

Institut für Arbeitsmarkt-
und Berufsforschung

Die Forschungseinrichtung der
Bundesagentur für Arbeit

IAB

IAB-Forschungsbericht 1/2010

Aktuelle Ergebnisse aus der Projektarbeit des Instituts für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung

Wiedereingliederung in den Arbeitsmarkt im Rahmen beruflicher Rehabilitation

Maßnahmeteilnahme, Beschäftigungschancen und
Arbeitslosigkeitsrisiko

Johanna Wuppinger
Angela Rauch

Wiedereingliederung in den Arbeitsmarkt im Rahmen beruflicher Rehabilitation

Maßnahmeteilnahme, Beschäftigungschancen und
Arbeitslosigkeitsrisiko

Johanna Wuppinger (bis 31.08.2009 IAB)

Angela Rauch (IAB)

Mit der Publikation von Forschungsberichten will das IAB der Fachöffentlichkeit Einblick in seine laufenden Arbeiten geben. Die Berichte sollen aber auch den Forscherinnen und Forschern einen unkomplizierten und raschen Zugang zum Markt verschaffen. Vor allem längere Zwischen- aber auch Endberichte aus der empirischen Projektarbeit bilden die Basis der Reihe.

By publishing the Forschungsberichte (Research Reports) IAB intends to give professional circles insights into its current work. At the same time the reports are aimed at providing researchers with quick and uncomplicated access to the market.

Inhaltsverzeichnis

Zusammenfassung.....	4
Abstract.....	5
1 Einleitung.....	6
2 Datengrundlage und Forschungsdesign.....	9
3 Teilnehmerstrukturen.....	11
4 Maßnahmeteilnahme.....	14
4.1 Die häufigsten Hauptmaßnahmegruppen.....	14
4.2 Zugangswahrscheinlichkeiten - wer nimmt an welcher Hauptmaßnahme teil?.....	17
4.3 Subjektiver Maßnahmeerfolg – Bewertungen der drei wichtigsten Maßnahmegruppen durch die Teilnehmer.....	21
5 Chancen und Risiken: Erwerbsstatus ein halbes Jahr nach Ende der Hauptmaßnahme.....	24
5.1 Arbeitsmarktstatus ein halbes Jahr nach der Maßnahmeteilnahme.....	24
5.2 Erwerbschancen.....	30
5.3 Arbeitslosigkeitsrisiko.....	33
5.4 Zusammenfassung des Übergangsgeschehens sechs Monate nach Maßnahmeende.....	36
6 Resümee.....	37
Literatur.....	39

Zusammenfassung

Erwerbsarbeit ist einer der wichtigsten Aspekte gesellschaftlicher Teilhabe. Berufliche Rehabilitation dient dazu, diese Teilhabe (wieder-) herzustellen und auf Dauer zu sichern. Über die arbeitsmarktintegrative Wirkung dieser Teilhabeleistungen ist allerdings wenig bekannt. Im Gegensatz zum Bereich der medizinischen Rehabilitation ist das Feld der beruflichen Rehabilitation weniger intensiv beforscht. So liegen bisher kaum Erkenntnisse zu Maßnahmeteilnahmen von Rehabilitanden, deren Bewertung durch die Teilnehmer sowie zu Verbleibsmustern nach Ende der Maßnahme vor. In diese Lücke zielt der vorliegende Bericht.

Datengrundlage ist eine IAB-Befragung von Rehabilitanden, die im Jahr 2006 eine Maßnahme bei der Bundesagentur für Arbeit abgeschlossen haben. Der Fokus dieses Forschungsberichtes liegt auf den drei wichtigsten Hauptmaßnahmegruppen, die die Befragten durchlaufen haben: Orientierungs- und Trainingsmaßnahmen, Weiterbildungs- und Qualifizierungsmaßnahmen und Beschäftigung schaffende Maßnahmen.

Die Wahrscheinlichkeit an einer dieser Maßnahmegruppen teil zu nehmen, wird von verschiedenen Faktoren bestimmt. Vor allem das Alter, die schulischen und beruflichen Bildungsabschlüsse, die kumulierte Arbeitslosigkeitserfahrung, aber auch die Lage auf dem regionalen Arbeitsmarkt beeinflussen den Zugang zu einzelnen Maßnahmegruppen. Die kumulierte Dauer der Krankheitszeiten aber auch das Alter, in dem die Behinderung eingetreten ist, spielen interessanterweise keine Rolle.

Die Teilnehmer an den drei wichtigsten Maßnahmegruppen schätzen ihren individuellen Nutzen für ihre berufliche Leistungsfähigkeit oder das Coping mit der Erkrankung sehr unterschiedlich ein. Weiterbildungsmaßnahmen schneiden dabei am positivsten ab, Orientierungs- und Trainingsmaßnahmen werden insgesamt etwas zurückhaltender bewertet, deutlich schlechtere Einschätzungen finden sich bei Beschäftigung schaffenden Maßnahmen.

Sechs Monate nach Ende der Maßnahme zeigt sich, dass das Risiko arbeitslos zu sein für Personen steigt, die keinen Schulabschluss oder aber einen Förderschulabschluss erworben haben. Gleiches gilt für längere kumulierte Arbeitslosigkeitserfahrung oder bei Rehabilitanden, die in ländlichen Regionen wohnen.

Die Erwerbschancen werden u. a. vom Zeitpunkt des Auftretens der Behinderung beeinflusst: Rehabilitanden, deren Behinderung im jungen Erwachsenenalter aufgetreten ist, haben bessere Erwerbschancen als diejenigen mit angeborenen Behinderungen. Auch mindestens eine sozialversicherungspflichtige Beschäftigung vor der Rehabilitation sowie das Wohnen in städtisch geprägten Regionen steigern die Erwerbschancen.

Abstract

Employment plays an important role within the context of social inclusion. Vocational rehabilitation for people with disabilities is supporting the restoring of labour market inclusion and to ensure it in the long run. But the effects of vocational rehabilitation on labour market integration for people with disabilities are relatively unknown. Contrary to evaluation in the field of medical rehabilitation there is only marginal research here. That applies to participation in measurements or appraisal of the rehabilitants as well as occupational integration after measurements. This article aims to fill in the blank.

A survey of the Institute for Employment Research (IAB) is used that covers data on vocational rehabilitants with disabilities, who completed a measurement within the German Federal Employment Agency in the year 2006. Thereby the article is focusing on three main measurement groups: “orientation and training”, “further training and qualification” and “job creation measures”.

The probability of participating on one of these measures is depending on several factors: Age, schooling, vocational education and cumulated unemployment duration as well as regional employment situation. The cumulate duration of illness and the point in time when the disability occurred have no effect.

Due to their disability the participants appraise their personal benefit differently, regarding on occupational capability or strategies to cope with their disability: Further training and qualification are rated positively, orientation and training are valued more reluctantly and job creation measures were rated lowest.

Six months after the measurement the risk of unemployment is higher for those with no school leaving certificate or longer periods of unemployment duration. Besides this, regional aspects play a significant role.

Gainful employment is depending on the point in time when disability occurred: rehabilitants whose disability occurred in younger adulthood have a higher chance to be in employment than those with congenital diseases. Living in urban regions and having been employed at least once before rehabilitation also helps getting employed again.

1 Einleitung

Die Teilhabe von Menschen mit Behinderung¹ am Leben in der Gesellschaft ist eine zentrale sozialpolitische Aufgabe. Die Prinzipien dieser Teilhabe sind im Sozialgesetzbuch IX „Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen“ kodifiziert. Mit seiner Einführung im Jahr 2001 wurde der Fokus auf Teilhabe und Selbstbestimmung von Menschen mit Behinderungen gesetzt (Welti 2005).

Dabei gelten Menschen als 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 eine Teilhabe am Leben in der Gesellschaft beeinträchtigt ist. Sie sind von Behinderung bedroht, wenn die Beeinträchtigung zu erwarten ist“ (§ 2 Abs. 1 SGB IX).

Einer der wichtigsten Aspekte gesellschaftlicher Teilhabe ist die Integration in das System der Erwerbsarbeit. Denn diese Integration ist für Menschen mit und ohne Behinderungen eine wichtige Voraussetzung dafür, am Leben in der Gesellschaft teilzuhaben. Neben dem Gelderwerb als Grundlage eines selbständigen Lebensunterhaltes und den mit Erwerbsbeteiligung verbundenen Zugangschancen zu sozialen Sicherungseinrichtungen beinhaltet Erwerbsarbeit weitere Aspekte, die von Jahoda (1982) die latenten Funktionen von Erwerbsarbeit genannt werden. Dazu gehören soziale Kontakte außerhalb des engeren sozialen Netzes, aber auch die Verfolgung gemeinsamer Ziele und eine feste Zeitstruktur. Aus arbeitssoziologischer Perspektive hinzuzufügen sind konkrete Sinnerfahrung und soziale Anerkennung, sozialer Status und Berufsprestige. All diese Funktionen sind nur schwer, und vor allem nicht gebündelt wie in Erwerbsarbeit, durch andere gesellschaftliche Angebote zu ersetzen. Daher setzt auch das Sozialgesetzbuch IX hier einen Schwerpunkt.

Es formuliert das Ziel, die Erwerbsfähigkeit behinderter oder von Behinderung bedrohter Menschen herzustellen oder wiederherzustellen und ihre Teilhabe am Arbeitsleben auf Dauer zu sichern (§ 1 und § 4 SGB IX). Dazu erhalten sie alle Leistungen, die wegen Art oder Schwere der Behinderung zur Erreichung dieses Ziels erforderlich sind.

Hier verbinden sich zwei wesentliche Elemente: Eine dauerhafte Sicherung der Erwerbsarbeit sowie die Förderung, die sich an den Neigungen und Fähigkeiten des Einzelnen ausrichten soll. Angestrebt wird die selbstbestimmte und eigenverantwortliche Teilhabe behinderter Menschen am Leben in der Gesellschaft. Die dafür notwendigen Hilfen sollen unabhängig von der Ursache der Behinderung geleistet werden. Die Hilfe soll individuell auf die konkrete Bedarfssituation des Einzelfalls zugeschnitten werden. Die Rehabilitation muss dieser Bedarfssituation mit geeigneten Mitteln gerecht werden.

¹ Zur besseren Lesbarkeit werden die Begriffe „gesundheitliche Einschränkungen“ und (amtlich anerkannte) „Behinderung“ synonym verwendet.

Dabei ist nicht bei jedem Menschen mit einer gesundheitlichen Einschränkung oder (Schwer-)Behinderung zwangsläufig die Notwendigkeit für eine berufliche Rehabilitation gegeben. Vielmehr wird unter Berücksichtigung der Umstände des Einzelfalls über den individuellen Rehabilitationsbedarf entschieden.

Berufliche Rehabilitation ist somit der Weg, auf dem die Beschäftigungsfähigkeit erstmals hergestellt bzw. wieder hergestellt wird. Für diese Leistungen sind unterschiedliche Träger und Institutionen mit unterschiedlichen Leistungsgesetzen zuständig.² Träger beruflicher Rehabilitation sind neben der Bundesagentur für Arbeit (BA) u. a. die Deutsche Rentenversicherung (DRV) und die Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung. Dabei erfolgt die Erbringung der Leistungen bei den einzelnen Trägern auf Basis der jeweils gültigen Leistungsgesetze der einzelnen Träger.

Im Fall der BA ist dies das Sozialgesetzbuch III „Arbeitsförderung“ in Verbindung mit dem SGB IX. Für die Träger der „Grundsicherung für Arbeitsuchende“ (SGB II) sind die Leistungen beruflicher Rehabilitation über den § 16 Abs. 1 SGB II in Verbindung mit dem SGB III geregelt. Der (individuelle) Handlungsbedarf wird im Fall der BA und der SGB-II-Träger mit den in § 19 SGB III definierten eingeschränkten Teilhabechancen am Erwerbsleben bestimmt und beurteilt.³ Nach dieser Prüfung erfolgt eine Anerkennung als beruflicher Rehabilitand. Dabei führt die BA auch die Status-Anerkennung für die Arbeitslosengeld-II-Empfänger durch, da sie auch Träger beruflicher Rehabilitation für diejenigen Personen ist, die sich im Rechtskreis SGB II befinden.

Aus verwaltungstechnischen Gründen, aber vor allem weil hier zwei deutlich unterschiedliche Zielgruppen angesprochen werden, wird bei der Förderung beruflicher Rehabilitation im Rahmen der BA zwischen Erst- und Wiedereingliederung unterschieden. In einer Ersteingliederung finden sich junge behinderte oder von einer Behinderung bedrohte Menschen. Ziel ist eine erfolgreiche berufliche Ersteingliederung auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt. Berufliche Wiedereingliederung erwachsener Menschen zielt meist auf eine berufliche Um- oder Neuorientierung, aber auch auf den Erhalt eines bestehenden Arbeitsverhältnisses durch geeignete Maßnahmen. Das Maßnahmespektrum geht hier von technischen Hilfsmitteln zum Erhalt eines Arbeitsplatzes bis hin zur Umschulung in einen neuen Beruf.

Die dabei angebotenen Leistungen zur Teilhabe differenzieren sich in allgemeine und besondere Leistungen. Nach dem Grundsatz „so allgemein wie möglich, so

² Leistungen der beruflichen Rehabilitation werden in Deutschland von verschiedenen Trägern erbracht. Dies geht auf ein historisch gewachsenes System der Risikoordnung zurück, in dem derjenige Träger für die Leistung aufkommt, der das Risiko des Scheiterns trägt. Auf Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben der anderen Rehabilitationsträger wird in dem vorliegenden Beitrag nicht eingegangen.

³ Das SGB III definiert den Begriff „Behinderung“ für seinen Geltungsbereich ausdrücklich über eingeschränkte Teilhabechancen am Arbeitsleben. Personen, die wegen Art oder Schwere ihrer Behinderung Hilfe benötigen, um am Arbeitsleben teilhaben zu können, werden als Behindert im Sinne dieses Leistungsgesetzes definiert.

spezifisch wie nötig“, werden Leistungen zur Teilhabe im Rahmen von allgemeinen arbeitsmarktpolitischen Maßnahmen angeboten, die auch nichtbehinderten Teilnehmern offen stehen. Die besonderen Leistungen sind dagegen auf behindertenspezifische Besonderheiten ausgerichtet und werden erbracht, „soweit nicht bereits durch die allgemeinen Leistungen eine Teilhabe am Arbeitsleben erreicht werden kann“ (§ 98 SGB III). Die Unterschiede im Förderbedarf machen die seit 2008 in der Förderstatistik der BA explizit benannten drei Förderkategorien deutlich (Bundesagentur für Arbeit 2008):

Förderkategorie I: Die individuelle Bedarfssituation kann mit den allgemeinen (Regel-)Leistungen des SGB III abgedeckt werden.

Förderkategorie II: Die individuelle Bedarfssituation erfordert die Teilnahme an einer rehaspezifisch ausgestalteten Maßnahme.

Förderkategorie III: Wegen Art oder Schwere der Behinderung oder zur Sicherung des Rehabilitationserfolges ist die Teilnahme in einer Einrichtung der beruflichen Rehabilitation unerlässlich.

Die Unterstützung der beruflichen Eingliederung von Menschen mit Behinderungen findet mit großem finanziellem Einsatz statt: Alleine die BA als größter Träger beruflicher Rehabilitation hat im Jahr 2008 aus dem Budget SGB III für die Teilhabe behinderter Menschen am Arbeitsleben 2,30 Mrd. € investiert (Bundesagentur für Arbeit 2008: 47).⁴ Die Ausgaben im Bereich SGB II für Reha-Leistungen lagen 2008 109 Mio. € (ders.). Dabei wurden 2008 46.640 Personen im Rahmen der Wiedereingliederung⁵ als beruflicher Rehabilitand anerkannt und es erfolgten 29.536 Eintritte von Rehabilitanden in rehaspezifische Maßnahmen (Bundesagentur für Arbeit 2009).⁶ Eintritte in allgemeine Maßnahmen wie Arbeitsgelegenheiten (AGH) können zurzeit nicht trennscharf ausgewiesen werden.

Über die arbeitsmarktintegrative Wirkung der Teilhabeleistungen ist wenig bekannt. Im Gegensatz zum Bereich der medizinischen Rehabilitation ist das Feld der beruflichen Rehabilitation bisher weniger intensiv beforscht. Berufliche Rehabilitation als Maßnahme der aktiven Arbeitsmarktpolitik stand bisher nicht im Fokus der allgemeinen Arbeitsmarktforschung und es liegen wenige Analysen von Instrumenten und Programmen⁷ vor: Einige zielgruppenspezifische Forschungsarbeiten nehmen z. B. die Integration psychisch kranker Menschen (Watzke 2005) bzw. von Personen mit spezifischen Diagnosen, wie Schizophrenie in den Blick (Brieger et al. 2006). Der Verbleib von beruflichen Rehabilitanden nach Maßnahmen einzelner

⁴ Erst- und Wiedereingliederung.

⁵ Darunter: 32.920 Personen im Rechtskreis SGB III, 13.720 Personen im Rechtskreis SGB II.

⁶ Diese Zahl bezieht sich auf Maßnahmeeintritte, nicht Personen. Eine Person kann in einem Jahr an mehreren Maßnahmen teilgenommen haben.

⁷ Vgl. dazu auch DGRW 2005.

Träger wurde bisher hauptsächlich im Rahmen punktuell aufgelegter Bedarfsstudien untersucht (Vonderach 1997, Seyd 2000, Tews et al. 2003, Köster et al. 2007, Zeißig et al. 2004, Jansen et al. 2008).

Für umfangreiche Studien im Themenbereich berufliche Rehabilitation standen lange Zeit kaum geeignete Daten bzw. Datenquellen zur Verfügung. Heute liegen zwar verschiedene Prozessdatenquellen der großen Rehabilitationsträger (BA und DRV) vor, da diese aber zumeist im Verwaltungshandeln entstehen, werden unterschiedliche Merkmale, die für die Personengruppe der Rehabilitanden unverzichtbar sind - wie z. B. der aktuelle Gesundheitszustand - häufig nicht erhoben.

Auch umfangreiche Befragungen wurden kaum aufgelegt, da Menschen mit gesundheitlichen Einschränkungen als ungeeignete Zielgruppe von Befragungen galten. In der Folge wurde von diesen Studien weitgehend abgesehen. Damit liegen bisher keine näheren Erkenntnisse zu Strukturinformationen der Maßnahmeteilnahme, deren Bewertung durch die Teilnehmer sowie die Verbleibsmuster nach Ende der Maßnahme vor. In diese Lücke zielt der vorliegende Bericht. Er fokussiert auf die Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben, wie sie im Rahmen der beruflichen Rehabilitation von der Bundesagentur für Arbeit angeboten werden, und zwar im Bereich der Wiedereingliederung. Grundlage ist ein im Rahmen des Forschungsauftrags nach § 55 SGB II im IAB aufgelegtes Projekt zur Evaluation beruflicher Rehabilitation.

2 Datengrundlage und Forschungsdesign

Das IAB hat eine Befragung von Rehabilitanden durchgeführt. Ziel war es u. a., Erkenntnisse über Maßnahmezuweisungen, Maßnahmeverlauf sowie des weiteren Erwerbsverlaufs nach Ende der Rehabilitation auf individueller Ebene zu gewinnen. Daneben sollten erstmals ausführliche Strukturinformationen zu beruflichen Rehabilitanden darstellbar sein. In die Befragung einbezogen wurden Rehabilitanden, die im Jahr 2006 eine Maßnahme (allgemein oder rehabilitationsspezifisch) der Bundesagentur für Arbeit abgeschlossen haben. Die Stichprobenziehung erfolgte aus Prozessdaten der BA.⁸ Sie war disproportional geschichtet nach sieben Maßnahmekategorien⁹, innerhalb der expliziten Schichtungskriterien wurde proportional zur Grundgesamtheit nach Behinderungsart (aggregiert), Geschlecht, Altersgruppe, dem Quartal des Maßnahmeendes und der Region (aggregiert) gezogen.

⁸ Mit großem Dank an die Kolleginnen und Kollegen von ITM für die große Unterstützung im Prozessverlauf namentlich (aber nicht ausschließlich): Katrin Burchard, Cerstin Erler, Elmar Kellner, Roland Konstanty, Hassan Siami und Ulrich Thomsen.

⁹ (1) Beratung und Unterstützung der Arbeitsuche allgemein; (2) Qualifizierung allgemein; (3) Qualifizierung Reha; (4) Berufsberatung und Förderung der Berufsausbildung; (5) Beschäftigungsbegleitende Leistungen allgemein; (6) Beschäftigungsbegleitende Leistungen Reha; (7) Beschäftigung schaffende Leistungen allgemein.

Befragt wurden mittels einer telefonischen Erhebung N=1.961 Personen in Ersteingliederung und N=2.096 Personen in Wiedereingliederung in der ersten Welle im Jahr 2007. Die Ausschöpfungsquote der bereinigten Stichprobe in der ersten Welle betrug damit 55 Prozent.¹⁰

Das Erhebungsinstrument enthält zum einen Querschnittfragen zur Person, zur Gesundheit sowie zu den Erfahrungen mit der beruflichen Rehabilitationsmaßnahme. Zum anderen umfasst es einen ausführlichen Längsschnitt. Es erfolgte eine retrospektive chronologische Erfassung der Ausbildungs- und Erwerbsbiographie seit Verlassen der Schule sowie einer ausführlichen schulischen Biographie bei Personen in Ersteingliederung, um eine Zeitraumbetrachtung zu ermöglichen. Dabei wurden unterschiedliche Nachfragen zu den einzelnen Ereignissen gestellt, wie im Rahmen der Schulbiographie Fragen zur Schulart, bei einer aktueller Erwerbstätigkeit Fragen zum Betrieb und zur Tätigkeit.

Auch der weitere Erwerbsverlauf nach Ende der Maßnahme wurde erhoben, ebenso wie eine subjektive Erfolgseinschätzung der einzelnen Maßnahmen bis hin zur Qualifikationsverwertung.

Allerdings ist hier einschränkend zu erwähnen, dass dabei nicht alle besuchten, sondern ausschließlich sogenannte Hauptmaßnahmen beurteilt wurden. Diese unterscheiden sich zu den in der Stichprobenziehung benutzten hoch aggregierten Maßnahmekategorien und sind deutlich kleinteiliger aggregiert.

Für die Nachfragen zu den Hauptmaßnahmen wurde die jeweils letzte Maßnahme - als eine Art „entscheidende Maßnahme“ - abgebildet. War dies bspw. eine Umschulung, so wurden die Fragen zu dieser Maßnahme gestellt. War z. B. die letzte abgefragte Maßnahme eine Kfz-Hilfe und der Befragte hatte zuvor an einer Umschulung teilgenommen, dann wurden die Fragen zur Einschätzung und Qualifikationsverwertung für diese Umschulungsmaßnahme gestellt. Grundbedingung war immer, dass diese Maßnahme nach der Anerkennung als Rehabilitand begonnen wurde.

Dieser Datensatz wurde, soweit die Befragten zugestimmt haben, mit Angaben aus den Prozessdaten der Bundesagentur für Arbeit zusammengespielt. Dies beinhaltet auch eine Clusterung der Arbeitsmarktregionen (Rüb et al. 2006). In dem vorliegenden Forschungsbericht werden nur Personen betrachtet, die im Rahmen einer beruflichen Wiedereingliederung gefördert wurden.¹¹ Auf Basis dieser Befragung wer-

¹⁰ Im Sommer 2008, ein Jahr nach der ersten Welle, ging eine zweite Befragungswelle ins Feld. Diese hatte spezifischere Nachfragen zu Hauptmaßnahmen und Gesundheitszustand zum Inhalt, außerdem wurde der retrospektive Teil zur Berufsbiographie komplettiert. Analysen der zweiten Welle sind in diesem Forschungsbericht nicht enthalten.

¹¹ Da sich die Personen in Erst- und Wiedereingliederung stark unterscheiden (Jugendliche in Erstausbildung vs. Erwachsene mit Erwerbserfahrung), müssen Analysen getrennt erfolgen.

den, neben einer Beschreibung der Strukturmerkmale der befragten Rehabilitanden, die folgenden Fragen bearbeitet:

- An welchen Maßnahmetypen nehmen Rehabilitanden mit spezifischen gesundheitlichen und qualifikatorischen Merkmalen teil? Berücksichtigt wurden nur die als „Hauptmaßnahmen“ definierten Maßnahmen.
- Wie werden die Hauptmaßnahmen von den Rehabilitanden hinsichtlich ihrer Relevanz für die eigene Arbeitsmarktsituation und den Umgang mit der eigenen gesundheitlichen Einschränkung bewertet?
- Welche Maßnahmetypen, welche Merkmale der Person und des regionalen Arbeitsmarktes erhöhen die Wahrscheinlichkeit, dass die Rehabilitanden sechs Monate nach Ende einer Maßnahme erwerbstätig oder arbeitslos sind?

3 Teilnehmerstrukturen

Im Folgenden werden zunächst Strukturmerkmale der Befragten beschrieben (Tabelle 1). Unter den Befragten finden sich - wie generell bei beruflicher Rehabilitanden - insgesamt mehr Männer als Frauen (66 bzw. 34 Prozent).¹² Die Altersverteilung lässt deutliche Schwerpunkte erkennen: Die befragten Rehabilitanden sind größtenteils im jüngeren Erwachsenenalter, vier von zehn sind jünger als 35 Jahre, ein knappes Drittel ist zwischen 36 und 45 Jahren alt.¹³ Im fortgeschrittenen Erwachsenenalter zwischen 46 und 55 Jahren sind 23 Prozent, älter als 55 Jahre nur noch sieben Prozent. Dies ist vermutlich dadurch begründet, dass Personen, die insgesamt länger als 15 Jahre sozialversicherungspflichtig beschäftigt waren, in der Regel durch den Rehabilitationsträger Deutsche Rentenversicherung betreut werden.

Ein detaillierterer Blick auf die gesundheitliche Situation zeigt, dass ein Großteil der Befragten unter mehr als einer gesundheitlichen Einschränkung leidet: die 2.096 Befragten machten 3.834 Angaben zu bestehenden gesundheitlichen Einschränkungen (hier waren Mehrfachnennungen möglich). Etwa die Hälfte der Rehabilitanden nennt körperliche Behinderungen, jeder Vierte berichtet von Allergien. 21 Prozent geben psychische Probleme an. Innere Erkrankungen, wie Krebs und Organschäden nennen weitere 20 Prozent. Weniger häufig sind Sinnesbehinderungen - 14 Prozent der Befragten haben eine Sehbehinderung, sieben Prozent eine Hörbehinderung.¹⁴ Lern- und Sprachbehinderungen liegen bei 12 Prozent der Befragten vor.

¹² Im Jahr 2006 waren unter den Abgängern aus beruflicher Rehabilitation (Wiedereingliederung) 64 Prozent Männer und 36 Prozent Frauen; 70 Prozent waren unter 35 Jahren, 22 Prozent zwischen 35 und 44 Jahren; 6 Prozent zwischen 45 und 54 Jahren und etwas zwei Prozent älter als 55 Jahre (Quelle: DWH der BA, eig. Berechnungen).

¹³ Diese und alle folgenden Deskriptionen beruhen auf gewichteten Befragungsdaten, nicht auf Prozessdaten der Bundesagentur für Arbeit.

¹⁴ Aufgrund der Art der Befragung mittels Telefoninterviews sind stärker Hörgeschädigte im Sample leicht untererfasst.

Tabelle 1
Strukturmerkmale der Rehabilitanden; in Prozent

Geschlecht	Frauen	34
	Männer	66
	<i>N</i> =	2096
Altersgruppen	bis 25	13
	26-35	28
	36-45	29
	46-55	23
	56 u. Ä.	7
	<i>N</i> =	2096
Behinderung, amtl. bescheinigt	ja, Bescheid	56
	Antrag gestellt	4
	nein	40
	<i>N</i> =	1828
Art der Behinderung	Körperliche Behinderung	49
	Sehbehinderung, Blindheit	14
	Hörbehinderung, Gehörlosigkeit	7
	Anfallsleiden, Epilepsie	6
	Innere Erkrankung, Organschaden	20
	Geistige Behinderung	2
	Psychische Probleme, psychische Erkrankung, psychische Behinderung	21
	Lernbehinderung, Sprachbehinderung	12
	Allergie	26
	Andere Behinderung	14
	Keine; verweigert; weiß nicht	13
	<i>N</i> =	3834

Quelle: Befragung von Rehabilitanden, Erste Welle; IAB, gewichtete Daten, eig. Berechnungen.

Insgesamt findet sich ein heterogenes Krankheitsspektrum, in dem Mehrfacherkrankungen keine Seltenheit sind. Inwieweit es sich bei diesen Einschränkungen um chronische Erkrankungen handelt, kann auf Basis der bestehenden Befragungsdaten nicht festgestellt werden. Es zeigt sich aber, dass die meisten Erkrankungen schon relativ lange bestehen. Insgesamt war knapp die Hälfte der Rehabilitanden bereits 10 Jahre vor dem Befragungszeitpunkt erkrankt, bei jedem Vierten liegt es 10 bis 19 Jahre zurück, bei weiteren 21 Prozent schon mehr als 20 Jahre. Etwas über die Hälfte (56 Prozent) der Befragten hat zudem eine amtlich festgestellte Behinderung.

Da die Beeinträchtigungen teilweise schon sehr lange bestehen und Mehrfachbelastungen weit verbreitet sind, stellt sich die Frage, wie die Rehabilitanden ihre Situation persönlich bewerten. Angesichts des vorhandenen Krankheitsspektrums zeigt sich ein sehr positives Bild: Etwa die Hälfte der Rehabilitanden berichtet zum Befragungszeitpunkt von einem guten bis sehr guten Gesundheitszustand, ein knappes Viertel schätzt die eigene gesundheitliche Situation schlecht bis sehr schlecht ein.¹⁵

¹⁵ Das restliche Viertel beschreibt seinen Gesundheitszustand mit „weder gut noch schlecht“.

Diese subjektiven Einschätzungen der Befragten beinhalten, anders als ärztliche Diagnosen, auch die psychische Verfassung der Befragten und sind von sozio-ökonomischen Rahmenbedingungen geprägt. In einer Vielzahl von Studien wurde die Eignung dieses subjektiven Indikators anerkannt (Miilumpalo et al. 1997; Manderbacka et al. 1998; Schwarze et al. 2000, Ahn 2002, Sen 2002, Romeu Gordo 2006), der ein verlässliches Bild der gesundheitlichen Gesamtsituation ermöglicht und zu meist ein besserer Indikator für eine mögliche Rückkehr ins Erwerbsleben ist als die ärztliche Diagnose.

Im Fragebogen waren zudem Einschätzungsfragen zur wahrgenommenen sozialen Integration unter dem Vorzeichen der eigenen eingeschränkten Gesundheit enthalten. Auch hier ziehen die Rehabilitanden eine überwiegend positive Bilanz: die wahrgenommene Sozialintegration wird durch die gesundheitlichen Probleme aus ihrer Sicht wenig eingeschränkt. So fühlen sich 88 Prozent der Befragten trotz gesundheitlicher Beschwerden als vollwertiges Mitglied der Gesellschaft, 80 Prozent sehen ihre persönlichen Kontakte durch die gesundheitlichen Einschränkungen nicht gefährdet.

Wie sich oben bereits gezeigt hat, sind die meisten Rehabilitanden in Wiedereingliederung in einem Alter, in dem mit hoher Wahrscheinlichkeit schulische und berufliche Qualifizierungen im Regelsystem abgeschlossen sind. Vergleicht man ihre Qualifikationsstruktur mit der Gesamtbevölkerung (Statistisches Bundesamt 2008) zeigt sich, dass die Schulabschlüsse der Rehabilitanden teilweise anders verteilt sind. Obwohl knapp 90 Prozent der Befragten die allgemeinbildende Schule mit einem Abschluss beendet haben, liegt der Anteil derer ohne Schulabschluss sieben Prozentpunkte über dem der Gesamtbevölkerung (Statistisches Bundesamt 2008). Gut die Hälfte der Befragten (54 Prozent) hat einen Hauptschulabschluss (inklusive sieben Prozent mit qualifizierendem Hauptschulabschluss) erworben – der Anteil in der Gesamtbevölkerung liegt mit 40 Prozent 14 Prozentpunkte darunter. Jeder dritte Rehabilitand hat die Schule mit der Mittleren Reife abgeschlossen, auch das sind anteilig mehr Personen als in der Gesamtbevölkerung (21 Prozent Realschulabsolventen). Sechs Prozent haben das Abitur gemacht, damit liegt ihr Anteil 18 Prozentpunkte unter dem der Gesamtbevölkerung (24 Prozent). Dreieinhalb Prozent der Rehabilitanden haben eine Förderschule besucht und dort einen Abschluss gemacht (hier liegt leider keine Vergleichsgröße vor). Die niedrigeren und mittleren Schulabschlüsse sind unter den Rehabilitanden im Vergleich also überrepräsentiert, ebenso Personen ohne Schulabschluss.

Geringer als in der Gesamtbevölkerung ist auch der Anteil derer mit abgeschlossener Berufsausbildung – mit 59 Prozent liegt er 12 Prozentpunkte unter dem Anteil in der Gesamtbevölkerung. Schlüsselt man dies nach Art des Berufsabschlusses detaillierter auf zeigt sich, dass etwa die Hälfte der Rehabilitanden ihren Abschluss im

Rahmen einer betrieblichen Berufsausbildung erworben hat.¹⁶ Weitere zehn Prozent machten ihren Abschluss an einer Berufsfachschule. Teilweise liegen aber auch Abschlüsse aus verschiedenen Weiterbildungsgängen vor: Jeder fünfte Rehabilitand mit Berufsabschluss gibt an, diesen im Rahmen einer Umschulung in Vollzeit erworben zu haben. Abschlüsse aus langfristigen Weiterbildungen (sieben Prozent) und beruflichen Zusatzqualifizierungen (acht Prozent) sind etwas seltener. 41 Prozent der Rehabilitanden hatten zum Befragungszeitpunkt keine Berufsausbildung abgeschlossen (29 Prozent in der Gesamtbevölkerung). Der Anteil der Ungelernten unter den Rehabilitanden ist im Vergleich zur Gesamtbevölkerung also erhöht.

Aufgrund des Gesundheitszustandes kann, wie in der Einleitung beschrieben, zur Wiederherstellung bzw. zum Erhalt der Beschäftigungsfähigkeit die Teilnahme an einer arbeitsmarktpolitischen Maßnahme notwendig sein. Wie Maßnahmeteilnahmen in der Befragtenpopulation verteilt sind, welche Merkmale die Teilnahmewahrscheinlichkeit an einem bestimmten Maßnahmetyp erhöhen und wie die Maßnahmen rückblickend bewertet werden, zeigt der folgende Abschnitt.

4 Maßnahmeteilnahme

Insgesamt sind Angaben zu 3.810 Maßnahmen im Datensatz vorhanden. Einige Rehabilitanden haben in ihrer Erwerbsbiographie also an mehr als einer Maßnahme teilgenommen. Um Erfahrungen aus Teilnehmerperspektive abzubilden, betrachten wir nur die Maßnahmen intensiver, die nach der Anerkennung als Rehabilitand durchlaufen wurden und zudem als Hauptmaßnahme gekennzeichnet wurden (s. o.). Insgesamt liegen Angaben zu 1.419 Hauptmaßnahmen vor.

Hier und bei allen folgenden Analysen ist zu beachten, dass nicht für alle Befragten zum Befragungszeitpunkt der ersten Welle bereits Angaben über den Status sechs Monate nach Ende der Maßnahmeteilnahme vorlagen. Es liegen Verbleibsinformationen für ein Drittel der befragten Rehabilitanden vor.

4.1 Die häufigsten Hauptmaßnahmegruppen

Die einzelnen Maßnahmetypen wurden sehr detailliert erfragt. Die Zellbesetzungen sind in der Folge teilweise so gering, dass sich kaum noch sinnvolle Aussagen machen lassen. Daher werden die einzelnen Maßnahmen in Anlehnung an Bernhard et al. (2008) in sechs übergeordnete Kategorien zusammengefasst (Tabelle 2).

¹⁶ Hier bestehen aufgrund unterschiedlicher Kategorienbildung leider kaum weitere Vergleichsmöglichkeiten mit der Gesamtbevölkerung.

Tabelle 2
Hauptmaßnahmen (gruppiert), an denen die befragten Rehabilitanden teilgenommen haben

	Hauptmaßnahmegruppen in Prozent
Orientierungs- und Trainingsmaßnahmen	26
Beschäftigung schaffende Maßnahmen	20
Weiterbildung und Qualifizierung	19
Beschäftigungsbegleitende Maßnahmen	13
Vermittlungsdienstleistungen	6
Behindertenspezifische Maßnahmen (z. B. Eingangsverfahren WfbM)	4
Sonstiges	11
Gesamt	100
N=1.419	

Quelle: Rehabilitandenbefragung 2007; eigene Berechnungen; gewichtete Daten.

Zum besseren Verständnis werden im Folgenden zunächst die einzelnen Maßnahmekategorien und deren Zielsetzungen näher erläutert.¹⁷

Ab 2005 wurden Orientierungs- und Trainingsmaßnahmen sowohl im Rechtskreis SGB III als auch SGB II eingesetzt. Aus der vorliegenden Befragung geht hervor, dass **Orientierungs- und Trainingsmaßnahmen** die größte Gruppe der Hauptmaßnahmen ausmachen. Jede vierte Hauptmaßnahme fällt in diese Kategorie. Es handelt sich meist um kurze Maßnahmen mit einer maximalen Dauer von zwölf Wochen. Inhaltlich decken diese Maßnahmen ein breites Spektrum ab: neben Kursen zum Themenkreis Bewerbung haben manche dieser Maßnahmen auch das Ziel der Kenntnisvermittlung in verschiedenen Berufsfeldern oder der Eignungsfeststellung. Teilweise werden die kurzen Maßnahmen aber auch eingesetzt, um die Verfügbarkeit von Arbeitslosen zu überprüfen (Bernhard et al. 2008).

Die zweitgrößte Gruppe sind **Beschäftigung schaffende Maßnahmen (hier ABM und AGH)**. Auf sie entfallen 20 Prozent der Hauptmaßnahmen. Es handelt sich um öffentlich geförderte Beschäftigung, die zeitlich befristet für besondere Problemgruppen des Arbeitsmarktes eingesetzt wird. Zum Erhebungszeitpunkt existierten drei sehr ähnliche Instrumente im Rahmen der BA. Dazu gehören Arbeitsbeschaffungsmaßnahmen (ABM), die bereits im Arbeitsförderungsgesetz 1969 verankert wurden. Sie standen zum Erhebungszeitpunkt im Rechtskreis SGB III sowie SGB II zur Verfügung. Darüber hinaus gibt es seit 2005 nur für Arbeitslosengeld-II-Empfänger Arbeitsgelegenheiten in zwei Varianten (Mehraufwands- und Entgeltvariante). Alle drei Maßnahmentearten verfolgen das Ziel, die Beschäftigungsfähigkeit der Teilnehmer zu erhöhen und auf diese Weise die Beschäftigungschancen zu erhö-

¹⁷ Maßnahmekategorien und Zielsetzungen zum Befragungszeitpunkt 2007. Änderungen innerhalb der Maßnahmeausrichtungen bzw. Abschaffung der Maßnahmen nach dem Jahr 2007 sind hier nicht berücksichtigt.

hen. Neben der Erkundung von persönlicher Eignung soll auch die soziale Integration der Teilnehmer gefördert werden (Bernhard et al. 2008: 39 ff).¹⁸

Die drittgrößte Gruppe der Hauptmaßnahmen sind mit 19 Prozent Maßnahmen der **Weiterbildung und Qualifizierung**. Diese Maßnahmen zielen darauf ab, nachfrageseitig die Passung der beruflichen Qualifikation zum Arbeitsangebot zu verbessern. Die Teilnehmer erwerben in Betrieben, Schulen, aber auch in überbetrieblichen Einrichtungen voll qualifizierende berufliche Ausbildungsabschlüsse. Häufig werden auch berufliche Teilqualifikationen oder kürzere Weiterbildungsinhalte vermittelt.

Beschäftigungsbegleitende Maßnahmen (hier EGZ, LKZ) machen 13 Prozent der Hauptmaßnahmen in der vorliegenden Befragung aus. Zu diesen Maßnahmen zählen unterschiedliche Varianten von Lohnkostenzuschüssen sowie der Gründungsförderung. Gefördert wird die Beschäftigung auf dem ersten Arbeitsmarkt mit dem Ziel die Vermittlungschancen in eine ungeforderte Beschäftigung zu verbessern. In der Förderung beruflicher Rehabilitanden sind vor allem Eingliederungszuschüsse (EGZ) und Lohnkostenzuschüsse (LKZ) von Bedeutung. EGZ werden als Ermessensleistungen an Arbeitgeber ausgezahlt, die Personen mit Vermittlungshemmnissen einstellen. Durch diese Förderung sollen die Arbeitskosten der Geförderten gesenkt, Produktionsnachteile ausgeglichen und der Erwerb von Berufserfahrung ermöglicht werden. Auch Lohnkostenzuschüsse sind zeitlich befristete Zuschüsse zum Arbeitsentgelt.¹⁹

Sechs Prozent der Hauptmaßnahmen in der Rehabilitandenstudie sind **Vermittlungsdienstleistungen**. Neben der Beratung und Unterstützung der Vermittlung durch die Bundesagentur für Arbeit mit ihren lokalen Arbeitsagenturen und einige Kommunen werden auch privatwirtschaftliche Unternehmen und Dienstleister in das Vermittlungsgeschäft eingebunden. Die Nachfrage nach Vermittlungsdienstleistungen erfolgt allerdings nicht über den Arbeitssuchenden direkt, sondern entweder über Vermittlungsgutscheine oder im Rahmen einer öffentlicher Ausschreibungen über die öffentlichen Träger der Arbeitsvermittlung. Diese Dienstleistungen beziehen sich entweder auf die gesamte Vermittlung oder auf Teilaufgaben aus dem Vermittlungsprozess wie die Erstellung von Klientenprofilen, sozial- oder arbeitsmarktintegratives Fallmanagement oder die Aktivierung der Eigenbemühungen durch Unterstützung des Bewerbungsprozesses (Bernhard et al. 2008: 17 ff).

Daneben gibt es zum Befragungszeitpunkt Personalserviceagenturen (PSA), die Mitarbeiter aus dem Arbeitslosenbestand auf Vorschlag der Träger der öffentlichen

¹⁸ Neben den bereits genannten gemeinsamen Zielen bestehen allerdings auch einige Unterschiede, z. B. was Ansprüche auf Arbeitslosengeldbezug nach Maßnahmeende und die Gebote der Zusätzlichkeit und Gemeinnützigkeit betrifft.

¹⁹ Für besonders betroffene schwerbehinderte Menschen gibt es zudem eine spezifische Förderung bei den Eingliederungszuschüssen.

Arbeitsvermittlung rekrutieren. Wie Zeitarbeitsunternehmen verleihen die PSA ihre Beschäftigten. Arbeitgeber haben mit Hilfe der PSA die Möglichkeit Mitarbeiter zu entleihen und zu geringen Kosten zu testen. Ziel ist, dass die Mitarbeiter nach dieser Testphase regulär eingestellt werden (Bernhard et al. 2008: 24 ff).

Mit vier Prozent bilden **Behindertenspezifische Maßnahmen (WfbM, Kfz-Hilfe etc.)** die kleinste Gruppe der Hauptmaßnahmen. Dazu zählt zum einen die Werkstatt für behinderte Menschen (WfbM). Sie richtet sich mit ihren Angeboten an Menschen, die wegen ihrer körperlichen, geistigen oder psychischen Beeinträchtigungen oder Besonderheiten nicht auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt tätig sein können. Außerdem zählt auch die Arbeitsassistenz zu dieser Kategorie. Eine Arbeitsassistenz unterstützt schwerbehinderte Menschen nach deren Anweisung bei ihrer Arbeit durch Hilfstätigkeiten. Auch Kfz-Hilfen gehen in diese Maßnahmegruppe ein. Schwerbehinderte Menschen können Unterstützung beim Führerschein aber auch bei der Beschaffung sowie der behindertengerechten Ausstattung eines Kraftfahrzeuges erhalten.

Die erfassten Hauptmaßnahmen unterscheiden sich deutlich in ihrer Ausrichtung und in ihrer Zielsetzung. Man kann daher annehmen, dass Rehabilitanden auf Grundlage bestimmter Merkmale der Person oder der regionalen Arbeitsmarktlage in spezifische Maßnahmetypen zugewiesen werden. In einem ersten Schritt wird daher betrachtet, wie sich die Zugangswahrscheinlichkeiten der Befragten in die einzelnen Hauptmaßnahmegruppen darstellen.

Da einige Maßnahmegruppen aber weniger stark besetzt sind als andere, werden alle folgenden Ergebnisse nur für die drei am häufigsten genannten Maßnahmegruppen – **Orientierungs- und Trainingsmaßnahmen, Beschäftigung schaffende Maßnahmen sowie Weiterbildungs- und Qualifizierungsmaßnahmen** – dargestellt:

4.2 Zugangswahrscheinlichkeiten - wer nimmt an welcher Hauptmaßnahme teil?

Um die Relevanz spezifischer Personenmerkmale für die Zuweisung in einen bestimmten Maßnahmetyp aufschlüsseln zu können, sind multivariate Analysen notwendig. Mittels logistischer Regression werden die relativen Wahrscheinlichkeiten für bestimmte Personengruppen (Personen mit und ohne Berufsausbildung, mit und ohne länger andauernde Krankheitserfahrung etc.) dafür berechnet, dass sie in der jeweiligen Maßnahmegruppe gefördert wurden – unter gleichzeitiger Kontrolle anderer Merkmale (Tabelle 3). Im Ergebnis können die Merkmale herausgearbeitet werden, die die Teilnahme an einer Maßnahmegruppe besonders wahrscheinlich machen (Dornette/Jacob 2006). In den Analysen werden die Merkmale Geschlecht, Alter, Schul und Ausbildungsabschluss, Mobilität, der Zeitpunkt zu dem diejenige Behinderung aufgetreten ist, die aus subjektiver Sicht die Erwerbstätigkeit am stärksten einschränkt, Erwerbs- und Arbeitslosigkeitserfahrung und längere Krankheitsepisoden berücksichtigt. Außerdem geht die Lage auf dem regionalen Arbeitsmarkt in die Analysen ein. Es werden nur die signifikanten Ergebnisse kommentiert.

Tabelle 3
Relative Zugangswahrscheinlichkeiten in die Maßnahmegruppen

	Eintrittswahrscheinlichkeiten in die drei größten Maßnahmegruppen								
	Orientierungs- und Trainingsmaßnahmen			Weiterbildungs- und Qualifizierungsmaßnahmen			Beschäftigung schaffende Maßnahmen		
	Odds Ratio	Sign.	S. E. (robust)	Odds Ratio	Sign.	S. E. (robust)	Odds Ratio	Sign.	S. E. (robust)
Geschlecht									
Männlich	RF	RF	RF	RF	RF	RF	RF	RF	RF
Weiblich	1,035		0,167	0,911		0,156	1,123		0,304
Alter									
17 bis 25	1,043		0,354	1,091		0,355	0,974		0,56
26 bis 35	0,756		0,171	2,017	***	0,441	0,683		0,246
36 bis 45	RF	RF	RF	RF	RF	RF	RF	RF	RF
46 und älter	0,931		0,237	0,373	***	0,111	0,874		0,303
Höchster Schulabschluss									
Hauptschulabschluss	RF	RF	RF	RF	RF	RF	RF	RF	RF
Qualifizierender Hauptschulabschluss	0,796		0,233	1,231		0,351	0,405		0,224
Mittlere Reife	0,656	*	0,124	1,189		0,241	0,499	*	0,141
Hochschulreife	0,45	**	0,148	1,579		0,432	0,491		0,232
Förderschule/kein Abschluss	0,97		0,253	0,803		0,25	0,753		0,282
Berufsausbildung									
Mit Berufsabschluss	RF	RF	RF	RF	RF	RF	RF	RF	RF
Ohne Berufsabschluss	0,622	*	0,126	1,47	*	0,272	0,941		0,266
Kfz-Führerschein									
Keinen Führerschein	RF	RF	RF	RF	RF	RF	RF	RF	RF
Führerschein	0,648	*	0,127	1,804	**	0,418	0,699		0,19
Alter, in dem die Behinderung aufgetreten ist									
Von Geburt an	RF	RF	RF	RF	RF	RF	RF	RF	RF
Unter 16 Jahre	1,21		0,366	1,278		0,418	0,833		0,353
17 bis 25 Jahre	1,047		0,295	1,514		0,436	0,547		0,23
26 bis 35 Jahre	1,044		0,315	1,668		0,517	0,55		0,236
36 bis 45 Jahre	0,847		0,306	2,02		0,766	0,583		0,263
46 und älter	1,072		0,453	1,54		0,826	0,763		0,411
Sozialversicherungspflichtige Beschäftigung									
Nie	RF	RF	RF	RF	RF	RF	RF	RF	RF
Mindestens 1x	0,901		0,265	1,077		0,317	1,25		0,607

Fortsetzung Tabelle 3

	Eintrittswahrscheinlichkeiten in die drei größten Maßnahmegruppen								
	Orientierungs- und Trainingsmaßnahmen			Weiterbildungs- und Qualifizierungsmaßnahmen			Beschäftigung schaffende Maßnahmen		
	Odds Ratio	Sign.	S. E. (robust)	Odds Ratio	Sign.	S. E. (robust)	Odds Ratio	Sign.	S. E. (robust)
Kumulierte Arbeitslosigkeitserfahrung									
Bis 1 Jahr	RF	RF	RF	RF	RF	RF	RF	RF	RF
1 bis 2 Jahre	1,051		0,314	1,277		0,297	4,356		4,84
2 bis 3 Jahre	2,073	**	0,613	0,914		0,236	23,892	***	24,975
3 bis 4 Jahre	2,204	**	0,688	0,694		0,197	22,612	**	23,851
4 Jahre und länger	2,5	***	0,71	0,535	**	0,131	26,254	**	27,407
Kumulierte Erkrankungsdauer									
Kürzer als 1 Jahr	RF	RF	RF	RF	RF	RF	RF	RF	RF
Länger als 1 Jahr	1,083		0,229	1,075		0,225	1,413		0,432
Arbeitsmarktregion									
Durchschn. Arbeitslosigkeit	RF	RF	RF	RF	RF	RF	RF	RF	RF
Ostdeutschl., schlechte Arbeitsmarktbeding.	0,75		0,156	1,077		0,225	2,043	**	0,598
Ländlich, mittelstandsstrukturiert	0,994		0,278	0,669		0,213	1,221		0,57
Zentren, günstige Arbeitsmarktlage	1,02		0,284	1,613		0,421	1,158		0,53
Städtisch geprägt, mäßige Dynamik	0,741		0,173	1,013		0,232	0,964		0,352
Pseudo r^2	0,053			0,109			0,13		
Richtig klassifizierte Fälle	81,51%			79,37%			92,58%		
Hosmer-Lemeshow-Test χ^2	6,24			11,52			10,3		
Prob>> χ^2	0,62			0,174			0,245		
N=	1152			1173			1173		

RF: Referenzkategorie; Angegeben sind die Exponentialwerte der Koeffizienten (Exp[β]). Sie geben an, um welchen Faktor ein Merkmal im Vergleich zur Referenzkategorie die Wahrscheinlichkeit eines Übergangs erhöht oder vermindert. Werte >1 bedeuten eine Risikoerhöhung, Werte <1 eine Risikoverminderung. S. E. = Standardfehler * $p \geq 0.05$; ** $p < 0.01$; *** $p < 0.001$

Quelle: IAB Rehabilitandenbefragung 2007; eigene Berechnungen.

Die Art der Behinderung spielt allerdings weder hier noch in allen folgenden Auswertungen eine Rolle, da fast alle Personen, die in die Analysen gingen, körperliche Beeinträchtigungen aufweisen.

Für die Teilnahme an **Orientierungs- und Trainingsmaßnahmen** ist zunächst die bereits vorhandene schulische und berufliche Bildung entscheidend. Rehabilitanden mit höheren Bildungsabschlüssen wie Mittlere Reife und Hochschulreife nehmen mit geringerer Wahrscheinlichkeit an Orientierungs- und Trainingsmaßnahmen teil als Personen mit Hauptschulabschluss. Personen mit abgeschlossener Berufsausbildung haben eine höhere Teilnahmewahrscheinlichkeit als Rehabilitanden ohne Berufsabschluss.

Außerdem beeinflusst, neben dem Besitz eines Führerscheins, die individuelle, kumulierte Arbeitslosigkeitsdauer die Teilnahmewahrscheinlichkeit. Rehabilitanden, die insgesamt in ihrem Erwerbsleben länger als 2 Jahre ohne Arbeit waren, nehmen mit höherer Wahrscheinlichkeit teil als Personen, die bis zu einem Jahr arbeitslos waren.

Die Teilnahmewahrscheinlichkeit an **Weiterbildungs- und Qualifizierungsmaßnahmen** hängt ebenfalls mit dem Berufsabschluss zusammen: Rehabilitanden ohne abgeschlossene Berufsausbildung nehmen mit höherer Wahrscheinlichkeit teil als Personen, die bereits eine Ausbildung abgeschlossen haben. Dies erscheint logisch und nachvollziehbar, sind diese Maßnahmen doch darauf ausgerichtet, Defizite in der beruflichen Bildung auszugleichen. Die Schulbildung hingegen hat keinen signifikanten Einfluss auf die Teilnahmewahrscheinlichkeit. Aber auch das Alter der Rehabilitanden spielt eine Rolle für die Teilnahme an Weiterbildungs- und Qualifizierungsmaßnahmen. So haben Personen im jüngeren Erwachsenenalter zwischen 26 und 35 Jahren eine höhere Teilnahmewahrscheinlichkeit als Rehabilitanden, die im Schnitt etwa 10 Jahre älter sind. Rehabilitanden, die älter als 46 Jahre sind, weisen hingegen eine geringere Teilnahmewahrscheinlichkeit auf. Älter als 35 Jahre alt zu sein bedeutet für berufliche Rehabilitanden also, dass die Wahrscheinlichkeit, an einer Weiterbildungs- und Qualifizierungsmaßnahme teilzunehmen, merklich abnimmt. Auch die kumulierte Arbeitslosigkeitserfahrung hat einen Einfluss. Sie spielt allerdings erst ab vier Jahren Gesamtdauer eine Rolle. Wer insgesamt länger als vier Jahre arbeitslos war, nimmt mit niedrigerer Wahrscheinlichkeit teil als Personen, die kürzer als ein Jahr arbeitslos waren. Schließlich ist auch die persönliche Mobilität entscheidend für die Teilnahme: Personen mit Führerschein, für die eine gewisse regionale Flexibilität unterstellt werden kann, haben eine erhöhte Teilnahmewahrscheinlichkeit.

Als dritte und letzte Gruppe werden die Zugangswahrscheinlichkeiten in **Beschäftigung schaffende Maßnahmen** betrachtet. Auch hier spielt die Bildung eine Rolle, allerdings ausschließlich die schulische. Rehabilitanden, die die Schule mit Mittlerer Reife abgeschlossen haben, nehmen mit geringerer Wahrscheinlichkeit an einer Beschäftigung schaffenden Maßnahme teil als Rehabilitanden mit Hauptschulab-

schluss. Der kumulierten Arbeitslosigkeitsdauer kommt ebenfalls signifikante Bedeutung zu. Wer insgesamt länger als zwei Jahre arbeitslos war, nimmt mit höherer Wahrscheinlichkeit an einer Beschäftigung schaffenden Maßnahme teil als Rehabilitanden, die kürzer als ein Jahr ohne Arbeit waren. Einzig bei dieser Maßnahmengruppe spielt außerdem die Lage auf dem regionalen Arbeitsmarkt eine Rolle. Rehabilitanden, die in Ostdeutschland in Regionen mit schlechten Arbeitsmarktbedingungen leben, nehmen mit signifikant höherer Wahrscheinlichkeit an einer Beschäftigung schaffenden Maßnahme teil als Personen aus einer Region mit durchschnittlicher Arbeitsmarktlage.

Zusammenfassend wird deutlich, dass verschiedene Personenmerkmale der Teilnehmer, wie Alter, schulische und berufliche Bildungsabschlüsse, kumulierte Arbeitslosigkeitserfahrung, aber auch die Lage auf dem regionalen Arbeitsmarkt entscheidenden Einfluss auf die Teilnahmewahrscheinlichkeiten haben. Aber obwohl die untersuchten Hauptmaßnahmengruppen als Instrumente der Förderung von Rehabilitanden eingesetzt wurden, beeinflussen weder kumulierte Krankheitszeiten noch das Alter in dem die Behinderung aufgetreten ist, die Teilnahmewahrscheinlichkeiten. Da es sich um Befragungsdaten handelt, kann hier aber nicht unterschieden werden, ob es sich bei den untersuchten Hauptmaßnahmen um allgemeine oder spezifische Rehabilitationsmaßnahmen handelt.

Um ein umfassendes Bild der Maßnahmeteilnahme von beruflichen Rehabilitanden zu zeichnen, sind nicht nur die Zugangswege in die Hauptmaßnahmengruppen, sondern auch die Bewertung der Maßnahmen durch die Rehabilitanden von Interesse. In vier Einschätzungsfragen wurde die wahrgenommene Veränderung der beruflichen Orientierung, der beruflichen Leistungsfähigkeit, der Chancen auf dem Arbeitsmarkt sowie des Copings mit der Behinderung²⁰ nach der Teilnahme an einer Hauptmaßnahme erfragt. Die im Folgenden dargestellten Ergebnisse beziehen sich auf die drei am häufigsten besuchten Maßnahmengruppen - Orientierungs- und Trainingsmaßnahmen, Beschäftigung schaffende Maßnahmen sowie Weiterbildungs- und Qualifizierungsmaßnahmen.

4.3 Subjektiver Maßnahmeerfolg – Bewertungen der drei wichtigsten Maßnahmengruppen durch die Teilnehmer

Auch wenn die folgenden Ergebnisse reine Momentaufnahmen darstellen, erlauben die Bewertungen der Maßnahmen interessante Einschätzungen zu dem subjektiv wahrgenommenen Nutzen der Teilnahme.

²⁰ Zur Erhaltung der Erwerbsfähigkeit behinderter oder von Behinderung bedrohter Menschen und um ihre Teilhabe am Arbeitsleben möglichst auf Dauer zu sichern, sollen Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben nach § 33 Abs. 6 SGB IX auch die Verarbeitung der Krankheit oder Behinderung unterstützen und Selbsthilfepotentiale aktivieren.

Da keine bekannten vergleichbaren Ergebnisse zur Bewertung von Maßnahmegruppen vorliegen, die auch im Rahmen der beruflichen Rehabilitation angeboten werden, werden die Einschätzungen zu den drei genannten Maßnahmegruppen miteinander in Beziehung gesetzt (Tabelle 4). Es empfiehlt sich, bei der Bewertung der einzelnen Maßnahmegruppen auch die im vorherigen Abschnitt vorgestellten Zugangsselektivitäten im Gedächtnis zu behalten und diese als Interpretationshilfen für bestimmte Bewertungsmuster heranzuziehen. Die folgenden deskriptiven Angaben basieren auf gewichteten Daten.

Tabelle 4
Bewertungen der drei größten Hauptmaßnahmegruppen

	Orientierungs- und Trainingsmaßnahme		Weiterbildungs- und Qualifizierungsmaßnahmen		Beschäftigung schaffende Maßnahmen	
	Stimme zu	Stimme nicht zu	Stimme zu	Stimme nicht zu	Stimme zu	Stimme nicht zu
in Prozent						
Durch die Maßnahme ...						
Bessere berufliche Orientierung	40,8	59,2	56,9	43,1	25,8	74,2
Bessere berufliche Leistungsfähigkeit	43,5	56,5	70,3	29,7	45,3	54,7
Bessere Chancen auf dem Arbeitsmarkt	39,5	60,5	59,1	40,9	13,1	86,9
Besseres Coping mit der Behinderung	32,6	67,4	42,8	57,2	36,2	63,8
N	308		351		153	

Die Antwortkategorien „stimme eher zu“ und „stimme zu“ wurden zu einer Kategorie zusammengefasst, die Kategorien „stimme eher nicht zu“ und „stimme gar nicht zu“ ebenfalls.

Quelle: Rehabilitandenbefragung 2007; eigene Berechnungen; gewichtete Daten.

Die berufliche Orientierung hat sich mit Hilfe der drei bewerteten Hauptmaßnahmegruppen teilweise verbessert. Der Aussage **„Nach der Maßnahme wusste ich besser was ich beruflich machen möchte“** stimmen 40 Prozent der Teilnehmer an Orientierungs- und Trainingsmaßnahmen zu. Bedenkt man, dass diese Maßnahmen der beruflichen Orientierung dienen sollen, verwundert, dass lediglich weniger als die Hälfte der Teilnehmer rückblickend ihre berufliche Orientierung schärfen konnte.

Ein Erklärungsansatz könnte in der Heterogenität der hier zu einer Kategorie zusammengefassten Maßnahmen liegen, die in Teilen unterschiedliche Zielsetzungen verfolgen. Personen, deren Verfügbarkeit durch die Teilnahme geprüft werden soll, bewerten die berufliche Orientierung vielleicht anders als Rehabilitanden, die vor einer beruflichen Neuorientierung stehen und eine Verbesserung rückblickend auch der Maßnahmeteilnahme zuschreiben: Diese nehmen eher an Weiterbildungs- und Qualifizierungsmaßnahmen teil, die hier deutlich positiver beurteilt werden: 57 Prozent stimmen der Aussage zu. Teilnehmer an Beschäftigung schaffenden Maßnahmen schätzen die Verbesserung ihrer beruflichen Orientierung nach der Maßnahme am geringsten ein, nur jeder Vierte ist rückblickend besser beruflich orientiert.

„Durch die Maßnahme hat sich meine berufliche Leistungsfähigkeit verbessert“: Dieser Aussage stimmen 43 Prozent der Teilnehmer an Orientierungs- und Trainingsmaßnahmen zu. Etwa gleich groß (45 Prozent) ist die Zustimmung unter den Rehabilitanden, die an einer Beschäftigung schaffenden Maßnahme teilgenommen haben. Aber mit 70 Prozent stimmt die Mehrheit der Teilnehmer an Weiterbildungsmaßnahmen der Aussage zu.

Damit wurde dieser Aspekt von allen abgefragten Typen am besten beurteilt. Der Erwerb neuer Qualifikationen oder die Erweiterung bestehender Qualifikationen vermittelt offenbar auch das Gefühl gestiegener Leistungsfähigkeit. Möglicherweise gilt für alle drei Maßnahmegruppen, dass alleine die Tatsache, erfolgreich an einer Maßnahme teilgenommen zu haben, das Vertrauen der Rehabilitanden in die eigene berufliche Leistungsfähigkeit stärkt.

„Durch die Teilnahme haben sich meine Chancen auf dem Arbeitsmarkt verbessert“: 40 Prozent der Teilnehmer an Orientierungs- und Trainingsmaßnahmen glauben, nun bessere Chancen auf dem Arbeitsmarkt zu haben. Das trifft auch auf über die Hälfte (59 Prozent) der Teilnehmer an Weiterbildungs- und Qualifizierungsmaßnahmen zu. Offenbar werden in diesen beiden Maßnahmegruppen Inhalte vermittelt oder spezifische Unterstützungen geleistet, die zumindest für einen Teil der Teilnehmer verbesserte Arbeitsmarktchancen erwarten lassen.

Deutlich geringer fällt die Zustimmung unter den Rehabilitanden aus, die an einer Beschäftigung schaffenden Maßnahme teilgenommen haben: 13 Prozent glauben an größere Chancen auf dem Arbeitsmarkt. Mit Blick auf die Zugangswahrscheinlichkeiten kann diese pessimistischere Haltung vermutlich nicht ausschließlich Maßnahmengattung und -inhalt zugeschrieben werden. Vielmehr kann sie auch dadurch begründet sein, dass hier mit hoher Wahrscheinlichkeit Rehabilitanden teilnehmen, die insgesamt auf lange Arbeitslosigkeitszeiten zurückblicken und die in Regionen mit eher ungünstiger Arbeitsmarktlage leben. Die Aussichten auf Arbeit allgemein und damit auch die individuellen Chancen auf dem Arbeitsmarkt können hier prinzipiell begrenzt sein, was sich evtl. auch in der Bewertung der Maßnahme niederschlägt.

Zwar wird die Teilnahme an einer Beschäftigung schaffenden Maßnahme zurückhaltend bewertet was die künftigen Arbeitsmarktchancen betrifft, der Umgang mit der eigenen Behinderung wird dadurch - zumindest für eine Teilgruppe - allerdings erleichtert. **„Durch die Teilnahme komme ich besser mit meiner Behinderung zurecht“:** Es zeigt sich, dass gut jeder dritte Teilnehmer an Beschäftigung schaffenden Maßnahmen (36 Prozent) nach der Maßnahme besser mit seiner Behinderung zurecht kommt. Gleiches gilt für Rehabilitanden, die an Orientierungs- und Trainingsmaßnahmen (33 Prozent) teilgenommen haben. Auch 43 Prozent der Teilnehmer an Weiterbildungsmaßnahmen stimmen dem Statement zu. Dies kann mit einer Verbesserung der psychischen Situation der Rehabilitanden zu tun haben, die im Rahmen der Maßnahme feststellen, dass sie auch mit gesundheitlicher Einschränkung bestimmte Tätigkeiten ausführen können.

Möglicherweise sind hier auch die von Marie Jahoda (1982) benannten latenten Funktionen der Erwerbstätigkeit wie regelmäßige Aktivität, die Arbeit an gemeinsamen Zielen, das eingebunden sein in soziale Beziehungen und andere Aspekte von Bedeutung. Eine Verbesserung des Copings gilt aber sicher nur für die Rehabilitanden, die sich in den jeweiligen Maßnahmen nicht überfordert oder durch ihre gesundheitliche Situation gehandicapt fühlen. In diesem Falle wird das Coping mit der Behinderung vermutlich nicht verbessert.

Insgesamt wären hier an vielen Stellen detailliertere Informationen wünschenswert. Tiefergehende Analysen, die auch individuelle Begründungen für die einzelnen Bewertungen liefern und diese damit nachvollziehbarer machen, können auf Basis der bestehenden Befragungsdaten nicht durchgeführt werden. Als Fazit lässt sich dennoch festhalten, dass die Teilnehmer an den drei wichtigsten Maßnahmegruppen den individuellen Nutzen ihrer Hauptmaßnahme sehr unterschiedlich einschätzen. Dies kann verschiedene Gründe haben, die u. a. mit individuellen Erwartungen an die Maßnahme, der eigenen gesundheitlichen Situation, aber auch mit der Arbeitsmarktlage vor Ort zusammenhängen können. Eine Übersicht der Bewertungsaspekte für alle drei Hauptmaßnahmegruppen bietet Tabelle 4.

Unabhängig davon, wie die Teilnehmer individuell den Nutzen ihrer Hauptmaßnahmen einschätzen, ist die Frage nach ihrem Arbeitsmarktstatus im Anschluss an die Teilnahme noch unbeantwortet. Dies ist Gegenstand des folgenden Abschnitts.

5 Chancen und Risiken: Erwerbsstatus ein halbes Jahr nach Ende der Hauptmaßnahme

5.1 Arbeitsmarktstatus ein halbes Jahr nach der Maßnahmeteilnahme

Den Analysen zum Erwerbsstatus direkt nach der Teilnahme an der Hauptmaßnahme liegen monatsgenaue Angaben der befragten Rehabilitanden über ihren Verbleib zugrunde. Zum gegenwärtigen Zeitpunkt sind Verbleibsinformationen für 671 Rehabilitanden vorhanden, deren Maßnahmeteilnahme so weit zurückliegt, dass Angaben zu ihrem Erwerbsstatus auch sechs Monate nach Ende der Maßnahme gemacht werden können.

Der Verbleib nach der Hauptmaßnahme kann sowohl von individuellen Merkmalen der Teilnehmer, von strukturellen und situativen Bedingungen als auch vom Maßnahmetyp abhängen. So kann dieselbe Maßnahme z. B. abhängig vom zuvor erreichten Schul- und Ausbildungsabschluss, der Berufserfahrung und der regionalen Arbeitmarktsituation unterschiedlich erfolgreich sein. Tabelle 5 weist differenzierte Übergangsquoten sechs Monate nach Ende der Maßnahme für einige wesentliche Merkmale aus.

Ein knappes Viertel der Rehabilitanden ist ein halbes Jahr nach Ende der Hauptmaßnahme in ungeförderter Beschäftigung, neun Prozent werden durch Leistungen an Arbeitgeber gefördert. Etwa die Hälfte ist arbeitslos und sieben Prozent sind in weitere Maßnahmen übergegangen. Nur zwei Prozent sind dauerhaft krank.

Tabelle 5
Arbeitsmarktstatus sechs Monate nach Maßnahmeende

	Verbleibsstatus; Angaben in Zeilenprozent, gewichtet							
	Erwerbstätig- keit	Erwerbstätig mit Arbeitgeber- leistungen	Arbeitslosigkeit	In Maßnahme	Krank	Sonstiges**	Gesamt	N
Aktueller Status	22,7	8,5	50,3	7,0	1,8	9,7	100	671
Geschlecht								
Männer	23,4	8,5	50,5	6,8	1,5	9,3	100	430
Frauen	21,5	8,5	50	7,6	2,3	10,1	100	241
Alter								
17 bis 25 Jahre	22,7	3,3	57,1	5,7	0,2	11	100	97
26 bis 35 Jahre	27	9,4	49,7	12,2	0,4	1,3	100	277
36 bis 45 Jahre	21,6	9,8	43,2	6,7	5,1	13,6	100	182
46 bis 55 Jahre	17,4	10,4	54,9	6,8	0,1	10,4	100	85
>55 Jahre	17,9	4,4	65,2	0	0	12,5	100	20
Schulabschluss								
Förderschule	7,5	10,8	77,7	0	0	4	100	21
Hauptschule	25,7	6,7	45,6	12,1	1,6	9,1	100	208
Quali*	33,1	8,5	48,6	5,6	0	4,2	100	67
Mittlere Reife	24,1	8,8	47,6	5,8	3,4	10,3	100	242
FH-Reife	13,7	33,3	47,6	1,2	1,7	2,5	100	19
Abitur	13,4	20,1	33,7	7,8	0,6	24,4	100	47
Kein Abschluss	15,4	1,5	68,8	0,6	0,2	13,5	100	61
Berufsausbildung								
Abgeschlossen	25,2	9	49,5	6,1	1,4	8,8	100	406
Ohne Abschluss	18,4	9,8	56,1	4,1	2,3	9,3	100	158
Kfz-Führerschein								
Führerschein	26,1	8,8	47,6	6,4	1,9	8,2	100	550
Kein Führerschein	11,3	7,3	59,4	9,3	1,5	11,2	100	121
Alter, in dem die Behinderung aufgetreten ist								
Von Geburt an	15,7	9	56,4	7,1	1,5	10,3	100	69
>16 Jahre	14,8	7	50	13,1	0	15,1	100	86
17 bis 25 Jahre	28,9	11,3	41,1	7,7	0,4	10,6	100	178
26 bis 35 Jahre	27,5	15	43,2	3,1	5,5	5,7	100	139
Älter als 35 Jahre	16,3	5,4	60,5	8	3,7	6,1	100	124

Fortsetzung Tabelle 5

	Verbleibsstatus; Angaben in Zeilenprozent, gewichtet							
	Erwerbstätigkeit	Erwerbstätig mit Arbeitgeberleistungen	Arbeitslosigkeit	In Maßnahme	Krank	Sonstiges**	Gesamt	N
Subjektive Einschätzung der Gesundheit								
Sehr gut bis gut	27,3	8,4	49,3	4,0	0,3	10,7	100	360
Mittel	18,7	4,9	49,2	14,7	2,5	10	100	189
Schlecht bis sehr schlecht	16,4	12,8	54,7	4,5	4,3	7,3	100	121
Jemals sozialversicherungspflichtig beschäftigt								
Mindestens 1 Mal	24,6	9,1	49,7	5,3	2	9,3	100	608
Nie	7,7	3,4	55,4	21,2	0	12,3	100	63
Kumulierte Arbeitslosigkeitserfahrung								
Bis 1 Jahr	44,3	9,8	14,2	0	3,1	18,9	100	117
1 bis 2 Jahre	32,6	15,5	48,6	5,5	0,4	5,9	100	134
2 bis 3 Jahre	16,1	8,9	51,4	7,7	1,9	6,7	100	123
3 bis 4 Jahre	19,4	37,3	66,1	4	0	8	100	88
Länger als 4 Jahre	10,8	16,7	62,4	12,7	2,1	8,4	100	173
Kumulierte Erkrankungsdauer								
Bis 1 Jahr	26,3	9,8	50,3	3,8	0,8	9	100	109
1 bis 2 Jahre	29	15,5	40,3	0,3	6,2	8,7	100	63
2 bis 3 Jahre	23	8,9	54	0	10,8	3,3	100	26
3 bis 4 Jahre	42,1	37,3	6,6	0	12,1	1,9	100	12
Länger als 4 Jahre	10	16,7	18,8	27,7	15,9	10,9	100	18
Maßnahmetyp								
Orientierung/Training	13,2	4,5	46,0	18,2	2,0	16,1	100	160
Weiterbildung	21,2	7,6	52,8	9,8	0,9	7,7	100	211
Beschäftigung schaffend	13,2	4,5	57,2	18,2	2,0	4,9	100	64
X ² : Geschlecht: 14,4; Alter: 100,9***; Schulabschluss: 106,0; Berufsabschluss: 97,8***; Führerschein: 35,6***; Behinderungsart: 96,1** ; Alter, in dem die Behinderung erstmals aufgetreten ist: 548,4***; Erwerbserfahrung: 42,6; Arbeitslosigkeitserfahrung: 171,9***; Krankheitserfahrung: 98,1***; Orientierung/Training: 26,2***; Weiterbildung: 7,6; Beschäftigung Schaffend: 87,7***; subjektiver Gesundheitszustand: 37,5*								

Quali= Qualifizierender Hauptschulabschluss; **In der Kategorie „Sonstiges“ werden Familienzeiten, Wehr- und Zivildienst, Schulbesuch und Ausbildung zusammengefasst; *** Leistungen an Arbeitgeber (Lohnkostenzuschüsse ect.) gelten auch als Maßnahmen, sind hier aber gesondert ausgewiesen

Quelle: Rehabilitandenbefragung 2007; eigene Berechnungen.

Es ergibt sich aber ein vielschichtigeres Bild, wenn diese globalen Aussagen im Folgenden nach unterschiedlichen Merkmalen der Person wie Geschlecht und Bildungshintergrund, Aspekten der Erwerbshistorie, dem Auftrittszeitpunkt der Behinderung und anderen Dimensionen ausdifferenziert werden.

Ein Blick auf die Soziodemographie zeigt zunächst, dass hinsichtlich der Verbleibsquoten kaum Geschlechterunterschiede bestehen: jeweils etwas über 20 Prozent der Männer und Frauen sind sechs Monate nach Ende der Hauptmaßnahme erwerbstätig, etwa die Hälfte ist arbeitslos und zwischen sieben und acht Prozent in weiteren Maßnahmen. So wenig Unterschiede zwischen den Geschlechtern bestehen, umso mehr Differenzen zeigen sich zwischen verschiedenen Altersgruppen: jeder vierte Rehabilitand im jüngeren Erwachsenenalter zwischen 26 und 35 Jahren geht sechs Monate nach Maßnahmeende einer Erwerbstätigkeit nach, knapp die Hälfte ist arbeitslos. Der Anteil der Beschäftigten nimmt mit höherem Alter leicht ab, hier sind ein halbes Jahr nach Ende der Hauptmaßnahme anteilig weniger Rehabilitanden erwerbstätig (36- bis 45-Jährige: 22 Prozent, 46- bis 55-Jährige: 17 Prozent). Weitere Maßnahmeteilnahmen nach Ende der Hauptmaßnahme sind über die Altersgruppen ebenfalls ungleich verteilt und schwanken zwischen 12 Prozent bei den 26- bis 35-Jährigen und sechs Prozent bei den 17- bis 25-Jährigen. Längere Krankheit ist nur für die 36- bis 45-Jährigen relevant – fünf Prozent sind sechs Monate nach Maßnahmeende dauerhaft krank.

Obwohl die Schulzeit für einen großen Teil der Befragten lange zurückliegt, zeigen sich einige Verbleibsunterschiede, die mit den erworbenen Schulabschlüssen einhergehen. Jeder vierte Hauptschulabsolvent ist ein halbes Jahr nach Ende der Hauptmaßnahme erwerbstätig, ebenso jeder Dritte mit qualifizierendem Hauptschulabschluss. Jeder vierte Rehabilitand mit Mittlerer Reife ist sechs Monate nach Ende der Hauptmaßnahme erwerbstätig. Für alle Rehabilitanden, die über einen der drei bisher genannten Schulabschlüsse verfügen gilt gleichermaßen, dass die Arbeitslosigkeitsquoten knapp unter 50 Prozent liegen. Was die Teilnahme an einer weiteren Maßnahme betrifft zeigt sich ein differenzierteres Bild: Mit zwölf Prozent nehmen ehemalige Hauptschüler ein halbes Jahr nach Maßnahmeende am häufigsten an weiteren Maßnahmen teil, gefolgt von Abiturienten (acht Prozent) und Rehabilitanden mit Mittlerer Reife (sechs Prozent). Sechs Monate nach Ende der Hauptmaßnahme werden Leistungen an Arbeitgeber am häufigsten bei Rehabilitanden mit höheren Schulabschlüssen wie FH-Reife (33 %) und Abitur (20 %) eingesetzt.

Unterschiede treten auch im Zusammenhang mit der Berufsausbildung auf. Jeder vierte mit abgeschlossener Berufsausbildung ist erwerbstätig, bei Personen ohne Berufsabschluss liegt dieser Anteil mit 18 Prozent knapp acht Prozentpunkte darunter. Die besseren Erwerbschancen der Rehabilitanden mit abgeschlossener Ausbildung spiegeln sich auch in den Arbeitslosenquoten wieder, liegt doch ihr Anteil an den Arbeitslosen mit 50 Prozent gute sechs Prozentpunkte unter dem derer ohne Berufsabschluss.

Der Arbeitsmarktstatus variiert auch mit dem Alter, in dem die Behinderung aufgetreten ist. Am günstigsten ist die Situation bei Personen, deren Behinderung zwischen dem 17. und dem 25. Lebensjahr, also im späteren Jugendlichenalter auftrat: ein knappes Drittel ist ein halbes Jahr nach Ende der Maßnahme erwerbstätig. Hingegen sind Rehabilitanden, die älter als 35 Jahre waren als ihre Behinderung auftrat, mit 60 Prozent am häufigsten arbeitslos, ihre Erwerbsanteil ist mit 16 Prozent vergleichsweise gering. Personen, deren Behinderung zwischen 26 und 35 Jahren auftrat werden mit 15 Prozent am häufigsten durch Zuschüsse an Arbeitgeber gefördert.

Nicht nur der Zeitpunkt des Auftretens, sondern auch die Gesamtdauer von Krankenzeiten geht mit unterschiedlichen Erwerbsanteilen einher. Dieser Zusammenhang ist zwar spannend, kann hier aber aufgrund geringer Zellbesetzungen bei Personen, die länger als ein Jahr krank waren, nicht eindeutig interpretiert werden. Für diejenigen, die zwischen drei und vier Jahren krank waren, lässt sich aber sagen, dass über 40 Prozent ein halbes Jahr nach Ende der Maßnahme erwerbstätig sind.

Auch die Mobilität der Rehabilitanden spielt eine Rolle für ihre Erwerbschancen. Jeder Vierte, der über einen Kfz-Führerschein verfügt, ist ein halbes Jahr nach Maßnahmeende beschäftigt. Der Beschäftigtenanteil liegt damit 15 Prozentpunkte über dem der Rehabilitanden, die keinen Führerschein haben. Der Anteil an Arbeitslosen unterscheidet sich deutlich zwischen Rehabilitanden mit und ohne Führerschein: Fast zwei Drittel der Personen ohne Führerschein sind arbeitslos, elf Prozentpunkte mehr als Führerscheinbesitzer (48 Prozent). Vermutlich sind die Rehabilitanden mit Kfz-Führerschein regional mobiler und können dadurch evtl. längere Anfahrtszeiten zu einer Arbeitsstelle in Kauf nehmen.

Neben der Ausstattung mit Bildungszertifikaten und der regionalen Mobilität spielen auch Merkmale der bisherigen Erwerbsbiographie eine Rolle für den Verbleib der Befragten in Erwerbstätigkeit und Arbeitslosigkeit. Es zeigt sich, dass Personen, die mindestens einmal sozialversicherungspflichtig beschäftigt waren, viel häufiger erwerbstätig sind (24 Prozent) und etwas seltener in Arbeitslosigkeit übergehen (50 Prozent) als Rehabilitanden für die dies nicht zutrifft (erwerbstätig: acht Prozent, arbeitslos: 55 Prozent). Je länger Rehabilitanden in ihrem Erwerbsleben insgesamt arbeitslos waren, umso höher sind die Anteile der Arbeitslosen (kürzer als ein Jahr: 14 Prozent, länger als vier Jahre: 62 Prozent).

Je länger die kumulierte Arbeitslosigkeitserfahrung, um so eher werden Personen außerdem sechs Monate nach Ende der Hauptmaßnahme in einer weiteren Maßnahme gefördert (bis zu einem Jahr: keiner, bis zu vier Jahre 13 Prozent). Personen, die insgesamt länger als 3 bis 4 Jahre arbeitslos waren, werden am häufigsten durch Zuschüsse an Arbeitgeber gefördert (37,3 Prozent). Dies kann darauf hindeuten, dass Rehabilitanden mit langen, durch Arbeitslosigkeit bedingten Erwerbsunterbrechungen der Übertritt in den regulären Arbeitsmarkt seltener gelingt und sie daher wiederholt in das Maßnahmesystem eingegliedert werden.

Der Arbeitsmarktstatus variiert auch nach Art der Maßnahmegruppe, an der die Rehabilitanden als Hauptmaßnahme teilgenommen hatten. 13 Prozent der Personen, die Orientierungs- oder Trainingsmaßnahme durchlaufen hatten, waren sechs Monate danach erwerbstätig. Der Anteil der Erwerbstätigen bei Teilnehmern an Weiterbildungs- und Qualifizierungsmaßnahmen liegt mit 21 Prozent deutlich darüber. Bei dieser Gruppe ist zudem der Anteil der Förderung der Beschäftigung durch Arbeitgeberleistungen mit acht Prozent am höchsten.

Die höchste Arbeitslosenanteile weisen mit 57 Prozent die Teilnehmer an Beschäftigung schaffenden Maßnahmen auf (Orientierungs- und Trainingsmaßnahmen: 46 Prozent; Weiterbildungs- und Qualifizierungsmaßnahmen 53 Prozent). Der Anteil der Personen, die im Anschluss an eine Beschäftigung schaffende Maßnahmen in eine weitere Maßnahme eingetreten ist mit 18 Prozent gleich hoch wie bei Teilnehmern von Orientierungs- und Trainingsmaßnahmen. Personen aus Weiterbildungsmaßnahmen (zehn Prozent) sind ein halbes Jahr nach Maßnahmeende seltener in einer weiteren Maßnahme. Dabei dürfte der Maßnahmetyp eine wichtige Rolle spielen.

Auch die subjektive Einschätzung der eigenen Gesundheit geht mit unterschiedlichen Erwerbsstadien einher. 27 Prozent der Rehabilitanden, die zum Befragungszeitpunkt ihre Gesundheit für sehr gut oder gut befanden, sind ein halbes Jahr nach Ende der Hauptmaßnahme in Beschäftigung. Personen, die ihre Gesundheit mittelgut und schlecht bis sehr schlecht einschätzen unterscheiden sich hier kaum: sie sind 19 bzw. 16 Prozent beschäftigt. Arbeitslosigkeit kommt mit ca. 50 Prozent fast gleich häufig vor. Auffällig ist der vergleichsweise hohe Anteil der Förderung durch Arbeitgeberleistungen (13 Prozent) bei Personen mit schlechter bis sehr schlechter Gesundheit. Er liegt deutlich über der anteiligen Förderung derer mit mittlerer Gesundheit (fünf Prozentpunkte) und derer mit sehr guter bis guter Gesundheit (acht Prozent).

In den vorausgegangenen Abschnitten deutete sich bereits an, dass verschiedene individuelle und strukturelle Merkmale Einfluss auf Erwerbschancen und das Arbeitslosigkeitsrisiko haben. Um die Relevanz spezifischer Merkmale für die Situation sechs Monate nach Maßnahmeende bestimmen zu können, sind multivariate Analysen notwendig. Mittels logistischer Regression werden die relativen Wahrscheinlichkeiten für bestimmte Personengruppen (Personen mit und ohne Berufsausbildung, mit und ohne länger andauernde Krankheitserfahrung etc.) dafür berechnet, dass sie ein halbes Jahr nach Maßnahmeende beschäftigt oder arbeitslos sind - unter gleichzeitiger Kontrolle anderer Merkmale. Im Ergebnis können diejenigen Merkmale herausgearbeitet werden, die den Verbleib in Erwerbstätigkeit oder Arbeitslosigkeit besonders wahrscheinlich machen (Dornette/Jacob 2006). Die abhängige Variable ist zunächst der Übergang in Erwerbstätigkeit sechs Monate nach Ende der Maßnahme. In einem zweiten Schritt wird der Einfluss der gleichen Kovariaten auf den Übergang in Arbeitslosigkeit geschätzt.

5.2 Erwerbschancen

In Modell eins ist der Einfluss der Soziodemographie, krankheitsbezogener Informationen sowie der Erwerbs- und Arbeitslosigkeitserfahrung auf die Wahrscheinlichkeit, ein halbes Jahr nach Ende der Maßnahme in Erwerbstätigkeit überzugehen, abgetragen (Tabelle 6). Vorgestellt werden im Folgenden ausschließlich die statistisch signifikanten Einflussfaktoren.

Was die gesundheitliche Situation der Rehabilitanden betrifft zeigt sich, dass der Eintrittszeitpunkt der Behinderung relevant für die Erwerbschancen ist. Im Vergleich zu Personen mit angeborener Behinderung, sind Rehabilitanden, die im späteren Jugendalter erkrankten (zwischen 17 und 25 Jahren), mit höherer Wahrscheinlichkeit erwerbstätig als alle anderen. Möglicherweise hängt dies mit unterschiedlichen Wegen der schulischen und beruflichen Ausbildung zusammen, die Menschen mit und ohne Behinderungen in Deutschland gehen, auch wenn der Schulabschluss selbst keinen signifikanten Einfluss zeigt:

Ein Blick auf die Verteilung der Schulabschlüsse nach Zeitpunkt des Auftretens der Behinderung zeigt, dass in der Gruppe derer mit angeborener Behinderung der Anteil der Personen mit Förderschulabschluss am höchsten ist (acht Prozent; ohne Tabelle). Auch bei Personen, deren Behinderung auftrat als sie noch jünger als 16 Jahre alt waren, liegt der Anteil der Förderschüler bei acht Prozent. In den anderen Altersgruppen variiert er zwischen einem und zwei Prozent. Auch die Gruppe der Personen ohne Schulabschluss ist bei Rehabilitanden mit angeborener Behinderung und Auftreten vor dem 16. Lebensjahr mit je 14 Prozent am höchsten (sechs Prozent bei den 17- bis 25-Jährigen und zehn Prozent bei den 26- bis 35-Jährigen). Hauptschulabschlüsse sind am häufigsten bei Personen, die im fortgeschrittenen Erwachsenenalter erkrankt sind (43 Prozent). Bei Rehabilitanden, deren Behinderungen in jüngeren Jahren auftraten, variieren diese Anteile (Hauptschulabschluss) zwischen 32 Prozent (von Geburt an behindert) und 38 Prozent (vor dem 16. Lebensjahr erkrankt).

Die subjektive Einschätzung der eigenen Gesundheit hat keinen signifikanten Einfluss auf die Erwerbschancen (Tabelle 6). Tendenziell haben die befragten Rehabilitanden mit mittlerer und schlechter selbsteingeschätzter Gesundheit geringere Erwerbschancen als Personen, die ihre Gesundheit für sehr gut halten.

Tabelle 6
Erwerbschancen sechs Monate nach Maßnahmeende

	Übergang in Erwerbstätigkeit								
	Modell 1			Modell 2			Modell 3		
	Odds Ratio	Sign.	S. E. (robust)	Odds Ratio	Sign.	S. E. (robust)	Odds Ratio	Sign.	S. E. (robust)
Geschlecht									
Männlich	RF	RF	RF	RF	RF	RF	RF	RF	RF
Weiblich	1,078		0,236	1,077		0,236	1,052		0,233
Alter									
17 bis 25 Jahre	0,921		0,408	0,921		0,408	0,914		0,409
26 bis 35 Jahre	1,457		0,404	1,458		0,404	1,445		0,407
36 bis 45 Jahre	RF	RF	RF	RF	RF	RF	RF	RF	RF
46 und älter Jahre	1,252		0,482	1,235		0,482	1,233		0,464
Höchster Schulabschluss									
Hauptschulabschluss	RF	RF	RF	RF	RF	RF	RF	RF	RF
Qualifizierender Hauptschulabschluss	1,430		0,578	1,429		0,578	1,337		0,530
Mittlere Reife	0,838		0,209	0,839		0,210	0,797		0,202
Hochschulreife	0,613		0,231	0,613		0,232	0,579		0,223
Förderschule/kein Abschluss	0,652		0,279	0,653		0,278	0,620		0,270
Berufsausbildung									
Mit Berufsabschluss	RF	RF	RF	RF	RF	RF	RF	RF	RF
Ohne Berufsabschluss	0,803		0,213	0,803		0,213	0,782		0,213
Kfz-Führerschein									
Keinen Führerschein	RF	RF	RF	RF	RF	RF	RF	RF	RF
Führerschein	1,841	*	0,590	1,841	*	0,589	1,740	*	0,558
Alter, in dem die Behinderung aufgetreten ist									
Von Geburt an	RF	RF	RF	RF	RF	RF	RF	RF	RF
Unter 16 Jahre	1,695		0,739	1,695		0,739	1,729		0,751
17 bis 25 Jahre	2,236	*	0,855	2,236	*	0,854	2,222	*	0,857
26 bis 35 Jahre	1,768		0,744	1,767		0,743	1,703		0,717
36 bis 45 Jahre	0,721		0,368	0,721		0,368	0,699		0,355
46 und älter	1,558		0,942	1,558		0,942	1,467		0,876
Subjektive Einschätzung der Gesundheit									
Sehr gut bis gut	RF	RF	RF	RF	RF	RF	RF	RF	RF
Mittel	0,765		0,181	0,765		0,181	0,771		0,184
Schlecht bis sehr schlecht	0,538		0,180	0,538		0,180	0,559		0,192

Fortsetzung Tabelle 6

	Übergang in Erwerbstätigkeit								
	Modell 1			Modell 2			Modell 3		
	Odds Ratio	Sign.	S. E. (robust)	Odds Ratio	Sign.	S. E. (robust)	Odds Ratio	Sign.	S. E. (robust)
Sozialversicherungspflichtige Beschäftigung									
Nie	RF	RF	RF	RF	RF	RF	RF	RF	RF
Mindestens 1x	5,353	**	3,482	5,354	**	3,482	5,406	**	3,476
Kumulierte Arbeitslosigkeitserfahrung									
Bis 1 Jahr	RF	RF	RF	RF	RF	RF	RF	RF	RF
1 bis 2 Jahre	0,673		0,214	0,673		0,214	0,677		0,217
2 bis 3 Jahre	0,586		0,191	0,586		0,191	0,607		0,200
3 bis 4 Jahre	0,460	*	0,166	0,460	**	0,168	0,482	**	0,175
4 Jahre und länger	0,275	***	0,095	0,276	***	0,096	0,296	***	0,104
Kumulierte Erkrankungsdauer									
Kürzer als 1 Jahr	RF	RF	RF	RF	RF	RF	RF	RF	RF
Länger als 1 Jahr	0,822		0,236	0,821		0,236	0,845		0,243
Arbeitsmarktregion									
Durchschn. Arbeitslosigkeit				RF	RF	RF	RF	RF	RF
Ostdeutschland, schlechte Arbeitsmarktbeding.				0,826		0,233	0,82		0,234
Ländlich, mittelstandsstrukturiert				0,517		0,213	0,476		0,197
Zentren, günstige Arbeitsmarktlage				0,631		0,245	0,626		0,24
Städtisch geprägt, mäßige Dynamik				2,0341	**	0,612	1,989	*	0,604
Maßnahmetyp									
Orientierung/Training							0,790		0,243
Weiterbildung							RF	RF	RF
Beschäftigung schaffend							0,768		0,353
Pseudo r^2		0,113			0,120			0,125	
Richtig klassifizierte Fälle		71,00%			73,00%			72,30%	
Hosmer-Lemeshow-Test χ^2		8,75			12,64			12,11	
Prob> χ^2		0,364			0,123			0,167	
N= 534									

RF: Referenzkategorie; Angegeben sind die Exponentialwerte der Koeffizienten ($\text{Exp}[\beta]$). Sie geben an, um welchen Faktor ein Merkmal im Vergleich zur Referenzkategorie die Wahrscheinlichkeit eines Übergangs erhöht oder vermindert. Werte >1 bedeuten eine Risikoerhöhung, Werte <1 eine Risikoverminderung. S. E. = Standardfehler * $p \geq 0.05$; ** $p < 0.01$; *** $p < 0.001$;

Quelle: Rehabilitandenbefragung 2007; eigene Berechnungen.

Neben dem Zeitpunkt des Auftretens der Behinderung spielt auch die bisherige Erwerbsbiographie der Rehabilitanden eine Rolle für die Erwerbschancen. Wer mindestens einmal sozialversicherungspflichtig beschäftigt war, ist mit höherer Wahrscheinlichkeit ein halbes Jahr nach Ende der Hauptmaßnahme in Arbeit. Nicht nur die Erwerbserfahrung, auch die Gesamtdauer der bisher erlebten Arbeitslosigkeit beeinflusst die Erwerbschancen: eine Gesamtarbeitslosigkeitsdauer von drei und mehr Jahren verringert die Übertrittswahrscheinlichkeit in Erwerbstätigkeit signifikant. Daneben spielt auch die Mobilität der Rehabilitanden eine Rolle. Liegt ein Kfz-Führerschein vor erhöht sich die Erwerbswahrscheinlichkeit signifikant.

Die subjektive Gesundheitseinschätzung hat keinen signifikanten Einfluss. Tendenziell sinken die Erwerbschancen der befragten Rehabilitanden mit mittlerer und schlechter selbsteingeschätzter Gesundheit gegenüber Befragten, die ihre Gesundheit für sehr gut halten.

In Modell zwei wird nun zusätzlich für die Situation auf dem regionalen Arbeitsmarkt kontrolliert (Tabelle 6). Dadurch verlieren die oben genannten Faktoren nicht an Einfluss auf die Erwerbswahrscheinlichkeit. Es zeigt sich aber zusätzlich, dass Rehabilitanden in städtisch geprägten Regionen mit mäßiger Arbeitsmarktdynamik eine höhere Erwerbswahrscheinlichkeit haben als dies in Gebieten mit durchschnittlicher Arbeitslosigkeit der Fall ist. In Modell drei (Tabelle 6) wurde nun zusätzlich die Hauptmaßnahme aufgenommen, die die Rehabilitanden sechs Monate zuvor beendet hatten. Diese hat keinen signifikanten Einfluss auf die Erwerbschancen.

5.3 Arbeitslosigkeitsrisiko

Im folgenden Abschnitt werden Faktoren herausgearbeitet, die sich auf das Risiko des Verbleibs in Arbeitslosigkeit auswirken (Tabelle 7). Für die Wahrscheinlichkeit ein halbes Jahr nach Maßnahmeende arbeitslos zu sein, sind größtenteils andere Merkmale relevant als für die Erwerbstätigkeit. Hier ist zunächst der Schulabschluss von Bedeutung. Aufgrund der niedrigeren Fallzahlen wurden die Kategorien Förderschule und kein Schulabschluss zusammengefasst. Rehabilitanden, die in diese Kategorie fallen, haben ein höheres Arbeitslosigkeitsrisiko als Personen mit Hauptschulabschluss. Auch hier steigt das Arbeitslosigkeitsrisiko mit der Länge der bisher erlebten Arbeitslosigkeit.

In Modell zwei zeigt sich, dass auch die Situation auf dem regionalen Arbeitsmarkt nicht ohne Auswirkung bleibt – während das Arbeitslosigkeitsrisiko in städtisch geprägten Regionen signifikant geringer ist, steigt es in ländlichen Gebieten. Aus Modell drei geht hervor, dass auch die Art der Maßnahme das Arbeitslosigkeitsrisiko beeinflusst. Rehabilitanden, die an einer Orientierungs- oder Trainingsmaßnahme teilgenommen haben, haben ein geringeres Arbeitslosigkeitsrisiko als Rehabilitanden, die in einer Weiterbildungs- und Qualifizierungsmaßnahme waren.

Tabelle 7
Arbeitsloskeitsrisiken sechs Monate nach Maßnahmeende

	Übergang in Arbeitslosigkeit								
	Modell 1			Modell 2			Modell 3		
	Odds Ratio	Sign.	S. E. (robust)	Odds Ratio	Sign.	S. E. (robust)	Odds Ratio	Sign.	S. E. (robust)
Geschlecht									
Männlich	RF	RF	RF	RF	RF	RF	RF	RF	RF
Weiblich	0,808		0,166	0,806		0,171	0,802		0,172
Alter									
17 bis 25	2,181		0,930	2,245		0,991	2,386	*	1,054
26 bis 35	1,018		0,271	0,984		0,269	0,975		0,270
36 bis 45	RF	RF	RF	RF	RF	RF	RF	RF	RF
46 und älter	1,015		0,332	0,959		0,322	0,992		0,341
Höchster Schulabschluss									
Hauptschulabschluss	RF	RF	RF	RF	RF	RF	RF	RF	RF
Qualifizierender Hauptschulabschluss	1,148		0,442	1,272		0,796	1,310		0,514
Mittlere Reife	1,383		0,318	1,526		0,365	1,528		0,370
Hochschulreife	1,264		0,458	1,381		0,497	1,288		0,475
Förderschule/kein Abschluss	2,011	*	0,722	1,392	*	0,330	2,172	*	0,804
Berufsausbildung									
Mit Berufsabschluss	RF	RF	RF	RF	RF	RF	RF	RF	RF
Ohne Berufsabschluss	1,295		0,306	1,392		0,330	1,368		0,331
Kfz-Führerschein									
Keinen Führerschein	RF	RF	RF	RF	RF	RF	RF	RF	RF
Führerschein	0,995		0,266	0,945		0,257	0,916		0,254
Alter, in dem die Behinderung aufgetreten ist									
Von Geburt an	RF	RF	RF	RF	RF	RF	RF	RF	RF
Unter 16 Jahre	0,759		0,278	0,685		0,260	0,636		0,240
17 bis 25 Jahre	0,714		0,238	0,691		0,231	0,646		0,219
26 bis 35 Jahre	0,964		0,345	0,977		0,354	1,013		0,372
36 bis 45 Jahre	1,519		0,647	1,578		0,690	1,450		0,654
46 und älter	1,506		0,818	1,720		0,932	1,606		0,906
Subjektive Einschätzung der Gesundheit									
Sehr gut bis gut	RF	RF	RF	RF	RF	RF	RF	RF	RF
Mittel	1,097		0,250	1,032		0,242	1,0655		0,247
Schlecht bis sehr schlecht	1,372		0,380	1,321		0,378	1,526		0,458

Fortsetzung Tabelle 7

	Übergang in Arbeitslosigkeit								
	Modell 1			Modell 2			Modell 3		
	Odds Ratio	Sign.	S. E. (robust)	Odds Ratio	Sign.	S. E. (robust)	Odds Ratio	Sign.	S. E. (robust)
Sozialversicherungspflichtige Beschäftigung									
Nie	RF	RF	RF	RF	RF	RF	RF	RF	RF
Mindestens 1x	0,670		0,260	0,659		0,272	0,658		0,272
Kumulierte Arbeitslosigkeitserfahrung									
Bis 1 Jahr	RF	RF	RF	RF	RF	RF	RF	RF	RF
1 bis 2 Jahre	3,726	***	1,387	3,696		1,365	3,535	***	1,307
2 bis 3 Jahre	4,286	***	1,614	4,575	***	1,766	4,321	***	1,680
3 bis 4 Jahre	9,291	***	3,575	10,929	***	4,370	10,991	***	4,475
4 Jahre und länger	8,445	***	3,052	9,592	***	3,621	9,560	***	3,739
Kumulierte Erkrankungsdauer									
Kürzer als 1 Jahr	RF	RF	RF	RF	RF	RF	RF	RF	RF
Länger als 1 Jahr	0,915		0,240	0,927		0,243	0,907		0,238
Arbeitsmarktregion									
Durchschnittliche Arbeitslosigkeit				RF	RF	RF	RF	RF	RF
Ostdeutschl., schlechte Arbmarktbeding.				1,207		0,319	1,0,98		0,295
Ländlich, mittelstandsstrukturiert				2,319	*	0,837	2,351	*	0,863
Zentren, günstige Arbeitsmarktlage				1,282		0,427	1,227		425
Städtisch geprägt, mäßige Dynamik				0,528	*	0,161	0,523	*	0,163
Maßnahmetyp									
Orientierung/Training							0,530	*	0,150
Weiterbildung							RF	RF	RF
Beschäftigung schaffend							1,480		0,614
Pseudo r^2	0,112			0,131			0,146		
Richtig klassifizierte Fälle	64,73			67,35			69,23		
Hosmer-Lemeshow-Test χ^2	2,12			5,92			10,78		
Prob>> χ^2	0,98			0,655			0,214		
N=534									

RF: Referenzkategorie; Angegeben sind die Exponentialwerte der Koeffizienten ($\text{Exp}[\beta]$). Sie geben an, um welchen Faktor ein Merkmal im Vergleich zur Referenzkategorie die Wahrscheinlichkeit eines Übergangs erhöht oder vermindert. Werte >1 bedeuten eine Risikoerhöhung, Werte <1 eine Risikoverminderung. S. E. = Standardfehler * $p \geq 0.05$; ** $p < 0.01$; *** $p < 0.001$

Quelle: IAB Rehabilitandenbefragung 2007; eigene Berechnungen.

5.4 Zusammenfassung des Übergangsgeschehens sechs Monate nach Maßnahmeende

Der Arbeitsmarktstatus sechs Monate nach Ende der Hauptmaßnahme an der die Rehabilitanden teilgenommen haben, wird von verschiedenen Faktoren beeinflusst.

Der Zeitpunkt des Auftretens der Behinderung hat einen signifikanten Einfluss auf die Eingliederung in Erwerbstätigkeit. Es sind Rehabilitanden, deren Behinderung im jungen Erwachsenenalter aufgetreten ist, die bessere Erwerbschancen haben als diejenigen mit angeborenen Behinderungen. Personen, die zu einem späteren Zeitpunkt erkranken, durchlaufen mit höherer Wahrscheinlichkeit die Regelschule und haben eventuell auch die Phase der beruflichen Ausbildung bereits abgeschlossen, bevor die gesundheitlichen Einschränkungen auftreten. Menschen mit angeborenen Behinderungen besuchen in Deutschland häufig spezifische Förderschulen (Behindertenbericht 2009).

Eine qualitative Studie zum Vermittlerhandeln in der beruflichen Rehabilitation (Schubert et al. 2007) zeigt, dass ein Förderschulabschluss in der Berufsberatung häufig als Signal für die Empfehlung einer behindertenspezifischen Berufsausbildung wirkt. Diese behindertenspezifischen Ausbildungen wiederum finden häufig in speziellen, auf die Bedürfnisse behinderter Menschen ausgerichteten, Fördereinrichtungen statt. Man kann also unterstellen, dass der Zeitpunkt des Auftretens einer Behinderung bedeutsam für die schulische und berufliche Ausbildung ist, was wiederum die späteren Erwerbschancen beeinflussen könnte. Die Bedeutung behindertenspezifischer Schul- und Berufsausbildung auf die Eingliederungschancen in den regulären Arbeitsmarkt ist bisher nicht auf Basis repräsentativer Studien untersucht.

Der genauen Bedeutung des Eintrittszeitpunkts einer Behinderung auf die schulische und berufliche Laufbahn kann auf Basis der hier vorliegenden Ergebnisse nicht weiter nachgegangen werden, sollte aber Gegenstand weiterführender Forschung sein. Zumal kein signifikanter Einfluss auf das Arbeitslosigkeitsrisiko besteht (Tabelle 3).

Sowohl die Erwerbschancen als auch das Arbeitslosigkeitsrisiko werden von der bisherigen **Erwerbsbiographie** der Rehabilitanden beeinflusst. Personen, die mindestens einmal in ihrem Erwerbsleben **sozialversicherungspflichtig beschäftigt** waren, können diese Erfahrung auch nach einer Maßnahmenteilnahme auf dem Arbeitsmarkt einlösen. Sie gehen mit höherer Wahrscheinlichkeit einer Erwerbstätigkeit nach als Personen, die noch nie sozialversicherungspflichtig beschäftigt waren.

Aber auch die **kumulierte Dauer der bisher erlebten Arbeitslosigkeit** prägt die weiteren Erwerbschancen. Je kürzer die Arbeitslosigkeitszeiten waren umso geringer ist das Arbeitslosigkeitsrisiko; Arbeitslosigkeitszeiten, die insgesamt länger als ein Jahr dauerten, erhöhen das Arbeitslosigkeitsrisiko. Die Forderung individuelle Arbeitslosigkeitszeiten so kurz wie möglich zu halten liegt nahe. Man darf dabei aber nicht vergessen, dass sowohl die Arbeitssuche der Rehabilitanden als auch die

relevanten Vermittlungsinstitutionen nur dann erfolgreich sein können, wenn entsprechende Arbeitsplätze bereit stehen.

Darauf hat zum einen sicherlich auch **die Lage auf dem regionalen Arbeitsmarkt** Einfluss. Während die Erwerbschancen von Rehabilitanden in städtisch geprägten Regionen größer sind, ist die Situation in ländlichen Regionen deutlich schwieriger. Dies könnte allgemein mit dem Vorhandensein von Arbeitsplätzen in diesen Regionen zusammenhängen. Schubert et al. (2007) weisen außerdem auf eine Konzentration von reha-spezifischen Förderangeboten in städtisch geprägten Ballungszentren hin. Im ländlichen Raum sind diese Fördermöglichkeiten deutlich dünner gesät, was vielleicht auch einen Teil der besseren Beschäftigungschancen im städtischen Raum erklärt.

Auch die regionale Mobilität, hier abgebildet durch das **Vorhandensein eines Führerscheins** erhöht die Erwerbschancen. Rehabilitanden, die einen Führerschein haben, stehen hinsichtlich ihrer Beschäftigungsmöglichkeiten besser da. Zum anderen ist hier sicherlich auch die Haltung von Arbeitgebern relevant, gesundheitliche beeinträchtigte Personen einzustellen. Die hier zugrunde liegende Befragung richtete sich nicht an Arbeitgeber, so dass dieser Aspekt hier nicht berücksichtigt werden kann.

6 Resümee

Der vorliegende Forschungsbericht liefert eine erste Beschreibung der Arbeitssituation von Rehabilitanden, die an einer Maßnahme der Bundesagentur für Arbeit teilgenommen haben. Die Angaben basieren auf der ersten Welle der IAB Rehabilitandenbefragung, die verschiedene Aspekte wie Gesundheit, berufliche Biographie sowie Maßnahmeteilnahme und -einschätzung beinhaltet.

Der Fokus dieses Forschungsberichtes liegt auf den Hauptmaßnahmegruppen, an denen die Befragten teilgenommen haben. Die drei wichtigsten Maßnahmegruppen sind Orientierungs- und Trainingsmaßnahmen, Weiterbildungs- und Qualifizierungsmaßnahmen und Beschäftigung schaffende Maßnahmen. Die Teilnahme an diesen Maßnahmen wird von verschiedenen Faktoren bestimmt. Vor allem das Alter, die schulischen und beruflichen Bildungsabschlüsse, die kumulierte Arbeitslosigkeits-erfahrung, aber auch die Lage auf dem regionalen Arbeitsmarkt spielen für den **Zugang zu einzelnen Maßnahmetypen** eine Rolle. Rehabilitanden, die die allgemeinbildende Schule mindestens mit Mittlerer Reife abgeschlossen haben, nehmen sowohl an Orientierungs- und Trainings- als auch an Beschäftigung schaffenden Maßnahmen mit geringerer Wahrscheinlichkeit teil als Personen mit Hauptschulabschluss.

Auch die Tatsache, dass Rehabilitanden ohne Berufsabschluss mit hoher Wahrscheinlichkeit an einer Weiterbildungs- und Qualifizierungsmaßnahme teilnehmen verwundert nicht, beinhalten diese Maßnahmen doch berufliche Voll- und Teilqualifizierung, die dieser Personengruppe noch fehlen.

Ebenso beeinflusst die kumulierte Dauer der Arbeitslosigkeit die Teilnahmewahrscheinlichkeiten: Lange Arbeitslosigkeitsdauern verringern die Chancen auf Zugang in Weiterbildung signifikant. Je länger Rehabilitanden in ihrem Erwerbsleben insgesamt arbeitslos waren, desto höher ist aber die Wahrscheinlichkeit, an einer Orientierungs- und Trainingsmaßnahme teilzunehmen. Diese Maßnahmen werden zu meist eingesetzt, um in kürzeren Programmlaufzeiten eine (Wieder-)Annäherung an den Arbeitsmarkt herbeizuführen.

Die Lage auf dem regionalen Arbeitsmarkt spielt nur für die Teilnahme an Beschäftigung schaffenden Maßnahmen eine Rolle: Rehabilitanden, die in ostdeutschen Regionen mit schlechten Arbeitsmarktbedingungen leben, haben hier eine höhere Teilnahmewahrscheinlichkeit.

Die Teilnehmer an den drei wichtigsten Maßnahmegruppen schätzen den **individuellen Nutzen** ihrer Hauptmaßnahme sehr unterschiedlich ein. Weiterbildungsmaßnahmen schneiden dabei am positivsten ab: Zwei Drittel der Teilnehmer glauben, dass sich ihre berufliche Leistungsfähigkeit durch die Weiterbildung verbessert hat. Gut die Hälfte lernt dabei außerdem einen besseren Umgang mit der eigenen Erkrankung. Orientierungs- und Trainingsmaßnahmen werden insgesamt etwas zurückhaltender bewertet, deutlich schlechtere Einschätzungen finden sich bei Beschäftigung schaffenden Maßnahmen. Dies könnte u. a. dadurch begründet sein, dass hier mit hoher Wahrscheinlichkeit Rehabilitanden teilnehmen, die schulisch gering qualifiziert sind, die insgesamt auf lange Arbeitslosigkeitszeiten zurückblicken und die in Regionen mit eher ungünstiger Arbeitsmarktlage leben.

Unabhängig von der Bewertung des individuellen Nutzens arbeitsmarktpolitischer Maßnahmen interessieren auch die Erwerbschancen und Arbeitslosigkeitsrisiken der Rehabilitanden ein halbes Jahr nach Ende ihrer Hauptmaßnahme:

Das **Arbeitslosigkeitsrisiko** hängt mit dem vorhandenen Schulabschluss zusammen: Personen ohne Schulabschluss oder mit Förderschulabschluss sehen sich mit einem höheren Arbeitslosigkeitsrisiko konfrontiert als Rehabilitanden, die einen Hauptschulabschluss erworben haben. Längere Arbeitslosigkeitserfahrung erhöht das Arbeitslosigkeitsrisiko ebenfalls. Die Wohnregion spielt auch hier eine Rolle: Rehabilitanden in ländlichen Regionen haben ein signifikant erhöhtes Arbeitslosigkeitsrisiko.

Die **Erwerbschancen** werden u. a. vom Zeitpunkt des Auftretens der Behinderung beeinflusst: Rehabilitanden, deren Behinderung im jungen Erwachsenenalter aufgetreten ist, haben bessere Erwerbschancen als diejenigen mit angeborenen Behinderungen. Auch Rehabilitanden, die mindestens einmal in ihrem Erwerbsleben sozialversicherungspflichtig beschäftigt waren, haben höhere Erwerbschancen als andere, dies gilt auch für Rehabilitanden mit Kfz-Führerschein. Außerdem ist die Eingliederung in Erwerbstätigkeit in städtisch geprägten Regionen leichter. Dies kann neben dem Vorhandensein von Arbeitsplätzen in den betreffenden Regionen

auch mit der Ausstattung an spezifischen Förderangeboten für Rehabilitanden zusammenhängen (Schubert et al. 2007).

Die subjektive Gesundheitseinschätzung hat keinen signifikanten Einfluss auf Erwerbschancen oder Arbeitslosigkeitsrisiko. Tendenziell sinken die Erwerbschancen der befragten Rehabilitanden mit mittlerer und schlechter selbsteingeschätzter Gesundheit gegenüber Befragten, die ihre Gesundheit für sehr gut halten.

Der Arbeitsmarktstatus steht aber auch im Zusammenhang mit der Art der Maßnahme, an der die Rehabilitanden teilgenommen hatten. 13 Prozent der Personen, die Orientierungs- oder Trainingsmaßnahme oder Beschäftigung schaffende Maßnahmen durchlaufen hatten, waren sechs Monate danach erwerbstätig. Der Erwerbsanteil der Teilnehmer an Weiterbildungs- und Qualifizierungsmaßnahmen liegt dagegen bei 21 Prozent. Teilnehmer an Orientierungs- und Trainingsmaßnahmen sowie an Weiterbildungs- und Qualifizierungsmaßnahmen sind jeweils etwa zu Hälfte sechs Monate nach Maßnahmeende arbeitslos, Teilnehmer an Beschäftigung schaffenden Maßnahmen sogar zu 57 Prozent.

Wie sich die Beschäftigungssituation der befragten Rehabilitanden im Zeitverlauf entwickelt, ist Gegenstand weiterführender Forschung.

Literatur

Ahn, Namkee (2002): Assessing self-assessed health data. FEDEA Working paper, 24. URL: <http://ideas.repec.org/e/pah7.html> – Zugriff am 01.09.2009.

Behindertenbericht (2009): Bericht der Bundesregierung über die Lage von Menschen mit Behinderungen für die 16. Legislaturperiode.

Bundesagentur für Arbeit (2008): Geschäftsbericht 2008. URL: http://www.arbeitsagentur.de/nn_27822/Navigation/zentral/Veroeffentlichungen/Geschaeftsberichte/Geschaeftsberichte-Nav.html – Zugriff am 31.08.2009.

Bundesagentur für Arbeit (2009): Statistiken. Teilhabe behinderter Menschen am Arbeitsleben – Rehabilitanden. Berichtsjahr 2008. URL: <http://www.pub.arbeitsagentur.de/hst/services/statistik/detail/n.html?call=1> – Zugriff am 31.08.2009.

Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) (2008) (Hrsg.): BAR-Informationen Nr. 3/2008. Frankfurt am Main. URL: http://www.bar-frankfurt.de/upload/Info_2008-3_733.pdf – Zugriff am 16.04.2009.

Bernhard, Sarah; Hohmeyer, Katrin; Jozwiak, Eva; Koch, Susanne; Kruppe, Thomas; Stephan, Gesine; Wolff, Joachim (2008): Aktive Arbeitsmarktpolitik in Deutschland und ihre Wirkungen. Nürnberg, IAB-Forschungsbericht 2/2008.

Brieger, Peter; Watzke, Stefan; Galvao, Anja; Hühne, Michael; Gawlik, Bertold (2006): Wie wirkt berufliche Rehabilitation und Integration psychisch kranker Menschen? Ergebnisse einer kontrollierten Studie. Forschung für die Praxis – Hochschulschriften. Bonn: Psychiatrie-Verlag.

Budde, Hans Günther; Keck, Michael (2001): Prädiktoren der beruflichen Wiedereingliederung nach stationärer kardiologischer Rehabilitation im Rahmen der Arbeiterrentenversicherung. In: Die Rehabilitation, 40. Jg., Heft 4, S. 208–216.

Bürger, Wolfgang; Dietzsche, Stefan; Morfeld, Matthias; Koch, Uwe (2001): Multi-perspektivische Einschätzungen zur Wahrscheinlichkeit der Wiedereingliederung von Patienten ins Erwerbsleben nach orthopädischer Rehabilitation – Ergebnisse und prognostische Relevanz. In: Die Rehabilitation, 40. Jg.; Heft 4, S. 217–255.

Deutsche Gesellschaft für Rehabilitationswissenschaften (DGRW) (2005): DGRW-Expertise: Bestandsaufnahme und Zukunft der Rehabilitationsforschung in Deutschland; URL:

http://www.uke.uni-bamberg.de/extern/dgrw/dgrw_pdf/Expertise_Kernpapier.pdf

- Zugriff am 31.08.2009.

Dornette, Johanna; Jacob, Marita (2006): Zielgruppenerreichung und Teilnehmerstruktur des Jugendsofortprogramms JUMP. Nürnberg, IAB-Forschungsbericht 16/2006.

Jahoda, Marie (1982): Employment and unemployment – a socio-psychological analysis. Cambridge: Cambridge University Press.

Jansen, Inge; Kleon, Sandra; Spijkers, Wilhelmus (2008): Qualitätskontrolle des Rehabilitations- und Praktikumsverlaufs durch den Einsatz von standardisierten Instrumenten. In: Deutsche Rentenversicherung Bund (Hrsg.): 17. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium: Evidenzbasierte Rehabilitation – zwischen Standardisierung und Individualisierung. Tagungsband, S. 257–259.

Köster, Thorsten; Fehr, Manuela; Slesina, Wolfgang (2007): Prädiktoren der Integration in das Erwerbsleben von Teilnehmern der stationären beruflichen Rehabilitation. In: Deutsche Rentenversicherung Bund (Hrsg.): 16. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium. Gesund älter werden - mit Prävention und Rehabilitation. Tagungsband, S. 291–294.

Manderbacka, Kristiina; Lahelma, Eero; Martikainen, Pekka (1998): Examining the continuity of self-rated health. In: International Journal of Epidemiology, Jg. 27, Nr. 2, S. 208–213.

Miilumpalo, Seppo, Vuori, Ilkka; Oja, Pekka; Pasanen Matti; Urponen Helka (1997): Self-rated health status as a health measure: The predictive value of self-reported health status on the use of physician services and on mortality in the working age population. In: Journal of Clinical Epidemiology, Jg. 50, Nr. 5, S. 515–528.

Orde, Anja von; Schott, Thomas (2003): ZOBRA – Zielorientierte Beratung zur Rückkehr zur Arbeit – Erste Ergebnisse aus einem Forschungsprojekt zur Optimierung der beruflichen Rehabilitation nach kardiologischer Rehabilitation. Frankfurt a. M.; DRV-Schriften 40: Rehabilitation im Gesundheitssystem.

Romeu Gordo, Laura (2006): Beeinflusst die Dauer der Arbeitslosigkeit die Gesundheitszufriedenheit? In: Holleder, Alfons; Brand, Helmut (Hrsg.): Arbeitslosigkeit, Gesundheit und Krankheit. Bern: Verlag Hans Huber, S. 53–74.

Rüb, Felix; Werner, Daniel; Wolf, Katja (2006): Regionale Typisierung im SGB II. In: Bundesagentur für Arbeit, Nürnberg (Hrsg.): SGB II. Sozialgesetzbuch Zweites Buch. Grundsicherung für Arbeitsuchende. Zahlen, Daten, Fakten. Jahresbericht 2005, Nürnberg, S. 82–85.

Schott, Thomas (1996): Rehabilitation und die Wiederaufnahme der Arbeit. Weinheim, München: Juventa.

Schubert, Michael; Behrens, Johann; Hauger, Marlies; Hippmann, Cornelia; Hobler, Dietmar; Höhne, Anke; Schneider, Edina; Zimmermann, Markus (2007): Struktur- und Prozessänderungen in der beruflichen Rehabilitation. In: Dornette, Johanna; Rauch, Angela (Hrsg.): Berufliche Rehabilitation im Kontext des SGB II. IAB-Bibliothek Nr. 309.

Schwarze, Johannes; Andersen Hanfried H.; Anger, Silke (2000): Self-rated health and changes in self-rated health as predictors of mortality. First evidence from German Panel Data. DIW Discussion Paper 203.

Sen, Amartya (2002): Health: perception versus observation. In: British Medical Journal, Jg. 324, Nr. 7342, 860–861.

Seyd, Wolfgang (2000): Ganzheitlich rehabilitieren, Lernsituationen handlungsorientierter gestalten. In: ibv Nr. 40, S. 4193–4205.

Slesina, Wolfgang; Schian, Hans Martin.; Böttcher, S.; Buchmann, U.; Kolloschée, H.; Wagner, O.; Weber, U.; Weber, Andreas (2003): Qualitätssicherung bei medizinischer Rehabilitation zum Erhalt des Erwerbslebens. Abschlussbericht Projekt B3, Universität Halle.

Statistisches Bundesamt (2008): Bildungsstand der Bevölkerung. Wiesbaden.

Tews, Hans-Peter.; Schreiber, W.K.; Schott, John (2003): Berufliche Rehabilitation in Berufsförderungswerken und Ergebnisse der Berufsförderungswerke Heidelberg GmbH. In: Die Rehabilitation, Jg. 42, Nr. 1, S. 36–44.

Vonderach, Gerd (1997): Lebensgeschichte und berufliche Rehabilitation. In: MittAB Jg. 30, Nr. 2, S. 374–382

Watzke, Stefan (2006): Berufliche Rehabilitation schizophrener Erkrankter. Erfolgsvorhersage durch Indikatoren kognitiver Modifizierbarkeit. Hamburg: Verlag Dr. Kovac.

Welti, Felix (2005): Behinderung und Rehabilitation im sozialen Rechtsstaat. Tübingen: Mohr Siebeck.

Zeißig, Hans-Joachim; Bultmann Wilhelm; Hirschler, Gisela; Schumacher, S. (2004): Berufliche Rehabilitation psychisch behinderter Menschen in den Berufsförderungswerken der Arbeitsgemeinschaft Deutscher Berufsförderungswerke. In: Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (VDR) (Hrsg.): 13. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium: Selbstkompetenz - Weg und Ziel der Rehabilitation. Tagungsband, S. 205–209.

In dieser Reihe sind zuletzt erschienen

Nr.	Autor(en)	Titel	Datum
6/2008	Hartig, M. Jozwiak, E. Wolff, J.	Trainingsmaßnahmen: Für welche unter 25-jährigen Arbeitslosengeld II-Empfänger erhöhen sie die Beschäftigungschancen?	8/08
7/2008	Konle-Seidl, R.	Hilfereformen und Aktivierungsstrategien im internationalen Vergleich	8/08
8/2008	Dauth, W. Hirschenauer, F. Rüb, F.	Vergleichstypen 2008: Neufassung der SGB-III-Typisierung	8/08
9/2008	Sproß, C. Lang, K.	Länderspezifische Ausgestaltung von Aktivierungspolitiken: Chronologie und gesetzliche Grundlagen	11/08
1/2009	Deeke, A. Cramer, R. Gilberg, R. Hess, D. Baas, M.	Evaluation der Förderung beruflicher Weiterbildung im Rahmen des ESF-BA-Programms: Wirkungsanalyse auf der Grundlage von Befragungen von Teilnehmenden und Vergleichsgruppen	3/09
2/2009	Baas, M. Deeke, A.	Evaluation der Nachhaltigkeit beruflicher Weiterbildung im Rahmen des ESF-BA-Programms: Eine Wirkungsanalyse auf der Grundlage von Befragungen der Teilnehmenden und Vergleichsgruppen	3/09
3/2009	Deeke, A. Ohlert, C.	Qualifizierungsmaßnahmen während Kurzarbeit nach endgültigem Arbeitsausfall: Analysen zur Förderung im Rahmen des ESF-BA-Programms 2000 bis 2006 und zum Verbleib nach der Teilnahme	3/09
4/2009	Fischer, G. Dahms, V. Bechmann, S. Frei, M. Leber, U.	Gleich und doch nicht gleich: Frauenbeschäftigung in deutschen Betrieben	8/09
5/2009	Bach, H.-U. Gartner, H. Klinger, S. Rothe, Th. Spitznagel, E.	Die IAB-Prognose der kurzfristigen Entwicklung auf dem deutschen Arbeitsmarkt: Eine Darstellung der Methode auf Basis der Sommerprognose 2008	8/09
6/2009	Fuchs, J. Mai, R. Micheel, F. Otto, A. Weber, B. Göttner, D.	Entwicklung des saarländischen Erwerbspersonenpotenzials bis zum Jahr 2020 mit Ausblick bis 2050: Methoden, Annahmen und Datengrundlage	9/09
7/2009	Noll, S. Heckmann, M. Rebien, M.	Erscheinungsformen und Ausmaß ungedeckter Arbeitskräftenachfrage in der Verlaufsperspektive	12/09

Stand: 14.01.2010

Eine vollständige Liste aller erschienenen IAB-Forschungsberichte finden Sie unter <http://www.iab.de/de/publikationen/forschungsbericht.aspx>

Impressum

IAB-Forschungsbericht 1/2010

Herausgeber

Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung der Bundesagentur für Arbeit
Regensburger Str. 104
90478 Nuremberg

Redaktion

Regina Stoll, Jutta Palm-Nowak

Technische Herstellung

Jutta Sebold

Rechte

Nachdruck - auch auszugsweise -
nur mit Genehmigung des IAB gestattet

Website

<http://www.iab.de>

Bezugsmöglichkeit

<http://doku.iab.de/forschungsbericht/2010/fb0110.pdf>

Rückfragen zum Inhalt an:

Angela Rauch
Telefon 0911.179 3070
E-Mail angela.rauch@iab.de