsmerkmale verwendet, die zusätzlich auch in Interaktion gesetzt wird mit dem aktuellen Erwerbsstatus der geförderten Wiedereingliederungsfälle. Dem bidirektionalen Zusammenhang zwischen Gesundheit und Arbeitsmarktstatus wird in methodischer Hinsicht Rechnung getragen.

## 1.3 Zentrale Hintergrundstudien für die Dissertationsstudien

Studien zur Wirkung beruflicher Rehabilitation hinsichtlich der Arbeitsmarktintegration sind rar gesät in der deutschen Forschungslandschaft. Da in den einzelnen Beiträgen dieser kumulativen Dissertation ausführlich auf den jeweiligen Forschungsstand zur respektiven Forschungsfrage eingegangen wurde, soll an dieser Stelle auf eine vollständige Wiederholung der Studienlage verzichtet wer-

den. Dennoch sollen an dieser Stelle einige Studien genannt werden, an die diese Dissertation anknüpft, da sie ähnliche Sachverhalte mit teilweise ähnlichen Analysepopulationen, aber anderen Methoden oder Schwerpunkten untersucht haben. Quantitative Studien zur beruflichen Rehabilitation in Deutschland sind auf Untersuchungen begrenzt, die den Prozess der beruflichen Rehabilitation selbst beleuchten und den folgenden Übergang in den Arbeitsmarkt. Darüber hinaus nehmen einige qualitative Studien den Erkennungs- und Anerkennungsprozess vor dem offiziellen Beginn einer beruflichen Rehabilitation in den Blick (WZB/infas 2006; Schubert et al. 2007; Ekert et al. 2012).

In der vorliegenden Dissertation wird der Erkennungs- bzw. Anerkennungsschritt auf theoretischer Ebene als Teilschritt des Rehabilitationsprozesses betrachtet. Dabei dient die Systemtheorie (Luhmann/Baecker 2011) als grundlegende Gesellschaftstheorie im ersten Dissertationspapier (Gruber/Titze/Zapfel 2014: Vocational rehabilitation of disabled people in Germany. A systemstheoretical perspective). Die Systemtheorie wird häufiger im Rahmen der Heilpädagogik herangezogen, um die Exklusion behinderter Menschen durch gestörte Kommunikationsprozesse zu veranschaulichen (Wansing 2006; Lohse 2009). In diesem Sinne beschreibt auch Lohse (2009) Ungleichheitslagen (schwer-)behinderter Menschen und zeigt mithilfe der Systemtheorie Mechanismen auf, die die Integration in den Arbeitsmarkt erschweren. Unternehmensintegration von behinderten Menschen rufen dabei bedingt durch strapazierte Kommunikation Abwehrmechanismen bei den Unternehmen hervor. Um diese Störungen zu bewältigen, plädiert er für eine neu zu definierende Rolle des Integrationsfachdienstes (IFD) als unternehmensberatenden Akteur in der Interaktion zwischen den Menschen mit (Schwer-)Behinderung und den Unternehmen, der verstärkt auch auf Problemlagen der Unternehmen eingehen muss. Auch Wansing (2006) fokussiert Inklusions- und Exklusionsprozesse der gesellschaftlichen Teilhabe unter Verwendung der Systemtheorie und bezieht sich dabei allerdings auf alle Menschen mit Behinderungen. Unter Verweis auf den Paradigmenwechsel vom sorgenden hin zum aktivierenden Staat bezieht sie umfassend das inklusionsstärkende Rehabilitationssystem selbst in ihre theoretischen Analysen mit ein, um auf wirksame und weniger wirksame Leistungen im Kontext der Rehabilitation hinzuweisen. Sie kritisiert Pauschalisierungstendenzen im Leistungsangebot der Rehabilitationseinrichtungen und betont die Wichtigkeit einer adressatengerechten Leistungszuteilung, um eine umfassende gesellschaftliche Teilhabe behinderter Menschen zu erreichen.

Neben einer theoretischen Rahmung zur Erforschung von Auswirkungen beruflicher Rehabilitation auf die Arbeitsmarktteilhabe behinderter Menschen, liefert diese Dissertation im zweiten Artikel (Reims/Gruber 2014: Junge Rehabilitanden in der Ausbildung am Übergang in den Arbeitsmarkt) erstmalig Erkenntnisse zur

längerfristigen Arbeitsmarktintegration von jungen Rehabilitanden im Rahmen einer multivariaten Untersuchung der weiteren Erwerbsbiografie dieser Personengruppe im Längsschnitt. Diese Erkenntnisse sind allerdings nicht auf alle geförderten Jugendlichen bezogen, sondern nur auf diejenigen, die eine berufliche Erstausbildung im Rahmen der beruflichen Rehabilitation durchführen. Eine vollständige Betrachtung aller jugendlichen Rehabilitanden der Ersteingliederung findet sich bei Dony et al. (2012). Diese Auswertungen beschränken sich allerdings nur auf deskriptive Stichtagsauswertungen, die weder Art noch Dauer der aufgenommenen Beschäftigung näher untersuchen. Generell beleuchtet die überwiegende Mehrheit der Studien zu Arbeitsmarktübergängen nach der beruflichen Rehabilitation lediglich die Personengruppe in der Wiedereingliederung (siehe dazu eine Übersicht bei Streibelt/Egner 2012).[13] Weil das Erfolgspotenzial der beruflichen Rehabilitation für die Wiedereingliederung schon häufiger in Bezug auf die Arbeitsmarktintegration nach der beruflichen Rehabilitation beleuchtet wurde, wird Erfolg im dritten Papier dieser Dissertation (Reims/Bauer 2015: Labour market status and well-being in the context of return to work after vocational rehabilitation in Germany) nicht direkt unter Berücksichtigung der Integrationsrate auf dem Arbeitsmarkt gemessen, sondern im Hinblick auf den Effekt der Arbeitsmarktintegration auf das subjektive Wohlbefinden der Rehabilitanden. Diese Herangehensweise ist damit einzigartig im Rahmen der (deutschen) Rehabilitationsforschung. Sie verweist allerdings auf viele Studien, die entweder die Wirkung von (Langzeit-) Arbeitslosigkeit oder der generellen (erneuten) Aufnahme von Beschäftigung auf die Gesundheit der Betroffenen untersuchen (Murphy/Athanasou 1999; Bartley, Sacker/Clarke 2004; Schuring et al. 2011). Die Ergebnisse aus dem dritten Dissertationsartikel werden im Hintergrund dieser Studien interpretiert. Teilweise wurden auch methodische Herangehensweisen zum Thema des Zusammenhangs zwischen Arbeit und Gesundheit auf die Population der Wiedereingliederung übertragen (Bartley/Sacker/Clarke 2004; Schmitz 2011). In den wenigsten Fällen der Betrachtung von Arbeitsmarktstatus und Gesundheit werden Menschen mit Behinderungen explizit betrachtet (eine Ausnahme stellt die Studie nach Turner/Turner 2004 dar). Grundsätzlich sind sich die meisten Studien einig, dass die Aufnahme von Beschäftigung zwar positiv auf die Gesundheit wirkt (z. B. Murphy/Athanasou 1999), allerdings können die Qualität bzw. die Umstände der Beschäftigung dabei entscheidend für die Wirkung auf die Gesundheit sein (Burdorf 2008). Insbesondere die Zunahme prekärer bzw. atypischer Beschäftigungsformen wie Leiharbeit oder

13 Dies hängt mit der beschränkten Datenlage zu Jugendlichen in beruflicher Rehabilitation zusammen und damit, dass die Personen der Wiedereingliederung zu einem großen Teil in der Trägerschaft der DRV stehen, die als einziger Träger beruflicher Rehabilitation eine für die *scientific community* öffentlich zugängliche Datenbasis zur Untersuchung von Arbeitsmarkteintritten nach Reha-Förderung bereitstellt.

befristete Beschäftigung kann dabei zu einer allgemeinen Verschlechterung der subjektiven Gesundheit von Erwerbstätigen führen (Jungbauer-Gans/Krug 2013). Diesen Gedanken im dritten Dissertationsartikel aufgreifend, werden die Passung zwischen Behinderung und beruflicher Tätigkeit untersucht und mit der Gesundheit in Beziehung gesetzt. Dies verweist wiederum auf die Forderung von Polanyi und Tompa (2004), die Passung zwischen Arbeitsumgebung und Fähigkeiten bzw. Charakteristika der Arbeitnehmer, die häufig in theoretischen Modellen übersehen bzw. nicht erwähnt wird, differenzierter zu betrachten.

## 1.4 Datensatzbeschreibung

Auch wenn der verwendete Datensatz in den empirischen Dissertationspapieren bereits dargestellt wird, soll an dieser Stelle die Gelegenheit genutzt werden, um die Daten noch etwas ausführlicher zu beschreiben.

Für den deutschen Kontext ist bis dato keine Datengrundlage zur umfassenden trägerübergreifenden Untersuchung von Zugangs-, Förderungs- und Arbeitsmarktübergangsprozessen in Bezug auf die berufliche Rehabilitation behinderter Menschen vorhanden. Es existieren allerdings einige Registerdatensätze für einzelne Träger der beruflichen Rehabilitation, die bereits genutzt wurden, um Erkenntnisse zur beruflichen Rehabilitation zu generieren. So veröffentlicht die DRV bereits seit mehreren Jahren einen *Scientific Use File* zur Erforschung medizinischer und beruflicher Rehabilitation. Für die BA existiert seit Kurzem ein ähnlicher Registerdatensatz, der allerdings noch nicht wie der Datensatz der DRV für Forschende frei zugänglich ist. Auch wenn Registerdaten es meist erlauben, eine sehr große Förderpopulation zu betrachten und häufig sehr genaue Informationen zu prozessspezifischen Merkmalen bereithalten wie Geldleistungen, Maßnahmeteilnahmen und Arbeitsmarktvermittlung, bieten Registerdaten nur sehr eingeschränkte Informationen über persönliche Merkmale der beruflichen Rehabilitanden. So werden keinerlei Daten zu subjektiven Einschätzungen der Rehabilitanden, wie z. B. dem subjektiven Gesundheitszustand oder der beruflichen Einschränkung bereitgehalten.

Um neben den prozessrelevanten Informationen, wie der Teilnahme an Maßnahmen, erwerbsbiografische Informationen und Art der Behinderung auch subjektive Bewertungen zu Gesundheit und beruflichen Einschränkungen zu erhalten, gab das Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung (IAB) deshalb 2005 eine für die Förderpopulation 2006 repräsentative Panelbefragung von beruflichen Rehabilitanden der BA in Auftrag, die Datengrundlage für die vorliegende Dissertationsschrift ist. Um Teilnehmer für diese Rehabilitandenbefragung zu ermitteln, wurden zwei getrennte Stichproben nach Erst- und Wiedereingliederung aus den Registerdaten der BA gezogen. Diese Stichproben umfassen Rehabilitanden, die

im Laufe des Jahres 2006 eine (allgemeine oder rehabilitationsspezifische) Maßnahme der BA beendet haben. Die Befragungsstichprobe wurde zunächst disproportional nach der Maßnahmeteilnahme während der beruflichen Rehabilitation geschichtet. So wurde sichergestellt, dass Rehabilitanden mit bestimmten Maßnahmen, wie beispielsweise Weiterbildungs- und Umschulungsmaßnahmen in der Stichprobe enthalten sind. In einem zweiten Schritt erfolgte eine proportionale Schichtung der Stichprobe nach Geschlecht, Geburtsort (Ost- oder Westdeutschland), Quartal des Maßnahmeendes im Ziehungsjahr 2006, Art der Behinderung (physische Beeinträchtigung, psychische Beeinträchtigung, Sinnesbehinderung und keine Angabe zur Behinderung) und Altersgruppe (sieben Gruppen).

Die erste Befragungswelle fand 2007 statt und wurde 2008 und 2010 um zwei weitere Messzeitpunkte ergänzt. Nicht alle insgesamt 1.961 Personen in der Ersteingliederung und nicht alle 2.096 Personen in der Wiedereingliederung haben zusätzlich zur Teilnahme an der ersten Befragungswelle auch an den beiden weiteren Befragungswellen teilgenommen: Die Anzahl der Teilnehmer, die an allen drei Wellen teilgenommen haben, liegt in der Ersteingliederung bei 549 Personen und in der Wiedereingliederung bei 902 Personen.

Der Ausfall an Teilnehmern (Panelmortalität) von Welle 1 auf Welle 2 ist nur geringfügig selektiv; wohingegen der Ausfall von Welle 2 auf Welle 3 im Vergleich zur Vorwelle etwas selektiver ist. So sind Teilnehmer der dritten Welle eher weiblich, eher älter als 25, haben eine körperliche, eine psychische Behinderung oder eine Behinderung der inneren Organe bzw. ein Anfallsleiden und haben eher bereits an Welle 2 teilgenommen. In der Wiedereingliederung finden sich Selektivitäten in der Teilnahme an Welle 3 ebenfalls hinsichtlich des Alters (eher Personen über 35 Jahre), der vorherigen Teilnahme an Welle 2 und der Behinderungsart (wahrscheinlichere Teilnahme von sinnesbehinderten Personen). Zusätzlich nehmen Wiedereingliederungspersonen eher an Welle 3 teil, wenn sie sich selbst gesund fühlen. Aufgrund der Selektivitäten hinsichtlich der Panelmortalität ist eine Korrektur durch adjustierte Gewichtung notwendig und wird in den empirischen Beiträgen dieser Dissertation berücksichtigt.

Im Fokus der quantitativen Befragung standen die persönlichen Erfahrungen der Rehabilitanden während der Maßnahme(n) im Rahmen der beruflichen Rehabilitation sowie Näheres zu ihrer (schulischen und beruflichen) Biografie vor und nach der beruflichen Rehabilitation. Die Daten weisen dabei eine Rechtszensierung[14] auf, d. h. Statusinformationen zu Maßnahmen und Erwerbsstatus (nach Ende der beruf-

14 Ein Zeitraum ist zensiert, wenn die exakte Dauer nicht bestimmt werden kann, weil entweder Beginn oder Ende unbekannt sind oder generell ein Ereignis vor oder nach dem Beobachtungszeitraum stattgefunden hat. Rechtszensierung liegt vor, wenn im Rahmen des vorgegebenen Beobachtungszeitraums ein Ereignis noch nicht stattgefunden hat oder noch nicht beendet wurde (Blossfeld/Rohwer/Golsch 2007).

lichen Rehabilitation) liegen nur bis zum letzten (individuellen) Befragungszeitpunkt vor. Die für die jeweiligen Studien herangezogenen Variablen des Datensatzes – Erwerbsstatus und subjektive Gesundheit – sind in den jeweiligen Artikeln der Dissertation detailliert beschrieben. Deshalb wird an dieser Stelle auf eine ausführliche Darstellung dieser Variablen und deren Operationalisierung verzichtet.

Dennoch sollen allgemeine Inhalte der Befragung angesprochen werden. So wurden neben soziodemografischen Merkmalen wie Geschlecht, Familienstand, Bildung etc. auch Informationen zur Krankheitsgeschichte erfragt. Damit enthalten die Daten Angaben zur Art der vorliegenden Behinderung der Rehabilitanden, zur subjektiven allgemeinen Gesundheitszufriedenheit, aber auch zur physischen und psychischen Funktionsfähigkeit, die im Rahmen des SF-12 (Ware/Kosinski/Keller 1996) erhoben werden. Hinsichtlich der Operationalisierung von Gesundheit werden subjektive Gesundheitsmaße wie der SF-12 durchaus als gute und valide Gesundheitsmaße angesehen (Wurm/Tesch-Römer 2008; Burr et al. 2013).

Um auch die regionale Wohnsituation und die regionale Arbeitsmarktstruktur (Dauth/Hirschenauer/Rüb 2008; Hirschenauer/Springer 2014) bei den Analysen berücksichtigen zu können, wurden Registerdaten der BA (Integrierte Erwerbsbiografien IEB[15]) auf Kreisebene zu den Befragungsdaten hinzugespielt. Individuelle Wohnortdaten aus den Registerdaten konnten allerdings nur für die Befragten hinzugespielt werden, die eine Zuspielgenehmigung erteilt haben. Diese liegt vor für 85 Prozent der Befragten in der Ersteingliederung und 87 Prozent in der Wiedereingliederung. Das Anerkennungsdatum der beruflichen Rehabilitation wurde während der Befragung erhoben, allerdings nicht das offizielle, amtliche Ende der beruflichen Rehabilitation, sondern nur das jeweilige Ende der besuchten Maßnahme(n). Aus diesem Grund wurde das Ende der sogenannten Hauptmaßnahme als Ende für die berufliche Rehabilitation festgelegt. Bei einer Teilnahme an mehreren Maßnahmen im Rahmen des Rehabilitationsprozesses, ist die Hauptmaßnahme dabei diejenige Maßnahme, die als die Hauptstrategie des Reha-Personals im Rahmen der Arbeitsmarkteingliederung angesehen wird. Um diese Hauptstrategie und die damit verbundene Hauptmaßnahme zu identifizieren, wurde die folgende Hierarchie unterschiedlicher Maßnahmekategorien zugrunde gelegt:

1. der Eingangsbereich einer Werkstatt für behinderte Menschen
2. eine beruflich-betriebliche Ausbildung/Lehre

15 Die IEB-Daten sind ein Standardprodukt des IAB und speisen sich aus unterschiedlichen Datenquellen, die zu einer Datenbasis verknüpft und regelmäßig aktualisiert werden: Beschäftigungsdaten aus den Meldungen sozialversicherungspflichtiger Beschäftigter, Leistungsdaten von Empfängern von Arbeitslosengeld, Arbeitslosenhilfe und Unterhaltsgeld, Daten zu (nicht-rehaspezifischen) Maßnahmeteilnahmen der BA, und Daten zu Zeiten der Arbeitsuche. Ausgenommen von der Erfassung in den Prozessdaten sind dabei selbständige Personen, Beamte und Beschäftigte einer WfbM (Zimmermann/Kaimer/Oberschachtsiek 2007).

3. eine schulische Ausbildung bzw. eine Ausbildung an einer Fachschule, Meister-/Technikerschule, Berufs- oder Fachakademie
4. eine Umschulung, eine Weiterbildung oder Fortbildung oder eine berufliche Nach- und Zusatzqualifikation
5. Berufsgrundbildungsjahr, Berufsvorbereitungsjahr, Berufsorientierungskurs, berufsvorbereitender Lehrgang, Berufsvorbereitendes Pflichtpraktikum, Einstiegsqualifizierungsjahr/Teilqualifizierung im Betrieb
6. Arbeitserprobung, Trainingsmaßnahme
7. Arbeitsgelegenheiten (1-Euro-Jobs), Arbeitsbeschaffungsmaßnahmen, Strukturanpassungsmaßnahmen
8. Arbeitsassistenz, Arbeitsplatzumrüstung, Beauftragung privater Arbeitsvermittlung, Erhalt bzw. Einlösung eines Vermittlungsgutscheins, Existenzgründungszuschuss/Übergangsgeld, Leistungen an den Arbeitgeber (z. B. Lohnkostenzuschüsse bzw. Eingliederungszuschüsse).

Haben die Rehabilitanden beispielsweise vor einer beruflich-betrieblichen Ausbildungsmaßnahme, aber während der beruflichen Rehabilitation ein Berufsvorbereitungsjahr absolviert, so würde die Ausbildung als Hauptmaßnahme bezeichnet werden, weil nicht die Vorbereitung, sondern die berufliche Ausbildung als Hauptstrategie für die berufliche Integration angesehen werden würde.

## 1.5 Methodische Problemstellungen und Lösungsansätze bei der Umsetzung der Forschungsfragen der Dissertationspapiere

Um die Ergebnisse der beiden empirischen Arbeiten dieser Dissertation unter Berücksichtigung der jeweiligen Methode beurteilen zu können, soll in diesem Kapitel noch einmal grundsätzlich auf methodische Aspekte eingegangen werden, die speziell bei der vorliegenden Untersuchungspopulation auftreten und die bei der Schätzung von Arbeitsmarkteintritten und Gesundheitsbewertungen berücksichtigt werden müssen. Da in den jeweiligen empirischen Dissertationspapieren die Methodik zwar beschrieben, aber nur in aller Kürze dargestellt werden konnte, sollen methodische Problemstellungen und Vorgehensweisen an dieser Stelle etwas ausführlicher demonstriert werden.

### 1.5.1 Übergangsprozesse in den Arbeitsmarkt bei Ausbildungsabsolventen

Die im Rahmen dieser Dissertation verwendeten Panel-Längsschnittdaten bieten den Vorteil, dass für dieselben Personen Messungen zu verschiedenen Zeitpunkten vorliegen, so können dynamische Prozesse unter Berücksichtigung sich verän-

dernder persönlicher und erwerbsspezifischer Merkmale untersucht werden. Die Erfassung des Erwerbsstatus findet zudem nicht nur zu den Befragungszeitpunkten statt, sondern wurde monatsgenau seit Ende der Schulzeit retrospektiv abgefragt und bei jeder Befragung bis zum letzten Befragungszeitraum aktualisiert.

Die Ereignisanalyse, als eine Methode, um Längsschnittdaten zu analysieren und Übergangsprozesse zu untersuchen, bietet neben dem Einbezug einer dynamischen Perspektive die Möglichkeit, (Rechts-)Zensierungen, wie sie in den vorliegenden Daten existieren, zu berücksichtigen. Es können zeitliche Veränderungsprozesse sowie vorherige (Arbeitsmarkt-)Prozesse, wie Erwerbs-, Arbeitslosigkeits- und Krankheitszeiten, bei der Analyse von Ereignissen einbezogen werden. Um Übergangsprozesse von jungen Ausbildungsabsolventen nach Ende der beruflichen Rehabilitation zu untersuchen, eignet sich die Ereignisanalyse sehr gut, da hier die individuelle Dauer bis zum Arbeitsmarkteintritt von Interesse ist. Gleichzeitig lassen sich durch multivariate Modellierungen Gruppenunterschiede (z. B. nach Gesundheitseinschätzung, Behinderungsart, Schulabschluss etc.) hinsichtlich dieses Übergangs spezifizieren. Im Rahmen der Ereignisanalyse werden in Abhängigkeit des zeitlichen Verlaufs Übergangsraten – sogenannte *Hazardraten* – in definierte Zielzustände geschätzt. Im vorliegenden Fall ist der erste Zielzustand die Aufnahme einer Beschäftigung. Dieser Zielzustand ist wiederum differenziert in die Aufnahme einer ungeförderten oder einer geförderten Beschäftigung. Die Übergangsrate *r(t)* ist als die bedingte Wahrscheinlichkeit definiert, dass innerhalb eines Zeitintervalls $\Delta t$ mit Beginn in $t_0$ zum Zeitpunkt $t$ (bei $t > t_0$) eine Zustandsveränderung vom Ursprungszustand zum Zielzustand (Beschäftigungsaufnahme) stattfindet mit einer Dauer $T$ unter der Bedingung, dass diese Zustandsveränderung bis zum Ende der Beobachtungszeit noch nicht eingetreten ist (Blossfeld/Rohwer/Golsch 2007).

$$r(t) = \lim_{\Delta t \to 0} P(t < T \leq t + \Delta t \,|\, T \geq t) \,/ \Delta t$$

Da nur geringe empirische Befunde über die zugrunde liegende Übergangsrate hinsichtlich des Erwerbseintritts von Rehabilitanden bekannt sind und davon auszugehen ist, dass sich die Übergangswahrscheinlichkeiten in Erwerbstätigkeit je nach verstrichener Dauer seit Ende der Hauptmaßnahme unterscheiden, wird ein *Piecewise Constant* Modell (periodenspezifisches Exponentialmodell) verwendet, welches eine flexible Handhabung im Hinblick auf die Annahme der Gestalt der Übergangsrate erlaubt. Dabei wird angenommen, dass die intervallspezifischen Übergangsraten $r_j^*$ innerhalb der Zeitintervalle $j = 1, \ldots Q$, die zwischen $\tau_{j-1}$ und $\tau_j$ rangieren, konstant sind, aber zwischen den Zeitintervallen variieren und gemeinsam die Gesamtverteilungs-*Hazardrate r* in Abhängigkeit der Zeit $t$ und den Kovariaten $X$ bilden.

$$r(t; X_t) = \begin{cases} r_1^* \exp(ß' X_t) & \text{für } t \in [0, \tau_1] \\ r_2^* \exp(ß' X_t) & \text{für } t \in [\tau_2, \tau_3] \\ r_q^* \exp(ß' X_t) & \text{für } t \in [\tau_{q-1}, \tau_q] \end{cases}$$

Durch diese Zerlegung der Zeitachse kann eine Annäherung an die tatsächliche Verlaufskurve erreicht werden, ohne dass vorher Annahmen über deren Gesamtgestalt getroffen werden müssen. Unterschiede in den Übergangswahrscheinlichkeiten in unterschiedlichen Zeitperioden wie sie im *Piecewise Constant* Modell dargestellt werden können, können mithilfe von logistischen oder linearen Regressionsmodellen nicht abgebildet werden (Blossfeld/Rohwer/Golsch 2007).

Die Anzahl der Zeitintervalle wurde im Rahmen des zweiten Dissertationsartikels (Reims/Gruber 2014) auf Basis des Kaplan-Meier-Schätzers (KMS) festgelegt. Der KMS ist eine nicht-parametrische Methode zur Schätzung der *Survivorfunction* (Überlebensfunktion) $S(t) = P(T > t)$, also der Wahrscheinlichkeit, dass ein Zeitintervall mindestens bis $t$ andauert und dass eine Zustandsveränderung, d. h. ein Ereignis, nicht während des gegebenen Zeitintervall eintritt, sondern erst nach $t$. Die Person verbleibt also im Ursprungszustand bzw. „überlebt" (Ludwig-Mayerhofer 1994; Blossfeld/Rohwer/Golsch 2007). Dabei wird zu jedem Messzeitpunkt ($\tau_l$ mit $l = 1, 2 \ldots, q$), an dem potenzielle Ereignisse beobachtet werden, die Überlebenswahrscheinlichkeit berechnet. Die Biografie einer Person ist in mehrere Episoden geteilt. Eine Episode ist dabei definiert als die Zeitspanne, die sich eine Person in einem spezifizierten Zustand (z. B. Arbeitslosigkeit) befindet (Blossfeld/Rohwer/Golsch 2007). Die Zahl der Episoden $(E_l)$, in denen ein Ereignis (z. B. Eintritt von Erwerbstätigkeit) passiert, wird mit denjenigen Episoden in Beziehung gesetzt, in denen noch kein Ereignis stattgefunden hat. Innerhalb dieser Episoden besteht also immer noch das „Risiko", ein Ereignis zu erfahren $(R_l)$. Das beinhaltet auch zensierte Episoden, also Fälle bei denen bis zum Beobachtungsende noch kein Ereignis eingetreten ist. Es ist aber durchaus möglich, dass das Ereignis über den Beobachtungszeitraum hinaus noch eintritt. Die zeitpunktspezifischen *Survivorfunktionen* werden dann für alle Messzeitpunkte multipliziert. Es resultiert eine Stufenfunktion, bei der üblicherweise der Median interpretiert wird (Blossfeld/Rohwer/Golsch 2007).

$$\hat{S}(t) = \prod_{l:\tau_l<t} \left(1 - \frac{E_l}{R_l}\right)$$

Um neben dem generellen Übergang von der Hauptmaßnahme in Beschäftigung qualitativ zwischen einer geförderten und einer ungeförderten Beschäftigung zu unterscheiden und beschäftigungsspezifische Determinanten zu identifizieren, wurden zwei weitere Modelle ereignisanalytisch geschätzt. Bei der Verwendung

solcher *competing risk* Modelle wird grundlegend angenommen, dass die Risiken, eine geförderte oder eine ungeförderte Beschäftigung aufzunehmen, voneinander unabhängig sind. Getrennte Modelle für beide Zielzustände können dann geschätzt werden; sie stehen aber für sich und sind zunächst nicht direkt miteinander vergleichbar, weil ihnen eine unterschiedliche Anzahl an Ereignissen zugrunde liegt (Blossfeld/Rohwer/Golsch 2007).

Neben dem Übergang in verschiedene Beschäftigungsformen, wurde in einem weiteren Schritt – zunächst mithilfe eines Kaplan-Meier-Schätzers, dann mit einem multivariaten Ereignisanalysemodell – die Beschäftigungsdauer derjenigen geschätzt, die eine Beschäftigung aufnehmen. Methodisch wurde demnach für die Population der Beschäftigten der Übergang aus dieser ersten Beschäftigungsphase geschätzt. So können Aussagen darüber getroffen werden, wie lange die erste Beschäftigungsphase andauert. Dies ermöglicht Aussagen über die Nachhaltigkeit der Beschäftigung und zu Merkmalen einer Person, die die Beschäftigungsdauer bedingen. Da allerdings die Nachhaltigkeit der Beschäftigung nur für nach der Rehabilitation Beschäftigte betrachtet werden kann, handelt es sich um eine selektive Gruppe, die aufgrund bestimmter Charakteristika – die aus den Analysen zum Arbeitsmarkteintritt bekannt sind – eine Beschäftigung aufnehmen. Dies bleibt bei der Interpretation der Analysen zu bedenken.

### 1.5.2 (Unbeobachtete) Heterogenität bei der Schätzung der Gesundheit

Grundsätzlich gilt für die Untersuchungspopulation der beruflichen Rehabilitanden, dass es sich um eine in vielerlei Hinsicht sehr heterogene Gruppe handelt. Dies gilt insbesondere für Personen der Wiedereingliederung, die sich nicht nur hinsichtlich der Vielfalt von Behinderungsarten, sondern auch im Hinblick auf ihre im Vergleich zur Ersteingliederung wesentlich differenziertere Erwerbsbiografie (Ausgangsberufe, berufliche Einschränkungen etc.) innerhalb ihrer Fördergruppe stark voneinander unterscheiden. Um diese mehrdimensionale Heterogenität zu bewältigen, ist es notwendig, viele verschiedene Aspekte zu berücksichtigen, die für die Schätzung von Wahrscheinlichkeiten der Arbeitsmarktintegration, aber auch der gesundheitlichen Befindlichkeit notwendig sind. Im dritten Artikel der vorliegenden Dissertation werden verschiedene Aspekte subjektiver Gesundheit von Personen der Wiedereingliederung modelliert (Reims/Bauer 2015). Um die (unbeobachtete) Gruppenheterogenität zu berücksichtigen und die Vielzahl der Einflussfaktoren bei der Schätzung von Gesundheit zu reduzieren, werden *Fixed-Effects* (FE)-Modelle verwendet. Mithilfe von Längsschnittdaten und dazu passenden Analysetechniken, wie der FE-Methodik können zum einen Faktoren betrachtet werden, die eine Veränderung z. B. im Wohlbefinden nach sich ziehen und zum anderen können alle

Determinanten statistisch kontrolliert werden, die als zeitkonstant, also zeitlich unveränderlich, charakterisiert sind. Dies lässt sich dabei nicht nur auf abgefragte Merkmale übertragen, sondern auch auf Merkmale, die sich der Kenntnis des Forschers entziehen und somit unbeobachtet sind. Wenn unbeobachtete Merkmale Einfluss auf die Schätzung ausüben, ist die Modellannahme der Exogenität verletzt. Endogenität – d. h. Fehlerterm und unabhängige Variablen sind nicht unabhängig voneinander – ist die Folge und es kommt zu inkonsistenten Schätzergebnissen. Das statistische Problem der unbeobachteten Heterogenität kann mithilfe von FE-Modellen zu einem gewissen Grad reduziert werden.

Um FE-Modelle anzuwenden, sind mindestens zwei Messzeitpunkte notwendig, wobei nur die zeitliche Veränderung bei derselben Person (*within variation*) berücksichtigt wird. Dagegen wird die Variation zwischen den Personen (*between variation*) nicht betrachtet, da Unterschiede zwischen Personen auf unbeobachtete Merkmale zurückzuführen sind (Allison 2009). Im dritten Papier dieser Dissertation wurde das subjektive Gesundheitsempfinden (physisch, psychisch und allgemein) $Y_{it}$ geschätzt, zu den Zeitpunkten $t_1$ (2008) und $t_2$ (2010) für alle Personen $i$, die eine Veränderung in der Gesundheitsbewertung zwischen den beiden Messungen aufweisen.

$$Y_{it} = X_{it}\beta + \gamma_i + \vartheta_{it}$$

Diese Veränderungsmessung macht es möglich, zeitkonstante Merkmale herauszurechnen. Der Fehlerterm ist dabei zweigeteilt in $\gamma_i$, den individual-spezifischen zeitkonstanten Fehlerterm und $\vartheta_{it}$, den idiosynkratischen Fehlerterm, der als zeitveränderlich charakterisiert ist. Da das FE-Modell Merkmale zu verschiedenen Zeitpunkten vergleicht, muss obige Gleichung als Differenz aller Terme dargestellt werden. Durch diesen Vorher-Nachher-Vergleich fallen alle zeitkonstanten Merkmale – inklusive $\Delta\gamma_i$ – aus der Gleichung.

$$\Delta Y_{it} = \Delta X_{it}\beta + \Delta\gamma_i + \Delta\vartheta_{it} = \Delta X_{it}\beta + \Delta\vartheta_{it}$$

Der Vorteil ist, dass Veränderungen in der Gesundheitsbewertung einer Person, die durch zeitkonstante unbeobachtete Heterogenitäten zustande kommen, statistisch bereinigt dargestellt werden können. Der Nachteil dieser Methodik besteht darin, dass keine Aussagen über zeitkonstante Variablen getätigt werden können (z. B. über das Geschlecht und die Behinderungsart) (Brüderl 2010). Des Weiteren wird lediglich angenommen, dass unbeobachtete, zeitveränderliche Faktoren ($\Delta\vartheta_{it}$) statistisch unabhängig sind (Brüderl 2010). Würden sich beispielsweise Frauen bedingt durch Kinderbetreuungspflichten (unbeobachtete Veränderung)

vom Arbeitsmarkt zurückziehen (beobachtete Veränderung), so würde das zu einer Verzerrung der Schätzer im FE-Modell führen.[16]

### 1.5.3 Umgekehrte Kausalität zwischen Gesundheit und Arbeitsmarktstatus

Zum einen problematisiert unbeobachtete Heterogenität die Schätzung von Gesundheit, da sie Ursache für Endogenität ist und somit die Ergebnisse verzerrt. Zum anderen ist umgekehrte Kausalität ein Aspekt, der bei der Gegenüberstellung von Gesundheit und Erwerbsstatus zwangsläufig thematisiert werden muss, weil auch darüber Endogenität und eine Verletzung der Modelannahmen verursacht wird. So ist zunächst der Wirkungszusammenhang zwischen Erwerbsteilnahme und Gesundheit unklar bzw. zunächst nicht differenzierbar. Wie bereits im Theorieteil (Kapitel 1.2.3.1) diskutiert, kann sowohl der subjektive Gesundheitszustand den Arbeitsmarktstatus bedingen als auch der Arbeitsmarktstatus die individuell wahrgenommene Gesundheit beeinflussen.

Um diesem Problem Rechnung zu tragen, wurden im dritten Papier dieser Dissertation zusätzliche Modelle geschätzt, die konsistente Schätzbedingungen herstellen, indem sie Endogenitätsquellen wie umgekehrte Kausalität beseitigen. Dafür wurde zunächst ein Instrumentenvariablen (IV) Ansatz verwendet (Wooldridge 2010). Eine endogene Variable (in unserem Fall der Arbeitsmarktstatus) wird dabei zu einer IV in Beziehung gesetzt, die bestimmte Voraussetzungen erfüllen muss. Die IV muss zunächst selbst exogen sein. Diese Unabhängigkeit zum Fehlerterm kann nicht überprüft werden und muss deshalb theoretisch angenommen werden. Die Korrelation zwischen der endogenen Variable (im vorliegenden Fall der Erwerbsstatus) und der IV (reduzierte Form) muss hoch signifikant sein, sonst handelt es sich um ein schwaches Instrument und Schätzer, Verteilungsmerkmale und Konfidenzintervalle gelten als unverlässlich (Stock/Wright/Yogo 2002). Zuletzt muss gewährleistet sein, dass kein (direkter) Einfluss der IV auf die abhängige Variable $\Delta Y_{it}$ (im vorliegenden Fall die subjektive Gesundheit) besteht, damit sichergestellt werden kann, dass die IV nur indirekt über die Korrelation mit dem Erwerbsstatus die Varianz in der Gesundheitsbewertung der Rehabilitanden beeinflusst. Andernfalls wäre es nicht möglich, den indirekten Einfluss der IV über die endogene Variable vom direkten Einfluss zu unterscheiden. Es wäre also nicht möglich, den exogenen Teil des Einflusses der endogenen Variable Arbeitsmarktstatus herauszufiltern. Des

16 Es finden sich weit unter 20 Personen in den Daten, die von einer Erwerbstätigkeit in eine Nicht-Erwerbstätigkeit wechseln und dabei einen sonstigen Status angeben. Dieser sonstige Status, der generell arbeitsmarktferne Tätigkeiten (auch Rente, Wehr- oder Zivildienst etc.) umfasst, bezieht sich unter anderem auf die Angabe „Kindererziehung ohne gleichzeitige Erwerbstätigkeit" bzw. „Erziehungszeit". Generell kann mithilfe der Daten kontrolliert werden, ob der Arbeitsmarkt verlassen wurde. Was genau der Grund dafür war, kann nicht differenziert werden, allerdings ist dieser Fall vergleichsweise selten bei der gegebenen Population.

Weiteren gilt, dass die IV auch mit keiner anderen Determinanten für die subjektive Gesundheit korrelieren darf, weil die IV sonst kollinear wäre, was wiederum zu inkonsistenten Koeffizienten führen würde. Letzteres kann durch die Aufnahme derselben exogenen Merkmale $\Delta X_{it}$ aus der Gleichung zur Schätzung der Gesundheitsveränderung überprüft und sichergestellt werden (Wooldridge 2010).

Aufgrund dieser vielschichtigen Voraussetzungen für die Verwendung von IVs ist es bei vielen Anwendungsbeispielen problematisch, passende IVs zu identifizieren. Variablen, die im vorliegenden Fall basierend auf theoretischen Überlegungen im starken Verdacht stehen, hoch mit dem Erwerbsstatus, aber nur geringfügig mit der gesundheitlichen Befindlichkeit zu korrelieren, sind regionale und berufsspezifische Arbeitslosigkeitsraten sowie die regionale Arbeitsmarktstruktur im Bezirk der jeweils zuständigen Arbeitsagentur. Es ist sehr wahrscheinlich, dass die arbeitsmarktspezifischen Gegebenheiten zwar den eigenen Arbeitsmarktstatus bedingen, aber keinen direkten Einfluss auf die subjektive Gesundheitsbewertung ausüben. Allerdings stellte sich bei der Überprüfung der Voraussetzungen der IV heraus, dass die Korrelation der potenziellen IVs mit dem Arbeitsmarktstatus statistisch zu gering ausfällt, sodass sie als IVs nicht infrage kommen. Wenn nur schwer passende IVs in Form anderer Variablen gefunden werden können, besteht eine weitere Möglichkeit darin, eine zeitlich versetzte Form der endogenen Variable zum Zeitpunkt $t - 1$ zu verwenden und die endogene Variable zum Zeitpunkt $t$ damit zu instrumentieren.

$$\Delta Y_{it} = \Delta AMS^{*}_{it}\beta + \Delta X_{it}\theta + \Delta\vartheta_{it}$$

mit

$$\Delta AMS^{*}_{it} = \Delta AMS_{it-1}\alpha + \Delta X_{it}\delta$$

In der Tat korreliert der Arbeitsmarktstatus (AMS) zum Befragungszeitpunkt jeweils mit dem Arbeitsmarktstatus sechs und 12 Monate vor der Befragung stark signifikant. Um Exogenität in der Gesundheitsschätzung herzustellen, wird dabei statt der endogenen Variable Arbeitsmarktstatus ($\Delta AMS^{*}_{it}$) im letzten Schritt der Wahrscheinlichkeitsterm der reduzierten Form $\Delta AMS_{it-1}\alpha + \Delta X_{it}\delta$ eingesetzt. Die Endogenität des Arbeitsmarktstatus ist dadurch statistisch ausgeglichen, sodass die Voraussetzungen für konsistente Schätzer gegeben sind.

Eine weitere häufig verwendete Möglichkeit, die in eine ähnliche Richtung geht, ist die Verwendung der zeitversetzten Form der endogenen Variable anstelle der endogenen Variable innerhalb des Modells. Ähnlich zum Instrumentenvariablenansatz wird so sichergestellt, dass eine Veränderung im Arbeitsmarktstatus

ganz sicher bereits vor einer Veränderung in der Gesundheitsbewertung stattfindet (Bartley/Sacker/Clarke 2004). Dies würde allerdings zu weiteren Verzerrungen führen, wenn davon ausgegangen wird, dass die gesundheitliche Veränderung ebenfalls zeitversetzt zur Veränderung im Arbeitsmarktstatus passiert.

$$\Delta Y_{it} = \Delta AMS_{it-6M}\beta + \Delta X_{it}\theta + \Delta\vartheta_{it}$$

und

$$\Delta Y_{it} = \Delta AMS_{it-12M}\beta + \Delta X_{it}\theta + \Delta\vartheta_{it}$$

Es wurde angenommen, dass (zumindest) körperlich-gesundheitliche Reaktionen deutlich zeitverzögert auftreten können (Grobe/Schwartz 2003). Deshalb wurde der Arbeitsmarktstatus sechs und zwölf Monate ($\Delta AMS_{it-6M}$ und $\Delta AMS_{it-12M}$) vor der Gesundheitsmessung verwendet.

# 2 Vocational rehabilitation of disabled people in Germany. A systemstheoretical perspective[17]


## Abstract

*Avoiding inequality of opportunities based on individual characteristics such as sex, race or disability is of central concern for social policy. One of the most important aspects of social inclusion is integration into working life. In Germany, a comprehensive system of vocational rehabilitation has been developed aiming to integrate disabled people into the labour market. This paper contributes to a better understanding of exclusion and inclusion mechanisms related to employment participation of disabled people through the application of concepts from systems theory. We identify the societal part systems influencing these mechanisms and structure them using a multi-level approach.*



**Keywords**

vocational rehabilitation; disability; labour-market participation; systems theory; exclusion; inclusion


**Points of interest**

- In Germany, disabled people carry a greater risk of being excluded from societal areas. They leave school more often without a certificate, are more probably unemployed, and their income is lower compared with people without disabilities.
- Employment is a key determinant for societal participation. Vocational rehabilitation is supposed to counteract disabling factors by applying special labour-market programmes for disabled people. The aim is (re-)integration into the labour market. The process of vocational rehabilitation involves many legal guidelines, institutions and actors. Therefore it tends to be a complex research field, which is one reason for the lack of research regarding this topic.
- This paper shows one way of structuring the complexity of the process of vocational rehabilitation by describing employment related to exclusion and inclusion mechanisms of disabled people from a systems-theoretical perspective and by structuring the determinants for labour-market participation within a multi-level approach.

17 Das dargestellte Kapitel entspricht im Wortlaut der Veröffentlichung von Gruber/Titze/Zapfel (2014) in der Zeitschrift *Disability and Society*, mit Referenz auf die DOI: 10.1080/09687599.2013.796877. Teilweise finden sich inhaltliche Überschneidungen mit dem Forschungsbericht 427 (Dony et al. 2012: 48 ff.).

## 2.1 Introduction

Employment is one of the most important determinants of societal participation in modern societies. In addition to providing an opportunity to earn money, employment ensures access to specific benefits under the social security system, social contacts, a regular time structure, social recognition and prestige (Promberger, 2008). Along with women, older people and the long-term unemployed, disabled people are regarded as a 'special group' in relation to the labour market. On the one hand, disabled people have additional exit options such as early retirement; on the other hand, they generally face greater difficulties in obtaining employment (Offe/Hinrichs, 1984).

In Germany, disabled people leave school without school-leaving qualifications more often than non-disabled people. In addition, they are also more likely to attain a lower level of school-leaving certificate (Pfaff, 2012). Similar findings apply in relation to vocational training. Disabled people are more likely than other persons of working age to receive pensions as their main source of income (Pfaff, 2012). They have levels of income below the German average (Pfaff, 2007). Additionally, people with health complaints generally carry a greater risk of becoming unemployed (Hradil/Schiener, 2001). Therefore, it seems that Alan Roulstone's (2000) results for the United Kingdom on the close correlation between disability and employment barriers can also be applied to the German situation.

Eligibility for vocational rehabilitation programmes in Germany is linked to the legal definition of disability set out in Book IX of the Social Security Code (*Sozialgesetzbuch*): 'if physical ability, mental capacity or psychological health are likely to be impaired for longer than six months to the extent that they deviate from that typical for the person's age and thus hinder their participation in society' (German Federal Ministry of Labour and Social Affairs, 2008: 28). Although the aim of rehabilitation benefits and programmes is to ensure stable employment participation in accordance with individual aptitudes and abilities, not all people defined as disabled according to law are capable of work. The capacity for work is another precondition of eligibility for vocational rehabilitation. According to Book II of the Social Security Code, an individual has to be able to work 'under ordinary employment conditions' for at least three hours a day.

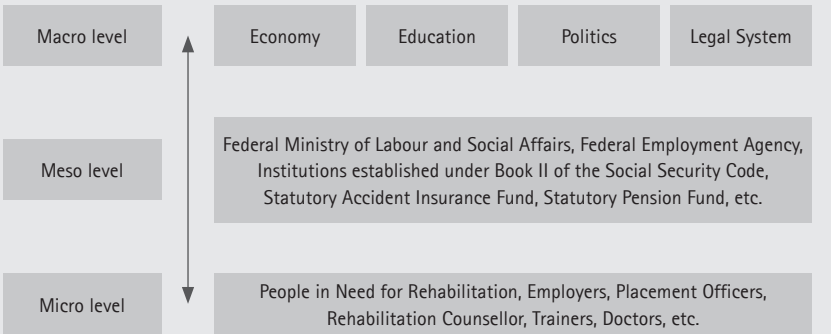
But the legal definition is only one of many different ways to define *disability*. The biological-medical model, for instance, describes disability as an individual attribute that can be treated by medical means (Cloerkes/Markowetz, 1997). In this context, disabled people are seen as being in need of 'cure' or 'care' (Oliver, 1983 cited by Barnes/Mercer, 2005) but the medical condition does not have to be regarded as the root cause of disability (Roulstone/Warren, 2006). As

Barnes and Mercer (2005: 528) pointed out '[t]he focus on individual, functional limitations effectively legitimated the wide-ranging inequalities and exclusion from mainstream society experienced by disabled people'. That approach was particularly significant in legitimating exclusion from the labour market (Barnes/Mercer, 2005).

It was in the 1970s when disabled people, mostly in the United Kingdom and the USA, started to establish organisations and protest campaigns to challenge the barriers they faced in many aspects of social life (Rauch/Dornette, 2009). This marked the beginning of the concept of independent living and the *social model of disability*. Analytical focus shifted to the interrelated barriers to social inclusion in different areas of social life such as education, working environments, negative cultural and media representations, and so forth, with a view to developing inclusionary policies and practices (Barnes/Mercer, 2005). Multiple barriers that hinder the social inclusion of disabled people are also central from a systems-theoretical point of view. According to this theory, society is regarded as being composed of different subsystems (Luhmann, 1997). Using systems theory, excluding mechanisms at the societal macro level can be described in accordance with the social model of disability. The theory is helpful in structuring both the formal and informal processes involved in vocational rehabilitation as well as the determining factors of successful integration into the labour market. Therefore, disability may also be interpreted as a dysfunctional relationship between the personal level and the subsystems at the societal level (Bleidick, 1999). Hence, this perspective is in keeping with Roulstone's observation (2002: 628) that '[...] we can no longer look in isolation at disability policy and programmes in any meaningful way without placing it within an increasing globalised economic and social context'.

To put our illustrations in context, some background on the legislative and administrative framework is necessary. In particular, to understand the complexities of the process of vocational rehabilitation in Germany some of the features of recent reforms will be highlighted, for example, the introduction of Book IX of the Social Security Code in 2001 on disability as well as the package of social security and labour market measures known as the 'Hartz' reforms. Using a systems theoretical approach, we then illustrate the underlying mechanisms of inclusion and exclusion. In a further step, we develop an analytical framework, considering influencing factors on the process of vocational rehabilitation, in order to construct a multi-level approach. The final section identifies issues for future empirical research that may be derived as a result of our considerations.

**Abbildung 3: Different Levels of Vocational Rehabilitation and its Representatives**




## 2.2 The framework of vocational rehabilitation in Germany

Starting with the macro level of society, we identify four societal subsystems in which limitations for occupational participation of disabled people can be produced and/or abolished: politics, the legal system, the education system and the economy. The political system develops the principles that are transformed into laws and applied by the legal system. A major step towards ensuring a higher degree of participation for disabled people was taken with the implementation of Book IX of the Social Security Code: Rehabilitation and Participation of Disabled People in 2001, which introduces a change in perspective. The new legislation involves a greater recognition of societal responsibility, replacing the paradigm of *welfare for* by *participation of* disabled people with a special emphasis on employment participation. The focus is now on '[...] enabling persons with disabilities to take responsibility for pursuing their own interests' (Rauch/Dornette, 2009: 53). Book II of the Social Security Code, which took effect in 2005 in the context of the 'Hartz' reforms, focuses on all unemployed people in Germany, also including disabled jobseekers. It combines the social assistance system with the system of long-term unemployment benefits with the aim of reducing unemployment and benefit dependency (Konle-Seidl/Eichhorst/Grienberger-Zingerle, 2007). Following the reform, the use of sanctions has become more prevalent and the new strategic focus is on programmes to activate unemployed people, for example, in-work benefits or supported employment (Kocyba, 2004). The catalogue of programmes and benefits available to unemployed people is set out in Book III of the Social Security Code.

In addition to the political and legal system, the education system is of particular relevance, as it aims to develop working capacity and to prepare individuals for working life. Finally, the economic system and the labour market

(as part of it) define the conditions under which occupational integration takes place. Any analysis of occupational exclusion and inclusion mechanisms needs to take account of processes in all of these societal fields in order to identify the disabling tendencies that lead to exclusion.

The systems of the macro level correspond to institutions on the meso level. Reflecting structural factors on the macro level, these institutions create additional guidelines both for their own staff and their clients – individuals entitled to vocational rehabilitation.[18] In Germany, funding for vocational rehabilitation of adults is dealt with by different institutions. The Statutory Accident Insurance Fund (*Unfallversicherung*) is responsible where a person's disability was caused by an occupational or commuting accident or by an occupational disease. The Statutory Pension Fund (*Deutsche Rentenversicherung*) has financial responsibility where persons entitled to rehabilitation have already accumulated 15 years of social security contributions, if they need to retire because of reduced working capacity, or if vocational rehabilitation is necessary following medical rehabilitation already funded by the Statutory Pension Fund. The largest funding provider, responsible for almost all other cases, is the Federal Employment Agency (*Bundesagentur für Arbeit*).

As a result of the 'Hartz' reforms in 2005, new institutions came into being. Alongside the existing local-level employment agencies (*Arbeitsagenturen*), responsible for the short-term unemployed in accordance with Book III of the Social Security Code, there are now new institutions provided for under Book II of the Social Security Code, that is, municipal providers (*zugelassene kommunale Träger*) and joint agencies *(Arbeitsgemeinschaft*) responsible for the long-term unemployed and for young people just entering the labour market (Rauch/ Dornette, 2009). These new institutions are characterised by a relatively high proportion of personnel on fixed-term contracts (Hesse/Götz, 2008) which leads to greater employment insecurity and a high turnover of personnel (Ames, 2008). Another consequence of the introduction of new institutions is that the process of vocational rehabilitation is not always managed by one single institution. In some cases different institutions are responsible for different steps of the process. '[I]f a long-term unemployed person has health problems, the placement officer in the new institution should identify a genuine need for rehabilitation in accordance with the requirements of Social Codes III and IX [Books III & IX of the Social Security Code]. Then the placement officers have to contact their colleagues in the corresponding department of the Federal Employment Agency, who are responsible for the assessment of rehabilitation demands. They recommend

18 We refer here to people entitled to vocational rehabilitation benefits on account of their disability and with an identified need for assistance to (re-)gain participation in the labour market (section19 of Book III of the Social Security Code).

appropriate employment or training measures. Then the person is sent back to the initial new institution [i.e. an institution provided for under Book II of the Social Security Code] with these recommendations. The new institution is responsible for the delivery and funding of the schemes recommended as well as for subsequent employment integration.' (Rauch/Dornette, 2009: 59).

At the micro level, the individual entitled to vocational rehabilitation is the central actor. Her/his individual characteristics and particularly health status determine the possibilities for and the course of the rehabilitative process. Furthermore, the programmes require her/his consent. According to section 9 of Book IX of the Social Security Code, beneficiaries have the *right to express their wishes and to make a choice* in relation to decisions concerning the course of their vocational rehabilitation. In that regard, account must be taken of a person's individual situation, age, gender and family as well as religious and political/ethical beliefs. This provision represents a major step forward because successful and stable integration into the labour market can only be achieved in accordance with individual needs and wishes. Another important position on the micro level is that of the rehabilitation counsellor who decides on eligibility – possibly advised by a doctor – and the type of programme in accordance with the needs and wishes of the client. For successful integration into the labour market, other crucial actors are placement officers and, of course, employers.

The main objective of vocational rehabilitation is societal inclusion by means of individualised and lasting integration or reintegration into the labour market. The requirements of the job should be commensurate with the person's health status and disability. As result of increased sensibility with regard to data protection, official statistics of the German Federal Employment Agency publically document information on disability only until the end of September 2009. The numbers as of September 2009 indicate that amongst the beneficiaries of assistance programmes targeted at the initial integration of younger people (under the age of 25) the vast majority of participants are persons with psychological, mental or neurological disabilities, accounting for 87 % of all participants prior to this date (own calculations based on 2009 statistics for the whole of Germany: Statistics of the Federal Employment Agency, 2009). The group of disabled persons over the age of 25 participating in reintegration measures also comprises to a large extent individuals with a psychological, mental or neurological disability (45 %), but also includes many people with a disability relating to the musculoskeletal system (author's own calculations: Statistics of the Federal Employment Agency, 2009).

In Germany, most of the programmes available within the vocational rehabilitation process rely mainly on supply-side and individual approaches. By highlighting abilities, they aim to protect, increase or re-establish an individual's

capacity to work, to enable disabled people to take up a job as well as to make them more 'attractive' to potential employers (Barnes/Mercer, 2005). As regards the initial integration of younger disabled people, the primary focus is to enable them to take up an apprenticeship and, at a secondary level, to prepare them for employment. If an individual is unable to pursue an apprenticeship within a firm, this can also be completed on an external basis at a vocational training centre (*Berufsbildungswerk*). As for the reintegration of people over the age of 25, most programmes aim to retrain the individual for a new occupation or to provide further training in the individual's existing occupation. Again, if further training or retraining cannot be done within a firm, it may be completed in a vocational advancement centre (*Berufsförderungswerk*). The second most common measures granted are programmes of integration in sheltered workshops (*Werkstätten für behinderte Menschen*) and the provision of specialist integration services (*Integrationsfachdienst*) (Statistics of the Federal Employment Agency, 2012). Self-directed support schemes such as those in the United Kingdom (see, for example, Prideaux et al., 2009) are implemented in Germany by means of a personal budget. Under this scheme, a disabled person receives a certain amount of money (or vouchers) each month which can be used to purchase services from different institutions according to individual needs. As a result, this promotes individual responsibility and autonomy (Biermann, 2007).

Are these programmes appropriate to assure inclusion? Before we discuss how societal inclusion can be achieved, it is necessary to first have a closer look at the mechanisms of exclusion and inclusion. As Barnes and Mercer (2005) note, throughout classical sociological theory, a discussion of disability is almost completely absent. Consequently, we need to ask how inclusion and exclusion can be defined in the context of labour market participation of disabled people. What are the conditions necessary to ensure the social inclusion of disabled people? In the following demonstrations, we use the approach of systems theory to establish a theoretical framework for understanding the mechanisms involved.

## 2.3 Mechanisms of inclusion and exclusion

A discussion of (the conditions necessary for) social inclusion only makes sense if there is social exclusion. In the past few years the term exclusion has become more and more common in the social sciences, in public discourse, and in political disputes. The term describes a sidelined position of persons or groups within society and is used for a wide range of societal areas and groups (Castel, 2000). Its concrete meaning often remains ambiguous. Thus, a theoretical approach is needed to give substance to the term *exclusion*, which is done, here, using systems theory.

Systems theory assumes that modern societies are divided into several social spheres – known as *part systems* – including the economy, the legal system, education, the political system, healthcare as well as a number of other fields. They have their own functions, unwritten laws, and restrictions on behaviour (Habermas/Luhmann, 1971). Although they work autonomously, making them independent from the rest of society to a certain extent, they are connected to each other in a specific way (Luhmann, 1997).

The education system, for instance, has multiple external relations (Kade, 1997). Its function is to impart knowledge and vocational skills. Furthermore, it prepares individuals for the substantive content of work and its organisation, both of which are becoming increasingly complex. In ensuring the employability of individuals for the labour market, it supports skill-intensive methods of production. As the demands of work are constantly changing, the need for further training forces people into ongoing educational participation, that is lifelong learning (Luhmann, 2002a).

Qualifications and certificates indicate a person's skills and level of educational achievement, such that formal knowledge facilitates entrance to working life. They serve as signals to employers (Wittpoth, 1997) as they are suggestive of an individual's future work performance. The education system is thus interconnected with the economic system, in particular with the labour market. Economic growth, on the other hand, is generally regarded as a sign of political success and participation in occupational life also stabilises family life with high employment rates having a positive effect on familial bonds.

The legal system (law) helps to avoid arbitrariness and to organise the economic process. It defines different standards and determines formal processes. As a result of shifting political priorities and normative beliefs, the legal framework is constantly changing (Luhmann, 2002b).

All of these characteristics of part systems have important implications as regards inclusion and exclusion of disabled people. First, exclusion may not be understood as removal from society as a whole. It only refers to specific parts of the societal world such as labour markets (economy), social assistance (politics and law), school (education), political debates and elections (Nassehi, 1997). Therefore, exclusion is fractional.

The second implication relates to the risk of being excluded from more than one area. Limited inclusion in one area may lead to exclusion processes in another field, for example, educational deficits are often connected to unemployment. Due to the way the education system is allocating young people into different types of school with different career opportunities (Allmendinger/Hinz, 1998), disabled people face a higher risk of reduced educational opportunities. Disabled people are often affected by long-term unemployment (Hradil/Schiener, 2001), most often due to employer

scepticism of an individual's motivation, flexibility, and availability (Montada, 1997). Unemployment may result in a precarious financial situation, which often reduces the opportunities for cultural participation (Deutschmann, 2009). A separation from the labour market precipitates in many cases financial deprivation, social isolation and, dysfunction in family life, and increases the risk of poverty (Rogge/Kieselbach, 2009). Mainly caused by the disabling effect of the education system and intensified by the inflexibility of the economic system to account for the needs of disabled people, multiple exclusion results (Schimank, 2005).

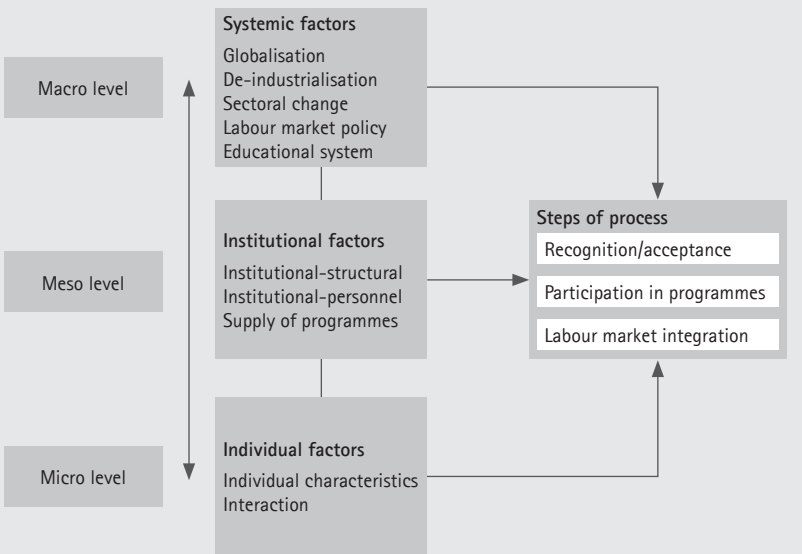
Third, welfare state programmes aim to avoid processes of social exclusion. In accordance with local cultural standards, the welfare state facilitates reintegration in education and employment (Kronauer, 2006). In the context of labour market policy, vocational rehabilitation attempts to eliminate disability related disadvantages and to compensate for exclusion processes in the labour market by providing social security benefits, limiting social risks, and re-establishing participation in working life (Castel, 2009; German Federal Ministry of Labour and Social Affairs, 2009). In doing this, the welfare state creates a sphere of secondary inclusion within welfare state institutions expressed in terms of eligibility for social security benefits and vocational programmes (Stichweh, 2009). In other words, if disabled people cannot obtain employment in the primary labour market, measures are available to improve, for instance, the qualification level of the jobseeker (e.g. further training) or in the case of other barriers to employment, employers may be offered financial incentives (e.g. settling-in allowance) or integration into the secondary labour market (employment in sheltered workshops is also possible if regular employment is infeasible). In general terms, the welfare state tries to counterbalance tendencies of exclusion and to avert the negative consequences (Mühlum/Gödecker-Geenen, 2003).

Finally, vocational rehabilitation is not only aimed at reinforcing inclusion in only one societal area. Several part systems are involved in the process of rehabilitation: economy and respective labour market circumstances determine the conditions, assumptions, and requirements governing successful and stable integration into occupational life. Vocational rehabilitation is therefore seen as a process of adaptation to labour market conditions (Rauch/Dornette, 2009). The public health system aims at improving an individual's health status and at alleviating negative consequences caused by health problems and thus supports the maintenance of an individual's working capacity. Social security law defines legal standards and regulates the formal processes of vocational rehabilitation. It coordinates the cooperation between the actors involved in the process, structured by a multi-level concept as outlined in the next section.

## 2.4 The multi-level structure of vocational rehabilitation

The process of vocational rehabilitation can be described as a series of steps. The first step is recognition and acceptance of the eligibility of a disabled person. Only if the need for vocational rehabilitation is recognised (by the person herself/himself, placement officers, rehabilitation counsellors, trainers and/or school teachers) and officially accepted by the rehabilitation counsellor are further steps in the process possible. The second step is participation in rehabilitative programmes, which target successful and long-term integration into the labour market. It is important to emphasise that this is the ideal final step of the process. Other outcomes such as drop-out, because of inadequate contribution by the programme participant or occupation in a sheltered workshop are also possible. Book IX of the Social Security Code establishes that vocational rehabilitation may be regarded a success not only where it leads to direct integration into the labour market but also where it improves an individual's working capacity. Definition of the goals of vocational rehabilitation is crucial not only in relation to labour market integration but also to other fields of social life.

**Abbildung 4: Influencing Factors on the Process of Vocational Rehabilitation**




Analogous to the multi-level structure, different influencing factors may be identified at the various steps of the process. Abbildung 4 illustrates systemic factors on the macro level, institutional factors on the meso level and individual

factors on the micro level. These factors influence the different steps with varying degrees of intensity.

*Systemic factors*

On the macro level, the influencing factors mainly arise from developments in the economic system. The mechanisms by which individuals may participate in the economic system are contingent not only on financial resources but also on the requirements of employment, which, in turn, arise as a result of the mechanisms and rules located in the labour market itself. People who are limited in their physical and/or mental health often do not comply or rather are seen to not comply with these requirements. Consequently, they are dependent on jobs with relatively low requirements in the low-wage sector (Hradil/Schiener, 2001). Additionally, this is linked in particular to insecurity and uncertainty in employment, which is a further trend in modern societies (Roulstone, 2002).

Especially in high-wage countries such as Germany, globalisation leads to displacement of these jobs to low-wage countries. As a consequence, the requirements on local employees increase (Rowthorn/Ramaswamy, 1999). Rationalisation and technical specialisation are leading to the same outcome. Furthermore, a shift in sectors, in terms of a decrease in the primary and secondary economic sectors and a move towards the service sector, modifies labour market requirements, and therefore the direction that an individual's adaptation needs to take (Fourastié, 1954; Schmid/Gangl/Kupka, 2004). In this respect, a recent study by Holland et al. (2011a) using a linear regression model based on an international comparison of five countries (the United Kingdom, Norway, Sweden, Denmark and Canada) shows that de-industrialisation is affecting the employment chances of chronically ill people. In a further step, using the same method and the same sample of countries, the authors found indications that greater investment in active labour market policies helps chronically ill and disabled persons to obtain employment (Holland et al., 2011b). Thus the political and legal frameworks that are intended to counter disadvantages (Bartelheimer, 2004) would appear to be further influencing factors on the macro level.

In addition, in any analysis of the initial integration of younger disabled people, the structure of the education system has to be kept in mind. In Germany the education system is not organised centrally for the whole country. It differs considerably from one region to the next. For that reason, levels of education of young disabled people may vary amongst the regions (Federal States). Notwithstanding such differences, most young disabled people are taught in special schools (*Förderschulen*) and are not integrated into mainstream education. In 2006, about 84 % of all disabled students were taught in special schools (Ellger-

Rüttgardt et al., 2009). Special schools provide students with specialised support but their likelihood of attaining school-leaving qualifications is considerably lower.

*Institutional factors*

Institutions are an important part of the rehabilitation process. They connect structural factors on the macro level with the individual elements of the micro level (Münch, 1987). In this context, the position of the professionals – particularly placement officers and rehabilitation counsellors – is an ambiguous one. From one perspective, they may be regarded as representatives of their institutions. In this case one might consider them part of the meso level. On the other hand, they have considerable scope for action, giving them the character of micro level actors.

As Abbildung 4 shows, we differentiate between institutional structural factors, institutional-personnel factors and the supply of rehabilitative programmes. The notion of institutional structural factors refers to institutional guidelines. These constitute a framework regulating the actions of professionals and make institutional operations more predictable. Institutional-personnel factors concern the personnel specifics of institutions involved in the process of vocational rehabilitation. As discussed earlier, the introduction of Book II of the Social Security Code in 2005 changed the benefit arrangements for unemployed people (Ebbinghaus/Eichhorst, 2006), and led to a restructuring within the public administration. These changes are particularly problematic in relation to the specific advice and counselling needs of disabled people. Moreover, this may result – at least on a temporary basis – in the de-professionalisation of the personnel (Wynne/McAnaney, 2010). As the final factor of institutional influence we identify the fact that the supply of programmes differs according to the type of locality. Previous studies have shown that certain qualification programmes, such as apprenticeships or further training courses, are more often available in urban areas than in rural ones (Schubert et al., 2007), limiting the practical course of vocational rehabilitation in the latter. Especially for disabled persons large distances may prove at times insurmountable and thus disabling.

*Individual factors*

In the course of vocational rehabilitation, beneficiaries interact with the agents of various institutions. The first step of the rehabilitation process (recognition/acceptance) mainly involves placement officers and counsellors in job centres and employment agencies. These actors decide on an individual's acceptance and plan the rehabilitation measures in accordance with the structural factors of the macro level, the institutional guidelines of the meso level and needs and wishes of the disabled person. By way of analogy to the position of a doctor in the healthcare

system, these actors operate as gatekeepers. During the second step of the process (participation in programmes) interaction takes place mainly between the disabled person and the trainers or other staff of the institutions which provide rehabilitative programmes. The final step (labour market integration) concerns the disabled persons themselves, but also employers and placement officers.

Vocational rehabilitation thus involves many actors who can cause selection mechanisms at different stages of the process. The structuring of actors and actions is one way to develop research questions that can be used to examine these mechanisms in greater detail. An initial proposal can be found in the following concluding remarks.

## 2.5 Conclusion and outlook

In Germany, disabled people – in comparison with people without disabilities – are more frequently affected by unemployment and marginalisation tendencies. They often face a process of multiple exclusion usually stemming from limited participation in the labour market and from poor educational opportunities. The welfare state aims to reduce exclusion from part systems, in particular, the education system and the economic system. Vocational rehabilitation can be seen as a socio-political instrument permitting individuals to regain the opportunity for social participation, supported by special rules established by the legal system. As different societal systems and levels are involved in the process, vocational rehabilitation tends to be a complex field. Using a systems theory framework, it can be conceptualised as a process including several steps ideally leading to successful integration into the labour market. Each of the process steps (recognition/acceptance, participation in measures, and integration into the labour market) is affected by several influencing factors potentially causing selection.

Within the context of this multi-level structure, a different impetus results from each level. The systemic factors of the macro level prompt the question of whether country-specific political and legal guidelines are appropriate to counter the exclusion mechanisms that disabled people might encounter. This question is of particular social, political and academic relevance.

Institutional factors at the meso level refer to the implementation of legal guidelines by social institutions. Which institutional characteristics influence (positively or negatively) the probability of being recognised and accepted as eligible for vocational rehabilitation programmes? Does every person entitled to rehabilitation receive the measures that are suitable for future integration into the labour market? Are the measures appropriate in relation to that person's abilities and career aspirations? Although initial research findings already exist

(Wuppinger/Rauch, 2010), in-depth qualitative and/or quantitative studies are necessary to generate more sophisticated knowledge on institutional selection processes.

On the micro level, the focus of future research should include selection mechanisms that originate from individual characteristics. Again, the influence of individual determinants may differ across the three steps of the rehabilitation process. The main challenge in this context is to generate hypotheses that can be empirically tested by means of qualitative and/or quantitative research. In relation to the educational system, for example, step-specific hypotheses could be formulated along the following lines. As regards the first step of recognition/acceptance, it might be imagined that a higher educational level increases the chances of self-recognition. In terms of the second step – participation in rehabilitative programmes – highly educated individuals may receive more effective and more cost-intensive programmes as a result of advantages in the negotiation process with counsellors ('creaming effects'). Finally, it may be assumed that high educational attainment serves as a positive signal for employers. As a result, the chances of being included in the labour market may increase. Other interesting effects might also be connected, inter alia, with gender, age, ethnicity, and the region and type of locality in which a person resides.

One important objective of this paper was to contribute to the theoretical discussion about the inclusion of disabled people into the labour market by structuring the process and the factors that potentially cause exclusion. By focusing on the interrelated barriers for disabled people in Germany regarding their employment participation, this theoretical analysis is in accordance with the social model of disability. Furthermore, we wanted, to promote research on vocational rehabilitation by introducing an analytical framework from which a broad range of research questions may be derived. Empirical research is needed to gain deeper insight into the mechanisms of labour market participation of disabled people and also to improve the integration process and the effectiveness of social policy programmes. In developing any research of this kind, it is crucial, naturally, to involve disabled people and participants of vocational rehabilitation programmes.

# 3 Übergang junger Rehabilitanden von der Ausbildung in den Arbeitsmarkt[19]


## Zusammenfassung

*Die vorliegende Studie zielt auf die Beantwortung der Frage, ob und inwiefern Ausbildungsabsolventen und Ausbildungsabsolventinnen der Ersteingliederung in Trägerschaft der Bundesagentur für Arbeit (BA) am ersten Arbeitsmarkt integriert werden. Von Interesse sind dabei vor allem der zeitliche Verlauf bis zur Ersteingliederung, determinierende Faktoren für den erfolgreichen Übergang in den Arbeitsmarkt sowie der Verbleib im ersten Beschäftigungsverhältnis. Der Arbeitsmarktübergang und die Beschäftigungsnachhaltigkeit wurden hierbei mithilfe von Ereignisanalysen beleuchtet. Die Ergebnisse zeigen, dass ein Viertel der Absolventen und Absolventinnen direkt nach Beendigung der Ausbildung eine Beschäftigung aufnehmen. Insgesamt finden zwei Drittel von ihnen im gesamten Beobachtungszeitraum in Beschäftigung. Für den erfolgreichen Eintritt in Beschäftigung finden sich ähnliche Faktoren wie sie aus der Forschung zu nicht-behinderten Auszubildenden bekannt sind: ein hoher Bildungsabschluss, eine erfolgreich abgeschlossene (betriebliche) Berufsausbildung, hohe Mobilität und gute strukturelle Rahmenbedingungen. Im Hinblick auf die Beschäftigungsnachhaltigkeit sind Gruppenunterschiede in der Art der Behinderung und nach individueller Erwerbserfahrung zu beobachten. Menschen mit einer körperlichen Behinderung und Personen mit kurzer Arbeitslosigkeits- und Krankheitsdauer nach Ausbildungsende verbleiben länger in der ersten Erwerbsphase als Personen mit andersartiger Behinderung und längeren Zeiten in Arbeitslosigkeit oder Krankheit.*

## Abstract

*The study answers the questions, whether and to what extent employment integration is obtained by young rehabilitants completing vocational training provided for by the Federal Employment Agency. To identify important factors for the entry in and the sustainability of first employment periods and to account for (job searching) time in this context, event history analyses are applied. One fourth of the analysis sample finds employment liable to social security contributions directly after the completion of vocational training. In total, 2/3 of them obtain employment over the whole observation period. A successful entry into employment is influenced by characteristics similar to those inducing the labour*


19 Die vorliegende Arbeit ist bereits in ähnlicher, aber etwas ausführlicher Form in der Fachzeitschrift „*Die Rehabilitation*" erschienen: Rehabilitation 2014; 53(06): 376–383; DOI: 10.1055/s-0034-1370986 und entspricht im Wortlaut der Veröffentlichung in der Fachzeitschrift Berufliche Rehabilitation Heft 1/2016: 10–23.

*market transition of young adults in general: higher educational achievements, a successfully completed apprenticeship at best within a company, regional mobility and good structural labour market conditions enhance the probability of rapid labour market integration. In terms of employment sustainability, physically disabled graduates and people experiencing less unemployment and sickness spells retain employment longer than people with other disabilities and longer unemployment and sickness spells.*

## 3.1 Hintergrund

Menschen mit Behinderung sind häufiger als Menschen ohne Behinderung durch Barrieren im Bildungs- und Erwerbssystem konfrontiert. Spätestens seit der seit 2009 in Kraft stehenden UN-Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderungen (UN-BRK) ist eine stärkere und übergreifende gesellschaftliche Einbindung in allen Lebens- und Gesellschaftsbereichen gefordert. Dies gilt insbesondere für den schulischen Bereich. Zwar finden sich immer häufiger Beispiele für die erfolgreiche inklusive Beschulung von behinderten und nicht-behinderten Schülern und Schülerinnen. So ist der Anteil junger Menschen mit sonderpädagogischem Förderbedarf, die im Gegensatz zu einer inklusiven Beschulung in einer Förderschule unterrichtet werden, zurückgegangen (Kultusministerkonferenz (KMK) 2014). Dennoch wird der Großteil junger Menschen mit Förderbedarf immer noch in nicht-inklusiven Förderschulen unterrichtet (72 % für 2012 laut Kultusministerkonferenz (KMK) 2014). Die Folgen einer derartigen Beschulung sind geringere Chancen auf einen Ausbildungs- und Arbeitsplatz und ein erhöhtes Arbeitslosigkeitsrisiko (Hradil/Schiener 2001; Pfahl/Powell 2010). Um die Chancen auf berufliche Ersteingliederung am ersten Arbeitsmarkt zu erhöhen und der UN-BRK auch im beruflichen Bereich gerecht zu werden, werden berufliche Ausbildungsmaßnahmen in Form von Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (LTA) gefördert. Ein beruflicher Abschluss begünstigt dabei wesentlich die Chancen auf (nachhaltige) Beschäftigung und die Realisierung zentraler Lebenschancen (Schier 1998), sodass Ausbildungsmaßnahmen im Rahmen beruflicher Rehabilitation die häufigste Eingliederungsstrategie darstellen (Dony et al. 2012).

Im Rahmen von § 1 und § 4 Sozialgesetzbuch (SGB) IX „Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen" ist die (Wieder-)Herstellung der Erwerbsfähigkeit als zentrales Ziel der LTA formuliert.

Die berufliche Rehabilitation von Menschen mit Behinderung wird je nach Zuständigkeitsbereich von unterschiedlichen Trägern finanziert. Die Ersteingliederung von jungen Menschen ohne Erwerbserfahrung liegt allerdings fast ausschließlich in der Hand der Bundesagentur für Arbeit (BA).

Eine Datengrundlage, die eine umfassende Analyse der beruflichen Ersteingliederung erlaubt, fehlte lange Zeit für den deutschen Kontext (Schröder/Knerr/Wagner 2009). Aus diesem Grund sind umfassende Studien zur Integration nach Maßnahmen beruflicher Rehabilitation für Deutschland kaum vorhanden. Das Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung (IAB) wurde deshalb vom Bundesministerium für Arbeit und Soziales mit einer Panelstudie zur beruflichen Rehabilitation beauftragt. Basierend auf diesem Datensatz, der auch im Rahmen der hier vorgestellten Studie genutzt und im Folgenden ausführlich beschrieben wird, zeichnet eine Studie von Beyersdorf und Rauch (2012) Verlaufsmuster von Personen der Ersteingliederung seit Ende der allgemeinbildenden Schule nach. Dabei werden verschiedene Übergangstypen mithilfe von Sequenzmusteranalysen identifiziert. Die Autorinnen stellen u. a. fest, dass die subjektive Bewertung der allgemeinen Gesundheit der Rehabilitanden und Rehabilitandinnen beim Übergangsprozess ins Erwerbssystem nur selten maßgeblich ist. Eine konkrete Betrachtung der Übergangsquoten und der Dauer der aufgenommenen Erwerbstätigkeit war nicht Ziel der Studie. Dies soll nun im Folgenden untersucht werden.

Die zentralen Forschungsfragen sind in diesem Zusammenhang wie folgt formuliert: Wie hoch ist die Übergangsrate von Personen der Ersteingliederung nach Ende der Ausbildung? Wie viel Zeit wird für die Beschäftigungssuche im Durchschnitt benötigt? Welche persönlichen und strukturellen Faktoren der Rehabilitanden und Rehabilitandinnen begünstigen eine Beschäftigungsaufnahme? Wie lange dauert die erste Erwerbsphase an? Und welche Faktoren bedingen eine nachhaltige Beschäftigung? Neben dem Übergang in den Arbeitsmarkt soll auch die Nachhaltigkeit der Beschäftigung fokussiert werden.

Im anschließenden Kapitel soll neben der Datensatzbeschreibung auch das methodische Auswertungsverfahren und die Analysepopulation verdeutlicht werden. Es folgt eine Darstellung der Ergebnisse sowie ihre Einordnung in Bezug auf andere in diesem Kontext relevante Studien.

## 3.2 Design der Reha-Panel-Studie

Die hier vorliegende Studie fokussiert junge Menschen der Ersteingliederung, die noch keinen Beruf erlernt haben und zum ersten Mal auf dem Arbeitsmarkt Fuß fassen. Der Fokus der Studie liegt insbesondere auf Absolventen und Absolventinnen beruflicher Ausbildungsmaßnahmen. Es wurden sowohl Personen betrachtet, die die Ausbildung erfolgreich abgeschlossen haben, als auch Personen mit Ausbildungsabbruch.

Die erste Befragungswelle des IAB-Reha-Panels[20] fand 2007 statt und wurde in den Jahren 2008 und 2010 durch zwei weitere Wellen ergänzt (Wuppinger/Rauch 2010).[21] Die Stichprobe setzt sich aus allen Rehabilitanden der BA zusammen, die 2006 eine Maßnahme beendet haben. Der Datensatz enthält Informationen über soziodemografische Merkmale, Behinderungsart, den subjektiven Gesundheitszustand, Einzelheiten zu durchlaufenen Maßnahmen sowie zur Erwerbsbiografie vor und nach Ende der beruflichen Rehabilitation.

Insbesondere die regionale Jugendarbeitslosigkeitsquote gilt als zentraler Prädiktor für die individuellen Arbeitsmarktchancen von Jugendlichen am Übergang in den Arbeitsmarkt (Dietrich/Abraham 2005 mit Verweis auf Mertens/Haas 2006). Diese wohnortspezifische Information wurde aus den Registerdaten der BA hinzugespielt. Dies gilt aber nur für diejenigen Rehabilitanden und Rehabilitandinnen, die eine Erlaubnis für das Hinzuspielen externer Daten erteilt hatten. Bei 86 Prozent der Befragten war dies der Fall. Für die restlichen 14 Prozent wurden durchschnittliche Werte übergetragen.

Zur Beantwortung der Forschungsfragen werden ereignisanalytische Verfahren – genauer *Piecewise Constant* Modelle – verwendet. Durch die Berücksichtigung der Dauer bis zum Eintritt eines Ereignisses werden hierbei individuelle Beschäftigungssuchphasen sowie Unterschiede im Verbleib in der ersten Beschäftigung nach Ausbildungsende berücksichtigt.

Mithilfe einer deskriptiven Kaplan-Meier-Schätzung können Aussagen über die durchschnittliche Dauer bis zur Beschäftigungsaufnahme (Abbildung 5 oben, Seite 80) bzw. über den durchschnittlichen Verbleib in der ersten Erwerbsphase (Abbildung 5 unten) getroffen werden.

*Soziobiografischer Hintergrund der jungen Rehabilitanden*

Die Auszubildenden, die im Rahmen der Studie befragt wurden, sind mehrheitlich männlich (69 %) und sind zum Ende der Ausbildung erwartungsgemäß jung (vgl. Tabelle 1). Der Altersdurchschnitt liegt bei knapp 21 Jahren. Im Vergleich zu Gleichaltrigen (zwischen 15 und 25 Jahren) in der Gesamtbevölkerung ist das formale Bildungsniveau der jungen Rehabilitanden und Rehabilitandinnen auffallend niedrig: 28 Prozent haben keinen Schulabschluss (4 % unter den Gleichaltrigen der Gesamtbevölkerung, Statistisches Bundesamt 2015); nur 8 Prozent erreicht die (Fach-) Hochschulreife (42 % unter den Gleichaltrigen der Gesamtbevölkerung, Statistisches

20 Es handelt sich dabei um eine CATI-Befragung, die vom Institut für angewandte Sozialwissenschaft GmbH (infas) durchgeführt wurde.

21 Es sind nur geringe Selektivitäten durch Panelmortalität in Welle 2 zu beobachten, die in Welle 3 etwas stärker ausfallen. Um einer Verzerrung in der Darstellung der Population entgegenzuwirken, wurden adjustierte Gewichte verwendet.

Bundesamt 2015). Etwa 90 Prozent der Auszubildenden wohnen noch bei den Eltern und sind unverheiratet. Nur wenige Personen weisen bereits Arbeitslosigkeitszeiten auf. Hinsichtlich der Art der Behinderung geben die Auszubildenden mit 31 Prozent meist eine Lernbehinderung an. Der größte Anteil (36 %) sind allerdings diejenigen, die sich selbst nicht als behindert einschätzen. Zwar ist das Vorliegen einer Behinderung oder gesundheitlichen Einschränkung Voraussetzung für den Zugang zur beruflichen Rehabilitation, dennoch muss kein offizieller Grad der Behinderung vorliegen. Einerseits stellt für viele das Verneinen einer Behinderung eine Strategie dar, um mit subjektiver Diskriminierung umzugehen (Wocken 1983; Eberwein 1996). Andererseits muss eine durch andere zugeschriebene Behinderung nicht subjektiv als Behinderung empfunden werden (Johansson/Skedinger 2005; Hofmann-Lun 2011). Insgesamt sind auch die Angaben zur subjektiven Gesundheit der Rehabilitanden und Rehabilitandinnen sehr positiv, da über 80 Prozent einen (sehr) guten allgemeinen Gesundheitszustand angeben. Hinsichtlich des Ausbildungsortes zeigt sich, dass 32 Prozent der Ausbildungen betrieblich, 34 Prozent in einem Berufsbildungswerk (BBW) und circa 20 Prozent in anderen außerbetrieblichen Einrichtungen (z. B. in vergleichbaren Trägern der beruflichen Rehabilitation nach § 35 SGB IX) stattfinden. 26 Prozent der Befragten geben an, die Ausbildung abgebrochen oder nicht bestanden zu haben. Häufig werden dafür gesundheitliche Gründe angegeben.

*Übergang aus beruflicher Ausbildung in den Arbeitsmarkt*

Nach Ende der Ausbildung gehen 67 Prozent der Absolventen und Absolventinnen im Beobachtungzeitraum in eine Erwerbstätigkeit über (Tabelle 2). Das restliche Drittel befindet sich nach Ausbildungsende in weiteren arbeitsmarktpolitischen Maßnahmen, ist arbeitslos, in längerer Krankheit oder in sonstigen Erwerbsstatus.

Nun soll zunächst untersucht werden, wie sich die Phase der Jobsuche näher charakterisieren lässt. In einem ersten Teilschritt setzen die Analysen beim Ende der Ausbildung an und betrachten den Zeitraum bis zur Aufnahme einer sozialversicherungspflichtigen bzw. selbständigen Beschäftigung[22]. In der oberen Hälfte von Abbildung 5 ist die Dauer in Monaten seit Ausbildungsende auf der X-Achse ausgewiesen, die Y-Achse zeigt die Anteilswerte der Ausbildungsabsolventen. Die lange vertikale Linie gleich zu Beginn der Beobachtung zeigt, dass bereits im 1. Monat nach Ende der Ausbildung ca. ein Viertel der Gesamtpopulation eine sozialversicherungspflichtige Beschäftigung aufnimmt. Um durchschnittliche Aussagen über die Population zu treffen, wird der Median interpretiert, der zusätzlich nach dem Geschlecht differenziert ist. Während 50 Prozent der Männer nach 10 Monaten in Erwerbstätigkeit sind, ist dies bei Absolventinnen erst sechs Monate später der Fall.

22 Die Aufnahme geringfügiger Beschäftigung wird hier nicht als Beschäftigungsaufnahme gewertet.

Tabelle 1: Deskriptionen zur Population

| Kovariaten | | Häufigkeit | Prozent |
|---|---|---|---|
| Geschlecht | Männlich | 399 | 69 |
| | Weiblich | 182 | 31 |
| Alter metrisch, N = 581 | Mean = 20,45 | Std.abw. = 1,89 | Min = 16<br>Max = 35 |
| Schulabschluss | Förderschulabschluss | 92 | 16 |
| | (Qualifizierter) Hauptschulabschluss | 277 | 48 |
| | Realschulabschluss, Fachhochschulreife, (Fach-)Abitur | 46 | 8 |
| | Kein Abschluss | 164 | 28 |
| Geburtsort | Westdeutschland | 298 | 51 |
| | Ostdeutschland | 215 | 37 |
| | Ausland/weiß nicht | 68 | 12 |
| Staatsangehörigkeit | deutsch | 536 | 92 |
| | eine andere/deutsch plus eine andere | 46 | 7 |
| Familienstand | verheiratet/geschieden | 20 | 4 |
| | ledig | 561 | 96 |
| Haushaltskontext (Mehrfachantworten) | alleinlebend | 89 | 15 |
| | mit Eltern(-teil) | 361 | 62 |
| | mit Partner | 52 | 9 |
| | mit Kind im Haushalt | 43 | 7 |
| | mit sonstigen Personen | 37 | 6 |
| Führerscheinbesitz | ja | 254 | 56 |
| | nein | 327 | 44 |
| Krankheitszeiten nach Ausbildung metrisch; in Monaten<br>N = 581 | Mean<br>0,33 | Std. abw. = 1,85 | Min = 0<br>Max = 25 |
| Arbeitslosigkeitserfahrung vor Ausbildung metrisch; in Monaten<br>N = 581 | Mean<br>3,58 | Std. abw. = 8,97 | Min = 0<br>Max = 64 |
| Arbeitslosigkeitserfahrung nach Ausbildung metrisch; in Monaten<br>N = 581 | Mean<br>13 | Std. abw. = 12,87 | Min = 0<br>Max = 66 |
| Ausbildung mit/ohne Abschluss beendet | erfolgreich mit Abschluss beendet | 431 | 75 |
| | ohne Abschluss beendet | 147 | 25 |

**Fortsetzung Tabelle 1**

| Kovariaten | | Häufigkeit | Prozent |
|---|---|---|---|
| Abbruchgründe (Mehrfachantworten) | Ausbildung erfolgreich abgeschlossen | 431 | 74 |
| | gesundheitliche Gründe | 53 | 9 |
| | Ausbildung zu schwierig/Prüfung nicht bestanden | 35 | 6 |
| | sonstige Gründe | 70 | 12 |
| Ausbildungsort | außerbetriebliche Einrichtung | 123 | 21 |
| | Berufsbildungswerk | 195 | 34 |
| | betrieblich | 187 | 32 |
| | schulische Ausbildung | 26 | 4 |
| | sonstiger Ausbildungsort/weiß nicht | 51 | 9 |
| Jahr des Ausbildungsendes | 2005–2007 | 468 | 80 |
| | 2008–2010 | 114 | 20 |
| Regionale Jugendarbeitslosigkeitsrate, metrisch N = 581 | Mean = 12,13 | Std. abw. = 4,4 | Min = 2,3 Max = 23,1 |
| Behinderungsart (Mehrfachantworten) | körperlich | 76 | 13 |
| | Sehbehinderung | 73 | 13 |
| | Hörbehinderung | 21 | 4 |
| | Epilepsie/Anfallsleiden | 27 | 5 |
| | organisch | 35 | 6 |
| | psychisch | 38 | 6 |
| | Lernbehinderung | 178 | 31 |
| | Allergie | 106 | 18 |
| | geistige/andere Behinderung | 39 | 7 |
| | keine Behinderung | 207 | 36 |
| Zeitpunkt des Auftretens der Behinderung | seit Geburt | 50 | 9 |
| | später | 322 | 55 |
| | keine Behinderung/weiß nicht | 210 | 36 |
| Subjektive Einschätzung der Gesundheit | sehr gut | 209 | 36 |
| | gut | 276 | 47 |
| | zufriedenstellend | 69 | 12 |
| | **weniger gut bis schlecht** | **28** | **5** |

**Alle Angaben sind gewichtet. Zeitveränderliche Merkmale nehmen dabei Bezug auf den Zeitpunkt des Ausbildungsendes.**

Im Anschluss an die deskriptive Darstellung der durchschnittlichen Übergangsdauer werden mithilfe multivariater Modelle Übergangswahrscheinlichkeiten geschätzt, um Erfolgsfaktoren für den Arbeitsmarktübergang und Gruppenunterschiede zu identifizieren (Tabelle 2, Modell I).

In Modell I wird der Beschäftigungseintritt nach Ende der Ausbildung betrachtet. Wie bereits deskriptiv beobachtet, haben Männer signifikant bessere Chancen auf Beschäftigung im Vergleich zu Frauen. Diese verbesserte Chance gilt allerdings lediglich für 6 bis 20 Monate nach Ausbildungsende. Davor und danach finden sich keine geschlechtsbezogenen Unterschiede in der Übergangswahrscheinlichkeit. Hinsichtlich bildungsspezifischer Merkmale hat das Fehlen eines Schulabschlusses einen negativen Einfluss, der Besitz eines Führerscheins und der erfolgreiche Abschluss der Berufsausbildung einen positiven Einfluss auf die Erwerbschancen. Wurde die Ausbildung betrieblich durchgeführt, resultiert dies in vergleichsweise guten Integrationsaussichten.

Interessanterweise liegen keine Gruppenunterschiede nach Art der Behinderung und nach Einschätzung der allgemeinen Gesundheit vor. Der Zeitpunkt des Ausbildungsendes als ein Hinweis auf die Situation am Arbeitsmarkt zeigt positive Eingliederungschancen für die Jahre 2005 bis 2007 im Vergleich zu 2008 bis 2010. Ein weiterer Indikator der Arbeitsmarktsituation ist die regionale Jugendarbeitslosigkeitsquote: Je höher die regionale Jugendarbeitslosigkeit[23], desto schlechter die Chance auf Beschäftigungsaufnahme.

*Nachhaltigkeit der ersten Beschäftigungsperiode*

In einem zweiten Schritt soll für diejenigen Personen, die eine Beschäftigung aufnehmen, die Dauer der ersten Erwerbsphase näher untersucht werden, um so Aussagen über die Beschäftigungsnachhaltigkeit zu treffen. 170 Fälle (gewichtet 153 Fälle) verbleiben bis zum Ende des individuellen Beobachtungszeitraumes in Beschäftigung. Das sind 25 Prozent[24] aller Ausbildungsabsolventen und Ausbildungsabsolventen. 36 Prozent aller Auszubildenden dagegen verlassen den ersten Beschäftigungsstatus innerhalb der Beobachtung wieder und gehen in Maßnahmen bzw. zum Großteil in Arbeitslosigkeit über (keine Tabelle). Die Analysen zur Nachhaltigkeit der ersten Erwerbsphase nach Ausbildungsende verfolgen die Zeit seit Beschäftigungsbeginn (X-Achse) und betrachten diesmal das Ereignis „Austritt aus

23 Neben der regionalen Jugendarbeitslosigkeitsquote wurden auch allgemeine Arbeitslosigkeitsquoten und strukturelle Arbeitsmarkttypen (Stadt vs. Land; saisonale Dynamik; strukturschwach vs. strukturarm) (Dauth/Hirschenauer/Rüb 2008) am Wohnort der Befragten verwendet. Diese Indikatoren der regionalen Arbeitsmarktsituation zeigten aber eine geringere Erklärungskraft für die Erwerbsaufnahme und -nachhaltigkeit als die regionale Jugendarbeitslosigkeitsquote und wurden deshalb nicht verwendet.

24 Es wurden gewichtete Werte verwendet.

**Tabelle 2: Multivariate Modelle zum Übergang aus beruflicher Ausbildung (Modell I) und zur Nachhaltigkeit der ersten Beschäftigungsphase (Modell II)**

| Unabhängige Variablen | Modell I: Erwerbseintritt nach Ausbildungsende | Modell II: Verlassen der ersten Beschäftigungsphase |
|---|---|---|
| *Referenz: Frau* | | |
| Mann x Monat 6 bis 10 nach Ausbildung | + | |
| Mann x Monat 11 bis 15 nach Ausbildung | + | |
| Mann x Monat 16 bis 20 nach Ausbildung | + | |
| Alter (beim Erwerbseintritt) | - | n.s. |
| *Referenz: Kein Schulabschluss* | | |
| Förderschule | + | + |
| Qualifizierender Hauptschulabschluss | n.s. | + |
| Realschulabschluss/(Fach-)Abitur | + | n.s. |
| *Referenz: Deutsche Staatsangehörigkeit* | | |
| Ausländische Staatsangehörigkeit | - | n.s. |
| *Referenz: Mit Eltern(-teil)/Verwandten lebend* | | |
| mit Partner lebend | + | n.s. |
| *Referenz: Kein Führerschein* | | |
| Führerscheinbesitz | + | n.s. |
| *Referenz: Betriebliche Ausbildung* | | |
| Ausbildung in: außerbetrieblicher Einrichtung | - | n.s. |
| Ausbildung in: Ausbildung im Berufsbildungswerk | - | + |
| *Referenz: Ausbildung nicht (erfolgreich) beendet* | | |
| Ausbildung abgeschlossen | + | n.s. |
| *Referenz: Ausbildungsende 2005–2007* | | |
| 2008–2010 | - | |
| Regionale Jugendarbeitslosigkeitsrate | - | |
| Krankheitsphasen nach der Ausbildung | | + |
| Arbeitslosigkeitsphasen nach Reha | | + |
| *Referenz: Keine Behinderung* | | |
| Körperliche Behinderung | n.s. | - |
| Seh- oder Hörbehinderung | n.s. | - |
| Anzahl an Personen | 557 | 376 |
| Anzahl an Ereignissen | 372 67% | 208 55% |

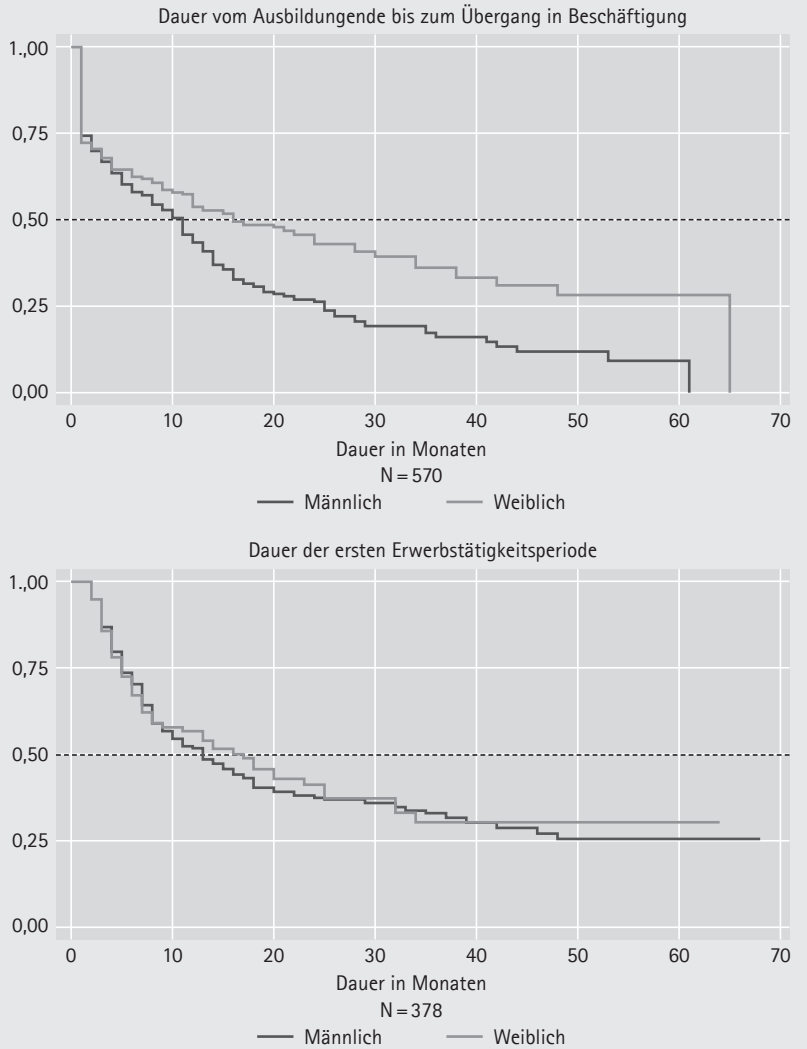
Lesebeispiele: Modell I; Mann x Monat 6 bis 10 nach Ausbildung; positiv = Im Zeitraum 6 bis 10 Monate nach Ende der Ausbildung haben Männer höhere Chancen auf Beschäftigungsaufnahme im Vergleich zu Frauen.

Modell I; Alter (beim Erwerbseintritt); negativ = Je älter die Ausbildungsabsolventen und -absolventinnen sind, desto geringer sind ihre Chancen auf Erwerbseintritt.; n.s. = nicht signifikant, d.h. es liegen keine Unterschiede zwischen den Gruppen vor.

Die Tabelle enthält nur Angaben bei Kategorien, die in einem der beiden Modelle signifikante Resultate erzielten. Weitere Kontrollvariablen sind: Geschlecht, Zeitperiode, Geburtsort, Schulbildung: allg. Hauptschulabschluss, Wohnsituation alleinlebend/im Heim/im Internat, Markierung für Fälle mit durchschnittlicher Übertragung der Jugendarbeitslosigkeitsrate, Zeitpunkt des Auftretens der Behinderung, Vorliegen einer Lernbehinderung sowie einer Allergie, subjektive Gesundheitsbewertung, Arbeitslosigkeit vor Reha.

der ersten Beschäftigungsphase“[25] (Abbildung 5 unten). Eine vertikale Linie als Ereignis verweist demnach auf einen Wechsel aus der Erwerbstätigkeit in u. a. Arbeitslosigkeit, Maßnahmen etc. Zu Beginn der Betrachtung wird deutlich, dass circa ein Viertel der Beschäftigten die erste Erwerbstätigkeitsphase bereits im ersten Halbjahr nach Beschäftigungsbeginn wieder beendet.

**Abbildung 5: Dauer bis zum Arbeitsmarkteintritt (oben) und Dauer der ersten Beschäftigung (unten)**




25 Ein Arbeitgeberwechsel ohne Arbeitslosigkeits- bzw. Inaktivitätsphasen zählt dabei nicht als Unterbrechung der ersten Erwerbsphase.

Der Median liegt für diejenigen, die nach Ausbildungsende eine Beschäftigung aufnehmen, bei einem Jahr. D. h. 50 Prozent der beschäftigten Ausbildungsabsolventen und Ausbildungsabsolventinnen verbleiben etwa ein Jahr im ersten Beschäftigungsverhältnis. Auch hier finden sich Unterschiede im Geschlecht. Ausbildungsabsolventinnen zeigen eine etwas längere Beschäftigungsdauer von 15 Monaten.

Die Chance auf eine nachhaltige Erwerbsphase nach beruflicher Ausbildung ist auf multivariater Ebene (Tabelle 2, Modell II) von folgenden Faktoren abhängig: Der Verlust der Beschäftigung ist wahrscheinlicher bei längeren Arbeitslosigkeits- und Krankheitsphasen und bei Personen mit Förderschulabschluss. Auch die Art der Behinderung spielt hierbei eine statistisch signifikante Rolle. So weisen Personen mit einer körperlichen Behinderung oder Sinnesbehinderung die besten Chancen auf nachhaltige Beschäftigung auf.

## 3.3 Resümee

Insgesamt kann ein positives Bild des Arbeitsmarktübergangs nach beruflicher Ausbildung gezeichnet werden. Ein Viertel erhält direkt nach Ausbildungsende eine Beschäftigung. Etwa zwei Drittel der Auszubildenden finden über den gesamten Beobachtungszeitraum eine häufig nachhaltige Beschäftigung. Einige Personen beenden ihre erste Erwerbstätigkeitsphase allerdings bereits im ersten halben Jahr nach Beschäftigungsbeginn. Dieser Erwerbsaustritt führt etwa 20 Prozent der Population erneut in arbeitsmarktpolitische Maßnahmen.

Frauen haben schlechtere und zeitlich verzögerte Beschäftigungschancen im Vergleich zu Männern. Dies könnte darin begründet sein, dass Rehabilitandinnen häufig mit Begrenzungen in ihren Möglichkeiten bei der Ausbildungsberufswahl konfrontiert sind (Ekert et al. 2012). Diese Limitationen können darin resultieren, dass die Berufswahl von Frauen auf Berufe fällt, die nicht den eigenen Wunschvorstellungen entsprechen, die daher wenig vielversprechend sind und im Endeffekt schlechtere Integrationschancen bereithalten. Da im Rahmen dieser Studie keine Information zum Ausbildungsberuf zur Verfügung stand, kann dieser Zusammenhang nicht untersucht werden. Weitere Einschränkungen dieser Studie liegen darin, dass Daten zur Sozialkompetenz der Jugendlichen fehlen, die sich ebenfalls auf Unterschiede in der Erwerbsbeteiligung niederschlagen könnten. Des Weiteren können auch keine detaillierten Informationen zur Art des Ausbildungsbetriebes (z. B. Größe und Zusammensetzung der Belegschaft) gemacht werden. Sowohl die Art des Ausbildungsbetriebes als auch die Art des Ausbildungsberufs soll allerdings im Kontext zukünftiger Forschung näher betrachtet werden.

## 3.4 Einschätzung der Ergebnisse vor dem Hintergrund anderer Studien zu diesem Thema

Eine Studie des Instituts der deutschen Wirtschaft (IW) Köln verweist auf teils höhere, aber vergleichbare Eingliederungsquoten nach Ausbildung für die Population der in Berufsbildungswerken (BBW) ausgebildeten Jugendlichen (Neumann/Werner 2012). So finden etwa 35 Prozent der Auszubildenden der BBW direkt nach Ende der Ausbildung eine Beschäftigung (Reha-Panel für alle Ersteingliederungsfälle: ein Viertel). Die Erwerbstätigkeitsquote liegt nach der IW Studie bei 68 Prozent (Reha-Panel für alle Ersteingliederungsfälle: 67 %).

Insgesamt lässt sich feststellen, dass sich bei den Ersteingliederungsfällen ähnliche Einflussfaktoren hinsichtlich des Beschäftigungsübergangs identifizieren lassen wie sie auch aus der Literatur zu Jugendlichen ohne Behinderung bekannt sind (Dietrich 2001). Das Vorliegen eines (hohen) Schulabschlusses als Merkmal für personenspezifisches Humankapital erhöht die Beschäftigungschancen sowie der Besitz eines Führerscheins als Signal für Mobilität (vgl. für Rehabilitanden und Rehabilitandinnen der Wiedereingliederung Slesina/Rennert/Patzelt 2010; Wuppinger/Rauch 2010). Der positive Effekt der betrieblichen Ausbildung auf die Beschäftigungswahrscheinlichkeit verweist auf einen Klebeeffekt. An dieser Stelle bleibt anzumerken, dass auf Basis separater Berechnungen die Selektion in den Lernort der Ausbildung zunächst abhängig ist von der Art der Behinderung sowie von der Schulbildung und dem Geburtsort der Rehabilitanden und Rehabilitandinnen. Andere Gruppenunterschiede z. B. nach Alter oder Geschlecht lassen sich nicht feststellen. So absolvieren Personen mit einer Lernbehinderung, einer organischen oder einer psychischen Behinderung eher eine BBW-Ausbildung als eine Ausbildung im betrieblichen Kontext. Weiter finden sich weniger Personen mit höherem Schulabschluss in den BBW, aber auch weniger Personen, die in Westdeutschland geboren wurden. Ebenso verweist die Studie des IW Köln auf höhere Anteile von Auszubildenden mit geringer Schulbildung in den BBW (Neumann/Werner 2012). Der Klebeeffekt bei betrieblicher Ausbildung lässt sich ebenso bei Jugendlichen ohne Behinderung beobachten (vgl. bspw. für Jugendliche in Trainingsmaßnahmen Achatz et al. 2012). Sobald die Ausbildung bereits im betrieblichen Kontext stattfindet, bei der häufig eine daran anschließende Weiterbeschäftigung angedacht ist, sind die Personen in ihrer Leistungs- und Teamfähigkeit direkt beobachtbar und lernen das Arbeitsumfeld und -abläufe bereits während der Ausbildung kennen (Riedel et al. 2009). Ähnlich wie bei Jugendlichen ohne Behinderung beeinflusst das erfolgreiche Abschließen der Ausbildung als Zeichen für Produktivität und Leistungsfähigkeit die Beschäftigungswahrscheinlichkeit in positiver Weise (Dietrich/Abraham 2005 mit Verweis auf Bundesministerium für

Bildung und Forschung 2005; Streibelt/Egner 2012 für Qualifizierungsmaßnahmen in der Wiedereingliederung). Gleiches gilt für konjunkturelle Einflüsse. Auffällig ist, dass die Beschäftigungschancen weder beeinflusst sind von der Art der Behinderung noch von der subjektiven Gesundheit der Rehabilitanden und Rehabilitandinnen. Wo die Art der Behinderung bei der Aufnahme von Beschäftigung keine Gruppenunterschiede zeigt, zeichnet sich vor allem für Personen mit einer körperlichen Behinderung oder Sinnesbehinderungen eine im Vergleich nachhaltigere erste Erwerbsphase ab. Dies könnte darin begründet sein, dass bei diesen Personen ein relativ konstantes Krankheitsbild unterstellt werden kann und die Umsetzung barrierefreier Arbeitsmöglichkeiten leichter realisierbar ist.

# 4 Labour market status and well-being in the context of return to work after vocational rehabilitation in Germany[26]


## Abstract

Introduction: Although there is much empirical evidence for a given relationship between health and labour market status (LMS), the following study focuses on a group for which little is known in the German context: people with disabilities in vocational rehabilitation for the purpose of re-integration into the labour market. In this specific context, the article analyses how a change in LMS affects physical, mental and general health.

Methods: Using a panel survey, 857 people with disabilities in vocational rehabilitation and their subjective health condition were observed between 2008 and 2010. To reduce bias due to unobserved heterogeneity, fixed-effects panel regression is applied.

Results: Results show that a move from non-employment to employment positively affects – particularly general – subjective health. In addition to LMS, the level of occupational limitation due to disability appears to be of particular relevance in estimating health. Interacting both the level of occupational limitation and LMS reveals that non-employed people reporting serious occupational limitation due to their disability have the worst subjective health across all aspects. However, people in employment experiencing similarly serious limitations due to their disability do not differ much from this group. These may be regarded as having taken up disability-inappropriate employment.

Conclusion: The results suggest that re-integration into employment particularly improves several health aspects if rehabilitants are integrated in an occupational environment where disability does not present an occupational limitation. Thus, placement in disability-appropriate employment needs to be particularly encouraged.



**Keywords**

Vocational rehabilitation, People with disabilities, Occupational health, Social participation, Return to work


26 Das vorliegende Kapitel entspricht im Wortlaut der Veröffentlichung von Reims und Bauer (2015) in der Zeitschrift *Journal of Occupational Rehabilitation* und kann unter der DOI10.1007/s10926-014-9561-2 und unter folgendem Link aufgerufen werden: http://link.springer.com/article/10.1007/s10926-014-9561-2

## 4.1 Introduction

There are many studies examining the relationship between health and (un-) employment. Since employment structures our daily living, provides us with social contacts and facilitates societal participation, a promoting effect on health is attributed to employment. Vice versa a detrimental effect on health is attributed to unemployment (Jahoda, 1982; Alavinia/Burdorf, 2008); however, employment is not a guarantee for good health. Under certain circumstances, e.g. stress (Karasek/Theorell, 1990; Peter/Geißler/Siegrist, 1998), lack of gratification and recognition (Siegrist/Dragano, 2006), insecure employment conditions (Lindberg, 2006) or occupational accidents, etc., work can be equally detrimental towards health. Although there are many studies on health and labour market status (LMS), the following study focuses on a group for which in Germany only scarce empirical research exists[27]: the return to work (RTW) of people with disabilities in vocational rehabilitation. Since in Germany, there are different institutions financing vocational rehabilitation, we focus on those in the financial responsibility of the Federal Employment Agency (FEA)[28] who is mainly responsible for people who have worked for less than 15 years in employment liable to social security[29]. Due to disability, these people are unable to continue their prior occupation or require workplace adaptation and are, therefore, eligible for vocational rehabilitation. The definition of disability is legally defined in Book IX of the Social Security Code and states someone as disabled "if their physical ability, mental capacity or mental health is likely to fall short of that typical for their age for at least six months and their participation in society is consequently impaired" (Federal Ministry of Labour and Social Affairs, 2014). After registration as a rehabilitant different kinds of labour market programmes (LMP) are offered focussing on RTW to ensure societal participation and to prevent unemployment or precarious living conditions due to the trigger event (DiPrete/McManus, 2000) occupational limitation (Riphahn, 1997; Kohler et al., 2012).

The following study seeks to identify how a change in LMS affects the subjective health of re-integrated rehabilitants with disabilities. Does the promoting effect of re-employment apply to this particular population? Following a review of relevant theories and research and an account of the data and methods used in our study, we will show that re-integration into employment has a positive effect

27 There have been studies on the process of vocational rehabilitation for different institutions providing programmes of vocational rehabilitation (Beyersdorf/Rauch, 2012; Dony et al., 2012; Streibelt/Egner, 2012), however, there is scarcely known about the admission to and the long term success of vocational rehabilitation.

28 In this article, *rehabilitants* always refers to rehabilitants for whom the FEA is responsible.

29 E.g., the Statutory Pension Insurance is mainly responsible for people who have worked longer than 15 years.

on the subjective health condition of vocational rehabilitants. This improvement is directly connected to the level of subjective occupational limitation due to disability.

## 4.2 Theoretical Background

Although there is evidence for a relationship between LMS and health, the cause and effect relation is not straightforward. There are two hypotheses illustrating this bidirectional relationship. They do not contradict, but complement each other (Paul/Moser, 2001). The selectivity hypothesis refers to the assumption that entry and exit from the labour market is determined by the individual health condition. Thus, people in worse health have more difficulties in finding and keeping employment in comparison to those in better health (Pech/Freude, 2010). In contrast, the causality hypothesis implies that health is determined by LMS. Unemployment results in a worse health condition due to the lack of employment-related factors. Re-entry into employment generally leads to improving health (Elkeles, 2008; Pech/Freude, 2010). There is empirical evidence for the validity of the causality and the selectivity hypothesis. Though a clear separation of both directions of influence is not feasible, we focus mainly on the causality hypothesis and, thus, on how LMS determines health.

In the given context, two theoretical approaches are most relevant. First, the Vitamin Model by Warr (1987) is an approach combining important health features of the Latent Functions Model of (un-)employment by Jahoda (1982), the Demand/Control Model by Karasek and Theorell (1990) and the Job Characteristics Model of Hackman and Oldham (1980). It states that there are 12 environmental factors associated with employment and a promoting effect on mental health. Employment provides opportunities for control and self-determination in terms of (1) decision-making, (2) utilization of skills and abilities, (3) the pursuit of common goals and a fixed time structure, (4) a variation in skill use in terms of non-repetitive tasks, (5) clarity in terms of job security, (6) economic, as well as, (7) physical security in terms of secure working conditions, (8) social contacts and (9) occupational prestige; three more recently added factors are: (10) supportive supervision with respect to just treatment and support, (11) career outlook and perspectives and (12) subjective equity as being treated and rewarded in a fair way (connected to factor 10), as well as the organization's responsibility towards society in general (Warr, 2007). Similar to an overdose in vitamin supply, an overdose of one or more environmental factors might lead to a decline in health quality. However, unemployment, lacking all the above-mentioned factors, leads to a deficiency in mental health (Warr, 1987; Paul/Moser, 2007).

Second, the Incongruence Hypothesis by Paul and Moser (2006) states that health limitations are determined by the incongruence between subjective values concerning labour and current LMS. Incongruent situations occur where unemployed people stress the importance of being in employment[30] and employed people show low degrees of commitment to employment. People whose LMS is incongruent are expected to have worse mental health than those in congruent situations (Paul/Moser, 2006; 2007).

General labour market theories are as well important for observing labour market re-integration of disabled people. The signalling theory serves as a good example to explain labour market entries. According to this theory, employers are uncertain about productiveness of potential employees in terms of hiring.

(Un-)changeable characteristics, e.g. qualification, labour market biographies, health issues, serve as indices/signals for the employer to assess the risk of hiring a worker (Spence, 1973). Thus, health issues and the vocational rehabilitation status might determine the success of re-integration and as well the health condition.

## 4.3 Research State

There is ample evidence for a given relationship between LMS and health. Many studies find a negative effect of unemployment on health – only a few focus on particular subgroups. For example Turner and Turner (2004) compare physically disabled people with accordingly matched non-disabled people in terms of the impact of unemployment on mental health. They find that disabled people are more often involuntarily unemployed and show higher distress due to unemployment, explaining almost 30 % of the increase in depression. In another study observing the impact of different types of unemployment benefit receipt on different aspects of health, Eggs (2013) finds a negative effect on general, physical and mental health. He shows that employment affects health positively, even if additional income support is necessary. However, one study does not find any health effect due to unemployment. Using the exogenous reason for unemployment of *plant closure* as an instrumental variable to account for the bidirectional relationship between health and LMS, Schmitz (2011) finds no significant relationship.

In contrast to unemployment, employment is generally associated with a positive effect on (mental) health (Murphy/Athanasou, 1999). For example, Bartley et al. (2004) find that unemployed are at greater risk of the onset of a

30 As people considered unemployed are institutionally defined as searching for a job, they are often assumed to be particularly committed to employment. Thus, distress of the unemployed is caused by the incongruent situation inherent in the status itself (Paul/Moser, 2006). This might be particularly true for the present population who generally seek re-integration into the labour market.

limiting illness and, in comparison to employed people, have fewer chances of recovering. In support, Schuring et al. (2011) find that, compared to remaining unemployed, re-employment after (longer) periods of unemployment leads to an improvement in several health characteristics. However, employment per se does not necessarily improve health. Thus, Burdorf (2008) emphasizes the importance of investigating the type of employment for the prediction of health. In that regard, Graetz (1993) shows that job satisfaction is central in estimating health, since those reporting unsatisfying employment are associated with high levels of health disorders. Similarly, Holler and Trischler (2010) point to poor working conditions, such as (monotonous) physical tasks and work strain, having detrimental effects on health. Llena-Nozal (2009) highlights the importance of including prior periods of mental health problems in estimating an effect of LMS on mental health, since prior mental health issues correlate highly with current issues and reduce the impact of work-related characteristics in estimating mental health. She finds that being inactive is most detrimental to subjective health. Re-entering employment improves health irrespective of the type of work; however, there are differences in evaluating health according to working conditions and degree of job satisfaction.

## 4.4 Data

To investigate health and LMS of vocational rehabilitants, a three-wave panel survey of the Institute for Employment Research[31] is used. The survey samples registered rehabilitants who completed an FEA programme in 2006. The sample was separately drawn for first[32] and re-integrated rehabilitants from register data of the FEA. It is disproportionally stratified according to the type of main programme visited during vocational rehabilitation. Thus, it was assured that the sample includes rehabilitants in re-integration participating in specific labour market programmes, e.g. rehabilitation-specific qualification programmes, counselling programmes in terms of job choice and search, programmes promoting vocational training. Furthermore the sample is proportionally stratified according to gender, age, type of disability, the time the programme was finished and place of birth.[33] The first wave was carried out in 2007, and followed in 2008 and 2010 with two additional waves. In order to investigate the process of vocational rehabilitation, rehabilitants were asked about their experiences with vocational rehabilitation, and their employment biographies before and after.

31 The survey was carried out by the Institute for Applied Social Sciences GmbH (infas).

32 First integrated people refer to young people who usually have no vocational training and no vocational experience and pursue a first integration into the labour market. They are not focused in the present study.

33 Adjusting weights are used for the description of the population.

We restrict the sample to re-integrated vocational rehabilitants for whom the FEA is responsible who participated in all three survey waves and providing valid information in the health measures described below and arrive at 857 persons from a total sample of 2,096 re-integrated individuals.

*Dependent Variables*

To measure health, different subjective health characteristics are identified in the data. First, the survey includes the SF-12v2[34] index, to measure physical and mental health (Nübling/Andersen/Mühlbacher, 2006). The summary scores for physical and mental health are norm-based with a mean of 50 and a standard deviation of 10. Both range between 0 and 100. Generally speaking, the higher the score, the better the health condition. We have to restrict the time frame of the analyses to 2008 and 2010, since the 12 items constituting these indices were only included in the second and third wave. It has been shown that the SF-12 is both valid and reliable for general populations and for people with specific medical issues (Ware/Kosinski/Keller, 1996; Salyers et al., 2000; Cheak-Zamora/Wyrwich/McBride, 2009). For the data on the given population, internal reliability was measured using Cronbach's alpha. For the physical health score alpha is 0.86 for 2008 and 0.87 for 2010; for the mental health score alpha is 0.77 for 2008 and 0.81 for 2010. Thus, both measures for physical and mental health are considered reliable for the given population. Second, rehabilitants were asked in each wave about their current general health condition. Responding to the question "*How would you consider your current health condition in general terms?*", rehabilitants classified their health status between very good and very bad in five categories. As is customary, the scale is transformed into a dummy variable being one if subjective health is rated *very good* or *good* (Borg/Kristensen/Burr, 2000).

It has to be kept in mind that all three subjective health measures were measured at the same time for all surveyed rehabilitants – whether they are currently in unemployment, in employment or still in vocational rehabilitation.

*Central Independent Variables*[35]

The LMS – as the most central independent variable – is related to the subjective health condition. Rehabilitants were asked to document their employment biography from the end of schooling. LMS is included as a dummy variable – employment (1) and non-employment (0). Someone is considered employed if in (subsidized) employment liable to social security contributions, self-employed,

34 The English questions of the SF-12 Health Survey can be found in Ware et al. (Ware/Kosinski/Keller, 1996). The German version of all items can be found in Nübling et al. (Nübling/Andersen/Mühlbacher, 2006).

35 Further independent variables are controlled for. If relevant for measuring health, these variables are mentioned in the results section.

and as a beneficiary of labour market programmes providing a personal assistant, workplace adaptation or a business start-up grant. Marginal employment, sheltered employment, unemployment, periods of sickness and participation in other labour market programmes, and the statuses of parental leave, homemaker or pensioner is considered non-employment.

Within the basic models measuring the three health outcomes the current LMS at the time of the interview is used. Thus, the model relates the current LMS to the current health condition.

Another explanatory variable of central concern is the level of occupational limitation due to disability. All rehabilitants were asked to scale the level of occupational limitation due to their disability ranging from 0 (not limited at all) to 6 (totally limited). The variable is included in the models in dichotomized form, with the range 0 to 2 corresponding to low limitation (1) and the range 3 to 6 to high limitation (0).

## 4.5 Informed Consent

The study was conducted according to the rules of good scientific practice of the Alliance of German Science Organisations. Informed consent was obtained from all participants included in the study.

## 4.6 Statistical Method

Due to the longitudinal panel structure of the data, the relationship between health and LMS is examined using panel analyses. In contrast to cross-section analyses, not only temporal associations can be identified, but also dynamic relations (Brüderl, 2010). By means of fixed effects (FE) analysis, it is possible to statistically control for all time-constant factors whether observed or unobserved. Values prior and subsequent to the interesting event are compared by differencing both values. If values are time constant or do not differ for both time references, they drop out of the prediction model and do not contribute to the causal effect. Thus, unobserved time-constant factors do not affect the impact of LMS on health; however, predictions about observed time-constant factors are not possible either. Furthermore, the independence of unobserved time-varying factors is only assumed. Measures in the FE model would be biased if unobserved changes correlate with any of the independent variables, e.g. if women withdraw from the labour market (observed change) due to child rearing (unobserved change) (Brüderl, 2010). Analyses only take the within variation – changes over time in the characteristics of one person – into account; between variations do not contribute

to the prediction, since it is assumed that differences between persons are mostly due to unobserved heterogeneity (Allison, 2009). This also means that people not showing any time variation or change in the dependent variable do not contribute to the prediction (Brüderl, 2010).

*Endogenous Variable LMS*

The relationship between LMS and health is a bidirectional one. LMS might, thus, be an endogenous predictor in estimating health. Thus, we do not know exactly whether a change in health results from a change in employment or vice versa (reverse causality). There are two widely used methods to tackle this problem.

One possibility is to apply an instrumental variable (IV) approach where an exogenous IV is needed that highly correlates with the current LMS but has no direct influence on subjective health and does not correlate with the error term. Under this assumption, the regional and occupational unemployment rates and the classification of labour market regions (Dauth/Hirschenauer/Rüb, 2008) were tested. However, the correlation of all three IVs and current LMS was too weak as to consider these variables useful (Stock/Wright/Yogo, 2002). Furthermore, it is common to use lagged endogenous variables as IVs. Therefore, the lagged LMS 12 months before the survey was tested. It appears to highly correlate with current LMS but does not affect the subjective health condition at the time of the survey.

A second possibility to control for reverse causality is to use, instead of the current LMS, the lagged LMS six and 12 months before the survey as an independent variable. This way of measuring LMS ensures that a change in employment occurs before a change in the evaluation of the health condition (Bartley/Sacker/Clarke, 2004).

## 4.7 Results

*Descriptives*

Weighted descriptive analyses (Table 3) show that observed re-integrated rehabilitants – of whom two thirds are male with an average age of 33 – have worked on average for 10 years in employment liable to social security or in self-employment. Most rehabilitants intending RTW report a physical disability, a disability affecting internal organs e.g. resulting from cancer or heart disease, or an allergy[36]. Due to their disability, which developed after the age of 16 in almost 70 % of all cases, they are unable to continue their current occupation.

36 Though some people (seven percent) state that they are not disabled, the characteristic *disabled* is a prerequisite for being eligible for vocational rehabilitation. Rehabilitants might not consider themselves disabled or might be uncomfortable in stating a disability (Johansson/Skedinger, 2005).

**Table 3: Description of analysis sample in terms of gender, age, age of the onset of disability, type of disability, number of job changers, type of main programme during vocational rehabilitation, and mean employment experience including weighted* proportions, weighted* and unweighted totals**

| | % (weighted) | N (weighted) | N |
|---|---|---|---|
| **Men** | **65%** | **445** | **533** |
| **Mean age (at the beginning of reha)** | | **34 years** | |
| **Age (at the onset of disability)** | | | |
| no disability | 12% | 84 | 97 |
| from birth | 9% | 63 | 73 |
| from 1 until 9 years of age | 7% | 49 | 58 |
| from 10 until 15 years of age | 4% | 26 | 34 |
| from 16 until 24 years of age | 22% | 148 | 190 |
| from 25 until 44 years of age | 38% | 261 | 325 |
| from 45 onwards | 8% | 56 | 80 |
| **Disability (multiple responses)** | | | |
| no disability | 7% | 85 | 107 |
| physical | 26% | 327 | 401 |
| senses | 11% | 146 | 162 |
| mental, learning, others | 10% | 123 | 156 |
| organic | 16% | 203 | 246 |
| psychological | 14% | 181 | 209 |
| allergy | 17% | 214 | 251 |
| **Job changers** | **53%** | **361** | **461** |
| **Main programme** | | | |
| sheltered workshop | 4% | 27 | 24 |
| apprenticeship | 9% | 60 | 118 |
| re- and further training | 21% | 142 | 203 |
| vocational preparation | 5% | 34 | 43 |
| training programme | 23% | 155 | 145 |
| job opportunity | 12% | 80 | 52 |
| integrative | 18% | 127 | 185 |
| no main programme | 9% | 63 | 87 |
| **Mean job experience (before reha)** | | **122 months** | |

* design weights account for the disproportional sampling according to type of main programme visited during vocational rehabilitation and for the proportional sampling according to gender, age, type of disability, the time the programme was finished and place of birth

The occurrence of a disability is often considered a break point in a person's life (Riphahn, 1997; Kohler et al., 2012) – especially if unemployment occurs and/or if occupational (re-)training is necessary. Whether (re-)training is necessary and

justified can be roughly identified by looking at the main measure[37] provided during vocational rehabilitation. And indeed, in addition to the provision of integration assistance, e.g. financial subsidies to employers, (re-)training and further training is frequently provided. The high proportion of individuals attending a qualification scheme supports the assumption that it is often not possible to maintain the former occupation.

*Panel analyses*

The impact of time-varying predictors on subjective health, distinguishing physical (Table 4; model A–G), mental (Table 5; model A–G) and general health condition (Table 6; model A–G), is outlined below. In all multivariate models FE linear regression is applied[38] using STATA 13 (College Station, Texas). The option *robust* used in the analyses ensures heteroscedasticity robust variance estimation and, thus, robust standard errors.

*Effects of Control Variables on Health*

Before referring to the impact of LMS, different comparative assessment characteristics and their relation to subjective health are outlined (Table 4, Table 5, Table 6; each model A). People who claim to be occasionally distressed due to their disability do not rate their mental health significantly differently to those not sharing this attitude; in contrast, there are significant group differences as regards physical and general health being negatively influenced by this type of distress. This might concern people not coping particularly well with their disability or being especially limited in daily living practices.

A characteristic influencing both physical and mental health is the change in social contacts due to disability. Rehabilitants were asked to compare their current situation with the period prior to the onset of disability. Those indicating fewer social contacts exhibit negative effects on physical health; however, the negative impact on mental health proves greater. The same applies for the comparison of prior and current standard of living. If current standard of living is worse due to disability, rehabilitants report physical and mental health more negatively. Characteristics having a negative impact only on mental health are longer periods of sickness, anxiety about the future, and the feeling of social exclusion due to disability.

37 During vocational rehabilitation many different programmes are available. The main measure is defined in accordance with a hierarchy of programmes. E.g. programmes for the purpose of (re-)training and further training are preferred over taster programmes introducing different jobs, since they reflect the main strategy of placement officers.

38 Although general health is a non-continuous variable, it is common practice to apply FE linear regression to refer to the marginal effects from the coefficients displayed, since marginal effects cannot be predicted using FE logit regression (Wooldridge, 2010).

Table 4: Measuring physical health using different measures of LMS (current LMS (model A), LMS 6 (model B) and 12 months (model C) before the survey, current LMS instrumented by a 12 months lag of the LMS (model D)) and an interaction between level of vocational rehabilitation and current LMS (model E), LMS 6 months (model F) and LMS 12 months (model G) before the survey

| Subjective health condition and labour market status | A. Current LMS b(se) | B. 6 months lag b(se) | C. 12 months lag b(se) | D. iv 12 months lag b(se) | E. Current LMS with interaction effect b(se) | F. 6 months lag with interaction effect b(se) | G. 12 months lag with interaction effect b(se) |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Labour Market Status: in employment | 1,31 (0,55)* | 0,07 (0,48) | 0,27 (0,48) | 0,98 (1,75) | | | |
| 2010 | -0,07 (0,29) | 0,04 (0,03) | 0,01 (0,3) | -0,04 (0,33) | -0,08 (0,29) | 0,03 (0,28) | -0,01 (0,29) |
| *Ref.: Living with partner* | | | | | | | |
| Living with parent(s)/relatives | -0,68 (0,81) | -0,7 (0,75) | -0,71 (0,75) | -0,69 (0,75) | -0,59 (0,81) | -0,55 (0,81) | -0,57 (0,81) |
| Living alone | -2,02 (1,04)+ | -2,1 (0,89)* | -2,09 (0,89)* | -2,04 (0,9)* | -1,98 (1,02)+ | -1,93 (1,02)+ | -2 (1,03)+ |
| Anxiety about the future | -0,46 (0,63) | -0,56 (0,57) | -0,56 (0,57) | -0,48 (0,58) | -0,4 (0,62) | -0,47 (0,62) | -0,46 (0,62) |
| Desperation due to disability | -1,39 (0,61)* | -1,34 (0,6)* | -1,31 (0,6)* | -1,37 (0,6)* | -1,47 (0,61)* | -1,44 (0,62)* | -1,4 (0,62)* |
| Less social contacts due to disability | -1,29 (0,62)* | -1,32 (0,6)* | -1,32 (0,6)* | -1,3 (0,6)* | -1,29 (0,62)* | -1,27 (0,62)* | -1,27 (0,63)* |
| Lower standard of living due to disability | 1,26 (0,61)* | 1,17 (0,61)+ | 1,17 (0,61)+ | 1,24 (0,62)* | 1,25 (0,61)* | 1,17 (0,62)+ | 1,19 (0,62)+ |
| Feeling of social exclusion due to disability | 0,72 (0,61) | 0,68 (0,61) | 0,68 (0,61) | 0,71 (0,61) | 0,72 (0,61) | 0,7 (0,61) | 0,71 (0,61) |
| Minor occupational limitation | 3,95 (0,48)*** | 4,06 (0,45)*** | 4,05 (0,45)*** | 3,98 (0,47)*** | | | |
| Employment rather unimportant | 0 (0,51) | 0 (0,5) | 0 (0,5) | 0 (0,5) | | | |
| Unemployment experience (in months) | -0,02 (0,04) | -0,02 (0,04) | -0,02 (0,04) | -0,02 (0,04) | -0,02 (0,04) | -0,03 (0,04) | -0,02 (0,04) |
| Periods of illness (in months) | 0,04 (0,06) | 0,02 (0,06) | 0,03 (0,06) | 0,04 (0,06) | 0,04 (0,06) | 0,02 (0,06) | 0,03 (0,06) |
| *Ref.: Employed & minor occupational limitation* | | | | | | | |
| Unemployed & high occupational limitation | | | | | -4,81 (0,76)*** | -3,76 (0,69)*** | -4,14 (0,7)*** |
| Unemployed & minor occupational limitation | | | | | -1,44 (0,62)* | -0,35 (0,57) | -0,28 (0,58) |
| Employed & high occupational limitation | | | | | -4,39 (0,56)*** | -4,57 (0,6)*** | -4,2 (0,62)*** |
| Incongruence | | | | | -0,65 (0,42) | -0,96 (0,42)* | -0,92 (0,42)* |
| Constant | 45,46 (1,74)*** | 46,57 (1,69)*** | 46,32 (1,7)*** | 45,75 (2,25)*** | 51,09 (1,6)*** | 51,29 (1,62)*** | 51,01 (1,62)*** |
| Number of spells | 1691 | 1691 | 1691 | 1691 | 1691 | 1691 | 1691 |
| Number of persons | 854 | 854 | 854 | 854 | 854 | 854 | 854 |
| R-sq within | 0,125 | 0,117 | 0,117 | 0,124 | 0,129 | 0,126 | 0,123 |
| R-sq between | 0,218 | 0,245 | 0,237 | 0,227 | 0,212 | 0,239 | 0,233 |

+ p<0.1,* p<0.05,** p<0.01,*** p<0.001

Table 5: Measuring mental health using different measures of LMS (current LMS (model A), LMS 6 (model B) and 12 months (model C) before the survey, current LMS instrumented by a 12 months lag of the LMS (model D)) and an interaction between level of vocational rehabilitation and current LMS (model E), LMS 6 months model F) and LMS 12 months (model G) before the survey

| Subjective health condition and labour market status | A. Current LMS b(se) | B. 6 months lag b(se) | C. 12 months lag b(se) | D. iv 12 months lag b(se) | E. Current LMS with interaction effect b(se) | F. 6 months lag with interaction effect b(se) | G. 12 months lag with interaction effect b(se) |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Labour Market Status: in employment | 0,94 (0,71) | 0,95 (0,66) | 0,35 (0,65) | 1,27 (2,41) | | | |
| 2010 | 0,04 (0,38) | 0 (0,41) | 0,06 (0,42) | 0,01 (0,46) | -0,01 (0,38) | -0,07 (0,38) | -0,01 (0,38) |
| *Ref.: Living with partner* | | | | | | | |
| Living with parent(s)/relatives | 0,86 (1,08) | 0,83 (1,02) | 0,83 (1,03) | 0,87 (1,02) | 0,85 (1,08) | 0,85 (1,07) | 0,89 (1,07) |
| Living alone | 1,18 (1,38) | 1,17 (1,22) | 1,14 (1,23) | 1,2 (1,23) | 1,12 (1,38) | 1,16 (1,37) | 1,14 (1,37) |
| Anxiety about the future | -2,99 (0,87)*** | -3,03 (0,78)*** | -3,07 (0,78)*** | -2,97 (0,8)*** | -2,99 (0,87)*** | -3 (0,87)*** | -3,03 (0,87)*** |
| Desperation due to disability | -0,79 (0,94) | -0,79 (0,82) | -0,72 (0,82) | -0,8 (0,83) | -0,74 (0,93) | -0,81 (0,94) | -0,79 (0,94) |
| Less social contacts due to disability | -2,26 (0,89)* | -2,32 (0,82)** | -2,29 (0,82)** | -2,26 (0,82)** | -2,18 (0,89)* | -2,24 (0,89)* | -2,21 (0,89)* |
| Lower standard of living due to disability | -1,86 (0,91)* | -1,86 (0,83)* | -1,92 (0,83)* | -1,83 (0,85)* | -1,89 (0,91)* | -1,89 (0,9)* | -1,94 (0,9)* |
| Feeling of social exclusion due to disability | -2,43 (0,94)** | -2,49 (0,84)** | -2,47 (0,84)** | -2,42 (0,84)** | -2,44 (0,93)** | -2,49 (0,94)** | -2,46 (0,94)** |
| Minor occupational limitation | 2,17 (0,67)** | 2,17 (0,62)*** | 2,23 (0,62)*** | 2,14 (0,65)*** | | | |
| Employment rather unimportant | -0,74 (0,68) | -0,76 (0,69) | -0,74 (0,69) | -0,73 (0,69) | | | |
| Unemployment experience (in months) | 0,02 (0,05) | 0,02 (0,05) | 0,01 (0,05) | 0,02 (0,05) | 0,02 (0,05) | 0,02 (0,05) | 0,02 (0,05) |
| Periods of illness (in months) | -0,17 (0,08)* | -0,16 (0,08)+ | -0,17 (0,08)* | -0,16 (0,09)+ | -0,17 (0,08)* | -0,16 (0,08)+ | -0,18 (0,08)* |
| *Ref.: Employed & minor occupational limitation* | | | | | | | |
| Unemployed & high occupational limitation | | | | | -3,06 (0,94)** | -2,95 (0,95)** | -2,41 (0,99)* |
| Unemployed & minor occupational limitation | | | | | -0,37 (0,83) | -0,98 (0,8) | -0,58 (0,85) |
| Employed & high occupational limitation | | | | | -1,84 (0,79)* | -2,34 (0,77)** | -2,56 (0,8)** |
| Incongruence | | | | | -0,45 (0,54) | -0,57 (0,54) | -0,65 (0,53) |
| Constant | 50,74 (2,34)*** | 50,46 (2,31)*** | 51,16 (2,32)*** | 50,44 (3,09)*** | 53,57 (2,25)*** | 53,62 (2,24)*** | 53,89 (2,25)*** |
| Number of spells | 1691 | 1691 | 1691 | 1691 | 1691 | 1691 | 1691 |
| Number of persons | 854 | 854 | 854 | 854 | 854 | 854 | 854 |
| R-sq within | 0,098 | 0,098 | 0,096 | 0,097 | 0,098 | 0,098 | 0,097 |
| R-sq between | 0,121 | 0,124 | 0,117 | 0,124 | 0,118 | 0,121 | 0,113 |

+ p<0.1,* p<0.05,** p<0.01,*** p<0.001

Table 6: Measuring general health using different measures of LMS (current LMS (model A), LMS 6 (model B) and 12 months (model C) before the survey, current LMS instrumented by a 12 months lag of the LMS (model D)) and an interaction between level of vocational rehabilitation and current LMS (model E), LMS 6 months (model F) and LMS 12 months (model G) before the survey

| Subjective health condition and labour market status | A. Current LMS b(se) | B. 6 months lag b(se) | C. 12 months lag b(se) | D. iv 12 months lag b(se) | E. Current LMS with interaction effect b(se) | F. 6 months lag with interaction effect b(se) | G. 12 months lag with interaction effect b(se) |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Labour Market Status: in employment | 0,13 (0,03)*** | 0,11 (0,03)*** | 0,06 (0,03) | 0,2 (0,12)+ | | | |
| 2010 | -0,04 (0,02)+ | -0,04 (0,02)+ | -0,03 (0,02) | -0,04 (0,02)+ | -0,04 (0,02)+ | -0,04 (0,02) | -0,04 (0,02)+ |
| *Ref.: Living with partner* | | | | | | | |
| Living with parent(s)/relatives | -0,04 (0,05) | -0,04 (0,05) | -0,04 (0,05) | -0,04 (0,05) | -0,04 (0,05) | -0,04 (0,05) | -0,04 (0,05) |
| Living alone | -0,07 (0,07) | -0,07 (0,06) | -0,07 (0,06) | -0,06 (0,06) | -0,07 (0,07) | -0,06 (0,07) | -0,07 (0,07) |
| Anxiety about the future | -0,03 (0,04) | -0,04 (0,04) | -0,04 (0,04) | -0,02 (0,04) | -0,03 (0,04) | -0,04 (0,04) | -0,04 (0,04) |
| Desperation due to disability | -0,18 (0,04)*** | -0,18 (0,04)*** | -0,17 (0,04)*** | -0,18 (0,04)*** | -0,18 (0,04)*** | -0,18 (0,04)*** | -0,17 (0,04)*** |
| Less social contacts due to disability | -0,04 (0,04) | -0,05 (0,04) | -0,05 (0,04) | -0,04 (0,04) | -0,04 (0,04) | -0,05 (0,04) | -0,04 (0,04) |
| Lower standard of living due to disability | 0,02 (0,04) | 0,02 (0,04) | 0,01 (0,04) | 0,03 (0,04) | 0,02 (0,04) | 0,02 (0,04) | 0,01 (0,04) |
| Feeling of social exclusion due to disability | -0,03 (0,04) | -0,04 (0,04) | -0,04 (0,04) | -0,03 (0,04) | -0,04 (0,04) | -0,04 (0,04) | -0,04 (0,04) |
| Minor occupational limitation | 0,2 (0,04)*** | 0,21 (0,03)*** | 0,21 (0,03)*** | 0,2 (0,03)*** | | | |
| Employment rather unimportant | -0,03 (0,03) | -0,03 (0,04) | -0,03 (0,04) | -0,03 (0,04) | | | |
| Unemployment experience (in months) | 0 (0) | 0 (0) | 0 (0) | 0 (0) | 0 (0) | 0 (0) | 0 (0) |
| Periods of illness (in months) | 0 (0) | 0 (0) | 0 (0) | 0 (0) | 0 (0) | 0 (0) | 0 (0) |
| *Ref.: Employed & minor occupational limitation* | | | | | | | |
| Unemployed & high occupational limitation | | | | | -0,33 (0,05)*** | -0,3 (0,05)*** | -0,25 (0,05)*** |
| Unemployed & minor occupational limitation | | | | | -0,18 (0,05)*** | -0,17 (0,04)*** | -0,1 (0,04)* |
| Employed & high occupational limitation | | | | | -0,24 (0,04)*** | -0,26 (0,04)*** | -0,26 (0,04)*** |
| Incongruence | | | | | 0,02 (0,03) | 0 (0,03) | -0,01 (0,03) |
| Constant | 0,41 (0,12)*** | 0,41 (0,12)*** | 0,39 (0,12)*** | 0,46 (0,12)*** | 0,74 (0,11)*** | 0,73 (0,11)*** | 0,74 (0,11)*** |
| Number of spells | 1691 | 1691 | 1691 | 1691 | 1691 | 1691 | 1691 |
| Number of persons | 854 | 854 | 854 | 854 | 854 | 854 | 854 |
| R-sq within | 0,11 | 0,11 | 0,107 | 0,098 | 0,112 | 0,112 | 0,102 |
| R-sq between | 0,356 | 0,356 | 0,296 | 0,358 | 0,348 | 0,306 | 0,356 |

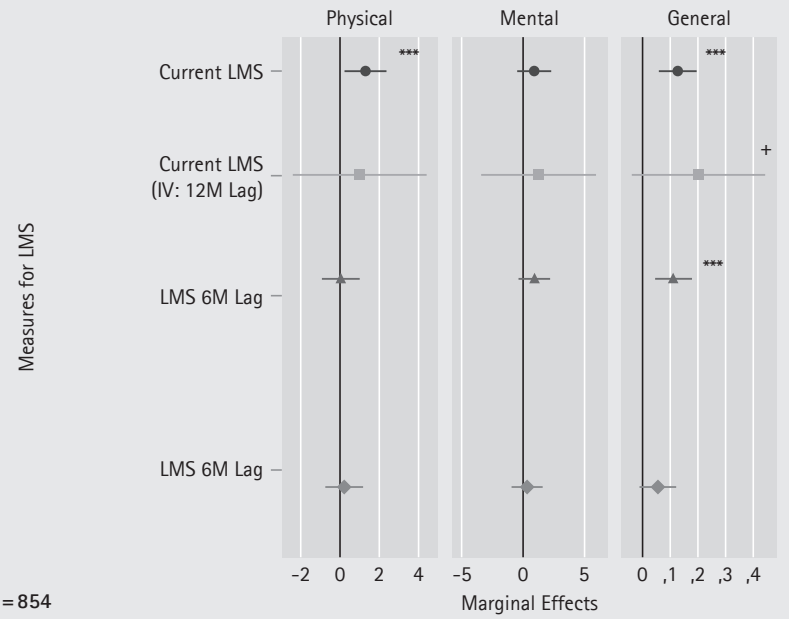
+ p<0.1,* p<0.05,** p<0.01,*** p<0.001

*LMS and Health*

As regards the relationship between current LMS and health, we see a statistically significant positive impact of a shift from non-employment into employment from 2008 to 2010 for physical and general health. Thus, a move into employment results in improved figures in relation to those two health aspects (model A in Table 4, Table 5, Table 6; blue circles in Abbildung 6).

However, current LMS is an endogenous variable. To see if results change, we replicated all three models measuring health using, in place of the current LMS, the lagged LMS six (model B in Table 4, Table 5, Table 6; and red triangles in Abbildung 6) and 12 months (model C; and green diamonds in Abbildung 6) before the survey as independent variables and using the current LMS instrumented by the IV *LMS 12 months before the survey* (model D in Table 4, Table 5, Table 6; yellow squares in Abbildung 6). Abbildung 6 shows how the impact of LMS changes if reverse causality is controlled for.

**Abbildung 6: Marginal effects for different labour market measures (current LMS, current LMS instrumented by LMS 12 months before the survey, LMS 6 months and 12 months before the survey) estimating physical, mental and general health**




N = 854

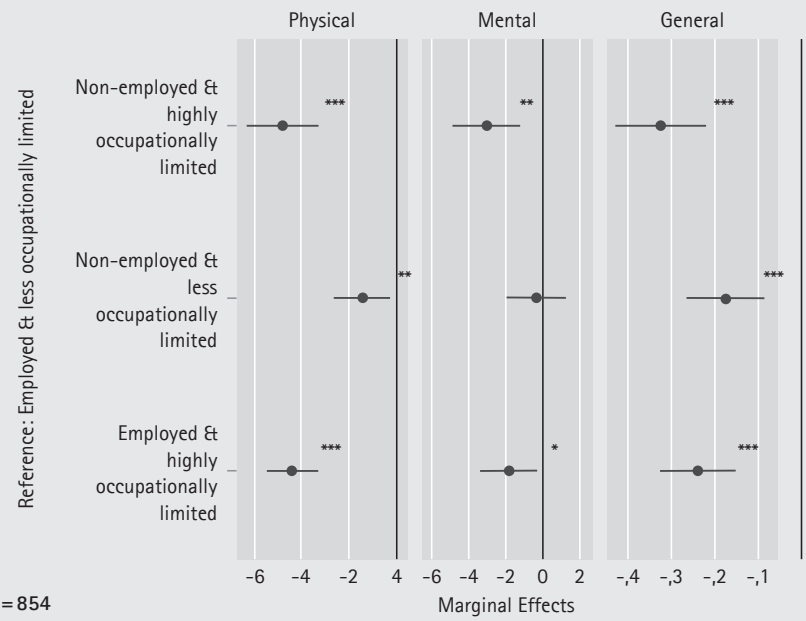
+ p<0.1,* p<0.05,** p<0.01,*** p<0.001

All coefficients of the different measures of LMS are positive. However, the coefficients are in part much lower and a significant relationship can only be found as regards the prediction of general health. Moreover, the instrumented LMS is only marginally significant. In respect to physical health, neither of the alternative measures of LMP shows statistically significant results. Therefore, the results indicate that a move from non-employment into employment improves general health. All the same, this improvement is only modest.

*Level of Occupational Limitation*

Rehabilitants were asked to scale the extent of occupational limitation due to their health condition. From all estimated models, there is clear evidence that the level of occupational limitation due to disability is a significant, strong and robust characteristic in predicting individual health. For each health aspect, those with low levels of occupational limitation report better health than those who are (very) occupationally limited due to their disability. This applies particularly for the impact on physical health.

**Abbildung 7: Marginal effects of the interaction between LMS & level of occupational limitation due to disability in estimating physical, mental and general health**




N = 854

+ p<0.1,* p<0.05,** p<0.01,*** p<0.001

Rehabilitants were asked to rate their level of occupational limitation irrespective of their current LMS. Thus, in order to investigate whether there is variation in terms of health evaluation between rehabilitants who are occupationally limited to different degrees and are either employed or non-employed, an interaction term of both characteristics – LMS and level of occupational limitation – is additionally included within the models (Table 4, Table 5, Table 6; models E–G) (Abbildung 7). The reference group comprises those in employment and hardly limited in their occupation due to disability. In comparison with this group, we observe negative health effects for all other combinations (Abbildung 7). Worst health – across all health measures – can be observed in individuals in non-employment who are seriously limited. A group reporting only marginally better subjective health are those who are employed and are similarly occupationally limited. Thus, these people are employed, but subjectively limited in their occupation due to their disability. These people are characterized by the authors as 'disability-inappropriate employed'. Taking up disability-inappropriate employment results in worse health in comparison with people in an occupation where health issues do not play a major role. Likewise, people with few occupational limitations but who are not in employment report lower levels of general health. However, they report better health than those (employed or not employed) with serious occupational limitation. Thus, it is not the integration into employment as such that alters subjective health positively for people in re-integration; it is the possibility of being integrated in an occupational environment appropriate to the disability that results in an improvement to subjective health.

*Incongruence*

In order to test the incongruence hypothesis on our population, we added another interaction effect to the models (Table 4, Table 5, Table 6; models E–G). To identify whether (mental) health evaluation differs where an individual's LMS is incongruent, current LMS and subjective centrality of employment were combined. The variable *incongruence* is constructed as a dummy variable with value 1 referring to those whose LMS can be described as incongruent. The data does not confirm the incongruence hypothesis for vocational rehabilitants. There is no difference in mental health or any other health measure whether an individual's LMS is congruent or incongruent.

## 4.8 Sensitivity Analysis

As additional sensitivity analyses, we tested the above-mentioned results for different subpopulations.

Table 7: Measuring physical health using the current LMS for the female (model A) and the male population (model B) and for those completing a main rehabilitation programme during 2008 or 2009 (referred to as reduced population) (model C); furthermore physical health is measured using an interaction effect between the current LMS and the level of occupational limitation due to disability for women (model D) and men (model E) and the reduced population (model F)

| Subjective health condition and labour market status | Current LMS | | | Current LMS with interaction effect | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | A. Women b(se) | B. Men b(se) | C. Reduced population b(se) | D. Women b(se) | E. Men b(se) | F. Reduced population b(se) |
| Labour Market Status: in employment | -0,02 (0,89) | 2,29 (0,70)** | 1,67 (0,83)* | | | |
| 2010 | -0,01 (0,47) | -0,06 (0,37) | -0,84 (0,64) | -0,04 (0,46) | -0,05 (0,37) | -0,86 (0,57) |
| *Ref.: Living with partner* | | | | | | |
| Living with parent(s)/relatives | 0,46 (1,42) | -1,38 (1,00) | -0,44 (1,33) | 0,62 (1,41) | -1,27 (1,00) | -0,35 (1,28) |
| Living alone | -1,97 (2,01) | -2,07 (1,20)+ | -2,62 (1,48)+ | -1,93 (2,02) | -2,03 (1,17)+ | -2,5 (1,36)+ |
| Anxiety about the future | -0,41 (1,14) | -0,63 (0,74) | -0,51 (1,01) | -0,42 (1,13) | -0,57 (0,73) | -0,48 (1,05) |
| Desperation due to disability | -2,04 (1,07)+ | -0,97 (0,72) | -0,62 (1,18) | -2,17 (1,07)* | -1,05 (0,73) | -0,87 (1,15) |
| Less social contacts due to disability | -0,71 (1,05) | -1,71 (0,78)* | -1,48 (1,19) | -0,58 (1,05) | -1,72 (0,78)* | -1,47 (1,17) |
| Lower standard of living due to disability | 2,12 (1,13)+ | 0,86 (0,74) | 0,88 (1,09) | 1,98 (1,12)+ | 0,89 (0,74) | 0,99 (1,08) |
| Feeling of social exclusion due to disability | 0,52 (1,02) | 0,68 (0,78) | 0,29 (1,12) | 0,44 (0,98) | 0,72 (0,78) | 0,33 (1,01) |
| Minor occupational limitation | 3,84 (0,80)*** | 4,11 (0,61)*** | 3,75 (0,81)*** | | | |
| Employment rather unimportant | -0,11 (0,85) | 0 (0,64) | 0,48 (0,93) | | | |
| Unemployment experience (in months) | -0,05 (0,07) | 0 (0,04) | 0,02 (0,06) | -0,05 (0,07) | 0 (0,04) | 0,02 (0,07) |
| Periods of illness (in months) | 0 (0,10) | 0,07 (0,07) | 0,06 (0,13) | -0,01 (0,09) | 0,07 (0,07) | 0,06 (0,09) |
| *Ref.: Employed & minor occupational limitation* | | | | | | |
| Unemployed & high occupational limitation | | | | -3,26 (1,20)** | -6,01 (1,00)*** | -5,12 (1,30)*** |
| Unemployed & minor occupational limitation | | | | -0,73 (1,01) | -2,02 (0,79)* | -1,97 (1,11)+ |
| In employment & high occupational limitation | | | | -4,72 (0,90)*** | -4,22 (0,72)*** | -4,38 (0,99)*** |
| Incongruence | | | | -0,5 (0,64) | -0,76 (0,55) | -0,41 (0,67) |
| Constant | 46,67 (3,32)*** | 44,9 (2,03)*** | 44,63 (3,23)*** | 50,83 (3,10)*** | 51,59 (1,90)*** | 50,45 (2,94)*** |
| Number of spells | 639 | 1052 | 536 | 639 | 1052 | 536 |
| Number of persons | 322 | 532 | 270 | 322 | 532 | 270 |
| R-sq within | 0,103 | 0,158 | 0,129 | 0,111 | 0,161 | 0,131 |
| R-sq between | 0,18 | 0,218 | 0,094 | 0,178 | 0,217 | 0,081 |

+ p<0.1,* p<0.05,** p<0.01,*** p<0.001

Table 8: Measuring mental health using the current LMS for the female (model A) and the male population (model B) and for those completing a main rehabilitation programme during 2008 or 2009 (referred to as reduced population) (model C); furthermore mental health is measured using an interaction effect between the current LMS and the level of occupational limitation due to disability for women (model D) and men (model E) and the reduced population (model F)

| Subjective health condition and labour market status | Current LMS | | | Current LMS with interaction effect | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | A. Women b(se) | B. Men b(se) | C. Reduced Population b(se) | D. Women b(se) | E. Men b(se) | F. Reduced population b(se) |
| Labour Market Status: in employment | 2,8 (1,28)* | -0,41 (0,83) | 0,6 (1,18) | | | |
| 2010 | -1,05 (0,66) | 0,68 (0,46) | 0,02 (0,91) | -1,13 (0,65)+ | 0,63 (0,46) | 0,06 (0,89) |
| *Ref.: Living with partner* | | | | | | |
| Living with parent(s)/relatives | -0,7 (1,83) | 1,55 (1,29) | 1,37 (1,90) | -0,76 (1,83) | 1,52 (1,28) | 1,28 (2,09) |
| Living alone | -3,55 (2,45) | 2,59 (1,57)+ | 2,55 (2,12) | -3,71 (2,51) | 2,53 (1,57) | 2,38 (2,28) |
| Anxiety about the future | -2,57 (1,46)+ | -3,3 (1,07)** | -2,29 (1,44) | -2,5 (1,49)+ | -3,31 (1,07)** | -2,35 (1,52) |
| Desperation due to disability | -0,89 (1,45) | -0,55 (1,26) | -0,68 (1,69) | -0,68 (1,44) | -0,55 (1,26) | -0,31 (1,94) |
| Less social contacts due to disability | -3,61 (1,46)* | -1,25 (1,14) | -3,89 (1,70)* | -3,33 (1,45)* | -1,22 (1,15) | -3,92 (2,01)+ |
| Lower standard of living due to disability | -1,76 (1,66) | -1,92 (1,07)+ | -0,77 (1,55) | -2 (1,66) | -1,92 (1,07)+ | -1,07 (1,64) |
| Feeling of social exclusion due to disability | -1,84 (1,47) | -3,05 (1,23)* | -1,95 (1,60) | -1,88 (1,46) | -3,04 (1,23)* | -2,13 (1,85) |
| Minor occupational limitation | 2,56 (1,27)* | 2,1 (0,74)** | 2,22 (1,15)+ | | | |
| Employment rather unimportant | -1,48 (1,31) | -0,56 (0,80) | -1,48 (1,32) | | | |
| Unemployment experience (in months) | 0,11 (0,10) | -0,03 (0,06) | -0,01 (0,09) | 0,12 (0,10) | -0,03 (0,06) | -0,01 (0,10) |
| Periods of illness (in months) | -0,17 (0,14) | -0,17 (0,11) | -0,3 (0,18)+ | -0,15 (0,13) | -0,17 (0,11) | -0,32 (0,13)* |
| *Ref.: Employed & minor occupational limitation* | | | | | | |
| Unemployed & high occupational limitation | | | | -5,27 (1,61)** | -1,64 (1,12) | -2,68 (1,76) |
| Unemployed & minor occupational limitation | | | | -1,82 (1,57) | 0,73 (0,90) | 0,6 (1,54) |
| In employment & high occupational limitation | | | | -1,75 (1,40) | -1,99 (0,93)* | -1 (1,43) |
| Incongruence | | | | -0,72 (0,94) | -0,29 (0,68) | -0,21 (1,03) |
| Constant | 48,05 (4,57)*** | 52,28 (2,67)*** | 51,98 (4,61)*** | 52,49 (4,30)*** | 53,87 (2,61)*** | 54,25 (4,37)*** |
| Number of spells | 639 | 1052 | 536 | 639 | 1052 | 536 |
| Number of persons | 322 | 532 | 270 | 322 | 532 | 270 |
| R-sq within | 0,147 | 0,093 | 0,112 | 0,147 | 0,093 | 0,112 |
| R-sq between | 0,037 | 0,167 | 0,044 | 0,035 | 0,164 | 0,036 |

+ p<0.1,* p<0.05,** p<0.01,*** p<0.001

Table 9: Measuring general health using the current LMS for the female (model A) and the male population (model B) and for those completing a main rehabilitation programme during 2008 or 2009 (referred to as reduced population) (model C); furthermore general health is measured using an interaction effect between the current LMS and the level of occupational limitation due to disability for women (model D) and men (model E) and the reduced population (model F)

| Subjective health condition and labour market status | Current LMS | | | Current LMS with interaction effect | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | A. Women b(se) | B. Men b(se) | C. Reduced population b(se) | D. Women b(se) | E. Men b(se) | F. Reduced population b(se) |
| Labour Market Status: in employment | 0,08 (0,06) | 0,16 (0,04)*** | 0,06 (0,06) | | | |
| 2010 | -0,09 (0,03)** | 0 (0,03) | -0,02 (0,04) | -0,1 (0,03)** | 0 (0,03) | -0,02 (0,04) |
| *Ref.: Living with partner* | | | | | | |
| Living with parent(s)/relatives | -0,05 (0,09) | -0,03 (0,07) | 0,07 (0,09) | -0,05 (0,09) | -0,04 (0,06) | 0,07 (0,08) |
| Living alone | -0,15 (0,18) | -0,05 (0,08) | 0,06 (0,10) | -0,14 (0,18) | -0,06 (0,08) | 0,06 (0,08) |
| Anxiety about the future | 0 (0,08) | -0,05 (0,05) | -0,07 (0,07) | -0,01 (0,08) | -0,05 (0,05) | -0,07 (0,06) |
| Desperation due to disability | -0,21 (0,08)** | -0,16 (0,05)** | -0,09 (0,08) | -0,22 (0,07)** | -0,16 (0,05)** | -0,09 (0,09) |
| Less social contacts due to disability | -0,02 (0,06) | -0,06 (0,05) | -0,06 (0,08) | -0,02 (0,06) | -0,07 (0,05) | -0,06 (0,07) |
| Lower standard of living due to disability | 0,01 (0,09) | 0,03 (0,04) | 0,06 (0,07) | 0,02 (0,09) | 0,03 (0,04) | 0,06 (0,07) |
| Feeling of social exclusion due to disability | -0,04 (0,07) | -0,04 (0,05) | -0,14 (0,08)+ | -0,04 (0,07) | -0,04 (0,05) | -0,13 (0,07)+ |
| Minor occupational limitation | 0,27 (0,07)*** | 0,17 (0,04)*** | 0,2 (0,05)*** | | | |
| Employment rather unimportant | -0,04 (0,06) | -0,05 (0,04) | 0,05 (0,06) | | | |
| Unemployment experience (in months) | 0,01 (0,01) | 0 (0,00) | 0 (0,00) | 0,01 (0,01) | 0 (0,00) | 0 (0,00) |
| Periods of illness (in months) | 0 (0,01) | 0 (0,00) | -0,01 (0,01) | 0 (0,01) | 0 (0,00) | 0 (0,01) |
| *Ref.: Employed & minor occupational limitation* | | | | | | |
| Unemployed & high occupational limitation | | | | -0,38 (0,09)*** | -0,31 (0,06)*** | -0,3 (0,09)*** |
| Unemployed & minor occupational limitation | | | | -0,17 (0,08)* | -0,17 (0,05)** | -0,09 (0,08) |
| In employment & high occupational limitation | | | | -0,31 (0,08)*** | -0,19 (0,06)*** | -0,21 (0,08)** |
| Incongruence | | | | 0,09 (0,05)+ | -0,02 (0,03) | 0,04 (0,05) |
| Constant | 0,24 (0,25) | 0,5 (0,12)*** | 0,5 (0,22)* | 0,58 (0,24)* | 0,83 (0,11)*** | 0,76 (0,20)*** |
| Number of spells | 639 | 1052 | 536 | 639 | 1052 | 536 |
| Number of persons | 322 | 532 | 270 | 322 | 532 | 270 |
| R-sq within | 0,131 | 0,115 | 0,116 | 0,144 | 0,114 | 0,115 |
| R-sq between | 0,036 | 0,341 | 0,231 | 0,032 | 0,345 | 0,232 |
| + p<0.1,* p<0.05,** p<0.01,*** p<0.001 | | | | | | |

First, to identify differences in gender, all the above-mentioned models were replicated for subsamples of women and men (Table 7, Table 8, Table 9; models A/B + D/E). It shows that feelings of social exclusion and a reduced standard of living due to disability mainly affect men negatively in their mental health. Fewer social contacts due to disability influence women negatively in terms of their mental health; men are affected negatively, as well, however, in terms of physical health. A move into employment affects men's physical and general health; however, women are only affected in their mental health (Table 7, Table 8, Table 9; models A/B).

Thus, a move into employment results in a significant improvement to women's mental health. For both genders it is the case that being occupationally limited whether employed or not negatively affects almost all health aspects (Table 7, Table 8, Table 9; models D/E).

As another subpopulation, we reduced the population to those people who completed their main measure of vocational rehabilitation during 2008 and 2009 (Table 7, Table 8, Table 9; models C + F). Subjective health is measured only in 2008 and 2010. During this period, people might still be participating in a LMP or might have already finished vocational rehabilitation. By reducing our population, we have the opportunity to analyse direct changes in health from the time rehabilitants are still participating in the LMP (2008) to the time where RTW potentially takes place (2010). Thus, the direct impact of re-integration on health can be measured.

Most results stay robust. However, a move into employment does not affect general health for this subpopulation – only physical health. As with the full sample, the level of occupational limitation is one of the most influential predictors – particularly in respect of physical health (Table 7, Table 8, Table 9; model C). Whether employed or not serious occupational limitation remains linked to a negative impact on physical and general health. Significance for mental health is no longer present (Table 7, Table 8, Table 9; model F).

## 4.9 Discussion

Evidence for incongruent LMS negatively influencing mental health cannot be found for rehabilitants of the FEA. In contrast, other unemployment-related factors such as subjective future anxiety and feelings of social exclusion are important predictors – mainly in terms of mental health. According to our results, particularly men are negatively affected by social exclusion. For women, a reduced social network, also associated with unemployment, negatively affects mental health. This is in line with empirical evidence showing that a reduced

social network results in reduced mental health in particular for older women (Kroll/Lampert, 2007). Evidence for a greater impact of a reduced social network on women can also be found in the study of Dalgard et al. (2006), who find that women having only weak social support in connection with negative life events are prone to higher levels of depression.

Regarding a change in LMS, our results point in one direction: obtaining employment seems to influence physical and general health in a positive way for vocational rehabilitants in RTW; mental health is affected only for women. Nonetheless, the impact of employment on health is not highly pronounced; health is determined more closely by the level of occupational limitation due to disability. Unemployment is not as detrimental to health where the rehabilitant does not experience serious occupational limitation. In contrast, rehabilitants report lower levels of subjective health where they are employed but seriously limited in their occupation. Regarding the Vitamin Model, occupational limitation due to disability might be interpreted as a constraint in job control and skill utilization, leading to strain and worse subjective health. Thus, in terms of quality of employment, not only stressful, hazardous work or employment not providing gratification is detrimental to one's health, but also work not matching (dis) abilities and occupational environment. Though not focusing disabled people, similar results are also found by Polanyi and Tompa (2004) who note that the fit between work environment and worker's characteristics is important, however, mostly overlooked by the current theoretical models. Consequently, placement staff working with rehabilitants needs to be particularly aware of the importance of disability-appropriate employment. Rehabilitants should be encouraged to take up occupational tasks where disability is not a limitation. It is not enough to find employment of any kind. Instead, the practicability of employment is essential.

*Data Limitations and Outlook*

The data provides important results for research on vocational rehabilitation; however, there are also data limitations. Though main results stay robust over sensitivity analyses, observations are at times low due to panel mortality and possible related selectivity. This has to be kept in mind while interpreting the results. Another drawback is the fact that health was measured at the same time for all rehabilitants – irrespective of their current LMS. Thus, whether there are differences in health evaluation at the onset of employment or not can only be answered roughly and solely for a subsample of the population. Likewise, it is not possible to distinguish between short and long-term effects of employment after RTW.

Furthermore, the results point to certain issues requiring more detailed investigation, however not feasible with the existing data. Thus, the mechanisms

explaining how a rehabilitant arrives at disability-inappropriate employment cannot fully be examined with the existing data. We believe that placement staff is trained to offer rehabilitants disability-appropriate employment. However, there may be other reasons why a rehabilitant ends up in disability-inappropriate employment. First, placement may be particularly difficult if there are not enough employment opportunities. Second, employment opportunities may be taken due to e.g. financial issues irrespective of disability-appropriateness or may prove to be more limiting than expected. Furthermore, a negative rating in terms of subjective occupational limitation may also result from the working environment (e.g. reduced integration with co-workers; lack in workplace adaptations (Hogan et al., 2012)). Although, these mechanisms cannot be examined here, they should be addressed in future research to understand what drives employment decisions.

## 4.10 Conclusion

It follows from our study that in the placement of disabled people in occupational re-integration it is crucial to be aware of the individual-specific occupational limitation and to consider this in terms of disability-appropriateness of employment. Thus, the level of occupational limitation – as one aspect of quality of employment – serves as a central predictor for subjective health and health, in turn, is an important predictor for employment stability. This is particularly important given that employment integration and stability are characterized as central aims of vocational rehabilitation.

**Conflict of interest**
Nancy Reims and Ulrike Bauer declare that they have no conflict of interest.

# 5 Eigenanteil an den Papieren

Die Dissertationspapiere wurden in Ko-Autorenschaft mit Ulrike Bauer, Stefan Gruber und Dr. Stefan Zapfel angefertigt. Das folgende Kapitel beschreibt den Eigenanteil der Doktorandin an den drei vorgelegten Dissertationsartikeln.

Das erste Dissertationspapier entstand im Rahmen des Projektes „Panel berufliche Rehabilitation" als theoretische Rahmung für die quantitativen Analysen zum Reha-Prozess. Nach einer gemeinsamen Literaturrecherche über die vorhandene nationale, aber auch internationale Reha-Literatur, wurde die Idee zu einer systemtheoretischen Betrachtung des sozialpolitischen Instruments der beruflichen Rehabilitation im gemeinsamen Projektprozess entwickelt. Das Verfassen des Artikels wurde paritätisch zwischen Stefan Gruber, mir und Dr. Stefan Zapfel aufgeteilt, sodass eine alphabetische Reihenfolge der Autorenschaft resultierte. Der Artikel besteht aus einem einleitenden Teil über die Situation von Menschen mit Behinderung in Deutschland und über die Definition von Behinderung. In drei Hauptteilen wird zunächst der berufliche Rehabilitationsprozess beschrieben unter Erwähnung der Vielfalt der beteiligten Einrichtungen. Im zweiten Hauptteil werden gesellschaftliche Inklusions- und Exklusionsmechanismen in der gesamtgesellschaftlichen Perspektive dargestellt. Im dritten Hauptteil wird der Prozess der beruflichen Rehabilitation in mehreren Stufen und (Handlungs-)Ebenen betrachtet. Auch wenn alle Autoren an allen Teilen des Artikels beteiligt waren, lag mein Hauptanteil in der Beschreibung des deutschen Rehabilitationsprozesses und der rechtlichen Voraussetzungen sowie in der einleitenden (Hintergrund, Motivation, Zusammenhang) und abschließenden Rahmung (Zusammenfassung und Ausblick auf zukünftige Forschung) des Artikel. Der Artikel wurde als referierter Beitrag (*double blind review*) bei der Zeitschrift „*Disability and Society*"[39] publiziert.

Das zweite Dissertationspapier entstand im Rahmen des Projekts „Evaluation beruflicher Rehabilitationsmaßnahmen im Rahmen der Ersteingliederung" in Zusammenarbeit mit Stefan Gruber. Die Idee für die Übergangsanalysen von Ausbildungsabsolventen entwickelte sich unter Vorgabe des Projektrahmens, der für den Analysezeitraum das Thema „Zeigen sich längerfristige Wirkungen von Maßnahmeteilnahmen?" vorsah. Zu Anfang des Projektes wurden zunächst die Befragungsdaten, die zu diesem Zeitpunkt eine neue Befragungswelle bereithielten, aufbereitet. Dies geschah in Zusammenarbeit mit Stefan Gruber. Das Papier beinhaltet die Betrachtung der Arbeitsmarktübergänge direkt nach Absolvierung der beruflichen Ausbildung der jungen Rehabilitanden. Diese Analysen wurden

39 2014 IF: 0,815; 2014 5-Year IF: 1,288; gelistet im *Social Science Citation Index;* DOI: 10.1080/09687599.2013.796877

zunächst in Zusammenarbeit mit Stefan Gruber durchgeführt, die Weiterentwicklung der Modelle nach diversen Konferenzbesuchen wurde von mir erarbeitet. Zusätzliche Analysen zur Dauer der aufgenommenen Beschäftigung wurden von meiner Seite hinzufügt und allein durchgeführt. Auch die Erstellung des Erstmanuskripts und die weiteren Einarbeitungen der Gutachten lagen in meiner alleinigen Verantwortung. Der Artikel wurde in der Fachzeitschrift „Die Rehabilitation"[40] als referierter Artikel (*double blind review*) veröffentlicht.

Das dritte Dissertationspapier entstand im Rahmen des Projekts „Evaluation beruflicher Rehabilitationsmaßnahmen im Rahmen der Wiedereingliederung" in Zusammenarbeit mit Ulrike Bauer, die als studentische Hilfskraft im Projekt arbeitete und im Rahmen ihrer Bachelorarbeit zu einem Teilaspekt des vorliegenden Dissertationsartikels von mir betreut wurde. Das grob gefasste Analysethema „Gesundheitszustand und Gesundheitszufriedenheit von Rehabilitanden. Inwieweit sind diese abhängig von der Erwerbssituation und verändern sie sich über die Zeit?" wurde im Projektkontext vorgegeben und von Ulrike Bauer und mir weiter entwickelt. Die Daten für diese Fragestellung wurden von mir aufbereitet. Theoretische Vorarbeiten und die ersten Analysen zum Zusammenhang zwischen Gesundheit und Erwerbsstatus wurden von Ulrike Bauer im Rahmen ihrer Bachelorarbeit angefertigt und durch mich betreut. Anknüpfend an diese Vorarbeiten wurden die Basismodelle und der theoretische Rahmen von mir weiterentwickelt. Des Weiteren wurden im Nachgang zu verschiedenen Vorträgen zu diesem Thema, die Robustheitschecks unter Berücksichtigung des Instrumentenvariablenansatzes, der zeitversetzten Variablen und der weiteren Subgruppenanalysen von mir allein durchgeführt. Dies trifft auch auf die weiteren Analysen zur Interaktion aus beruflicher Einschränkung und dem Erwerbsstatus (behinderungsadäquate Beschäftigung) zu. Sowohl die Erstellung des Erstmanuskripts, wie auch die weitere Bearbeitung des Manuskripts auf Vorschlag der Gutachter lagen in meiner alleinigen Verantwortung. Die Publikation ist als referierter Beitrag (*double blind review*) in der Zeitschrift „*Journal of Occupational Rehabilitation*"[41] publiziert.

40 2014 IF: 0,731; 2014 5-Year IF: 0,842; gelistet im *Science Citation Index Expanded;* DOI: 10.1055/s-0034-1370986

41 2014 IF: 2,159; 2014 5-Year IF: 2,042; gelistet im *Social Science Citation Index;* DOI: 10.1007/s10926-014-9561-2

# 6 Ausblick auf künftige Forschung unter Berücksichtigung der Ergebnisse aus den Dissertationsstudien

In der Gesamtschau der einzelnen Dissertationspapiere trägt die vorliegende Dissertation dazu bei, einige Forschungslücken im Bereich der beruflichen Rehabilitationsforschung zu schließen. Die theoretische Rahmung des beruflichen Rehabilitationsprozesses im ersten Dissertationsartikel ist nötig, um die folgenden empirischen Arbeiten in den Forschungskontext einzubetten. Relevante Einflussfaktoren für die erfolgreiche Absolvierung der beruflichen Rehabilitation werden auf theoretischer Ebene identifiziert und das Analysepotenzial des noch wenig beforschten Feldes der beruflichen Rehabilitation wird theoretisch erschlossen und geöffnet. Es werden theoretische Erkenntnisse dazu geliefert, wie die berufliche Rehabilitation im Gesellschaftssystem funktioniert, wo Personen mit Behinderungen potenziell exkludiert werden und welche weiteren Gesellschaftsfaktoren identifiziert werden können, die eine behindernde und häufig auch exkludierende Wirkung auf Menschen mit gesundheitlichen Einschränkungen haben. Die Arbeit geht dabei insbesondere auf die berufliche Rehabilitation ein und stellt die medizinische Rehabilitation, aber auch die medizinisch-beruflich orientierte Rehabilitation in den Hintergrund. Dies ist vermehrt der Tatsache geschuldet, dass die vorliegende Dissertation verstärkt Förderberechtigte der Bundesagentur für Arbeit fokussiert. Neben der notwendigen Untersuchung von Selektionsmechanismen, die bereits den Zugang zur beruflichen Rehabilitation betrachten und denen, die die Maßnahmeteilnahme in den Blick nehmen, fordert der Artikel u. a. die Untersuchung von Arbeitsmarkteintritten nach erfolgreich absolvierter Rehabilitation und deren Einfluss auf das Wohlbefinden der Geförderten. Lediglich Letzteres konnte im Rahmen dieser Dissertation empirisch betrachtet werden. Im Zuge dessen wird dieser Übergang zum einen für zwei verschiedene Fördergruppen besprochen: für die Erst- und Wiedereingliederung. Zum anderen wird der Einfluss der beruflichen Rehabilitation auf die Geförderten unter Berücksichtigung unterschiedlicher „Erfolgsmessungen" und individueller (und rehabilitationsspezifischer) Biografien und Krankheitsbilder betrachtet: 1) Dauerhafte bzw. nachhaltige Integration in den Arbeitsmarkt im Sinne der institutionellen Definition von erfolgreicher Integration: Sind die Rehabilitanden nach der Förderung am Arbeitsmarkt integriert und wenn ja in welcher Form? 2) Einfluss der staatlichen Förderung auf das Wohlbefinden der Geförderten als weiterer (subjektiver) Erfolgsfaktor, der einerseits unabhängig ist davon, ob eine Arbeitsmarktintegration vorliegt oder nicht und der – bei Vorliegen einer Wiederbeschäftigung – andererseits eine nachhaltige Arbeitsmarktintegration stark determiniert: Welche Auswirkungen hat die berufliche Rehabilitation auf die subjektive Gesundheit und das Wohlbefinden der Rehabilitanden?

Jede der hier vorgestellten Analysen trägt zwar einerseits zur Beantwortung einiger Fragen zur beruflichen Rehabilitation bei, wirft andererseits aber auch weitere auf. Exemplarisch sollen nun einige dieser weiterführenden Fragen skizziert werden, um auf Forschungsdesiderate hinzuweisen, die an die hier vorgestellten Studien anknüpfen. So konnte der weitere Verbleib nach der beruflichen Rehabilitation von Ausbildungsabsolventen, die einen großen Anteil an den Rehabilitanden der Ersteingliederung ausmachen, beschrieben werden. Die Analysen zum Arbeitsmarktübergang wurden allerdings durchgeführt, ohne die Art des gewählten Ausbildungsberufs zu berücksichtigen. Da Frauen sich meist für andere Berufe interessieren als Männer (Beicht/Walden 2014), könnte der Aspekt des Ausbildungsberufs weitere Erkenntnisse darüber liefern, warum Mädchen in der Ersteingliederung geringere Arbeitsmarktchancen nach der Ausbildung haben als Jungen. Weiteres damit zusammenhängendes Interesse besteht auch an Analysen zu beruflichen Findungsprozessen bei den Jugendlichen: Wie wird die Wahl des Ausbildungsberufs getroffen? Wie werden die jungen Personen dabei durch die Reha-Beratung unterstützt, um ihr Wunsch- und Wahlrecht zu realisieren, das ihnen gesetzlich zusteht? Welche Hürden, wie z. B. weite Wege zur Ausbildungsstätte, müssen sie dabei in Kauf nehmen?

Ein großer Teil der Rehabilitanden der Ersteingliederung wird im Rahmen einer beruflichen oder schulischen Ausbildung gefördert. Es gibt aber auch andere Personengruppen, die beispielsweise zunächst lediglich mit Vorbereitungs- und Orientierungsmaßnahmen gefördert werden. Hier wäre als Erfolgskriterium wohl eher die Betrachtung einer ungeförderten, regulären Ausbildungsaufnahme statt der Beschäftigungsaufnahme zentral. Damit einhergehend wäre auch wichtig zu wissen, ob diese reguläre Ausbildung erfolgreich abgeschlossen wird und ob diese Personen nach Ende der beruflichen Rehabilitation doch wieder in die Förderungsform der beruflichen Rehabilitation zurückkehren. Des Weiteren müssten auch diejenigen näher fokussiert werden, die keinerlei Beschäftigung nach der beruflichen Rehabilitation aufnehmen und das auch nach mehreren Jahre nicht tun. Hier steht die Frage im Vordergrund, ob sich Probleme beim ersten Übergang in den Arbeitsmarkt über den Lebensverlauf hinweg verfestigen und was weitere Folgen sind. Es wäre beispielsweise zu untersuchen, ob dadurch möglicherweise auch Armutslagen entstehen und falls ja, unter welchen Umständen dies der Fall ist.

Sicher ist es zentral, den Arbeitsmarkterfolg nach verschiedenen Förderstrategien (Maßnahmen und Maßnahmekombinationen) zu differenzieren, um Aussagen darüber zu treffen, welche Strategie die besten Arbeitsmarktchancen generiert. Dies verweist außerdem auf die Notwendigkeit nach weiteren Analysen dazu, wie die Zuteilung der Fördermaßnahmen durch die Reha-Berater zustande kommt, denn diese Zuweisungsprozesse sind ausschlaggebend für die Zusammensetzung

der Gruppen, die mit unterschiedlichen Strategien gefördert werden. Demnach wäre es von Interesse weiter zu untersuchen, welche Determinanten sich für die Art der Förderung bei jungen Erwachsenen im Bereich der Ersteingliederung finden lassen und ob sich hierfür spezifische persönliche Charakteristika und gesundheitliche Einschränkungen identifizieren lassen. Wer sind diejenigen, die lediglich Vorbereitungsmaßnahmen erhalten und wer erhält eine Kombination aus mehreren Maßnahmen. Insbesondere in Bezug auf letztere Anmerkung, ist die Frage interessant, ob sich Personen identifizieren lassen, die sogenannte „Maßnahmekarrieren" während der beruflichen Rehabilitation durchlaufen, worin dies begründet ist und was dies für die weitere Erwerbsbiografie im Lebensverlauf bedeutet.

Im Hinblick auf die Wiedereingliederung wurde im dritten Dissertationspapier der Befund dargestellt, dass ein Fünftel der Rehabilitanden im Bereich der Wiedereingliederung eine Beschäftigung aufnehmen, die gegen die gesetzlichen Vorgaben der beruflichen Rehabilitation als behinderungsinadäquat charakterisiert worden ist. Da die Wahl einer solchen Beschäftigung direkten (negativen) Einfluss auf die subjektive Befindlichkeit der Rehabilitanden hat, wäre anschließend an diesen Befund zu fragen, welche Beweggründe für die Wahl einer einschränkenden Erwerbstätigkeit genannt werden und welche Art von Beschäftigung in diesem Fall jeweils vorliegt. Ist es womöglich eine berufliche Tätigkeit, die sehr ähnlich ist zum Ursprungsberuf, der unter anderem Ursache für die gesundheitliche Einschränkung war? Oder hängt die Bewertung der Passung zwischen Tätigkeit und Beschäftigung vielleicht auch mit dem Arbeitsklima in der neuen Tätigkeit zusammen? Denkbar wäre, dass auch das Verhältnis zu Kollegen und der Umgang mit der Behinderung im Arbeitskontext eine zentrale Rolle spielen. Angesichts der Tatsache, dass viele Personen in der Wiedereingliederung die berufliche Tätigkeit nach der beruflichen Rehabilitation noch einmal wechseln, wäre es interessant zu erfahren, was die Wahl der neuen Beschäftigung bestimmt. So sind berufliche Mobilitätsprozesse von zentralem Interesse für zukünftige Forschung in diesem Gebiet: Welche Ursprungsberufe werden bei Notwendigkeit einer Umschulung ausgeführt? Wie ist der Neu-Beruf im Vergleich zum Alt-Beruf charakterisiert? Inwiefern kann berufsspezifisches Wissen im neuen Beruf weitergeführt werden? Inwiefern ist der Neu-Beruf auch mit dem während der beruflichen Rehabilitation erlernten Beruf komplementär? Welche Personen können auf berufliche Netzwerke zurückgreifen, um eine behinderungsadäquate Beschäftigung zu erhalten?

Anschließend an die im ersten Dissertationspapier vorgeschlagenen Forschungsfragen und Stufen der beruflichen Rehabilitation sind gerade auch Zugangsprozesse zu Leistungen der beruflichen Rehabilitation hoch interessant. Neben Erkennungsprozessen, die aufgrund von Schwierigkeiten beim Zugang zur Population am ehesten qualitativ untersucht werden müssten, sind natürlich auch

Anerkennungsprozesse für die zukünftige Forschung von großem Interesse. Beide Selektionsstufen haben Auswirkungen auf die Zusammensetzung der geförderten Rehabilitandenpopulation und determinieren somit auch Aussagen über den Erfolg von Maßnahmen der beruflichen Rehabilitation. Durch die immer stärkere Betonung von inklusiver Beschulung, die zwar nur langsam voranschreitet, aber dennoch sichtbar ist, ergeben sich einerseits neue Herausforderungen für die allgemeinbildenden Schulen und auch für die Schüler selbst. In diesem Zusammenhang ist zu erwarten, dass sich insbesondere in der Erkennung von Rehabilitanden Veränderungen ergeben, die ebenfalls in zukünftiger Forschung berücksichtigt werden müssen.

Kontinuierliche Veränderungen sind auch in den (Vermittlungs-)Einrichtungen der Bundesagentur für Arbeit zu beobachten, die zum Beispiel auf einen stetig steigenden Ausbau des im Bereich der beruflichen Rehabilitation geschulten Personals in den Jobcentern hinweist. Vor diesem Hintergrund müssen Veränderungen in der Struktur und Zahl der Rehabilitanden verfolgt und interpretiert werden.

Letztlich kann der Schluss gezogen werden, dass die vorliegende Dissertation maßgeblich dazu beiträgt, bestehende Lücken der Forschung zur beruflichen Rehabilitation zu schließen. Dennoch bleibt festzuhalten, dass es noch viele Bereiche gibt, für die weiterer Forschungsbedarf besteht, um die tatsächliche Wirkung des sozialpolitischen Instruments beruflicher Rehabilitation umfassend zu ermitteln.

## Literatur


Achatz, J., S. Fehr, B. Schels & J. Wolff (2012). „Ein-Euro-Jobs, betriebliche und schulische Trainingsmaßnahmen: Wovon junge Arbeitslose im SGB II am meisten profitieren." *IAB Kurzbericht* **6/2012**.

Alavinia, S. M. & A. Burdorf (2008). "Unemployment and retirement and ill-health: a cross-sectional analysis across European countries." *International Archives of Occupational and Environmental Health* **82**: 39–45.

Allison, P. D. (2009). *Fixed effects regression models*. Los Angeles; London; New Delhi, Singapore; Washington DC Sage.

Allmendinger, J. & T. Hinz (1998). Occupational careers under different welfare regimes: West Germany, Great Britain and Sweden. *The Dynamics of Modern Society – Poverty, Policy and Welfare*. L. Leisering and R. Walker. Bristol, The Policy Press**:** 63–84.

Ames, A. (2008). „Arbeitssituation und Rollenverständnis der persönlichen Ansprechpartner/-innen nach § 14 SGB II." *Nachrichtendienst des Deutschen Vereins für öffentliche und private Fürsorge* **7**: 294–300.

Arrow, K. (1973). The Theory of Discrimination. *Discrimination in Labor Markets*. O. Ashenfelter and A. Rees. Princeton, Princeton University Press.

Bäcker, G., G. Naegele, R. Bispinck, K. Hofemann & J. Neubauer (2008). *Sozialpolitik und soziale Lage in Deutschland – Band 2: Gesundheit, Familie, Alter und Soziale Dienste*. Wiesbaden, VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Barnes, C. & G. Mercer (2005). "Disability, work and welfare: challenging the social exclusion ofdisabled people." *Work, employment and society* **19**(3): 527–545.

Bartelheimer, P. (2004). „Teilhabe, Gefährdung und Ausgrenzung als Leitbegriffe der Sozialberichterstattung." *Mitteilungen. Soziologisches Forschungsinstitut, Göttingen* 32: 47–62.

Bartley, M., A. Sacker & P. Clarke (2004). "Employment status, employment conditions, and limiting illness: prospective evidence from the British household panel survey 1991–2001." *Journal of Epidemiology and Community Health* **58**: 501–506.

Beicht, U. & G. Walden (2014). „Berufswahl junger Frauen und Männer: Übergangschancen in betriebliche Ausbildung und erreichtes Berufsprestige." *BIBB-Report* **4**.

Beyersdorf, J. & A. Rauch (2012). Junge Rehabilitanden zwischen Schule und Erwerbsleben – Maßnahmen der beruflichen Ersteingliederung anhand empirischer Befunde aus der IAB-Panelbefragung der Rehabilitanden 2007 und 2008. *IAB-Forschungsbericht* **14/2012**. IAB. Nürnberg.

Biermann, H. (2007). *Pädagogik der beruflichen Rehabilitation – Eine Einführung*. Stuttgart, Kohlhammer.

Bleidick, U. (1999). *Behinderung als pädagogische Aufgabe: Behinderungsbegriff und behindertenpädagogische Theorie*. Stuttgart, Kohlhammer.

Blossfeld, H.-P., G. Rohwer & K. Golsch (2007). *Event history analysis with Stata*. Mahwah, Lawrence Erlbaum Associates.

Borg, V., T. S. Kristensen & H. Burr (2000). "Work environment and changes in self-rated health: A five year follow-up study." Stress Medicine 16: 37–47.

Brüderl, J. (2010). Kausalanalyse mit Paneldaten. *Handbuch der sozialwissenschaftlichen Datenanalyse*. W. Christof and B. Henning. Wiesbaden, VS Verlag für Sozialwissenschaften**:** 963–994.

Bundesagentur für Arbeit (2015). Förderung der Teilhabe am Arbeitsleben für Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer.

Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (2006). ICF-Praxisleitfaden 1. Trägerübergreifender Leitfaden für die Praktische Anwendung der ICF (Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit) beim Zugang zur Rehabilitation. BAR. Frankfurt am Main.

Bundesministerium für Bildung und Forschung (2005). Berufsbildungsbericht. Bonn, BMBF.

Burdorf, A. (2008). "The importance of solid employment for health." *Scandinavian Journal of Work, Environment and Health* **34**(2): 81–82.

Burr, H., N. Kersten, L. Kroll & H. M. Hasselhorn (2013). „Selbstberichteter allgemeiner Gesundheitszustand nach Beruf und Alter in der Erwerbsbevölkerung." *Bundesgesundheitsblatt* **56**: 349–358.

Castel, R. (2000). „Die Fallstricke des Exklusionsbegriffs (The trap of the concept of exclusion)." *Mittelweg 36 Zeitschrift des Hamburger Instituts für Sozialforschung 1* **H. 3**: 11–23.

Castel, R. (2009). Die Wiederkehr der sozialen Unsicherheit. *Prekarität, Abstieg, Ausgrenzung. Die soziale Frage am Beginn des 21. Jahrhunderts*. R. Castel and K. Dörre. Frankfurt am Main, Campus. **3:** 21–24.

Cheak-Zamora, N. C., K. W. Wyrwich & T. D. McBride (2009). "Reliability and validity of the SF-12v2 in the medical expenditure panel survey." *Quality of Life Research* **18**: 727–735.

Cloerkes, G. & R. Markowetz (1997). *Soziologie der Behinderten. Eine Einführung*. Heidelberg, Universitätsverlag Winter.

Dalgard, O., C. Dowrick, V. Lehtinen, J. Vazquez-Barquero, P. Casey, G. Wilkinson, J. L. Ayuso-Mateos, H. Page & G. Dunn (2006). "Negative life events, social support and gender difference in depression." *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* **41**(6): 444–451.

Dauth, W., F. Hirschenauer & F. Rüb (2008). Vergleichstypen 2008 – Neufassung der SGB III Typisierung. *IAB-Forschungsbericht* **8/2008**. IAB. Nürnberg.

Deutschmann, C. (2009). Geld als universales Inklusionsmedium moderner Gesellschaften. *Inklusion und Exklusion: Analysen zur Sozialstruktur und sozialen Ungleichheit*. R. Stichweg and P. Windolf. Wiesbaden, VS**:** 223–239.

Dietrich, H. (2001). „Wege aus der Jugendarbeitslosigkeit: von der Arbeitslosigkeit in die Maßnahme?" *Mitteilungen aus der Arbeitsmarkt- und Berufsforschung* **34**(4): 419–439.

Dietrich, H. & M. Abraham (2005). Eintritt in den Arbeitsmarkt *Arbeitsmarktsoziologie. Probleme, Theorien, empirische Befunde*. Wiesbaden, VS Verlag für Sozialwissenschaften**:** 69–98.

DiPrete, T. & P. A. McManus (2000). "Family change, employment transitions, and the welfare state: household income dynamics in the United States and Germany." *American Sociological Association* **65**(3): 343–370.

Dony, E., S. Gruber, A. Jasim, A. Rauch, P. Schmelzer, A. Schneider, N. Titze, U. Thomsen, S. Zapfel & R. Zimmermann (2012). Basisstudie zur Evaluation von Leistungen zur Teilhabe behinderter Menschen am Arbeitsleben. Basisstudie „Reha-Prozessdatenpanel". Zusammenfassender Bericht (Teil A). *Evaluation von Leistungen zur Teilhabe behinderter Menschen am Arbeitsleben* Bundesministerium für Arbeit und Soziales. Berlin**:** 6–255.

Ebbinghaus, B. & W. Eichhorst (2006). "Employment regulation and labour market policy in Germany 1991–2005." *IZA discussion paper* **2505**.

Eberwein, F. (1996). Sozialpsychologische Untersuchungen zur Stigmatisierung und Diskriminierung sowie zum Selbstkonzept sogenannter Lernbehinderter. *Handbuch Lernen und Lern-Behinderungen – Aneignungsprobleme Neues Verständnis von Lernen Integrationspädagogische Lösungsansätze*. E. H. Weinheim und Basel, Beltz Verlag**:** 192–211.

Eggs, J. (2013). "Unemployment Benefit II, Unemployment and Health." *IAB-Discussion Paper* **12/2013**.

Ekert, S., W. Frank, T. Gericke, S. Matthes & J. Sommer (2012). Implementationsstudie 1 zur Evaluation von Leistungen zur Teilhabe behinderter Menschen am Arbeitsleben. Zusammenfassender Bericht (Teil B). *Evaluation von Leistungen zur Teilhabe behinderter Menschen am Arbeitsleben*. Bundesministerium für Arbeit und Soziales. Berlin**:** 183.

Elkeles, T. (2008). Gesundheitliche Ungleichheit am Beispiel Arbeitslosigkeit und Gesundheit – Befunde, Erklärungen und Interventionsansätze. *Health Inequalities*. U. Bauer and M. Bittlingmayer. Wiesbaden, VS Verlag für Sozialwissenschaften**:** 87–107.

Elkeles, T. & W. Seifert (1993). „Arbeitslose und ihre Gesundheit – Langzeitanalysen für die Bundesrepublik Deutschland." *Sozial- und Präventivmedizin* **38**(2): 148–155.

Ellger-Rüttgardt, S., H. Karbe, M. Niehaus, A. Rauch, H.-P. Riedel, H.-M. Schian, C. Schmidt, T. Schott, H. Schröder, W. Spijkers & U. Wittwer (2009). Stellungnahme der wissenschaftlichen Fachgruppe RehaFutur zur Zukunft der beruflichen Rehabilitation in Deutschland. *Forschungsbericht FB393*. Deutsche Akademie für Rehabilitation. Bonn, Deutsche Akademie für Rehabilitation.

Escorpizo, R. (2015). Conceptual Framework: Functioning and Disability. *Handbook of Vocational Rehabilitation and Disability Evaluation*. R. Escorpizo, S. Brage, D. Homa and G. Stucki, Springer.

Eser, K.-H. (2015). „Editorial." *Berufliche Rehabilitation* **1**(15): 5–10.

Federal Ministry of Labour and Social Affairs (2014). "Social Security at a Glance." from http://www.bmas.de/SharedDocs/Downloads/DE/PDF-Publikationen/a998-social-security-at-a-glance-total-summary.pdf?__blob=publicationFile.

FH Frankfurt, infas & WZB (2008). *Evaluation der Experimentierklausel nach § 6c SGB II – Vergleichende Evaluation des arbeitsmarktpolitischen Erfolgs der Modelle der Aufgabenwahrnehmung „Zugelassener kommunaler Träger" und „Arbeitsgemeinschaft": Untersuchungsfeld II, Implementations- und Governanceanalyse; Abschlussbericht Mai 2008 an das Bundesministerium für Arbeit und Soziales*. Frankfurt am Main.

Fourastié, J. (1954). *Die grosse Hoffnung des zwanzigsten Jahrhunderts*. Köln, Bund.

Fritsch, M., T. Wein & H.-J. Ewers (1999). *Marktversagen und Wirtschaftspolitik – Mikroökonomische Grundlagen staatlichen Handelns*. München, Vahlen.

Fuchs, P. (2002). „Behinderung und Soziale Systeme." Retrieved 05.01.2015, 2015, from http://www.ibs-networld.de/Ferkel/Archiv/fuchs-p-02-05_behinderungen.html.

German Federal Ministry of Labour and Social Affairs (2008). Social security at a glance. Berlin.

German Federal Ministry of Labour and Social Affairs (2009). *Behindertenbericht 2009. Bericht der Bundesregierung über die Lage von Menschen mit Behinderungen für die 16. Legislaturperiode*. Bonn.

Goffman, E. (1967). *Stigma – Über Techniken der Bewältigung beschädigter Identität*. Frankfurt/Main, Suhrkamp.

Graetz, B. (1993). "Health Consequences of Employment and Unemployment: Longitudinal Evidence for Young Men and Women." *Social Science and Medicine* **36**(6): 715–724.

Grobe, T. G. & F. W. Schwartz (2003). Arbeitslosigkeit und Gesundheit. *Gesundheitsberichterstattung des Bundes*, Robert-Koch-Institut. **13**.

Gruber, S., N. Titze & S. Zapfel (2014). "Vocational rehabilitation of disabled people in Germany. A systemstheoretical perspective." *Disability and Society* **29**(2): 224–238.

Habermas, J. & N. Luhmann (1971). *Theorie der Gesellschaft oder Sozialtechnologie: Was leistet die Systemforschung?* Frankfurt, Suhrkamp.

Hackman, J. R. & G. R. Oldham (1975). "Development of the Job Diagnostic Survey." *Journal of Applied Psychology* **60**(2).

Hackman, J. R. & G. R. Oldham (1980). *Work Redesign*. Reading, Menlo Park, London, Amsterdam, Don Mills, Sydney, Addison-Wesley Publishing Company.

Heimann, B. & L. Pummer (2015). „Praxisnahe Schulung zum Umgang mit der ICF: Arbeit mit Fallbeispielen in multiprofessionellen Teams." *Berufliche Rehabilitation* **1**(15): 54–68.

Hesse, J. J. & A. Götz. (2008). Evaluation der Aufgabenträgerschaft nach dem SGB II 2005–2008. Abschlussbericht. *Schriften des deutschen Landkreistages*. Berlin. **80**.

Hinz, T. & M. Abraham (2005). Theorien des Arbeitsmarktes: Ein Überblick. *Arbeitsmarktsoziologie. Probleme, Theorien, empirische Befunde*. Wiesbaden, VS Verlag für Sozialwissenschaften**:** 16–68.

Hirschenauer, F. & A. Springer (2014). „Vergleichstypen 2014. Aktualisierung der SGB-III-Typisierung." *IAB-Forschungsbericht* **2/2014**: 48.

Hofmann-Lun, I. (2011). Förderschüler/innen im Übergang von der Schule ins Arbeitsleben. Beruflich-soziale Integration durch gesonderte Förderung? *Forschungsschwerpunkt Übergänge im Jugendalter*. Deutsches Jugendinstitut e.V. München**:** 151 Seiten.

Hogan, A., S. M. Kyaw-Myint, D. Harris & H. Denronden (2012). "Workforce Participation Barriers for People With Disability." *International Journal of Disability Management* **7**: 1–9.

Holland, P., B. Burström, M. Whitehead, F. Diderichsen, E. Dahl, B. Barr, L. Nylén, W. Chen, K. Thielen, K. van der Wel, S. Clayton & S. Uppal (2011a). "How do macro-level contexts and policies affect the employment chances of chronically ill and disabled people? Part I: The impact of recession and deindustrialization." *International Journal of Health Services* **41**(3): 395–413.

Holland, P., B. Burström, M. Whitehead, F. Diderichsen, E. Dahl, B. Barr, L. Nylén, W. Chen, K. Thielen, K. van der Wel, S. Clayton & S. Uppal (2011b). "How do macro-level contexts and policies affect the employment chances of chronically ill and disabled people? Part II: The impact of active and passive labor market policies." *International Journal of Health Services* **41**(3): 415–430.

Holler, M. & F. Trischler (2010). *Gute Erwerbsbiographien: Arbeitspapier 3; Einflussfaktoren auf die Arbeitsfähigkeit; der Einfluss belastender Arbeitsbedingungen auf die Gesundheit und die Arbeitsfähigkeit bis zum Rentenalter*. Stadtbergen.

Hradil, S. & J. Schiener (2001). *Soziale Ungleichheit in Deutschland*. Opladen, Leske und Budrich.

Jahoda, M. (1982). *Employment and unemployment: a social-psychological analysis*. Cambridge, Cambridge University Press.

Johansson, P. & P. Skedinger (2005). Are objective, official measures of disability reliable?, The Research Institute of Industrial Economics.

Jungbauer-Gans, M. (2002). *Ungleichheit, soziale Beziehungen und Gesundheit*. Wiesbaden, Westdeutscher Verlag.

Jungbauer-Gans, M. & G. Krug (2013). „Wandel der Gesundheitszufriedenheit von Erwerbstätigen." *Comparative Population Studies – Zeitschrift für Bevölkerungswissenschaft* **38**(3): 583–616.

Kade, J. (1997). Vermittelbar/Nicht-Vermittelbar: Vermitteln: Aneignen. Im Prozeß der Systembildung des Pädagogischen. *Bildung und Weiterbildung im Erziehungssystem: Lebenslauf und Humanontogenese als Medium und Form*. D. Lenzen and N. Luhmann. Frankfurt am Main, Suhrkamp**:** 30–80.

Karasek, R. A. & T. Theorell (1990). *Healthy Work. Stress, Productivity and the Reconstruction of Working Life*. New York, Basic Books.

Klemm, K. (2010). *Gemeinsam lernen. Inklusion leben.* Gütersloh, Bertelsmann Stiftung.

Kocyba, H. (2004). Aktivierung. *Glossar der Gegenwart*. U. Böckling, S. Krasmann and T. Lemke. Frankfurt am Main, Suhrkamp**:** 17–22.

Kohler, U., M. Ehlert, B. Grell, J. P. Heisig, A. Radenacker & M. Wörz (2012). „Verarmungsrisiken nach kritischen Lebensereignissen in Deutschland und den USA [Poverty risks after critical life events in Germany and the United States]." *Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie* **64**(64): 223–245.

Konle-Seidl, R., W. Eichhorst & M. Grienberger-Zingerle (2007). *Activation Policies in Germany. From Status Protection to Basic Income Support*.

Krappmann, L. (1971). *Soziologische Dimensionen der Identität – Strukturelle Bedingungen für die Teilnahme an Interaktionsprozessen*. Stuttgart, Ernst Klett Verlag.

Kroll, L. E. & T. Lampert (2007). „Sozialkapital und Gesundheit in Deutschland [Social Capital and health in Germany]." *Gesundheitswesen* **69**: 120–127.

Kronauer, M. (2006). 'Exklusion' als Kategorie einer kritischen Gesellschaftsanalyse: Vorschläge für eine anstehende Debatte. *Das Problem der Exklusion. Ausgegrenzte, Entbehrliche, Überflüssige*. H. Bude and A. Willisch. Hamburg, Hamburger Edition HIS**:** 27–45.

Kultusministerkonferenz (KMK) (2014). Sonderpädagogische Förderung in Schulen 2003 bis 2012. *Dokumentation 202*. Berlin.

Lindberg, P. (2006). The Work Ability Continuum. Epidemiological studies of factors promoting sustainable work ability. *Clinical Neuroscience*. Stockholm, Karolinska Institutet. **Doctoral Thesis**.

Llena-Nozal, A. (2009). "The Effect of Work Status and Working Conditions on Mental Health in Four OECD Countries." *National Institute Economic Review* **209**: 72–87.

Lohse, S. (2009). *Teilhabe am Arbeitsmarkt: eine systemtheoretische Studie zur Integration schwerbehinderter Menschen*. Marburg, Tectum.

Ludwig-Mayerhofer, W. (1994). „Statistische Modellierung von Verlaufsdaten in der Analyse sozialer Probleme: T. 2: Datenauswertung." *Soziale Probleme* **5**(1/2): 229–263.

Luhmann, N. (1975). Interaktion, Organisation, Gesellschaft. Anwendungen der Systemtheorie. *Soziologische Aufklärung, Band 2, Aufsätze zur Theorie der Gesellschaft*. N. Luhmann. Opladen**:** 9–20.

Luhmann, N. (1984). *Soziale Systeme. Grundriß einer allgemeinen Theorie*. Frankfurt a. M., Suhrkamp.

Luhmann, N. (1997). *Die Gesellschaft der Gesellschaft [The society of society]*. Frankfurt am Main, Suhrkamp.

Luhmann, N. (1998a). *Die Gesellschaft der Gesellschaft – Band I*. Frankfurt am Main, Suhrkamp Verlag.

Luhmann, N. (1998b). *Die Gesellschaft der Gesellschaft – Band II*. Frankfurt am Main, Suhrkamp Verlag.

Luhmann, N. (2002a). *Das Erziehungssystem der Gesellschaft [The education system in society]*. Frankfurt a. M., Suhrkamp.

Luhmann, N. (2002b). *Die Politik der Gesellschaft [Social policy]*. Frankfurt am Main, Suhrkamp.

Luhmann, N. & D. Baecker (2011). *Einführung in die Systemtheorie*. Heidelberg, Carl-Auer.

Mertens, A. & A. Haas (2006). „Regionale Arbeitslosigkeit und Arbeitsplatzwechsel in Deutschland – Eine Analyse auf Kreisebene." *Jahrbuch für Regionalwissenschaft* (26): 147–169.

Mohr, G. & P. Richter (2008). „Psychosoziale Folgen von Erwerbslosigkeit – Interventionsmöglichkeiten." *Aus Politik und Zeitgeschichte* **40–41**(Psychosoziale Folgen): 25–31.

Montada, L. (1997). Behinderungen auf dem Arbeitsmarkt. *Behinderte auf dem Arbeitsmarkt. Wege aus dem Abseits*. M. Niehaus and L. Montada. Frankfurt am Main, Campus.

Mühlum, A. & N. Gödecker-Geenen (2003). *Soziale Arbeit in der Rehabilitation*. München Reinhardt.

Münch, R. (1987). The Interpenetration of Microinteraction and Macrostructures in a Complex and Contingent Institutional Order. *The Mikro-Makro Link*. J. C. Alexander, B. Giesen, R. Münch and N. J. Smelser. California, University of California Press**:** 319–336.

Murphy, G. C. & J. A. Athanasou (1999). "The effect of unemployment on mental health." *Journal of Occupational and Organizational Psychology* **72**(1): 83–99.

Nassehi, A. (1997). Inklusion, Exklusion, Integration, Desintegration: die Theorie funktionaler Differenzierung und die Desintegrationsthese. *Was hält die Gesellschaft zusammen? Bundesrepublik Deutschland auf dem Weg von der Konsens- zur Konfliktgesellschaft. Band 2*. W. Heitmeyer. Frankfurt a. M., Suhrkamp**:** 113–148.

Neumann, M. & D. Werner (2012). „Berufliche Rehabilitation behinderter Jugendlicher." *IW-Analysen* **81**: 72.

Nübling, M., H. H. Andersen & A. Mühlbacher (2006). „Entwicklung eines Verfahrens zur Berechnung der körperlichen und psychischen Summenskalen auf Basis der SOEP-Version des SF 12 (Algorithmus)." *Data Documentation DIW* **16**: 1–14.

Offe, C. & K. Hinrichs (1984). Sozialökonomie des Arbeitsmarktes: primäres und sekundäres Machtgefälle. *Arbeitsgesellschaft: Strukturprobleme und Zukunftsperspektiven*. C. Offe. Frankfurt/New York, Campus Verlag**:** 44–86.

Oliver, M. (1983). *Social Work with Disabled People*. Basingstoke, Macmillan.

Oliver, M. (1996). *Understanding Disability*. London, Macmillan.

Paul, K. & K. Moser (2001). Negatives psychisches Befinden als Wirkung und als Ursache von Arbeitslosigkeit. *Erwerbslosigkeit: Ursachen, Auswirkungen und Interventionen*. J. Zempel, J. Bacher and K. Moser. Opladen, Leske & Budrich**:** 83–110.

Paul, K. & K. Moser (2006). "Incongruence as an explanation for the negative mental health effects of unemployment. Meta-analytic evidence." *Journal of Occupational and Organizational Psychology* **79**: 595–621.

Paul, K. & K. Moser (2007). Arbeitslosigkeit. *Wirtschaftspsychologie*. K. Moser. Heidelberg, Springer Medizin Verlag**:** 285–305.

Pech, E. & G. Freude (2010). „Zusammenhang zwischen eingeschränktem Gesundheitszustand und Arbeitslosigkeit." Retrieved 04.06.2013, from http://d-nb.info/1012328465/34.

Peter, R., H. Geißler & J. Siegrist (1998). "Associations of effort-reward imbalance at work and reported symptoms in different groups of male and female public transport workers." *Stress Medicine* **14**(3): 175–182.

Pfaff, H. (2007). Behinderung und Einkommen *Ergebnisse des Mikrozensus 2005*. Statistisches Bundesamt. Wiesbaden, Statistisches Bundesamt.

Pfaff, H. (2012). Lebenslagen der behinderten Menschen – Ergebnisse des Mikrozensus 2009. *Wirtschaft und Statistik*. Wiesbaden, Statistisches Bundesamt.

Pfahl, L. & J. Powell (2010). „Draußen vor der Tür: Die Arbeitsmarktsituation von Menschen mit Behinderung." *Aus Politik und Zeitgeschichte* **24**: 32–38.

Phelps, E. (1972). "The statistical theory of racism and sexism." *The American Economic Review* 62: 659–661.

Polanyi, M. & E. Tompa (2004). "Rethinking work-health models for the new global economy: A qualitative analysis of emerging dimensions of work." *Work: A Journal of Prevention, Assessment and Rehabilitation* **23**(1): 3–18.

Prideaux, S., A. Roulstone, J. Harris & C. Barnes (2009). "Disabled people and self-directed support schemes: reconceptualising work and welfare in the 21st century." *Disability and Society* **5**: 557–569.

Promberger, M. (2008). „Arbeit, Arbeitslosigkeit und soziale Integration." *aus Politik und Zeitgeschichte* **40–41**: 7–15.

Rauch, A. & J. Dornette (2009). "Equal Rights and Equal Duties? Activating Labour Market Policy and the Participation of Long-term Unemployed People with Disabilities after the Reform of the German Welfare State." *Journal of Social Policy* **39**(1): 53–70.

Reims, N. & U. Bauer (2015). "Labour market status and well-being in the context of return to work after vocational rehabilitation in Germany." *Journal of Occupational Rehabilitation* **25**(3): 543–556.

Reims, N. & S. Gruber (2014). „Junge Rehabilitanden in der Ausbildung am Übergang in den Arbeitsmarkt." *Die Rehabilitation* **53**(6): 376–383.

Riedel, H.-P., C. Schmidt, S. Ellger-Rüttgard, H. Karbe, M. Niehaus, A. Rauch, H.-M. Schian, T. Schott, H. Schröder, W. Spijkers & U. Wittwer (2009). „Die Zukunft der beruflichen Rehabilitation Erwachsener gestalten: Acht Handlungsfelder als Ausgangspunkt für einen akteursübergreifenden Innovationsprozess." *Die Rehabilitation* **48**(6): 375–382.

Riphahn, R. T. (1997). Older Workers' Responses to Health Shocks. *Vierteljahrshefte zur Wirtschaftsforschung* DIW. Berlin, DIW. **66:** 71–79.

Rogge, B. & T. Kieselbach (2009). „Arbeitslosigkeit und psychische Gesundheit aus zwei theoretischen Perspektiven: Soziale Exklusion und soziologische Identitätstheorie." *Arbeit. Zeitschrift für Arbeitsforschung, Arbeitsgestaltung und Arbeitspolitik* **4**: 366–371.

Roulstone, A. (2000). "Disability, Dependency and the New Deal for Disabled People." *Disability and Society* **3**: 427–443.

Roulstone, A. (2002). "Disabling Pasts, Enabling Futures? How Does the Changing Nature of Capitalism Impact on the Disabled Worker and Jobseeker?" *Disability and Society* **6**: 627–642.

Roulstone, A. & J. Warren (2006). "Applying a barriers approach to monitoring disabled people's employment: implications for the Disability Discrimination Act 2005." *Disability and Society* **6**: 115–131.

Rowthorn, R. & R. Ramaswamy (1999). "Growth, trade, and deindustrialization." *International Monetary Fund Staff Papers* **46**(1): 18–41.

Salyers, M. P., H. B. Bosworth, J. W. Swanson, J. Lamb-Pagone & F. C. Osher (2000). "Reliability and Validity of the SF-12 Health Survey Among People with Severe Mental Illness." *Medical Care* **38**(11): 1141–1150.

Schier, F. (1998). *Benachteiligte junge Menschen im offenen Übergang Schule – Arbeitswelt. Eine Herausforderung für die Träger der Jugendberufshilfe und ihre Angebote*. Köln, Botermann und Botermann.

Schimank, U. (2005). *Differenzierung und Integration der modernen Gesellschaft*, VS.

Schmid, G., M. Gangl & P. Kupka (2004). *Arbeitsmarktpolitik und Strukturwandel: Empirische Analysen*. Nürnberg, IAB.

Schmitz, H. (2011). "Why are the unemployed in worse health? The causal effect of unemployment on health." *Labour Economics* **18**: 71–78.

Schneider, W. L. (2009). *Grundlagen der soziologischen Theorie – Band 2: Garfinkel – RC – Habermas – Luhmann*. Wiesbaden, VS Verlag.

Schröder, H., P. Knerr & M. Wagner (2009). Vorstudie zur Evaluation von Maßnahmen zur Förderung der Teilhabe behinderter und schwerbehinderter Menschen am Arbeitsleben. *Forschungsbericht Sozialforschung*. 392. Berlin, Institut für angewandte Sozialwissenschaft Deutschland.

Schubert, M., S. Bade, D. Gleisberg, L. Jonßon, R. Lentz, M. Morfeld, C. Penstorf, K. Robinson & H. Seel (2015). „Stellenwert und Bedeutung der ICF bei der Ermittlung von Teilhabebedarf in der beruflichen Rehabilitation." *Berufliche Rehabilitation* **1**(15): 20–35.

Schubert, M., J. Behrens, M. Hauger, C. Hippmann, D. Hobler, A. Höhne, E. Schneider & M. Zimmermann (2007). Struktur- und Prozessänderungen in der beruflichen Rehabilitation nach der Einführung des SGB II: eine qualitative Implementationsstudie. *Berufliche Rehabilitation im Kontext des SGB II*. J. Dornette and A. Rauch. Nürnberg: 7–83.

Schuring, M., T. Mackenbach, T. Voorham & A. Burdorf (2011). "The effect of re-employment on perceived health." *Journal of Epidemiology and Community Health* **65**: 639–644.

Siebeneick-Seimetz, S. (2015). Reha-Assessment. *Return to Work – Arbeit für alle*. A. Weber, L. Peschkes and W. E. L. de Boer. Stuttgart, Gentner Verlag. **1**.: 576–583.

Siegrist, J. & N. Dragano (2006). „Berufliche Belastungen und Gesundheit." *Wendt, Claus; Wolf, Christof (Hrsg.): Soziologie der Gesundheit.* Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften: 109–124.

Slesina, W., D. Rennert & C. Patzelt (2010). „Prognosemodelle zur beruflichen Wiedereingliederung von Rehabilitanden nach beruflichen Bildungsmaßnahmen." *Die Rehabilitation* **49**(4): 237–247.

Soggeberg, C. & R. Lentz (2015). „ICF-Instrumentarium der Berufsbildungswerke." *Berufliche Rehabilitation* **1**(15): 36–45.

Spence, M. (1973). "Job Market Signaling." *The Quarterly Journal of Economics* **87**(3): 355–374.

Spence, M. (2002). "Signaling in Retrospect and the Informational Structure of Markets." *American Economic Review* **92**(3): 434–459.

Statistics of the Federal Employment Agency (2009). „Teilhabe behinderter Menschen am Arbeitsleben (Rehabilitanden)."

Statistics of the Federal Employment Agency (2012). „Förderung der Teilhabe behinderter Menschen am Arbeitsleben."

Statistisches Bundesamt (2015). Bildungsstand der Bevölkerung 2015. Wiesbaden.

Stichweh, R. (2009). Leitgesichtspunkte einer Soziologie der Inklusion und Exklusion. *Inklusion und Exklusion: Analysen zur Sozialstruktur und sozialen Ungleichheit*. R. Stichweh and P. Windolf. Wiesbaden**:** 29–42.

Stock, J. H., J. H. Wright & M. Yogo (2002). "A Survey of Weak Instruments and Weak Identification in Generalized Method of Moments." *American Statistical Association* **20**(4): 518–529.

Streibelt, M. & U. Egner (2012). „Eine Meta-Analyse zum Einfluss von Stichprobe, Messmethode und Messzeitpunkt auf die berufliche Wiedereingliederung nach beruflichen Bildungsleistungen." *Die Rehabilitation* **51**(6): 398–404.

Turner, J. B. & R. J. Turner (2004). "Physical Disability, Unemployment, and Mental Health." *Rehabilitation Psychology* **49**(3): 241–249.

UN-BRK (2008). *UN-Behindertenrechtskonvention*.

Wallrabenstein, H. (2015). „Nutzung der ICF aus der Sicht des Ärztlichen Dienstes der Bundesagentur für Arbeit." *Berufliche Rehabilitation* **1**(15): 95–100.

Wansing, G. (2006). *Teilhabe an der Gesellschaft: Menschen mit Behinderung zwischen Inklusion und Exklusion*. Wiesbaden, VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Ware, J. E., M. Kosinski & S. D. Keller (1996). "A 12-Item Short-Form Health Survey – Construction Scales and PreliminaryTests of Reliability and Validity." *Medical Care* **34**(3): 220–233.

Warr, P. (1987). *Work, Unemployment, and Mental Health*. Oxford, Oxford University Press.

Warr, P. (2007). *Work, Happiness and Unhappiness*. Mahwah NJ, Lawrence Erlbaum.

Welti, F. (2014). „Behinderung als Rechtsbegriff." *Reha-Recht: Diskussionsforum Rehabilitation- und Teilhaberecht* **22/2014**: 1–8.

WHO (2005). Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit. Genf.

WHO (2011). World report on disability 2011. W. Press. Malta.

Windisch, M. (2014). *Behinderung – Geschlecht – soziale Ungleichheit: intersektionelle Perspektiven*. Bielefeld, transcript.

Wittpoth, J. (1997). Grenzfall Weiterbildung. *Bildung und Weiterbildung im Erziehungssystem. Lebenslauf und Humanontogenese als Medium und Form [Education and further education in the education system: life careers and human ontogenesis as medium and form]*. D. Lenzen and N. Luhmann. Frankfurt am Main, Suhrkamp: 71–93.

Wocken, H. (1983). *Am Rande der Normalität. Untersuchungen zum Selbst- und Gesellschaftsbild von Sonderschülern*. Heidelberg, Schindele.

Wooldridge, J. M. (2010). *Econometric Analysis of Cross Section and Panel Data*. Cambridge, London, MIT Press.

Wuppinger, J. & A. Rauch (2010). „Wiedereingliederung in den Arbeitsmarkt im Rahmen beruflicher Rehabilitation: Maßnahmeteilnahme, Beschäftigungschancen und Arbeitslosigkeitsrisiko." *IAB-Forschungsbericht 01/2010*. from http://doku.iab.de/forschungsbericht/2010/fb0110.pdf.

Wurm, S. & C. Tesch-Römer (2008). Gesundheit älterer Erwerbstätiger. *Alter, Gesundheit und Krankheit*. A. Kuhlmey and D. Schaeffer. Bern, Huber Verlag: 131–143.

Wynne, R. & D. McAnaney (2010). Active inclusion of young people with disabilities or health problems. Dublin, European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions.

WZB/infas (2006). Evaluation der Maßnahmen zur Umsetzung der Vorschläge der Hartz-Kommission, Modul 1a Neuausrichtung der Vermittlungsprozesse, Bericht 2006 für das BMAS. Berlin/Bonn.

Zimmermann, R., S. Kaimer & D. Oberschachtsiek (2007). „Dokumentation des ‚Scientific Use Files der Integrierten Erwerbsbiographien' (IEBS-SUF V1) Version 1.0." *FDZ-Datenreport* **1/2007**: 62.

## Kurzfassung

Da die Datenlage zur Erforschung beruflicher Rehabilitation in Deutschland als eingeschränkt charakterisiert werden kann, fehlen bis dato empirische Untersuchungen zum Einfluss beruflicher Rehabilitation auf die Arbeitsmarktteilnahme behinderter Menschen. Dies gilt insbesondere für den Förderkontext der Bundesagentur für Arbeit. Deshalb zielt die vorliegende Dissertation auf eine Untersuchung dessen, wie die berufliche Rehabilitation die Erwerbsteilhabe von Menschen mit Behinderungen beeinflusst. Zunächst erfolgt eine Darstellung des komplexen Systems der beruflichen Rehabilitation und des hier vorliegenden Verständnisses von Behinderung, um dann die theoretische und methodische Basis für die Untersuchungen dazulegen (Kapitel 1).

Das erste Dissertationspapier (Kapitel 2) verfolgt dabei auf theoretischer Ebene die systemische Einbettung des Prozesses der beruflichen Rehabilitation in einen gesamtgesellschaftlichen Kontext auf mehreren Gesellschaftsebenen. Auf diese Weise werden Exklusionsmechanismen beleuchtet, aber auch Selektionen in den Prozessschritten der beruflichen Rehabilitation. Gleichzeitig ermöglicht die mehrdimensionale Betrachtung beruflicher Rehabilitation die Öffnung und Strukturierung des Forschungsfeldes.

Danach folgen empirische Analysen zur Beurteilung von erfolgreicher Rehabilitation. Hierzu werden im zweiten Dissertationspapier (Kapitel 3) Arbeitsmarktübergänge von Ausbildungsabsolventen der beruflichen Ersteingliederung betrachtet. Auf Basis ereignisanalytischer Modelle wird zunächst die generelle Jobsuche nach der Ausbildung beleuchtet, um dann die Nachhaltigkeit der aufgenommenen Beschäftigung zu untersuchen. Es zeigt sich, dass zwei Drittel der Ausbildungsabsolventen häufig direkt nach Ende der Ausbildung eine Beschäftigung aufnimmt und diese im Schnitt etwa ein Jahr beibehält. Für den erfolgreichen Eintritt in Beschäftigung finden sich ähnliche Faktoren wie sie aus der Forschung zu nicht-behinderten Auszubildenden bekannt sind: ein hoher Bildungsabschluss, eine erfolgreich abgeschlossene (betriebliche) Berufsausbildung, hohe Mobilität und gute strukturelle Rahmenbedingungen. Im Hinblick auf die Beschäftigungsnachhaltigkeit sind Gruppenunterschiede in der Art der Behinderung und nach individueller Erwerbserfahrung zu beobachten.

Um in weiterer Hinsicht den Erfolg beruflicher Rehabilitation empirisch beurteilen zu können, wird im dritten Dissertationspapier (Kapitel 4) das Verhältnis von Gesundheit und Arbeitsmarktintegration von Rehabilitanden der beruflichen Wiedereingliederung untersucht. Mithilfe von Fixed-Effects-Analysen ist zu untersuchen, inwiefern sich verschiedene Aspekte gesundheitlicher Einschätzung verändern, wenn eine Person eine Beschäftigung aufnimmt. Dabei zeigt sich, dass

die Integration in den Arbeitsmarkt insbesondere die allgemeine subjektive Gesundheit positiv beeinflusst. Zusätzlich zeigt sich, dass die subjektive Passung zwischen gesundheitlicher Einschränkung und beruflicher Tätigkeit einen stärkeren Einfluss auf die Bewertung aller Gesundheitsaspekte hat als der bloße Wechsel in Erwerbstätigkeit.

## Abstract

Since there is a lack in comprehensive data on occupational rehabilitation in Germany, there is not much empirical research on the impact of occupational rehabilitation on the labour market participation of people with disabilities. This is particularly true for the population promoted by the German Federal Employment Agency. Due to this lack in research, the dissertation aims at analysing the impact of occupational rehabilitation on health outcomes and labour market integration.

In the first chapter, the dissertation presents the complex system of occupational rehabilitation in Germany and defines the term disability. Furthermore, the theoretical and methodological basis for the analyses is described.

The first dissertation paper (chapter 2) seeks to put the process of occupational rehabilitation into a comprehensive societal context on multiple levels. This results in an identification of mechanisms of exclusion and inclusion and selection in the various process steps within occupational rehabilitation. At the same time, the multi-dimensional perspective on occupational rehabilitation helps structuring the research field.

Afterwards, empirical analyses are presented in order to assess successful rehabilitation. For one part, labour market transitions of young rehabilitants after vocational training are observed (chapter 3). Based on event history analyses, the job search period after the completion of vocational training, as well as the first employment period is focused. The results show that two thirds of the graduates take up employment often directly after the end of vocational training. On average, graduates are employed for about one year. The entry into employment is determined by factors similar to those influencing the labour market transition of young adults without disabilities: higher educational achievements, a successfully completed apprenticeship at best within an establishment, high regional mobility and good structural conditions favour labour market integration. Furthermore, sustainable employment is determined by the type of disability and by individual employment biographies.

For another part, successful occupational rehabilitation is empirically characterized by relating labour market integration after occupational rehabilitation to different subjective health outcomes. This is carried out for occupationally experienced rehabilitants in labour market re-integration (chapter 4). Using fixed effects panel regression, it is shown how different aspects of subjective health are affected if the individual takes up employment after occupational rehabilitation. Results show that a move into employment positively affects particularly general subjective health. However, subjective health is determined to a greater extent by the individual fit between health limitation and occupation than it is by labour market integration itself. Thus, placement in disability-appropriate employment needs to be particularly encouraged.

Mit ihrer Analyse unter Verwendung einer repräsentativen Panelbefragung trägt die Autorin maßgeblich dazu bei, eine Forschungslücke zu schließen. Sie gibt einen systematischen Überblick zu dem komplexen Thema der beruflichen Erst- und Wiedereingliederung von Rehabilitanden und den Problemstellungen seiner Untersuchung. Darüber hinaus bietet sie empirische Ergebnisse zu den Auswirkungen von beruflicher Rehabilitation auf Erwerbseintritt, Verbleib im Arbeitsmarkt und die subjektive Gesundheit von Menschen mit Behinderungen.

W. Bertelsmann Verlag

ISBN 978-3-7639-4107-0

Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung der Bundesagentur für Arbeit
Weddigenstraße 20-22 ▪ 90478 Nürnberg ▪ www.iab.de