

Editorium: Prof. Dr. Werner Sesselmeier, Koblenz-Landau – Prof. Dr. Lothar Funk, Düsseldorf – Dr. Joachim Lange, Loccum – Prof. Dr. Heinz Stapf-Finé, Berlin – Prof. Dr. Cornelia Weins, Bochum.

Beirat aus Wissenschaft und Praxis der Sozialpolitik: Dr. Matthew Allen, Manchester – Prof. Dr. Jörg Althammer, Eichstätt-Ingolstadt – Prof. Dr. Gerhard Bäcker, Duisburg-Essen – Prof. Dr. Sebastian Brandl, Schwerin – Dr. Andreas Cebulla, Adelaide – Prof. Dr. Jochen Clasen, Edinburgh – Prof. Dr. Eberhard Eichenhofer, Jena – Angelika Engstler, Berlin – Prof. Dr. Dominik H. Enste, Köln – Dr. Alexander Herzog-Stein, Düsseldorf – Prof. Dr. Ute Klammer, Duisburg-Essen – Prof. Dr. Matthias Knuth, Duisburg-Essen – Prof. Dr. Ute Kötter, München – Prof. Dr. Sigrid Leitner, Köln – Prof. Dr. Christian Müller, Münster – Prof. Dr. Renate Neubäumer, Landau – Prof. Dr. Werner Nienhüser, Duisburg-Essen – Prof. Dr. Frank Nullmeier, Bremen – Dr. Robert Paquet, Berlin – Dr. Reinhard Penz, Berlin – Dr. Doris Pfeiffer, Berlin – Prof. Dr. Hermann Ribhegge, Frankfurt (Oder) – Prof. Dr. Josef Schmid, Tübingen – Prof. Dr. Wolfgang Schroeder, Kassel – Prof. Dr. Olaf Struck, Bamberg – Dr. Reinhold Thiede, Berlin – Prof. Dr. Bernd Waas, Frankfurt a.M. – Prof. Dr. Hans-Werner Wahl, Heidelberg – Prof. Dr. Jürgen Wasem, Duisburg-Essen – Prof. Dr. Martin Werding, Bochum.

Internet: <http://www.sozialerfortschritt.de>

Erwerbsstatus und subjektive Gesundheit bei Jugendlichen mit Behinderung in der beruflichen Ersteingliederung in den Arbeitsmarkt

Nancy Reims

Zusammenfassung

Berufliche Rehabilitation gilt als ein sozialpolitisches Instrument, um Menschen mit Behinderung in ihrer sozialen Teilhabe zu fördern. Mithilfe arbeitsmarktpolitischer Maßnahmen soll die Arbeitsmarktintegration erleichtert werden. In vorliegender Studie werden junge Menschen mit Behinderung betrachtet, die erstmals in den Arbeitsmarkt eintreten. Um Aussage darüber treffen zu können, welchen Einfluss die berufliche Rehabilitation auf die Geförderten hat, soll untersucht werden, wie ein Wechsel im Erwerbsstatus die subjektive Gesundheit von jungen Rehabilitandinnen und Rehabilitanden beeinflusst. Auf Grundlage eines Panelsurveys zur beruflichen Rehabilitation und ihren Auswirkungen auf Geförderte wurden Panelregressionen durchgeführt. Die Ergebnisse zeigen, dass physische, psychische und allgemeine subjektive Gesundheit weniger durch eine Erwerbsaufnahme positiv beeinflusst werden, als vielmehr durch das Vorliegen einer Tätigkeit, die trotz Behinderung ohne berufliche Einschränkungen ausgeführt werden kann.

Abstract: Labour Market Status and Subjective Health in Young People with Disabilities during their First Entry into the Labour Market

Vocational rehabilitation is one instrument of social policy to promote people with disabilities in their social participation. Different labour market programmes are applied to facilitate labour market integration. The focus of the study lies on young rehabilitants entering the labour market for the first time. In order to evaluate the impact of vocational rehabilitation on eligible participants, the relationship between labour market status and subjective health is examined: How does a change in labour market status determine subjective well-being of young rehabilitants entering the labour market? Based on a panel survey on vocational rehabilitation and its impact on participants, panel regressions are applied. Results show that physical, mental, or general subjective

health are influenced in a positive way not by labour market integration per se, but rather through integration in a working environment that is irrespective of the given disability.

1. Einleitung

Soziale Teilhabe, die als besonders wichtig für Wohlbefinden und Chancengerechtigkeit gilt, kann u. a. durch die Teilnahme am Erwerbsleben erreicht werden (Jahoda 1982). Der Übergang von der Schule in das Arbeitsleben ist für viele junge Menschen mit Schwierigkeiten verbunden, gilt aber als besonders wichtig für den weiteren Erwerbsverlauf (Blossfeld 1988; Dietrich/Abraham 2005; Mohr/Richter 2008; Schier 1998). Vergleichsweise heikel stellt sich dieser Übergang für benachteiligte Jugendliche (Brändle/Müller 2014) und für junge Menschen mit gesundheitlicher Einschränkung dar, da sie häufig schlechtere Bildungschancen aufweisen und zudem aufgrund ihrer gesundheitlichen Situation Schwierigkeiten haben, am Arbeitsmarkt Fuß zu fassen (Klemm 2010; Niehaus u. a. 2012). Die berufliche Rehabilitation bei jungen – wie auch bei älteren – Menschen zielt dabei nicht auf die Wiederherstellung eingeschränkter Gesundheit (Welti 2014), sondern soll die geförderte Person befähigen, ganzheitlich am Leben in der Gesellschaft teilzuhaben. Diese ganzheitliche Teilhabe soll über die Partizipation am Arbeitsmarkt hergestellt werden, die als eine wichtige Dimension in der Debatte um gesellschaftliche Teilhabe gilt (Jahoda 1982).

Die Definition von (drohender) Behinderung ist hier und im Rahmen der Berechtigung zu Leistungen der beruflichen Rehabilitation zunächst über §2 Sozialgesetzbuch (SGB) IX geregelt:

„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.“

Die Definition von Behinderung ist dabei zunächst an der medizinischen Funktionseinschränkung ausgerichtet, verweist aber gleichzeitig auf eine Einschränkung der gesellschaftlichen Teilhabe durch die Behinderung. An dieser Stelle wird u. a. kritisiert, dass die aus der Behinderung resultierende gesellschaftliche Teilhabeinschränkung in der gesetzlichen Grundlage nicht klar genug dargestellt wird und somit einer Weiterentwicklung bedarf (Welti 2014).

Diese kritische Haltung geht insbesondere auf die Einführung der *International Classification of Functioning, Disability and*

Health (ICF) im Jahre 2001 zurück, die die zuvor geltende *International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps* (ICIDH) aus dem Jahr 1981 – als Grundlage für die Definition von Behinderung in §2 SGB IX – abgelöst hat (Welti 2014). Die ICIDH als Klassifikationsinstrumentarium geht von körperlichen, geistigen und psychischen Defizitlagen aus. Sie berücksichtigt dabei aber nicht die Wechselwirkung mit individuellen Kontextfaktoren und dass Einschränkungen in der körperlichen oder geistigen Funktion nicht zwangsläufig zu einer Behinderung führen müssen. Gleiches trifft auf die gesetzliche Definition von Behinderung zu. Die Leistung des ICF besteht darin, dass individuelle Kontextfaktoren berücksichtigt werden und in ein Interdependenzmodell mit sich gegenseitig bedingenden Elementen bzw. Konzepten eingebettet sind (Heimann/Pummer 2015). Eine Behinderung liegt nach der ICF nur dann vor, wenn eine Funktionsbeeinträchtigung, die Körperfunktion (z. B. Aufmerksamkeits- oder Antriebsstörung) und -struktur (z. B. Verlust des Sehvorgängens, Verlust von Gliedmaßen) negativ beeinflusst, gleichzeitig aber ebenso Handlungseinschränkungen in wichtigen Lebensbereichen nach sich zieht (z. B. in der beruflichen Tätigkeit) und/oder die Teilhabe an der Gesellschaft begrenzt (z. B. soziale Isolation, fehlende Arbeitsmarktteilnahme) (Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation 2006). Des Weiteren differenziert die ICF zwischen personen-externen Umweltfaktoren (soziale, materielle und einstellungsbezogene Faktoren) und personen-internen Faktoren (Beruf, Geschlecht, Gewohnheiten etc.), die als Förder- oder auch als Hemmfaktoren bei einem durch die Funktionsbeeinträchtigung bedingten Teilhabeproblem fungieren können (Heimann/Pummer 2015).

Im folgenden Beitrag wird die berufliche Rehabilitation von jungen Rehabilitandinnen und Rehabilitanden mit Behinderung in beruflicher Ersteingliederung in Trägerschaft der Bundesagentur für Arbeit (BA) fokussiert. Personen der Ersteingliederung zeichnen sich dadurch aus, dass sie meist direkt von der (Förder-) Schule in die berufliche Rehabilitation übergehen und noch keine oder nur geringe berufliche Erfahrungen aufweisen. Die BA ist im Bereich der Ersteingliederung die größte Trägerin beruflicher Rehabilitation und für fast die gesamte Population zuständig. Im Rahmen dieser werden junge Menschen mithilfe unterschiedlicher arbeitsmarktpolitischer Maßnahmen gefördert, um das vornehmliche Ziel einer nachhaltigen Ersteingliederung in den Arbeitsmarkt zu erreichen (Dony u. a. 2012).

Bis dato ist insbesondere über das Integrationspotential der beruflichen Rehabilitation bei jungen Menschen mit Behinderung noch wenig bekannt (Beyersdorf/Rauch 2012; Reims/Gruber 2014). Die vorliegende Studie soll dazu beitragen, diese Forschungslücke zu schließen. Im Folgenden wird zu zeigen sein, *ob sich ein Wechsel von Nicht-Erwerbstätigkeit in Erwerbstätigkeit für junge Menschen mit gesundheitlichen Einschränkungen positiv auf verschiedene Aspekte der subjektiven Gesundheit auswirkt*.

Von gesetzlicher Seite steht die erfolgreiche Aufnahme einer Erwerbstätigkeit von mindestens sechs Monaten im Vordergrund. Das Erfolgskriterium *Arbeitsmarktintegration* wurde bereits im Rahmen einer anderen Studie zu Ausbildungsabsolventen im Rahmen der beruflichen Ersteingliederung näher beleuchtet (Reims/Gruber 2014). Dabei zeigte sich, dass etwa zwei Drittel der Absolventen eine Erwerbstätigkeit im Nachgang an die Rehabilitation aufnehmen; viele direkt im Anschluss. Ziel der beruflichen Rehabilitation ist nach §112 SGB III gerade bei jungen Menschen, die den ersten Zugang zum Arbeitsmarkt suchen, neben der Aufnahme von Erwerbstätigkeit auch die Herstellung von Erwerbsfähigkeit. Neben der Arbeitsmarktintegration kann auch die Herstellung von Erwerbsfähigkeit somit eine Verbesserung der Partizipationschancen und der Arbeitsmarktsituation der Personen in Ersteingliederung erzeugen. Eine verbesserte Situation der gesellschaftlichen Teilhabe – so wird angenommen – wirkt sich wiederum positiv auf die Gesundheit aus (Sage 2013). Diese Annahme führt zur Verwendung der subjektiven Gesundheit als Zielkriterium für eine Erfolgsmessung von beruflicher Rehabilitation im Rahmen dieser Studie. Dabei ist zu beachten, dass ein

empirisch häufig untersuchter Zusammenhang zwischen dem Erwerbsstatus und der Gesundheit besteht. Personen mit schlechter Gesundheit sind dabei häufiger arbeitslos als Personen mit guter Gesundheit (u. a. Elkeles/Seifert 1993; Paul/Moser 2009). Uneindeutig ist dabei, inwiefern sich Gesundheit und Erwerbstätigkeit gegenseitig bedingen (Pech/Freude 2010).

Der Beitrag gliedert sich wie folgt. Zunächst werden im 2. Kapitel Erklärungsansätze für den Zusammenhang zwischen Gesundheit und Erwerbsstatus dargestellt, um dann im 3. Kapitel den aktuellen Forschungsstand näher zu beleuchten. Im 4. Kapitel sind die Datengrundlage und die für die Untersuchung zentralen Merkmale näher beschrieben. Daran anschließend wird im 5. Kapitel die methodische Herangehensweise der Panelanalyse beschrieben, um die Forschungsfrage zu beantworten. Die Beschreibung der Population erfolgt im 6. Kapitel, um im Anschluss im 7. Kapitel auf die Ergebnisse hinsichtlich der Forschungsfrage einzugehen. Sensitivitätschecks im 8. Kapitel geben Aufschluss über die Robustheit der Ergebnisse, die abschließend im 9. Kapitel diskutiert werden.

2. Erklärungsansätze für den Zusammenhang zwischen Gesundheit und Erwerbsstatus

Im vorliegenden Beitrag soll überprüft werden, ob ein Zusammenhang zwischen Erwerbsstatus und subjektiver Gesundheit bei behinderten Jugendlichen in der beruflichen Ersteingliederung zu finden ist. Ausgehend von theoretischen Modellen und Ergebnissen anderer Studien zum Verhältnis von Arbeitsmarktstatus und Gesundheit, die im Folgenden kurz skizziert werden, wird vermutet, dass eine Erwerbsaufnahme zu einer Verbesserung der subjektiven Gesundheit führt. In der wissenschaftlichen Literatur werden zwei Hypothesen diskutiert, um den Ursache-Wirkungs-Zusammenhang zwischen Erwerbsstatus und Gesundheit zu erklären: die Selektions- und die Kausalitätshypothese. Beide Erklärungsansätze interpretieren den Zusammenhang aus unterschiedlichen Begründungsrichtungen. In der Logik der Selektionshypothese finden vor dem Eintritt beziehungsweise Austritt in/aus den/m Arbeitsmarkt Selektionsmechanismen aufgrund von gesundheitlichen Kriterien statt. Das heißt, Personen nehmen aufgrund ihrer schlechteren Gesundheit seltener einen Arbeitsplatz auf oder werden eher (wieder) entlassen als Personen mit guter Gesundheit (Pech/Freude 2010). Die Kausalitätshypothese hingegen unterstellt, dass die Gesundheit durch die Erwerbssituation selbst determiniert wird, sodass beispielsweise gesundheitliche Beeinträchtigungen erst durch den Status der Arbeitslosigkeit hervorgerufen werden (Elkeles 2008; Pech/Freude 2010). Eine Verschlechterung in der (mentalen) Gesundheit wird üblicherweise dadurch begründet, da es arbeitslosen Personen an psycho-sozialen Faktoren mangelt, die größtenteils mit dem Vorliegen einer Erwerbstätigkeit assoziiert sind (Sozialkontakte (z. B. zu Kollegen), die Verfolgung gemeinsamer und sinnhafter Ziele, Prestige etc.) (Jahoda 1982; Warr 2007). Auch wenn unterschiedliche Richtungen des Zusammenhangs herangezogen werden, schließen sich beide Hypothesen nicht gegenseitig aus (Paul/Moser 2001).

Eine weitere Theorie zum Zusammenhang zwischen Erwerbsstatus und Gesundheit ist die Inkongruenztheorie, begründet von Paul/Moser (2006). Sie gehen davon aus, dass Arbeitslosigkeit nur dann negativ auf die psychische Gesundheit wirkt, wenn das Vorliegen einer Erwerbssituation als subjektiv wichtig bewertet wird. Vice versa gilt aber auch, dass erwerbstätige Personen, die Arbeit als nicht sonderlich zentral für das eigene Leben bewerten, ebenfalls eine schlechtere psychische Gesundheit aufweisen. Der Theorie zufolge zeigen beide Personengruppen einen inkongruenten Erwerbsstatus und demzufolge schlechtere psychische Gesundheitswerte (Paul/Moser 2006, 2007).

Auch determiniert nicht nur der Erwerbsstatus als solches die Gesundheit, sondern auch die Umstände der Erwerbstätigkeit selbst. Psychosoziale Arbeitsbelastungen wie Gratifikationskrisen in Form eines Ungleichgewichts zwischen persönlichem Einsatz und erhaltener Entlohnung (Siegrist/Dragano 2006), aber

auch ein Missverhältnis zwischen Anforderungen an die Arbeit und den eigenen Kontrollmöglichkeiten (Karasek/Theorell 1990) stehen in Zusammenhang zu einer schlechteren psychischen Befindlichkeit. Physische Arbeitsbelastungen und deren Wirkung auf die Gesundheit sind bereits vielfach theoretisch festgehalten und weitgehend empirisch belegt. Ein Aspekt, der empirische Relevanz besitzt, allerdings in Modellen von Gesundheit und Erwerbsstatus zu wenig Beachtung findet und von Polanyi/Tompa (2004) gefordert wird, ist die Passung zwischen den Fähigkeiten und Bedürfnissen Erwerbstätiger und den gegebenen Umständen am Arbeitsplatz. Ihrer Studie zufolge wird die Einschätzung der Arbeitsqualität teils durch objektive Merkmale des Arbeitsverhältnisses (Einkommen, Arbeits- und Beschäftigungssicherheit etc.) determiniert, teils durch die Vereinbarkeit von Beruf und subjektiven Merkmalen einer Person (Bedürfnisse, Interessen, Persönlichkeit etc.).

3. Forschungsstand

Viele empirische Studien aus unterschiedlichen wissenschaftlichen Disziplinen, die den Einfluss von Gesundheit und Erwerbsstatus untersuchen, fokussieren Arbeitslose bzw. Erwerbstätige in ihrer Gesamtheit, seltener werden spezifische Gruppen wie (behinderte) Jugendliche oder generell Personen mit Behinderung betrachtet. Turner/Turner (2004) vergleichen in ihrer Studie beispielsweise Menschen mit und ohne Behinderung im Hinblick auf die Auswirkungen von Arbeitslosigkeit auf die mentale Gesundheit. Danach sind behinderte Menschen im Vergleich häufig unfreiwillig arbeitslos und zeigen vermehrt durch die Arbeitslosigkeit bedingten Distress. Das Vorliegen von Arbeitslosigkeit erklärt dabei bei behinderten Menschen zu 30 Prozent einen Anstieg von depressiven Symptomen.

Mit der Aufnahme von Erwerbstätigkeit sind generell gesundheitsfördernde Aspekte verbunden (u. a. Schuring u. a. 2011). Allerdings betont Burdorf (2008), dass auch die Untersuchung der Qualität der Beschäftigung für die Vorhersage von Gesundheit zentral ist, da gerade prekäre Beschäftigungsverhältnisse mit negativen Gesundheitsfolgen assoziiert sein können. Holler/Trischler (2010) verweisen dabei auf negative Gesundheitseffekte bedingt durch schlechte Arbeitsbedingungen, wie monotone körperliche Tätigkeiten und Arbeitsbelastungen.

Graetz (1993) betrachtet junge Menschen am Übergang in den Arbeitsmarkt und betont die Wichtigkeit der Zufriedenheit mit der aufgenommenen Erwerbstätigkeit als wesentlichen Prädiktor für die Schätzung von Gesundheit. Personen, die mit ihrem Arbeitsverhältnis unzufrieden sind, zeigen dabei eine höhere Wahrscheinlichkeit für Gesundheitsrisiken.

Allerdings findet sich auch eine Studie (Schmitz 2011), die den Zusammenhang zwischen Arbeitslosigkeit und einem (negativen) Effekt auf die mentale Gesundheit verneint, sobald die Analysen auf exogen motivierte Kündigungsformen, wie Betriebsschließungen, beschränkt werden. Verzerrungen durch Selektionseffekte in Arbeitslosigkeit aufgrund endogener Ursache – beispielsweise bedingt durch Krankheit – werden so ausgeschlossen.

4. Daten

Empirische Analysen zur Gruppe der beruflichen Rehabilitanden sind in der deutschen Forschungslandschaft nur vereinzelt zu finden. Aus diesem Grund hat das Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung (IAB) eine für die Population der beruflichen Rehabilitanden der BA repräsentative telefonische Panelbefragung beauftragt, die 2007 erstmals erhoben und in den Jahren 2008 und 2010 durch zwei weitere Wellen ergänzt wurde. Die Stichprobe wurde aus allen Personen gezogen, die arbeitsmarktpolitischen Maßnahmen in 2006 in finanzieller Trägerschaft der BA beendet haben und die eine Anerkennung als beruflicher Rehabilitand bzw. Rehabilitandin aufweisen. Aus den Registerdaten der BA wurde jeweils getrennt für Erst- als auch Wiedereingliederung¹ eine disproportional geschichtete Stichprobe nach Art der während der Rehabilitation vergebenen Hauptmaßnahme ge-

zogen. Des Weiteren wurde proportional nach Geschlecht, Altersgruppe, Behinderungsart, Quartal des Maßnahmenendes und Region (alte bzw. neue Bundesländer) geschichtet (Wuppinger/Rauch 2010).² Die Rehabilitandinnen und Rehabilitanden wurden im Rahmen der Befragung zu ihren soziodemografischen Merkmalen befragt, zu Art und Zeitpunkt der Behinderung(en), zu ihrem aktuellen subjektiven Gesundheitszustand, zu durchlaufenen Maßnahmen sowie zur Erwerbsbiografie vor und nach beruflicher Rehabilitation. Die für die vorliegende Studie besonders zentralen Merkmale bzw. deren Operationalisierung sollen im Folgenden nun kurz beschrieben werden.

4.1 Zentrale Merkmale

4.1.1 Gesundheit

Als abhängige und somit zentrale Variable innerhalb der folgenden Analysen dient die (subjektive) Gesundheit der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden. Um auf die gesundheitliche Situation der Untersuchungspopulation schließen zu können, stehen mehrere Merkmale zur Verfügung. Zum einen wurde zu jedem Zeitpunkt der wiederholten Befragung die Frage nach der derzeitigen, allgemeinen Befindlichkeit der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden abgefragt, welche zwischen sehr gut, und sehr schlecht mithilfe einer 5er-Skala anzugeben war (*Wie würden Sie Ihren Gesundheitszustand zum gegenwärtigen Zeitpunkt im Allgemeinen beschreiben?*). Wie in der Praxis üblich, werden die fünf Kategorien zu einer dichotomen Variable gruppiert, sodass sehr gut und gut als subjektiv gut und die restlichen drei Kategorien als subjektiv schlecht zusammengefasst werden (Borg u. a. 2000).

Zum anderen wurden für die zweite und dritte Befragungswelle 2008 und 2010 der SF-12 aufgenommen, der zwölf gesundheitspezifische Einzelfragen umfasst (SF-12v2), aus denen normierte Summenwerte für die Messung körperlicher und geistiger Gesundheit gebildet werden können (Nübling u. a. 2006).³ Der SF-12 ist ein weit verbreitetes Maß, um den mentalen und körperlichen Gesundheitszustand von Populationen im Allgemeinen, aber auch von Personen mit spezifischen medizinischen Hintergründen zu erforschen. Für beide Anwendungsbereiche gilt der SF-12 als valide und reliabel (Cheak-Zamora u. a. 2009; Salyers u. a. 2000; Ware u. a. 1996). Beide Indices, sowohl für die Messung körperlicher als auch geistiger Gesundheit, rangieren zwischen 0 und 100 Punkten. Generell gilt, dass je höher der Skalenswert, desto besser ist die gesundheitliche Befindlichkeit zu bewerten (Nübling u. a. 2006).

Da der SF-12 nur in Welle 2 und 3 erhoben wurde, werden im Rahmen dieser Studie lediglich die gesundheitlichen Veränderungen zwischen 2008 und 2010 betrachtet.

4.1.2 Erwerbsstatus

Die verschiedenen Gesundheitsmerkmale sollen insbesondere mit dem Erwerbsstatus in Beziehung gesetzt werden. In der Panelbefragung ist die Erwerbsbiografie der Befragten seit der Schulzeit detailliert abgefragt. Der Erwerbsstatus unterscheidet lediglich zwischen erwerbstätig und nicht erwerbstätig. Als erwerbstätig werden Personen gewertet, die eine (geförderte) sozialversicherungspflichtige oder selbständige Beschäftigung ausüben, die sich in einer (geförderten) Ausbildung bzw. im Studium befinden, oder eine Arbeitsassistentin, einen umgerüsteten Arbeits-

¹ Im Gegensatz zur Ersteingliederung sind Personen der Wiedereingliederung Personen, die bereits eine berufliche Biografie aufweisen und aufgrund einer Behinderung ihre bisherige Tätigkeit entweder gar nicht mehr oder nicht mehr in dergleichen Ausgestaltung ausüben können.

² Die Selektivitäten durch Panelmortalität fallen bei Welle 2 gering aus, verstärken sich in Welle 3 allerdings leicht. Adjustierte Gewichte wirken hier einer Verzerrung entgegen.

³ Die Originalfragen, die exakt in die Befragung der Rehabilitanden integriert wurden, finden sich bei Nübling et al. (2006).

platz oder einen Existenzgründerzuschuss⁴ (jeweils als arbeitsmarktpolitische Maßnahme) erhalten haben. Der Verbleib in nicht sozialversicherter Beschäftigung, in einer Werkstatt für behinderte Menschen, in Arbeitslosigkeit, Krankheit oder anderen arbeitsmarktpolitischen Maßnahmen, als Hausfrau/-mann oder in Elternzeit wird als Nicht-Erwerbstätigkeit kategorisiert. Für die Analysen wurde der Erwerbsstatus direkt zum Zeitpunkt der Befragung gemessen, um so den aktuellen Erwerbsstatus mit der aktuellen Gesundheitsmessung in Beziehung zu setzen.⁵

4.1.3 Berufliche Einschränkung durch die Behinderung

Um die durch die Behinderung bestehende Einschränkung im Hinblick auf die berufliche Tätigkeit beurteilen zu können, wurden die Frage gestellt, *wie stark sie zum Befragungszeitpunkt durch ihren Gesundheitszustand in der Ausübung ihres Berufs eingeschränkt sind*. Unabhängig vom aktuellen Erwerbsverhältnis waren alle Rehabilitanden aufgefordert, ihre berufliche Einschränkung auf einer Skala zwischen 0 (gar nicht eingeschränkt) und 6 (vollkommen eingeschränkt) einzuschätzen. Für die multivariaten Modelle wurde dieses Merkmal in dichotomer Form aufgenommen (0–2 gar nicht oder nur wenig beruflich eingeschränkt, 3–6 stark bis sehr stark beruflich eingeschränkt).

4.1.4 Inkongruenz

Im Rahmen der Befragung wurde die Wichtigkeit von Arbeit für das Leben durch die Befragten bewertet und in die Modelle aufgenommen. Eine Inkongruenzsituation der Befragten, liegt hier dann vor, wenn eine Person erwerbstätig ist, aber Arbeit als wenig zentral betrachtet wird bzw. wenn Nicht-Erwerbstätigkeit vorliegt, aber Arbeit als besonders wichtig erachtet wird. Dies lässt sich mithilfe einer Interaktion des Merkmals *Wichtigkeit von Arbeit (Ablehnung der Aussage: Arbeit ist eine der wichtigsten Sachen in meinem Leben)* mit dem aktuellen Erwerbsstatus operationalisieren. Es ergibt sich eine dichotome Variable, die dann 1 ist, liegt eine inkongruente Erwerbssituation vor.

4.1.5 Weitere Merkmale

Weitere zeitveränderliche Merkmale, die theoretisch Einfluss auf die Bewertung der subjektiven Gesundheit haben, sind zum einen der Haushaltskontext, der ein Indikator für mögliche verfügbare Unterstützung ist, aber auch Rückschlüsse auf die Selbstständigkeit der Jugendlichen ermöglicht (Reims/Gruber 2014). Die Frage zum Haushaltskontext wurde als Frage mit Mehrfachantworten gestellt und zu einer kategorialen Variable mit drei eindeutigen Ausprägungen zusammengefasst (im Elternhaus lebend, eigener Haushalt mit Partner oder alleinlebend in einer Wohnung, im Heim oder im Internat).

Daneben wurden auch Bewertungen des persönlichen Empfindens aufgenommen. So wurden die jungen Erwachsenen gebeten, einzuschätzen, ob sie folgenden Aussagen voll und ganz, eher, eher nicht oder überhaupt nicht auf sie zustimmen: *Ich sehe ohne Hoffnung in die Zukunft* (Zukunftsängste) und *Wegen meiner Behinderung bin ich manchmal recht verzweifelt* (Verzweiflung). Beide Merkmale wurden in dichotomer Form in die Modelle aufgenommen. Um die Erwerbsbiografie der Jugendlichen – vor und nach der Rehabilitation – zu erfassen, wurden bisherige kumulierte Erwerbs-, Arbeitslosigkeits- und Krankheitserfahrung aufgenommen. Zuletzt wurde für den Erhalt einer amtlich registrierten Behinderung kontrolliert, und damit verbundene Anrechtsstrukturen auf beispielsweise zusätzliche Urlaubstage oder besonderen Kündigungsschutz.

5. Methodik

Der Zusammenhang zwischen Gesundheit und Erwerbsstatus soll im Folgenden mithilfe von Panelanalysen untersucht werden. Dadurch, dass die Daten im Längsschnitt vorliegen, können nicht nur temporäre, im Querschnitt dargestellte Zusammenhänge, ab-

gebildet werden, sondern auch Dynamiken (Brüderl 2010). Dies hat zum einen den Vorteil, dass mehr Informationen über eine Person zur Verfügung stehen, nämlich die Angabe zum aktuellen Gesundheitszustand, aber auch die Veränderung in der subjektiven Gesundheit. Zum anderen steht die Bewertung des Gesundheitszustandes in Abhängigkeit von vielen verschiedenen Einflussfaktoren (z. B. aktuelle und vergangene Lebensverhältnisse, persönliche Lebenseinstellung etc.). Einige dieser Determinanten können mithilfe der Angaben innerhalb der Befragung statistisch kontrolliert werden. Diese Kontrolle lässt sich allerdings mithilfe von *Fixed Effects* (FE) Analysen auch auf unbeobachtete Faktoren ausweiten, die zeitliche Konstanz aufweisen. FE-Modelle betrachten ausschließlich Veränderungen innerhalb einer Person zu zwei oder mehreren Zeitpunkten. Die Variation zwischen Personen bleibt bei den Analysen unberücksichtigt, da davon ausgegangen ist, dass diese Unterschiede vor allem durch unbeobachtete Heterogenität erzeugt werden (Allison 2009). Im vorliegenden Fall, in dem zwei Zeitpunkte – 2008 und 2010 – betrachtet werden, soll untersucht werden, ob eine Veränderung im Erwerbsstatus eine Veränderung in der Bewertung der subjektiven Gesundheit nach sich zieht.

$$y_{it} = X_{it}\beta + \gamma_i + v_{it}$$

Y_{it} entspricht demnach der gesundheitlichen Befindlichkeit der jeweiligen Person i zum Zeitpunkt t . X_{it} enthält alle unabhängigen Variablen der Person i zum Zeitpunkt t (2008 und 2010). Der Fehlerterm ε_{it} kann differenziert werden nach γ_i und v_{it} , in den individual-spezifischen zeitkonstanten Fehlerterm und den idiosynkratischen Fehlerterm, der als zeitveränderlich charakterisiert ist.

$$\Delta Y_{it} = \Delta X_{it}\beta + \Delta v_{it}$$

Das FE-Modell vergleicht nun Merkmale zu den hier vorliegenden Zeitpunkten 2008 und 2010 innerhalb jeder Person. Δy entspricht dann der Differenz aus der Gesundheitsbewertung einer Person zum Zeitpunkt 2 (2010) und der Gesundheitsbewertung zum Zeitpunkt 1 (2008); entsprechend wird auch ein Vergleich der unabhängigen Merkmale in X durchgeführt.

Dadurch, dass ausschließlich Veränderungen innerhalb einer Person über die Zeit betrachtet werden – also ein Vorher-Nachher-Vergleich durchgeführt wird –, lassen sich zeitliche Unterschiede bei einer Personen, die durch unbeobachtete Heterogenität zustande kommen und die zeitlich unveränderlich sind (Lebenseinstellung, Motivation, differenziertere Behinderungsarten etc.), als Einflussfaktoren ausschließen.

Nachteil ist allerdings, dass zu allen zeitkonstanten Merkmalen, also auch zu beobachtbaren, wie Geschlecht, Behinderungsart, keine Aussagen gemacht werden können. Der Einfluss zeitkonstanter unbeobachteter Heterogenität wird statistisch kontrolliert, die Unabhängigkeit zeitvariabler unbeobachteter Faktoren von beobachtbaren unabhängigen Merkmalen in X kann hingegen nur angenommen werden (Brüderl 2010).

6. Population

Das Sample setzt sich aus Personen der Ersteingliederung zusammen, die an allen drei Befragungswellen teilgenommen haben (548 Personen) und die zudem vollständige Angaben zu den Frageitems des SF-12 gemacht haben. Durch diese Einschränkungen verbleiben von anfangs 1.960 Personen, 532 Personen. Diese starke Reduktion ist darauf zurückzuführen, dass bereits 636 Ersteingliederungsfälle nicht im Analysesample aufgenommen werden können, weil diese zusätzlich zur Teilnahme an der ersten Welle entweder nur in Welle 2 oder nur in Welle 3 teilgenommen haben.

⁴ Hier ist auf das Vorliegen einer Erwerbstätigkeit zu schließen.

⁵ Nur für die Sensitivitätsanalysen wurde der Erwerbsstatus ein halbes bzw. ein volles Jahr vor der Gesundheitsmessung bzw. der Befragung verwendet.

Tabelle 1
**Deskriptionen zur Population
 der Ersteingliederung (gewichtet)**

	<i>N gewichtet</i>	<i>% gewichtet</i>	<i>N ungewichtet</i>
<i>Geschlecht</i>			
Frauen	123	31	166
Männer	271	69	366
Summe	394	100	532
<i>Höchster Schulabschluss</i>			
Kein Abschluss/ Weiß nicht/ Anderer Abschluss	110	28	130
Sonderschul- abschluss	66	17	65
Allgemeiner Haupt- schulabschluss	114	29	166
Qualifizierender Hauptschulabschluss	53	13	53
Realschulabschluss/ (Fach-)Abitur	50	13	118
Summe	394	100	532
<i>Ausbildungsabschluss</i>			
Nicht erfolgreich	156	39	158
Erfolgreich	239	61	374
Summe	394	100	532
<i>Behinderungsart (Mehrfachantworten)</i>			
Keine Behinderung	135	24	141
Körperliche Behinderung	68	12	145
Seh-/Hörbehinderung	70	12	97
Lernbehinderung/ Geistige Behinde- rung/Andere	117	20	159
Organische Behinde- rung/Anfallsleiden	46	8	80
Psychische Behinderung	48	9	86
Allergie	77	14	112
Summe	561	100	820
<i>Alter bei Eintritt der Behinderung</i>			
Keine Behinderung/ keine Angabe	112	29	129
Von Geburt an	65	16	111
Vom ersten bis zum 09. Lebensjahr	77	20	95
Vom 10. bis zum 15. Lebensjahr	60	15	79
16. Lebensjahr oder älter	80	20	118
Summe	394	100	532
<i>Berufliche Einschränkung</i>			
stark	143	37	171
gering	246	63	354
Summe	389	100	525

	<i>N gewichtet</i>	<i>% gewichtet</i>	<i>N ungewichtet</i>
<i>Allgemeine Gesundheit</i>			
mittelmäßig bis (sehr) schlecht	76	19	115
(sehr) gut	318	81	417
Summe	394	100	532
<i>Körperl. & Psychi- sche Gesundheit</i>	<i>Fallzahl</i>	<i>Gewichtet</i>	<i>Mittelwert (SD)</i>
Körperliche Gesundheit	532	394	55 (6,83)
Psychische Gesundheit	532	394	50 (8,68)
<i>Alter</i>	532	394	23 (3,24)

Quelle: IAB-Reha-Panelsurvey.

Männer stellen den überwiegenden Teil der Population (69 Prozent) dar; der Altersdurchschnitt zum Zeitpunkt der zweiten Befragungswelle 2008 lag im Schnitt bei 23 Jahren (Tabelle 1).⁶ Sie weisen ein vergleichsweise niedriges Bildungsniveau auf, jeder vierte besitzt keinen Schulabschluss, 17 Prozent einen Förderschulabschluss und die überwiegende Mehrheit mit 42 Prozent einen Allgemeinen (Qualifizierenden) Hauptschulabschluss. Trotz der eher geringen schulischen Qualifikation, haben etwa 60 Prozent eine berufliche Ausbildung erfolgreich absolviert. Hinsichtlich der Art der Behinderung sind die jungen Frauen und Männer sehr heterogen: 15 Prozent haben eine Lernbehinderung, 14 Prozent eine Allergie, jeweils 12 Prozent haben eine Körper- oder Sinnesbehinderung. Etwa ein Viertel der Rehabilitandenpopulation, gibt an, keine Behinderung zu haben.⁷ Da es allerdings Zugangsvoraussetzung für die berufliche Rehabilitation ist, dass eine Behinderung vorliegen muss, wird vermutet, dass wohl aus Schamgefühl oder aus Angst vor Stigmatisierung die Angabe gemacht wird, nicht behindert zu sein bzw. sich selbst nicht als behindert wahrzunehmen (Reims/Gruber 2014). Der Eintritt der Behinderung findet für diejenigen, die angeben, behindert zu sein, zu unterschiedlichen Zeitpunkten statt. Bei jeweils 20 Prozent liegt der Behinderungseintritt nach dem 15. Lebensjahr bzw. findet während der Grundschulzeit statt. 16 Prozent weisen eine Behinderung seit Geburt auf.

Zum Zeitpunkt der zweiten Welle 2008 schätzen 81 Prozent der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden ihren allgemeinen Gesundheitszustand als (sehr) gut ein. Der Punktwert für die Befragung in 2008 für die physische Gesundheit liegt im Schnitt bei 55, für die mentale Gesundheit bei durchschnittlichen 50. Über 60 Prozent geben an, aufgrund ihres Gesundheitszustands nur wenig bis gar nicht in der Ausübung ihres Berufes eingeschränkt zu sein.

7. Ergebnisse

Der Einfluss eines Wechsels im Erwerbsstatus auf die Veränderung im subjektiv empfundenen Gesundheitszustand, differenziert nach körperlicher, mentaler und allgemeiner Gesundheit, wird mithilfe von linearen⁸ Regressionsmodellen untersucht

⁶ Es handelt sich hier um gewichtete Werte.

⁷ Diese Befund hat keine Auswirkungen auf die Ergebnisse, da die Fixed-Effects Methodik alle zeitkonstanten Charakteristika statistisch kontrolliert und diese somit nicht zur Effektschätzung beitragen (Allison 2009).

⁸ Auch wenn die allgemeine Gesundheit eine nicht-lineare Variable darstellt, ist es übliche Praxis lineare FE-Regressionsmodelle zu verwenden, um so auf marginale Effekte schließen zu können, da diese nicht mithilfe von logistischer FE-Regression geschätzt werden können (Wooldridge 2010).

Tabelle 2: Prädiktoren für körperliche, psychische und allgemeine Gesundheit (ohne Interaktionseffekte)

Gesundheit und Erwerbsstatus	Körperliche Gesundheit		Psychische Gesundheit		Allgemeine Gesundheit	
	b	(se)	b	(se)	b	(se)
aktueller Erwerbsstatus: in Arbeit 2010	0,31	(0,55)	0,12	(0,74)	0,03	(0,04)
Ref.: Im Elternhaus lebend	0,22	(0,55)	1,36	(0,73)+	-0,11	(0,04)*
Eigener Haushalt mit Partner	-0,22	(0,97)	-1,97	(1,30)	0,02	(0,06)
Alleinlebend/Heim/Internat	-0,37	(0,73)	-0,04	(1,07)	-0,03	(0,04)
Zukunftsangst	-1,55	(0,75)*	-2,64	(1,02)**	-0,12	(0,05)*
Verzweiflung	0,09	(1,01)	-4,62	(1,28)***	-0,16	(0,06)**
Wenig berufliche Einschränkung	1,93	(0,62)**	2,06	(0,77)**	0,16	(0,04)***
Arbeit ist nicht so wichtig	-1,19	(0,65) +	-0,54	(0,78)	-0,10	(0,05)*
Erwerbserfahrung	-0,02	(0,04)	-0,09	(0,05) +	0,00	(0,00)
Arbeitslosigkeitserfahrung	-0,03	(0,06)	-0,21	(0,08)**	0,00	(0,00)
Krankheitsperioden	0,07	(0,13)	-0,06	(0,23)	-0,01	(0,01)
Vorliegen einer amtlichen Behinderung	-2,32	(0,90)**	1,58	(1,29)	-0,03	(0,05)
Konstante	54,77	(1,35)***	54,04	(1,82)***	0,67	(0,09)***
Anzahl an Personen	532		532		532	
R-sq within	0,06		0,09		0,101	
R-sq between	0,116		0,062		0,14	

Anmerkungen: + p < 0,1, * p < 0,05, ** p < 0,01, *** p < 0,001; Quelle: IAB-Reha-Panelsurvey.

(Tabelle 2). Zunächst soll aber der Einfluss weiterer Kontrollvariablen auf die subjektive Gesundheit betrachtet werden.

Es zeigt sich ein statistisch signifikanter Unterschied bei Personen, die von 2008 auf 2010 eine amtlich anerkannte Behinderung erhalten haben. So geben diejenigen mit amtlicher anerkannter Behinderung häufiger einen schlechteren körperlichen Gesundheitszustand an, gleichzeitig aber eine im Vergleich bessere Einschätzung der psychischen Gesundheit.

Das Vorliegen einer Behinderung hat auf unterschiedliche Menschen unterschiedliche Auswirkungen. Ein starker Prädiktor für die Bewertung mentaler Gesundheit sind zeitweise Gedanken der Verzweiflung. Junge Rehabilitanden, die angeben, aufgrund ihrer Behinderung manchmal verzweifelt zu sein, bewerten ihre psychische Gesundheit wesentlich geringer. Ähnliches, wenn auch nicht im gleichen Ausmaß, gilt für die Bewertung der allgemeinen Gesundheitszufriedenheit.

Ein damit zusammenhängender Aspekt betrifft die Angabe, ob die Befragten Zukunftsangst verspüren. Rehabilitandinnen und Rehabilitanden, die dieser Frage zustimmen, bewerten alle drei Gesundheitsaspekte niedriger – dies gilt insbesondere für die Einschätzung der psychischen Gesundheit.

Die Ergebnisse zeigen weiterhin, dass Personen, die bereits länger arbeitslos sind, einen schlechteren mentalen Gesundheitszustand aufweisen. Je länger Personen der Ersteingliederung seit 2008 arbeitslos waren, umso eher geben sie einen signifikant schlechteren mentalen Gesundheitszustand an. Die Verschlechterung der psychischen Gesundheit ist allerdings nur gering. Dies ist konform mit Ergebnissen anderer Studien (vgl. eine Zusammenfassung bei *Mohr/Richter* 2008).

Der Fokus der hier durchgeführten Analysen liegt auf der Frage, ob ein Wechsel im Erwerbsstatus die Gesundheitseinschätzung (positiv) determiniert. Dies lässt sich anhand der vorliegenden Ergebnisse für die Population nicht bestätigen. Demnach unterscheiden sich Personen, die erwerbstätig werden, nicht von denjenigen, die von Erwerbstätigkeit in Nicht-Erwerbstätigkeit übergehen.

Allerdings lässt sich, in Referenz zu Personen, die aufgrund ihrer Behinderung eine (starke) berufliche Einschränkung angeben, bei denjenigen, die keine oder nur eine geringe berufliche Einschränkungen angeben, eine stark positive Veränderung aller Gesundheitsaspekte beobachten.

Ein interessanter Aspekt in diesem Zusammenhang ist die Frage, ob es einen Unterschied in der Gesundheitsbewertung gibt, bei erwerbstätigen und bei nicht-erwerbstätigen Personen, die sich in der Bewertung ihrer beruflichen Einschränkungen unterscheiden. Da die Frage nach der beruflichen Einschränkung unabhängig vom aktuellen Erwerbsstatus gestellt wurde, ist es notwendig, die Angaben zum Erwerbsstatus und zur beruflichen Einschränkung in einem Interaktionseffekt zu kombinieren (Tabelle 3). Daraus resultieren vier Personengruppen: Nicht-Erwerbstätige mit (1) und ohne beruflicher Einschränkung (2) und Erwerbstätige mit (3) und ohne beruflicher Einschränkung (4). Im Vergleich zu letzteren finden sich negative Zusammenhänge für alle anderen Kombinationspaare im Hinblick auf (fast) alle Gesundheitsaspekte. Somit geben als beste körperliche, psychische und allgemeine Gesundheit diejenigen Erwerbstätigen an, die ihre berufliche Tätigkeit trotz ihrer Behinderung uneingeschränkt oder nur mit wenigen Einschränkungen ausüben können. Bezogen auf die mentale Gesundheit weisen vor allem nicht-erwerbstätige Personen mit hoher beruflicher Einschränkung die vergleichsweise schlechtesten Werte auf. Erwerbstätige Personen mit ähnlich starker beruflicher Einschränkung hingegen geben die höchste Verschlechterung ihrer körperlichen Gesundheit an. Beide Gruppen – ähnlich stark beruflich eingeschränkt durch ihre Behinderung, aber unähnlich im aktuellen Erwerbsstatus – zeigen insgesamt gesehen vergleichbar schlechte Werte bei der Bewertung der Allgemeinbefindlichkeit und der mentalen Gesundheit. Die Gruppe der nicht erwerbstätigen Jugendlichen mit geringer beruflicher Einschränkung unterscheidet sich nicht signifikant von den Erwerbstätigen mit ähnlich geringer beruflicher Einschränkung.

Zuletzt soll noch auf die Ergebnisse zur Inkongruenzhypothese eingegangen werden. Dass, wie angenommen, eine inkongruente Erwerbssituation die mentale Gesundheit determiniert, lässt sich für die vorliegende Population nicht bestätigen. Allerdings lässt sich ein (schwach signifikanter) Einfluss einer inkongruenten Erwerbssituation (Inkongruenz in Tabelle 3) hinsichtlich der körperlichen Gesundheit beobachten, dahingehend dass inkongruent (Nicht-)Beschäftigte schlechtere Werte in der körperlichen Gesundheit angeben.

Tabelle 3: Prädiktoren für körperliche, psychische und allgemeine Gesundheit (inklusive Interaktionseffekt)

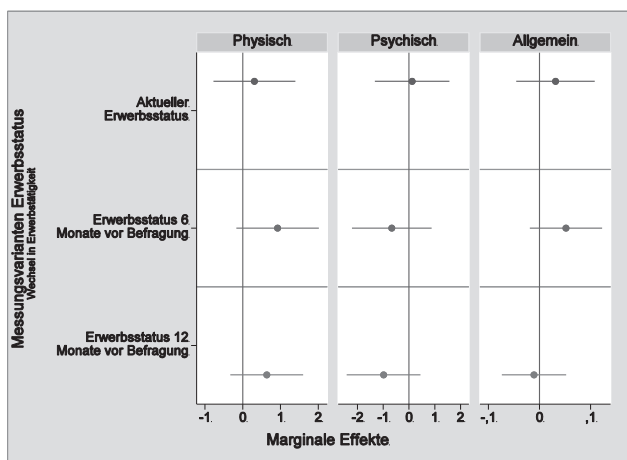
Gesundheit und Erwerbsstatus	Körperliche Gesundheit		Psychische Gesundheit		Allgemeine Gesundheit	
	b (se)		b (se)		b (se)	
2010 <i>Ref.: ET & geringe berufliche Einschränkung</i>	0,27	(0,55)	1,34	(0,74)+	-0,1	(0,04)*
Nicht erwerbstätig & hohe berufliche Einschränkung	-1,15	(0,91)	-2,31	(1,12)*	-0,14	(0,05)**
Nicht erwerbstätig & geringe berufliche Einschränkung	0,05	(0,62)	-0,28	(0,84)	-0,01	(0,05)
Erwerbstätig & hohe berufliche Einschränkung	-2,36	(0,79)**	-2,2	(0,91)*	-0,18	(0,05)***
<i>Ref.: Im Elternhaus lebend</i>						
Eigener Haushalt mit Partner	0,06	(0,99)	-2,11	(1,31)	0,03	(0,06)
Alleinlebend/Heim/Internat	-0,26	(0,72)	-0,07	(1,07)	-0,02	(0,05)
Zukunftsangst	-1,49	(0,73)*	-2,67	(1,02)**	-0,11	(0,05)*
Verzweiflung	0,1	(1,00)	-4,63	(1,29)***	-0,16	(0,06)**
Inkongruenz	-1,3	(0,53)*	0,42	(0,69)	-0,05	(0,04)
Erwerbserfahrung	-0,03	(0,04)	-0,09	(0,05) +	0	(0,00)
Arbeitslosigkeitserfahrung	-0,04	(0,05)	-0,21	(0,08)**	0	(0,00)
Krankheitsperioden	0,06	(0,14)	-0,06	(0,23)	-0,01	(0,01)
Vorliegen einer amtlichen Behinderung	-2,33	(0,90)**	1,62	(1,29)	-0,03	(0,05)
Konstante	57,35	(1,25)***	55,99	(1,73)***	0,87	(0,09)***
Anzahl an Personen	532		532		532	
R-sq within	0,068		0,09		0,096	
R-sq between	0,106		0,061		0,132	

Anmerkung: + p < 0,1, * p < 0,05, ** p < 0,01, *** p < 0,001; Quelle: IAB-Reha-Panelsurvey.

8. Sensitivitätschecks

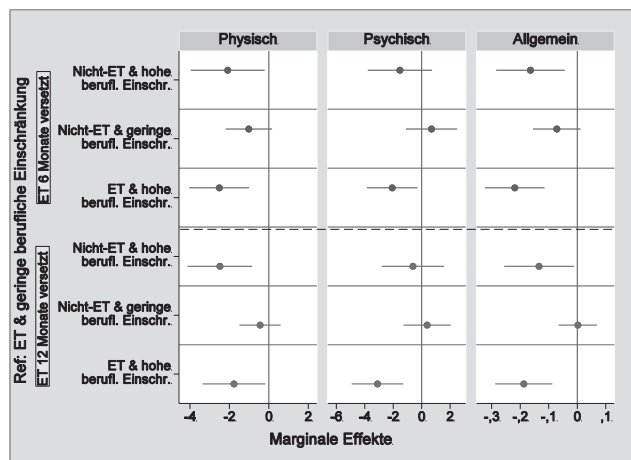
Auch wenn die hier vorliegenden Analysen sich lediglich einer kausalen Untersuchung annähern und keinen Anspruch auf Kausalität erheben, soll noch einmal auf den bidirektionalen Einfluss von Gesundheit und Arbeitsmarktstatus (*reverse causality*) rekurriert werden. Um dem Problem der *reverse causality* zu entsprechen, wurde der Erwerbsstatus zeitversetzt zur Gesundheitsmessung als unabhängige Variable in die Modelle aufgenommen (Bartley u. a. 2004).

Mithilfe dieser zweiten Erwerbsstatusmessung soll sichergestellt werden, dass der Wechsel im Erwerbsstatus bereits zeitlich vor der Gesundheitsbewertung liegt, wodurch die Einflussrichtung vom Erwerbsstatus auf die Gesundheit ausgeht und nicht andersherum. Analog zum 7. Kapitel wurden die gleichen Modelle zur Schätzung



Quelle: IAB-Reha-Panelsurvey.

Abbildung 1: Aktueller Erwerbsstatus im Vergleich zu Erwerbsstatus 6 und 12 Monate vor Befragung als unabhängige Variable in der Vorhersage körperlicher, psychischer und allgemeiner Gesundheit



Quelle: IAB-Reha-Panelsurvey.

Abbildung 2: Interaktionseffekt aus dem Erwerbsstatus (ET = Erwerbstätig; Nicht-ET = Nicht-Erwerbstätig) 6 und 12 Monate vor der Befragung und der Angabe zur beruflichen Einschränkung durch die Behinderung

physischer, psychischer und allgemeiner Gesundheit erneut durchgeführt (Abbildung 1), nur anstatt des aktuellen Erwerbsstatus zum Zeitpunkt der Befragung wurde zum einen der Erwerbsstatus sechs Monate und zum anderen der Erwerbsstatus 12 Monate vor der Befragung als unabhängige Variable verwendet. Auch hier findet sich kein signifikanter Einfluss auf die Gesundheit.⁹

Um auch die Gültigkeit der Aussagen, die zur Stärke der beruflichen Einschränkung bei (Nicht-)Erwerbstätigkeit gemacht wurden, zu überprüfen, wurde auch der Interaktionseffekt aus Erwerbsstatus und Stärke beruflicher Einschränkung mit den zeitversetzten Erwerbsmessungen gebildet (Abbildung 2). Auch hier

⁹ – ausgenommen der marginalen Signifikanz beim Erwerbsstatus sechs Monate vor der Befragung im Hinblick auf die körperliche Gesundheit.

bleiben die oben vorgestellten Ergebnisse weitestgehend bestehen. Lediglich bei der Gruppe der stark beruflich eingeschränkten Nicht-Erwerbstätigen finden sich nun signifikante Koeffizienten für die Schätzung körperlicher Gesundheit. Wird also für den bidirektionalen Charakter von Erwerbsstatus und Gesundheit kontrolliert, zeigt diese Personengruppe eine im Vergleich schlechtere körperliche Gesundheit.

9. Diskussion und Ausblick

Die Analysen zur Schätzung der Gesundheit haben gezeigt, dass generelle Zukunftsängste und zeitweise Verzweigungsgedanken bedingt durch das Vorliegen einer Behinderung, die Gesundheitsbewertung der jungen Rehabilitandinnen und Rehabilitanden negativ beeinflussen. Wie auch Jugendliche ohne Behinderung stehen sie am ersten Eintritt in den Arbeitsmarkt. Dieser Übergang wird häufig als wegweisend für die weitere Erwerbsbiografie angesehen (Blossfeld 1988; Dietrich/Abraham 2005; Mohr/Richter 2008; Schier 1998), und ist somit gerade für Jugendliche mit gesundheitlichen Einschränkungen besonders zentral, die am Zugang zum Arbeitsmarkt aufgrund ihrer Behinderung mit Diskriminierungstendenzen konfrontiert sind (Niehaus u. a. 2012).

Die Wahl eines geeigneten behinderungsgerechten Ausbildungsberufes, ist im Rahmen der Ersteingliederung besonders wichtig, um eine möglichst nachhaltige Integration der jungen Rehabilitanden am Arbeitsmarkt zu gewährleisten. Die berufliche Rehabilitation muss von Vorhinein Sorge dafür tragen, dass schon bei der Berufswahl eine behinderungsadäquate Tätigkeit erlernt wird und – damit eingehend –, dass ein behinderungsgerechter Arbeitsplatz zur Verfügung steht. Dies muss aber auch nach der Ausbildung im Rahmen der beruflichen Rehabilitation gewährleistet sein. Darauf verweisen auch die Ergebnisse dieser Studie. Besonders zentral für die subjektive Gesundheitsbewertung ist dabei weniger die bloße Arbeitsmarktintegration – auch wenn die Ergebnisse auf einen weitestgehend positiven, aber insignifikanten Einfluss auf die Gesundheit hindeuten – als eine Tätigkeit zu finden, die trotz Behinderung ohne berufliche Einschränkungen ausgeführt werden kann (vgl. dazu auch für Personen der Wiedereingliederung Reims/Bauer 2015).

Diese Erkenntnis steht auch in Übereinstimmung mit der ICF, die Behinderung definiert als eine interdependente Vermittlungskategorie zwischen der Person und ihrem persönlichen Kontext bzw. ihrer Umweltbedingungen. Es liegt nur dann eine Behinderung vor, wenn eine gesundheitliche Einschränkung für die Person als Handlungs- und Teilhabebeeinträchtigung wahrgenommen wird. Erwerbstätige Personen, die angeben, durch ihre gesundheitliche Einschränkung in der Ausübung ihrer Tätigkeit stark beruflich eingeschränkt zu sein, werden dementsprechend als behinderungsunadäquat beschäftigt vermutet. Nimmt eine junge Person im Nachgang an eine berufliche Rehabilitation demnach eine für ihre Behinderung subjektiv nicht passgenaue Beschäftigung auf, so hat dies negative Auswirkungen auf die Bewertung der subjektiven Gesundheit. Hier kann allerdings nicht vollständig und lückenlos geklärt werden, wie es dazu kommt, dass Rehabilitanden solche Erwerbsverhältnisse aufnehmen. Es kann weiter nicht geklärt werden, welche Faktoren die subjektive Einschätzung der beruflichen Einschränkung durch die Behinderung bedingen. Einerseits ist denkbar, dass eine vermeintlich passgenaue Tätigkeit aufgenommen wird, die im Nachhinein doch höhere Anforderungen an die jungen Personen der Ersteingliederung stellt. Andererseits ist denkbar, dass auch das Arbeitsumfeld der jungen Menschen mit Behinderung einen Einfluss auf die Bewertung der subjektiven beruflichen Einschränkung hat. Die subjektive berufliche Einschränkung könnte demnach durchaus auch von der Integration ins Arbeitsumfeld (Kolleginnen und Kollegen, Arbeitsprozesse etc.) determiniert sein (vgl. dazu auch Niehaus 2005).

Einschränkungen der vorliegenden Studie liegen darin, dass die den Analysen zugrundeliegende Fallzahl relativ gering ist,

sodass weitere Subanalysen der Population (z. B. differenziert nach Personen mit und ohne Angabe zur Behinderung) erschwert werden. Sicher wäre es z. B. von Interesse das Analysesample auf diejenigen zu beschränken, die sich 2008 noch in der beruflichen Rehabilitation befinden und 2010 bereits ihre Erstintegration in den Arbeitsmarkt (erfolgreich oder nicht) verfolgt haben. Aufgrund der aus der Samplereduktion zu geringen Fallzahl an Wechseln ist dies allerdings nicht sinnvoll. Hierin liegt eine weitere Einschränkung: Die geringe Fallzahl resultiert im Speziellen aus der hohen Panelmortalität bei der vorliegenden Population. Dadurch, dass nur Personen im Analysesample enthalten sind, die an allen drei Wellen teilgenommen haben, ist eine Verzerrung durch systematische Nichtteilnahme durchaus denkbar und muss bei der Interpretation der Ergebnisse Berücksichtigung finden. Selektivitätsanalysen, die hier nicht dargestellt sind, zeigen, dass eher Frauen, Personen, die im Jahr 2007 über 25 Jahre alt waren und eher Personen mit einer körperlichen oder psychischen Behinderung oder einem Anfallsleiden/Organschaden an der dritten Befragungswelle teilgenommen haben. Trotz aller Einschränkungen zeigen sich in der vorliegenden Studie wichtige Ergebnisse zum Bereich der wenig beforschten Eingliederung behinderter Jugendlicher im Rahmen einer beruflichen Rehabilitation: Die Aufnahme einer Erwerbstätigkeit ist vor allem dann der Gesundheit zuträglich, kann sie – bedingt durch die subjektive Wahrnehmung – trotz einer vorliegenden Behinderung uneingeschränkt ausgeführt werden. Denn eine derartig bedingte Verschlechterung der Gesundheit kann wiederum dazu führen, dass die Arbeitsmarktintegration nicht dauerhaft und nachhaltig gewährleistet ist. Schlussendlich ist es von zentraler Wichtigkeit, die beruflichen Einschränkungen durch die Behinderung für eine erfolgreiche Arbeitsmarktintegration zu berücksichtigen.

Literatur

- Allison, P. D. (2009): Fixed effects regression models, Los Angeles; London; New Delhi, Singapore; Washington DC.
- Bartley, M./Sacker, A./Clarke, P. (2004): Employment status, employment conditions, and limiting illness: prospective evidence from the British household panel survey 1991–2001, in: Journal of Epidemiology and Community Health, Jg. 58, 501–506.
- Beyersdorf, J./Rauch, A. (2012): Junge Rehabilitanden zwischen Schule und Erwerbsleben – Maßnahmen der beruflichen Ersteingliederung anhand empirischer Befunde aus der IAB-Panelbefragung der Rehabilitanden 2007 und 2008. in IAB-Forschungsbericht, edited by IAB. Nürnberg.
- Blossfeld, H.-P. (1988): Sensible Phasen im Bildungsverlauf – Eine Längsschnittanalyse über die Prägung von Bildungskarrieren durch den gesellschaftlichen Wandel, in: Zeitschrift für Pädagogik, Jg. 34, Heft 1, 45–63.
- Borg, V./Kristensen, T. S./Burr, H. (2000): Work environment and changes in self-rated health: A five year follow-up study, in, Heft 16, 37–47.
- Brändle, T./Müller, S. (2014): Berufsorientierung von „benachteiligten“ Jugendlichen – Zur Relevanz sozialer Herkunft im Übergangssystem, in: Sozialer Fortschritt, Jg. 63, Heft 4–5, 82–89.
- Brüderl, J. (2010): Kausalanalyse mit Paneldaten, in: Christof, W./Henning, B. (Hrsg.): Handbuch der sozialwissenschaftlichen Datenanalyse, 963–994, Wiesbaden.
- 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. edited by BAR. Frankfurt am Main.
- Burdorf, A. (2008): The importance of solid employment for health, in: Scandinavian Journal of Work, Environment and Health, Jg. 34, Heft 2, 81–82.

- Cheak-Zamora, N. C./Wyrwich, K. W./McBride, T. D.* (2009): Reliability and validity of the SF-12v2 in the medical expenditure panel survey, in: *Quality of Life Research*, Jg. 18, 727–735.
- Dietrich, H./Abraham, M.* (2005): Eintritt in den Arbeitsmarkt (Hrsg.): *Arbeitsmarktsociologie. Probleme, Theorien, empirische Befunde*, 69–98, Wiesbaden.
- Dony, E./Gruber, S./Jasim, A./Rauch, A./Schmelzer, P./Schneider, A./Titze, N./Thomsen, U./Zapfel, S./Zimmermann, R.* (2012): Basisstudie zur Evaluation von Leistungen zur Teilhabe behinderter Menschen am Arbeitsleben. Basisstudie „Reha-Prozessdatenpanel“. Zusammenfassender Bericht (Teil A). Pp. 6–255 in *Evaluation von Leistungen zur Teilhabe behinderter Menschen am Arbeitsleben*, edited by Bundesministerium für Arbeit und Soziales. Berlin.
- Elkeles, T.* (2008): Gesundheitliche Ungleichheit am Beispiel Arbeitslosigkeit und Gesundheit – Befunde, Erklärungen und Interventionsansätze, in: *Bauer, U./Bittlingmayer, M.* (Hrsg.): *Health Inequalities*, 87–107, Wiesbaden.
- Elkeles, T./Seifert, W.* (1993): Arbeitslose und ihre Gesundheit – Langzeitanalysen für die Bundesrepublik Deutschland, in: *Sozial- und Präventivmedizin*, Jg. 38, Heft 2, 148–155.
- Graetz, B.* (1993): Health Consequences of Employment and Unemployment: Longitudinal Evidence for Young Men and Women, in: *Social Science and Medicine*, Jg. 36, Heft 6, 715–724.
- Heimann, B./Pummer, L.* (2015): Praxisnahe Schulung zum Umgang mit der ICF: Arbeit mit Fallbeispielen in multiprofessionellen Teams, in: *Berufliche Rehabilitation*, Jg. 1, Heft 15, 54–68.
- Holler, M./Trischler, F.* (2010): Gute Erwerbsbiographien: Arbeitspapier 3; Einflussfaktoren auf die Arbeitsfähigkeit; der Einfluss belastender Arbeitsbedingungen auf die Gesundheit und die Arbeitsfähigkeit bis zum Rentenalter, Stadtbergen.
- Jahoda, M.* (1982): *Employment and unemployment: a social-psychological analysis*, Cambridge.
- Karasek, R. A./Theorell, T.* (1990): *Healthy Work. Stress, Productivity and the Reconstruction of Working Life*, New York.
- Klemm, K.* (2010): *Gemeinsam lernen. Inklusion leben.*, Gütersloh.
- Mohr, G./Richter, P.* (2008): Psychosoziale Folgen von Arbeitslosigkeit – Interventionsmöglichkeiten, in: *Aus Politik und Zeitgeschichte*, Jg. 40–41, Heft Psychosoziale Folgen, 25–31.
- Niehaus, M.* (2005): Chancen und Barrieren der Teilhabe gesundheitlich beeinträchtigter und behinderter Menschen im Betrieb, in: *Zeitschrift für Sozialreform*, Jg. Sonderheft, Heft 51, 73–86.
- Niehaus, M./Kaul, T./Friedrich-Gärtner, L./Klinkhammer, D./Menzel, F.* (2012): Zugangswege junger Menschen mit Behinderung in Ausbildung und Beruf, in: *Berufsbildungsforschung*, edited by Bundesministerium für Bildung und Forschung. Bonn, Berlin.
- Nübling, M./Andersen, H. H./Mühlbacher, A.* (2006): Entwicklung eines Verfahrens zur Berechnung der körperlichen und psychischen Summenskalen auf Basis der SOEP-Version des SF 12 (Algorithmus), in: *Data Documentation DIW*, Jg. 16, 1–14.
- Paul, K./Moser, K.* (2001): Negatives psychisches Befinden als Wirkung und als Ursache von Arbeitslosigkeit., in: *Zempel, J./Bacher, J./Moser, K.* (Hrsg.): *Erwerbslosigkeit: Ursachen, Auswirkungen und Interventionen*, 83–110, Opladen.
- (2006): Incongruence as an explanation for the negative mental health effects of unemployment. Meta-analytic evidence, in: *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, Jg. 79, 595–621.
- (2007): Arbeitslosigkeit, in: *Moser, K.* (Hrsg.): *Wirtschaftspsychologie*, 285–305, Heidelberg.
- (2009): Unemployment impairs mental health: Meta-analyses, in: *Journal of Vocational Behavior*, Jg. 74, 264–282.
- Pech, E./Freude, G.* (2010): Zusammenhang zwischen eingeschränktem Gesundheitszustand und Arbeitslosigkeit.
- Polanyi, M./Tompa, E.* (2004): Rethinking work-health models for the new global economy: A qualitative analysis of emerging dimensions of work, in: *Work: A Journal of Prevention, Assessment and Rehabilitation*, Jg. 23, Heft 1, 3–18.
- Reims, N./Bauer, U.* (2015): Labour market status and well-being in the context of return to work after vocational rehabilitation in Germany., in: *Journal of Occupational Rehabilitation*, Jg. 25, Heft 3, 543–556.
- Reims, N./Gruber, S.* (2014): Junge Rehabilitanden in der Ausbildung am Übergang in den Arbeitsmarkt, in: *Rehabilitation*, Heft EFirst, 8.
- Salyers, M. P./Bosworth, H. B./Swanson, J. W./Lamb-Pagone, J./Osher, F. C.* (2000): Reliability and Validity of the SF-12 Health Survey Among People with Severe Mental Illness, in: *Medical Care*, Jg. 38, Heft 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.
- Schmitz, H.* (2011): Why are the unemployed in worse health? The causal effect of unemployment on health, in: *Labour Economics*, Jg. 18, 71–78.
- Schuring, M./Mackenbach, T./Voorham, T./Burdorf, A.* (2011): The effect of re-employment on perceived health, in: *Journal of Epidemiology and Community Health*, Jg. 65, 639–644.
- Siegrist, J./Dragano, N.* (2006): Berufliche Belastungen und Gesundheit, in: *Wendt, C./Wolf, C.* (Hrsg.): *Soziologie der Gesundheit*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften 2006, S. 109–124.
- Turner, J. B./Turner, R. J.* (2004): Physical Disability, Unemployment, and Mental Health, in: *Rehabilitation Psychology*, Jg. 49, Heft 3, 241–249.
- Ware, J. E./Kosinski, M./Keller, S. D.* (1996): A 12-Item Short-Form Health Survey – Construction Scales and Preliminary-Tests of Reliability and Validity, in: *Medical Care*, Jg. 34, Heft 3, 220–233.
- Warr, P.* (2007): *Work, Happiness and Unhappiness*, Mahwah NJ.
- Welti, F.* (2014): Behinderung als Rechtsbegriff, in: *Reha-Recht: Diskussionsforum Rehabilitation- und Teilhaberecht*, Jg. 22/2014, 1–8.
- Wooldridge, J. M.* (2010): *Econometric Analysis of Cross Section and Panel Data*, Cambridge, London.
- Wuppinger, J./Rauch, A.* (2010): Wiedereingliederung in den Arbeitsmarkt im Rahmen beruflicher Rehabilitation: Maßnahmeteilnahme, Beschäftigungschancen und Arbeitsloskeitsrisiko. Pp. 1–43 in *IAB-Forschungsbericht 01/2010*, edited by IAB. Nürnberg.