

Für meine Verlobte Irene

An dieser Stelle möchte ich meiner Verlobten Irene meinen tiefsten Dank aussprechen. Ihre unerschütterliche Geduld, ihre moralische Unterstützung und ihr immer offenes Ohr waren eine unverzichtbare Stütze während dieser intensiven Zeit. Ich danke ihr dafür, dass sie mir nicht nur mit Rat und Tat zur Seite stand, sondern auch mit kleinen Gesten und aufmunternden Worten immer wieder meinen Mut und meine Motivation stärkte. Ihre liebevolle Art, mich aufzufangen, wenn ich an mir gezweifelt habe, und ihr Glaube an mein Potenzial haben mir in den herausforderndsten Momenten Kraft gegeben.

Ohne ihre Liebe, ihr unerschütterliches Vertrauen und ihre Fähigkeit, selbst an den stressigsten Tagen ein Lächeln in mein Gesicht zu zaubern, wäre diese Arbeit nicht in dieser Form entstanden. Diese Bachelorarbeit ist nicht nur ein persönlicher Meilenstein für mich, sondern auch ein Zeugnis unserer gemeinsamen Stärke und unseres unerschütterlichen Zusammenhalts. Danke, dass du immer an meiner Seite bist, Irene.

Stephan Riedl

Rodalben, 04.12.2024



University of Applied Sciences

APOLLON Hochschule
der Gesundheitswirtschaft

**Soziale Arbeit und Betriebliche Gesundheitsförderung
in Inklusionsunternehmen**

Unterstützung für kleine und mittelgroße Unternehmen

Bachelor Thesis

Erstgutachterin:



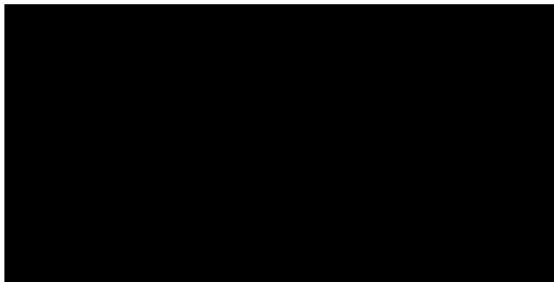
Zweitgutachter:



Rodalben, 04.12.2024

Erstellt von:

Stephan Riedl



Inhaltsverzeichnis

I. Abkürzungsverzeichnis

II. Abbildungsverzeichnis

III. Tabellenverzeichnis

1. Einleitung	1
2 Grundlagen: Krankheit, Gesundheit, Behinderung, Inklusion	3
2.1 Gesundheit und Krankheit: Definitionen und theoretische Konzepte	3
2.2 Behinderung: Definition und Konzepte	6
2.3 Inklusion und Teilhabe im Kontext der Arbeitswelt	9
3 Betriebliche Gesundheitsförderung (BGF)	12
3.1 Einführung BGF im Kontrast zu Betrieblichem Gesundheitsmanagement	12
3.2 Definition, Zielgruppen und Ziele der BGF	15
3.3 Prozesse und Instrumente	16
4 Inklusionsunternehmen und Soziale Arbeit	20
4.1 Definition von Inklusionsunternehmen/Inklusionsbetrieben und KMU	20
4.2 Soziale Arbeit: Lebenswelt- und Dienstleistungsorientierung	21
5 Methode	26
6 Ergebnisse der systematischen Literaturrecherche	28
6.1 Analyse der gefundenen Studien zur BGF in Inklusionsbetrieben	28
6.2 Identifizierte Erfolgsfaktoren	40
6.3 Identifizierte Herausforderungen	41
6.4 Zusammenfassung der Ergebnisse	42
7 Diskussion	43
7.1 Interpretation und Diskussion	43
7.2 Kritische Betrachtung der Rolle der Sozialen Arbeit in der BGF	47
7.3 Limitationen	48
7.4 Handlungsempfehlungen	49
8 Fazit	50
8.1 Implikationen für die Soziale Arbeit und die betriebliche Praxis	50
8.2 Ausblick auf zukünftige Entwicklungen und Forschungsfragen	51
9 Literaturverzeichnis	52
IV. Anhang	
V. Eidesstaatliche Erklärung	

I. Abkürzungsverzeichnis

BEM	= Betriebliches Eingliederungsmanagement
BGF	= Betriebliche Gesundheitsförderung
ICD	= International Classification of Diseases
ICF	= International Classification of Functions
ICIDH	= International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps
KMIU	= Kleine und mittelgroße Inklusionsunternehmen
KMU	= Kleine und mittelgroße Unternehmen
SGB	= Sozialgesetzbuch
UN-BRK	= United Nations Behindertenrechtskonvention
WHO	= World Health Organization

II. Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Skizze der dynamischen Wechselwirkungen zwischen disease, illness und sickness	3
Abbildung 2: Kontinuum Gesundheit vs. Krankheit	4
Abbildung 3: Wechselwirkungen zwischen den Komponenten der ICF	7
Abbildung 4: Stufen der Partizipation in der Gesundheitsförderung	11
Abbildung 5: Darstellung der BGM Organisation	13
Abbildung 6: Eigene Darstellung in Anlehnung an die Darstellung der BGM Organisation von HSU	13
Abbildung 7: Betriebliches Gesundheitsmanagement in der Praxis	14
Abbildung 8: Prozessmodell von BGF als gesundheitsfördernde Organisationsentwicklung	16
Abbildung 9: Handlungsfelder und Präventionsprinzipien gemäß GKV-Richtlinien	18
Abbildung 10: Darstellung in Anlehnung an: BGF-Praxisbeispiele	19
Abbildung 11: Eigene Darstellung in Anlehnung an Schilling & Klus	22
Abbildung 12: Prisma-Flussdiagramm in Anlehnung an Ziegler	26
Abbildung 13: Übersicht zum aktuellen Stand der Forschung zu den Arbeitsbedingungen und zur betrieblichen Gesundheitsförderung (BGF) in Inklusionsbetrieben	31

III. Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Suchbegriffe	27
Tabelle 2: Einschlusskriterien	27
Tabelle 3: Ausschlusskriterien	27

1 Einleitung

Die Bundesagentur für Arbeit (2024) berichtet zur Arbeitsmarktsituation schwerbehinderter Menschen im Jahr 2023 wie folgt: Die häufigste Ursache für Schwerbehinderung ist durch Krankheit im Laufe des Lebens erworben; Schwerbehinderte haben es schwieriger, Erwerbsarbeit nachzugehen, und die rechtlichen Rahmenbedingungen sowie demografische Entwicklung haben auf sie einen größeren Einfluss als Konjunktur (vgl. S. 4). Betroffene sind in allen Branchen tätig, meist gut qualifiziert, aber sie haben es gleichzeitig schwerer, auf dem ersten Arbeitsmarkt Fuß zu fassen (vgl. ebd.). Laut statistischen Erhebungen werden 90 Prozent aller Schwerbehinderungen durch Krankheit erworben (vgl. S. 5).

In anderen Worten: Schwerbehinderung kann jeden Menschen treffen und die immer älter werdende Bevölkerung vor Probleme stellen, wieder Arbeit zu finden. Um Arbeitgebern Anreize zu bieten, wurden Maßnahmen wie die Ausgleichsabgabe geschaffen, die primär größere Arbeitgeber betrifft (vgl. BfA, 2024, S. 10). Bei kleineren Arbeitgeberinnen kommen diese Maßnahmen tendenziell weniger zum Einsatz, obwohl das Statistische Bundesamt (2024) feststellt (vgl. o. S.): „55 % der 38,7 Millionen Beschäftigten arbeiteten in kleinen und mittleren Unternehmen“. Das bedeutet, dass fast jeder zweite Arbeitnehmer in KMU arbeitet.

Zwar bietet das SGB IX neben negativen Anreizen wie der Ausgleichsabgabe auch positive Anreize bieten wie Zuschüsse und Prämien (vgl. § 185 Abs. 3 SGB IX), jedoch herrschen auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt noch viele Vorurteile vor (vgl. BfA, 2022, o. S.). Ein möglicher Weg, damit Menschen mit Schwerbehinderung zeigen können, was sie vermögen, sind Inklusionsunternehmen: Betriebe des ersten Arbeitsmarkts, die Wettbewerbsorientierung mit sozialer Verantwortung kombinieren und Arbeitsplätze für Schwerbehinderte schaffen (vgl. Muche, 2024, o. S.).

Arbeitgeberinnen allgemein müssen laut Arbeitsschutzgesetz und branchenspezifischer Vorschriften die Gesundheit ihrer Mitarbeiter schützen. Zusätzlich können sie Betriebliche Gesundheitsförderung (BGF) freiwillig anbieten. Inklusionsbetriebe jedoch müssen BGF anbieten (vgl. § 216 SGB IX). Laut Biallas et. al. (2019) haben Großunternehmen eine höhere Präventionsreife (vgl. S.402) Da sie BGF eher umsetzen als KMU, ergibt sich somit folgende Forschungsfrage: **Welche Rolle spielt die Soziale Arbeit bei der Förderung der betrieblichen Gesundheitsförderung (BGF) in kleinen und mittelgroßen Inklusionsunternehmen (KMIU) zur Unterstützung von Menschen mit Schwerbehinderung?**

Die Zielsetzung besteht darin, die Herausforderungen bei der Umsetzung von BGF in KMIU zu analysieren, indem Best-Practice-Beispiele sowie Studien betrachtet werden. Daraus ergibt sich eine Unterfrage: Welche Herausforderungen und Best-Practice-Beispiele gibt es für die Umsetzung betrieblicher Gesundheitsförderung in kleinen und mittelgroßen Inklusionsunternehmen?

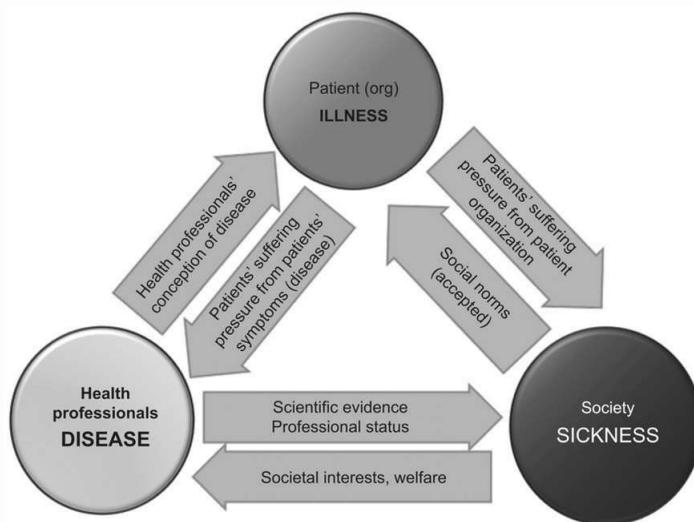
Um die Forschungsfrage sowie die Unterfrage zu beantworten, ist es zunächst nötig, die Zielgruppe (Menschen mit Schwerbehinderung) zu bestimmen. Dies geschieht in Kapitel 2 im Kontext mit Krankheit, Gesundheit und Behinderung, woraus sich die Aufgaben von BGF und Sozialer Arbeit ableiten lassen. Kapitel 3 verortet BGF im Betrieblichen Gesundheitsmanagement (BGM). Hier werden die möglichen Ansätze aufgezeigt, die BGF in Unternehmen verfolgen kann. Daraufhin schließen sich in Kapitel 4 die KMIU sowie die Soziale Arbeit an, deren Auftrag anhand der Theorie der Lebensweltorientierung in Kombination mit der Theorie der Lebensweltorientierung verdeutlicht wird. Kapitel 5 beschreibt die für diese Arbeit angewandte Methode. Um valide Kenntnisse zu erlangen, wurden anhand des PRISMA-Flussdiagramms Google Scholar und SpringerLink durchsucht und Literatur gesichtet, die mithilfe eines modifizierten CRAAP-Tests ausgewertet wurde. Bei der Suche kamen Einschlusskriterien wie Aktualität (nicht älter als 10 Jahre) und Ausschluss von kostenpflichtiger Literatur sowie Ausschlusskriterien (zum Beispiel keine graue Literatur) zum Einsatz. Kapitel 6 präsentiert die wichtigsten Ergebnisse aus zwölf ausgewählten Quellen. Es wurden fünf Erfolgsfaktoren sowie sechs Herausforderungen identifiziert. Kapitel 7 diskutiert die gefundenen Ergebnisse und beantwortet die Forschungsfrage. Weiterhin wird hier die Unterfrage beantwortet. Außerdem wurden zu Beginn dieser Arbeit wurden zwei Thesen formuliert. Diese werden in Kapitel 7 ebenso beantwortet. Erste These: Die Soziale Arbeit spielt eine zentrale Rolle bei der Unterstützung kleiner und mittelgroßer Inklusionsunternehmen durch vielfältige Förder- und Unterstützungsmaßnahmen, die auf die Verbesserung der betrieblichen Gesundheitsförderung abzielen, beispielsweise durch die Mobilisierung von Ressourcen und die Förderung von Inklusion.

Zweite These: Soziale Arbeit trägt zur erfolgreichen Umsetzung von BGF in KMIU bei, indem sie den Zugang zu finanziellen und organisatorischen Ressourcen erleichtert. Dies geschieht unter anderem durch Netzwerkarbeit und Beratung, die Unternehmen dabei unterstützen, passende Fördermöglichkeiten zu identifizieren und umzusetzen. Kapitel 8 bildet den Abschluss und gibt die gewonnenen Erkenntnisse aus Kapitel 7 verkürzt wieder. Zur besseren Lesbarkeit wird das generische Femininum verwendet, es sind aber mit der gewählten Formulierung alle Geschlechter gemeint.

2 Grundlagen: Krankheit, Gesundheit, Behinderung, Inklusion

2.1 Gesundheit und Krankheit: Definitionen und theoretische Konzepte

Um den Auftrag der Sozialen Arbeit im Kontext von Betrieblicher Gesundheitsförderung (BGF) zu definieren, ist es zunächst notwendig, die Zielgruppe Menschen mit Schwerbehinderung näher zu bestimmen. Dieser Begriff ist eng mit den Konzepten Krankheit und Gesundheit verknüpft; erstere soll verhindert, letztere im Betrieb gefördert werden. Es ist dienlich, mit dem Gegenteil von Gesundheit anzufangen. Krankheit ist – wie Gesundheit – ein vielschichtiger Begriff, der uneinheitlich ist und unterschiedlich gedeutet werden kann (vgl. Fangerau, 2022, o. S.). Sie ist an ein Normalitätsverständnis verknüpft, um den Unterschied zwischen gesund und krank festmachen zu können (vgl. ebd.). Für das generelle Verständnis relevant ist die dreiteilige Differenzierung der Medizinischen Soziologie (vgl. ebd.):

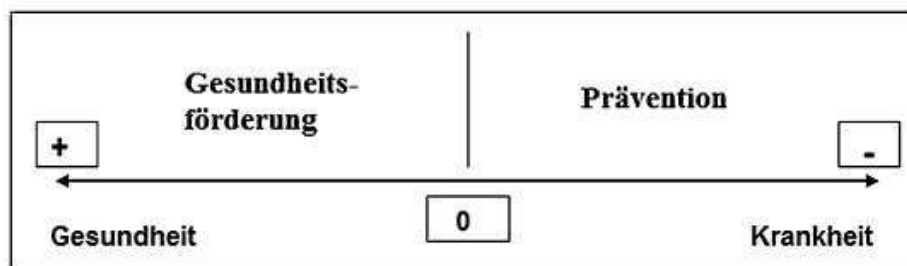


(Abbildung 1: Skizze der dynamischen Wechselwirkungen zwischen disease, illness und sickness nach Hofmann, 2016, S. 23 zit. n. Fangerau, 2022, o. S.)

Laut Fangerau (2022) konzentriert sich Disease auf den Zustand des Patienten und kann Krankheiten und Krankheitsbilder objektivieren und klassifizieren, bspw. mit der ICD-10/11 (vgl. o. S.). Illness wiederum konzentriert sich auf „[d]as subjektive Erleben von Beeinträchtigungen und Unwohlsein“ (ebd.). Sickness blickt auf die Gesellschaft und beschreibt Krankheit als soziales Phänomen (vgl. ebd.). All diese Begriffe sind miteinander verknüpft und wirken sich auf den sozialen Status aus (vgl. Fangerau, 2022, o. S.). Hierzu erwähnt Fangerau (ebd., o. S.): „Nicht zuletzt sind die professionellen Fachkräfte durch den sozialen Status und das Ansehen einer Krankheit beeinflusst:

Krankheitsbilder unterscheiden sich – auf allen Ebenen – stark in ihrem sozialen und kulturellen Prestige.“

Fangerau (2022) verweist bei der interdisziplinären Definition von Krankheit auf den BzgA-Artikel zu Gesundheit. (vgl. o. S.). Franzkowiak & Hurrelmann (2022) erwähnen dort die Versuche einer Definition wie die der Weltgesundheitsorganisation, die als einseitig kritisiert wurde, sowie die Weiterentwicklung zu neueren und integrativeren Definitionen (vgl. o. S.). In ihrer Zusammenfassung beschreiben sie (2022) Gesundheit als nicht „eindeutig definiertes Konstrukt. Sie wird individuell und sozial produziert, konstruiert und organisiert“ (o. S.). Ähnlicher Auffassung ist Rudow (2021), der Krankheiten aufteilt in (vgl. S. 715f): (psycho-)somatische Krankheiten (z. B. belastungsbedingte Organerkrankungen; Muskelerkrankungen), psychische Störungen/Verhaltensstörungen (z. B. Psychosen), psychosomatische und psychische Beschwerden (subjektive Beschwerden), Befindensbeeinträchtigungen (Grauzone zwischen Krankheit und Gesundheit). Er führt für Gesundheit Abwesenheit von Befindensbeeinträchtigungen (beschwerdefrei), Wohlbefinden (positive Erfahrungen), Handlungskompetenz und Vitalität (Gesundheit als Handlungskompetenz; Betroffener kann in ihrer derzeitigen Verfassung die Aufgaben bewältigen, die an sie gestellt werden) an (vgl. ebd., S. 716). Er erwähnt Salutogenese (vgl. ebd.). Dieses Konzept fragt nach der Gesundheitsentstehung; wie Gesundheit entsteht, erhalten und gefördert werden kann (vgl. Liebrich, 2022, S. 24). In jedem Menschen könnten gesunde und ungesunde Komponenten wirken; Gesundheit sei somit relativ zu verstehen (vgl. ebd.). Laut Habermann-Horstmeier & Lippke (2021a) steht Salutogenese im Gegensatz zum biomedizinischen Krankheitsmodell; Salutogenese schaue auf die schützenden Faktoren (Protektivfaktoren) und gesundheitsfördernden Einflussfaktoren (Ressourcen) (vgl. S. 66). Wie Liebrich (2022, S. 24) und Franzkowiak (2022, o. S.), so sieht Rudow (2021) Gesundheit und Krankheit als ein Kontinuum (vgl. S. 716):



(Abbildung 2: Kontinuum Gesundheit vs. Krankheit, Rudow, 2021, S. 716)

Diese Abbildung zeigt den Zusammenhang zwischen Gesundheit, Krankheit, Förderung und Prävention auf. Habermann-Horstmeier & Lippke (2021a) führen bei diesem Kontinuum für Krankheit Belastungsfaktoren und für Gesundheit Schutzfaktoren auf (vgl. S. 67). Prümel-Philippsen & Grossmann (2021) bestätigen diesen Zusammenhang (vgl. S. 37): Krankheit soll präventiv verhindert werden, während Gesundheit gefördert werden soll. Dies spiegelt sich, wie in den nächsten Kapiteln gezeigt wird, im Arbeitsschutz (Prävention) und der BGF (Förderung) wider, und zeigt die beiden wichtigsten Fragen auf, die BGM beantworten muss. Bezüglich der Prävention lautet die erste Frage: „Was macht uns krank und wie können wir dem vorbeugen, wie können wir das verhindern?“ (Prümel-Philippsen & Grossmann, 2021, S. 43). Die zweite Frage lautet (ebd., S. 44): „Was hält uns gesund und wie können wir dies bewahren und fördern?“

In diesem Kontext ist es notwendig, den Begriff Gesundheitsverhalten ins Feld zu führen. Es wird definiert als „in der Regel (...) jegliches Verhalten, das Einfluss auf die Gesundheit, die Entstehung von gesundheitlichen Schäden und Einschränkungen und/oder die Lebenserwartung hat“ (Habermann-Horstmeier & Lippke, 2021b, S. 58). Verhalten, welches sich positiv auf die Gesundheit auswirkt wie körperlich aktiv werden, gesunde Ernährung, Vermeiden von Suchtverhalten wie Rauchen oder Sicherheitsvorkehrungen treffen. Dieser Einfluss auf das Verhalten wird in Kapitel 3 wichtig, wenn über Verhaltens- und Verhältnisprävention gesprochen wird.

Franzkowiak (2022) erwähnt in seinem Artikel über das Gesundheits-Krankheits-Kontinuum abschließend: „Eine Stärkung des dimensional Denkens hat in alltäglichen wie auch professionellen Kontexten der (...) Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung deutlich antidiskriminierende, toleranzfördernde Auswirkungen“. Weiterhin betont er, dass Menschen, die bei Gesundheit und Krankheit von einem Kontinuum ausgehen, weniger zu stigmatisierendem Verhalten neigen (vgl. ebd.). Eine Einstellung, die für Sozialarbeiterinnen essentiell ist und in Kapitel 3 und 4 näher ausgeführt wird.

Der Zusammenhang zwischen Krankheit, Gesundheit und Behinderung ergibt sich laut Statistischem Bundesamt wie folgt (2022): „90 % der schweren Behinderungen wurden durch eine Krankheit verursacht, rund 3 % der Behinderungen waren angeboren oder traten im ersten Lebensjahr auf. Nur knapp 1 % der Behinderungen waren auf einen Unfall oder eine Berufskrankheit zurückzuführen. Die übrigen Ursachen summieren sich auf 5 %.“

Das bedeutet, dass Krankheit der Hauptfaktor für den Erwerb von Behinderungen spielt und deshalb möglichst verhindert werden sollte, unter anderem, indem man Ge-

sundheit fördert. Mit diesem Wissen ausgerüstet wird im nächsten Kapitel auf Behinderung eingegangen.

2.2 Behinderung: Definition und Konzepte

Gottwald (2019) führt als zentrale Definitionen des Begriffs Behinderung die Weltgesundheitsorganisation (WHO), die UN-Behindertenrechtskonvention (UN-BRK) und das Sozialgesetzbuch IX (SGB) an (vgl. o. S.). Kenntnisse aller drei Definitionen sind für diese Arbeit notwendig.

Die WHO definiert den Begriff Behinderung seit 1980 mithilfe der ICIDH (International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps), um ihn von Krankheit nach ICD (International Classification of Diseases) abzugrenzen (vgl. Gottwald, 2019, o. S.). Die ICIDH wurde 2001 von der ICF (International Classification of Functioning, Disability and Health) abgelöst (vgl. ebd.). Die ICF sieht Behinderung als Normabweichung und führt neben der Funktionsfähigkeit auf körperlicher (Körperfunktionen), individueller (Aktivität) und gesellschaftlicher Dimension (Partizipation) Behinderung als körperliche Schädigung, individuelle Aktivitätsbeeinträchtigung und gesellschaftliche Partizipations-einschränkung (vgl. ebd.). Kritisch gesehen werde der kausale Zusammenhang zwischen physischer Schädigung und ihrer daraus folgenden Einschränkungen sowie sozialer Benachteiligungen (vgl. ebd.). Dieses Modell werde als Kompromiss zwischen medizinischem und sozialem Modell (s. u.) gesehen und in der Sonderpädagogik als Minimalkonsens verwendet (vgl. ebd.).

Die UN-BRK unterscheidet Behinderung und Beeinträchtigung (vgl. Gottwald, 2019, o. S.). Beeinträchtigt sei jemand, dem bestimmte Funktionen fehlten oder nur eingeschränkt funktionierten wie Sehen, Hören oder Gehen (vgl. ebd.). Ein Blick in besagte UN-Konvention offenbart: Eine Behinderung entsteht „aus der Wechselwirkung zwischen Menschen mit Beeinträchtigungen und einstellungs- und umweltbedingten Barrieren (..), die sie an der vollen, wirksamen und gleichberechtigten Teilhabe an der Gesellschaft hindern“ (UN-BRK, 2018, S. 5). Diese Definition knüpft an die ICF an; Behinderung werde als Wechselwirkung zwischen Beeinträchtigung und Barrieren verstanden (vgl. Gottwald, 2019, o. S.).

Schließlich noch die gesetzliche Definition in Deutschland, um Leistungen für Menschen mit Behinderungen zuweisen zu können (vgl. Gottwald, 2019, o. S.). Die alte Fassung orientierte sich an der Definition der WHO und wurde wegen der Kritik bezüglich des kausalen Zusammenhangs neu definiert, unter anderem, um die Zugänglich-

keit zur Eingliederungshilfe einzuschränken (vgl. ebd.). In § 2 Abs. 1 SGB IX wird Behinderung heutzutage wie folgt definiert:

„Menschen mit Behinderungen sind Menschen, die körperliche, seelische, geistige oder Sinnesbeeinträchtigungen haben, die sie in Wechselwirkung mit einstellungs- und umweltbedingten Barrieren an der gleichberechtigten Teilhabe an der Gesellschaft mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate hindern können. Eine Beeinträchtigung nach Satz 1 liegt vor, wenn der Körper- und Gesundheitszustand von dem für das Lebensalter typischen Zustand abweicht. Menschen sind von Behinderung bedroht, wenn eine Beeinträchtigung nach Satz 1 zu erwarten ist.“

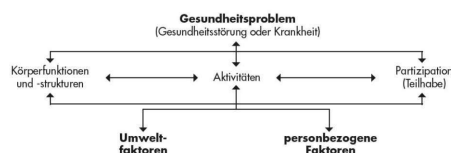
Somit lässt sich aus diesen drei Definitionen bereits ein kurzes Fazit ziehen. Behinderung wird je nach Definition im kausalen Zusammenhang (WHO) oder dynamisch (UN-BRK) gesehen. Entsprechend gibt es unterschiedliche Denkmodelle, die jetzt vorgestellt werden und für den Auftrag der Sozialen Arbeit wichtig sind.

Gottwald (2019) unterscheidet basierend auf diesen drei Definitionen vier (Denk-)Modelle von Behinderung (vgl. o. S.): Das medizinische Modell, das soziale Modell, das kulturelle Modell und das menschenrechtliche Modell der UN-BRK. Für das nötige Verständnis werden diese Modelle nebst dem bio-psycho-sozialen Modell vorgestellt.

Das medizinische/individuelle Modell von Behinderung sieht Behinderung als persönliches Problem; der Fokus liegt auf Heilung und Rehabilitation; üblicherweise wird Behinderung negativ bewertet und tragisch dargestellt (vgl. Gottwald, 2019, o. S.). Im Kontrast hierzu hat sich im Rahmen der Behindertenbewegung das soziale Modell entwickelt (vgl. ebd.): Behinderung wird hier als „Ergebnis von Diskriminierung und als soziales Problem betrachtet“ (ebd.). Die Autorin zitiert Michael Oliver, laut dem es diesem Modell darauf ankomme, die Beinlosen nicht normal zu machen, sondern ein soziales Umfeld zu schaffen, wo Beinlosigkeit egal sei (vgl. ebd.).

Das bio-psycho-soziale Modell für die Übersicht

Aus diesen beiden vorgestellten Denkmodelle entwickelte sich als Synthese das bio-psycho-soziale Modell nach ICF (vgl. BAR, o. J., o. S.). Die ICF sieht Behinderung als dynamischen Prozess und zeigt die Wechselwirkungen mit folgender Grafik auf:



(Abbildung 3: Wechselwirkungen zwischen den Komponenten der ICF (WHO 2001) zit. n. BAR, o. J., o. S.)

Ein Gesundheitsproblem wirkt sich auf Körperfunktionen, Aktivitäten und Partizipation aus. Altgeld (2021) erläutert hierzu näher (o. S.):

„Körperfunktionen (z. B. Wahrnehmung, Sprache) und Körperstruktur (z. B. anatomische Körperteile wie Organe und Gliedmaßen), (...) Aktivität (z. B. Durchführung einer Aufgabe oder Handlung wie Lernen oder Kommunizieren) und (...) Partizipation/Teilhabe (z. B. das Einbezogen sein in verschiedene Lebensbereiche wie soziale Beziehungen, Mobilität, Arbeit und Beschäftigung, Bildung, Rechte).“

Weiterhin wirken Umweltfaktoren und personenbezogene Faktoren auf diese drei ein. Altgeld (2021) nennt hier als Beispiele für Umweltfaktoren soziale Beziehungen sowie Unterstützung und bei personenbezogenen Faktoren Alter und Lebensstil (vgl. o. S.). Dieses Modell erlaubt der Sozialen Arbeit in der Praxis, mögliche Ansatzpunkte für ihre Arbeit zu identifizieren. Neben den Fähigkeiten und Aktivitäten des Betroffenen kann sie auch seine sozialen Beziehungen und seine Umgebung berücksichtigen. Nichtsdestoweniger gilt noch zu klären, warum sie das tun sollte.

Das menschenrechtliche Modell für den Auftrag der Sozialen Arbeit

Am sozialen Modell wurde die Sichtweise von Behinderung als Problem bemängelt; Behinderung werde stattdessen kulturell, sozial und historisch reproduziert (vgl. Gottwald, 2019, o. S.). Stattdessen solle der Blick auf die Kultur gerichtet werden (vgl. ebd.). Schließlich das menschenrechtliche Modell von Behinderung der UN-BRK, das als Weiterentwicklung des sozialen und kulturellen Modells gesehen wird, weil es Staat und Zivilgesellschaft in die Verantwortung nehme (vgl. ebd.).

Sowohl das bio-psycho-soziale Modell als auch das menschenrechtliche Modell sind notwendig für den Arbeitsauftrag der Sozialen Arbeit im Rahmen der BGF in Inklusionsbetrieben. Das erstere Modell erlaubt es, die Auswirkungen von Behinderung auf den Menschen selbst, sein Innenleben sowie auf die Gesellschaft auseinanderzuhalten. Es lassen sich die Punkte aufzeigen, an denen Soziale Arbeit ansetzen kann. Das letztere Modell konkretisiert den Auftrag der Sozialen Arbeit und nimmt sie in die Pflicht, sich für Menschen mit Behinderung einzusetzen.

Grad der Behinderung und Schwerbehinderung

Wie in bereits bei der Definition von Behinderung angeführt, unterteilt das Gesetz Behinderung in körperlich, geistig, psychisch und Sinnesbeeinträchtigungen (vgl. § 2 Abs. 1 SGB IX). Je nach Schwere der Behinderung können Grad der Behinderung (GdB) von den Versorgungsämtern vergeben werden (Behindertenbeauftragter, o. J., o. S.).

GdB werden in Zehnergraden beschrieben, die von 20 bis 100 reichen können. Ab 50 GdB gilt ein Mensch als schwerbehindert. Hat er 30 GdB, gilt er als behindert und kann sich gleichstellen lassen; das heißt, dass er dann als Mensch mit Schwerbehinderung gezählt wird (vgl. ebd.; vgl. § 2 Abs. 2 & 3 SGB IX).

§ 215 Abs. 2 SGB IX (Begriff und Personenkreis Inklusionsbetriebe) erwähnt neben schwerbehinderten Menschen noch Mehrfachbehinderung. Dieser Begriff wird im Gesetz nicht näher definiert. Wörtlich genommen bedeutet mehrfach, dass Menschen mit Behinderung neben einer körperlichen auch eine weitere Beeinträchtigung haben können; also mehr als eine Behinderung (mehrfachbehindert) haben können. Dies kann sich laut Altgeld et. al. (2018) als Problem erweisen (S. 2): „Je komplexer die Beeinträchtigungen von Menschen mit Behinderung sind, desto schlechter werden sie von Interventionen der Gesundheitsförderung und Prävention erreicht.“

Erschwerend hierzu kommen die Erkenntnisse von Rohrmann (2021) hinzu, laut dem es keine zuverlässigen Daten über die Wechselwirkungen von Beeinträchtigungen zu Barrieren, die die Teilhabe behindern, gibt (vgl. S. 1008). Somit lassen sich aus den ersten beiden Unterkapiteln folgende Schlüsse ziehen: Krankheit und Behinderung korrelieren stark miteinander. Das Ziel, Gesundheit zu fördern, lässt sich, je komplexer eine Behinderung ist, schwerer umsetzen. Was die BGF tun kann, um Gesundheit zu fördern, wird in Kapitel 3 näher beleuchtet. Davor ist es noch notwendig, auf die Wörter Inklusion und Teilhabe einzugehen.

2.3 Inklusion und Teilhabe im Kontext der Arbeitswelt

Im Modell der dreiteiligen Differenzierung wurde die gesellschaftliche Dimension bereits angedeutet. Im Kontext von Behinderung und Gesellschaft fallen stets die Begriffe Inklusion und Teilhabe. Diese bedürfen näherer Erklärung.

Mit der Inklusion angefangen: Dieser Begriff bezeichnet in Deutschland „ein politisches Grundsatzprogramm, das die gleichberechtigte Teilhabe aller Menschen mit Behinderungen am gesellschaftlichen Leben sicherstellen soll“ (Altgeld, 2021, o. S.). Die Autoren zeichnen kurz die Entwicklung nach (vgl. ebd.): Bis in die 1970er war es gesellschaftlich normal, Menschen mit Behinderung in eigenen Systemen (Segregation) unterzubringen, dann wurde der Begriff Integration (Eingliederung einzelner Außenstehender) in die Debatte gebracht und die vorherrschende Normalität infrage gestellt. In den 1990ern kam der Begriff Inklusion (alle Menschen können gesellschaftlich teilhaben) auf. Während Integration stets von Förderbedarf für die Betroffenen ausgehe, sehe Inklusion Unterschiede als normal an und ermögliche alle Menschen die Teilhabe

an der Gesellschaft, unabhängig der Unterschiede (vgl. ebd.). Dieser Bezug hat auf die Definition von Behinderung im SGB IX Einfluss genommen, weil Behinderung nicht mehr individuell, sondern auch im Kontext mit umweltbedingten Faktoren gesehen wird (vgl. ebd.). Dies entspricht dem bio-psycho-sozialen Modell von Behinderung. Weiterhin erwähnt der Autor die Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung, die allen Menschen mehr Selbstbestimmung über ihre Gesundheit ermöglichen will (vgl. ebd.). Dieses Verständnis von Inklusion deckt sich mit dem des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales (2023), laut dem jeder Mensch das Recht habe, dabei zu sein (vgl. o. S.). Erreicht sei sie, wenn Abweichung von einem Standard als Stärke und nicht als Schwäche verstanden würde (vgl. ebd.).

In der Allgemeinsprache wird Inklusion oft bezüglich Behinderung und Integration bezüglich Migrationspolitik verwendet (vgl. Niemeyer, 2024, o. S.). Nach seiner Auffassung sei Inklusion allgemein eine verlässliche strukturelle Aufnahmebereitschaft und in Abgrenzung dazu Integration als konkrete soziale Einbindung von Personen in soziale Zusammenhänge zu sehen (vgl. ebd.). Er führt Stichwehs Unterscheidung von separierender und integrativer Inklusion an (vgl. ebd.): Bei separierender Inklusion werden Extrastrukturen geschaffen (beispielsweise Förderschulen, was laut UN-BRK aber Exklusion ist), bei integrativer Inklusion würden Integration und Inklusion gleichzeitig verwirklicht (Einbezug von Schülern mit Behinderung in Regelklassen). Übertragen auf die Arbeitswelt bedeutet das, dass Inklusion unterschieden werden kann in Werkstätten für behinderte Menschen (kurz WfbM) (separierend) und Inklusionsbetriebe (integrativ). Dies ist der Grund, weshalb diese Arbeit Inklusionsbetriebe betrachtet und WfbM ausschließt. Inklusionsbetriebe sind auf dem ersten Arbeitsmarkt tätig (vgl. § 215 Abs. 1 SGB IX) und somit integrativ. Näheres dazu in Kapitel 4. Bis dahin bleibt festzuhalten, dass Inklusion die Gesellschaft dazu anhält, Menschen mit ((mehrfachen) (Schwer)Behinderungen auf dem Arbeitsmarkt zu integrieren.

Von der Verpflichtung der Gesellschaft (Inklusion) zum Begriff Teilhabe: Dieser verweist im Taschenwörterbuch Soziale Arbeit auf Partizipation, welche laut Oechler & Rosenbauer (2015) Mitwirkungs- und Beteiligungsmöglichkeiten von Adressaten sozialer Arbeit bezeichnet (vgl. S. 233). Sie erwähnen, dass Partizipation in der Lebensweltorientierung eine zentrale Strukturmaxime sei (vgl. ebd., S. 234). Die anderen Maximen folgen in Kapitel 4.2. Vorerst bleibt festzuhalten: Die Lebensweltorientierung gilt laut Lambers (2020) als der klassische Ansatz und das, was Otto-Normal-Verbraucher unter Sozialer Arbeit versteht (vgl. S. 97). Laut ihrem Begründer Thiersch (2017) bedeutet Parti-

zipation Teilhabe; es gehe darum, dass jemand teile und jemand anderes daran teilhaben könne (vgl. S. 16). Zusammen mit Grunwald (2016) stellt Thiersch den Bezug von Partizipation zu Inklusion her (S. 46): „[S]ich in Selbsttätigkeit zu erfahren und anzuerkennen (.) und (..) im Horizont Sozialer Gerechtigkeit in Umgangsregeln der Demokratie“ zu transformieren. Partizipation müsse in Stufen aufgeteilt und unterschiedlich gestaltet werden (vgl. ebd.). Im Kontext dieser Strukturmaxime verweist Kabsch (2018) auf das Stufenmodell der Partizipation von Wright (vgl. S. 93). Dieses lässt sich bei Wright (2020) finden (vgl. o. S.):



(Abbildung 4: Stufen der Partizipation in der Gesundheitsförderung (Wright, Block & von Unger; in Wright 2010; zit. n. Wright, 2020, o. S.)

Kabsch (2018) beschreibt die drei Stufen (vgl. S. 93): Nicht-Partizipation (Instrumentalisierung und Anweisung), Vorstufen der Partizipation (Information, Anhörung, Einbeziehung) und Partizipation (Mitbestimmung, Teilweise Entscheidungskompetenz, Entscheidungsmacht). Darüber hinaus gebe es noch eine vierte Stufe (Selbstorganisation). Ohne Partizipation seien Adressaten nur passive Empfänger (vgl. ebd.). Je nach Klientel gelte es zu erkennen, welche Stufe je nach Arbeitsfeld für die Zielgruppe angemessen sei (vgl. ebd.). Aus diesem Stufenmodell lassen sich bereits Aufgaben der Sozialen Arbeit für die Arbeit mit Menschen mit Behinderung herauslesen: Von der niedrigsten Stufe (die Betroffenen anweisen, etwas zu tun) über die mittlere Stufe (die Betroffenen über Vorgänge zu informieren) bis hin zur Partizipation (die Betroffenen nach ihrer Meinung fragen und ihnen die Wahl lassen) gestalten sich die Handlungsspielräume der Sozialarbeiterinnen als sehr vielfältig.

Somit können abschließend für dieses Kapitel drei Bedingungen identifiziert werden, die erfüllt sein müssen, damit Soziale Arbeit tätig werden kann. Erstens muss es gesellschaftlich gewollt sein, Menschen mit Behinderung zu helfen (Inklusion) und im Kontext von Arbeit unterschieden werden in WfbM (separierende Inklusion) und Inklusionsunternehmen (integrative Inklusion).

Zweitens muss Soziale Arbeit gewillt sein, ihre Adressatinnen nicht zu bevormunden, sondern sie bei ihrer Partizipation nach Wright zu unterstützen. Hierbei hilft das Verständnis von Behinderung in zweifacher Weise, indem sie ihren Auftrag klärt (mensenrechtliches Modell) sowie mögliche Ansatzpunkte (bio-psycho-soziales Modell) identifiziert.

Drittens braucht Soziale Arbeit anstelle des Verständnisses von Krankheit und Gesundheit als Dichotomie die Auffassung von Krankheit und Gesundheit als Kontinuum, um weitere Ansatzpunkte zu finden, an denen sie ansetzen kann.

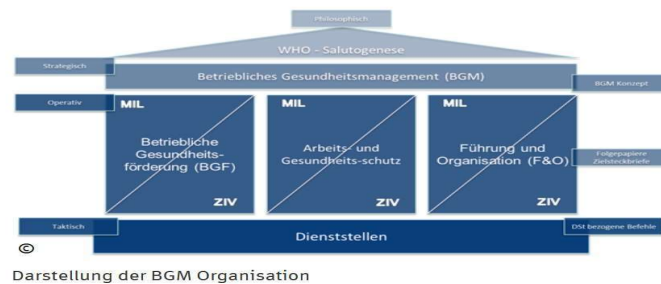
Die wichtigste Erkenntnis dieses Kapitels: Die Zielgruppe Menschen mit Schwerbehinderung hat sehr viele sprichwörtliche Stellschrauben, die die Arbeitsplatzgestaltung in Inklusionsbetrieben anspruchsvoll macht und an denen sich die BGF und die Soziale Arbeit ausrichten können.

3 Betriebliche Gesundheitsförderung (BGF)

3.1 Einführung BGF im Kontrast zum Betrieblichem Gesundheitsmanagement

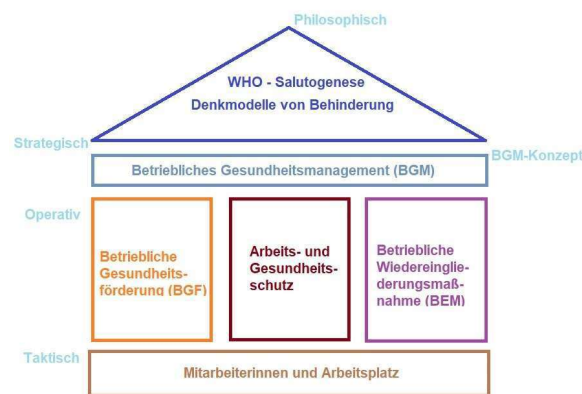
Während Krankheit und Gesundheit als zwei Seiten einer Medaille oder als Kontinuum gesehen werden können, so verhält es sich mit BGF und Betrieblichem Gesundheitsmanagement (BGM) so, dass erstere ein Teilbereich von letzterem ist. BGM dient als Oberbegriff für „alle Bereiche, die Einfluss auf die Gesundheit der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter haben können. Das ganzheitliche Ziel lautet, die Gesundheit, die Leistungsfähigkeit und den Erfolg für alle Beschäftigten – und damit auch für das Unternehmen insgesamt – zu erhalten und zu fördern“ (BMG, 2021, o. S.). Hierbei werden drei Säulen erwähnt (vgl. ebd.). Diese sind Arbeitsschutz/Arbeitssicherheit; Eingliederungsmanagement (BEM) und BGF (vgl. ebd.; vgl. Klenke, 2018, S. 87). Gesetzlich vorgeschrieben sind die ersten beiden Säulen, während die BGF freiwillig ist (vgl. BMG, 2021, o. S.). Zumindest für normale Betriebe, Inklusionsbetriebe sind seit 2018 laut § 216 SGB IX gesetzlich verpflichtet, BGF anzubieten (vgl. Efimov et. al., 2023a, S. 535; vgl. Stadler & Perschke-Hartmann, 2023, S. 4). Um ein Dach, ein Zwischengeschoss

vor und ein Fundament darunter wird dieses Säulensystem von der Helmut-Schmidt-Universität (2023) erweitert (vgl. o. S.):



(Abbildung 5: Darstellung der BGM Organisation, HSU, 2023, o. S.)

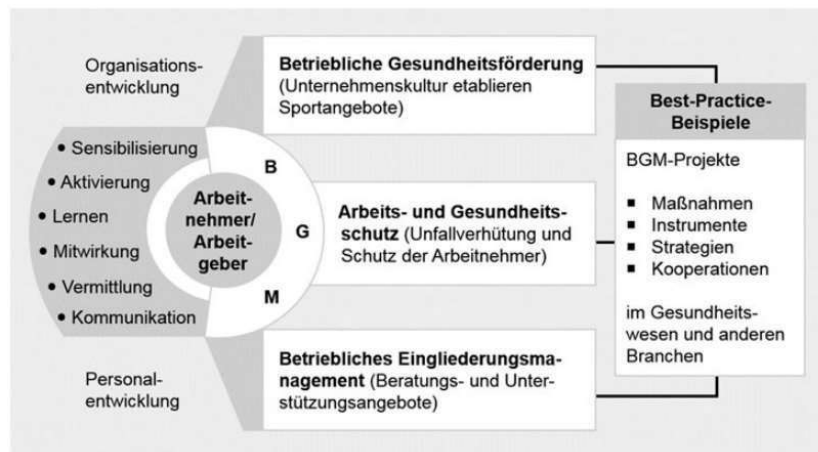
Die HSU (2018) ersetzt Betriebliche Eingliederungsmaßnahmen (BEM) mit Führung und Organisation (F&O) (vgl. o. S.). Von oben nach unten: Die WHO (Dach) liefert den philosophisch-ethischen Hintergrund. Darauf basierend entwickeln Unternehmen der Bundeswehr strategisch ein BGM-Konzept, welches sich auf die drei Säulen auswirkt. Hierbei wird BGF als ein Operator gesehen, der mithilfe von Dienststellen und dienststellenbezogenen Befehle taktisch umgesetzt werden soll. Dieses Modell lässt sich für Inklusionsbetriebe wie folgt abwandeln:



(Abbildung 6: Eigene Darstellung in Anlehnung an die Darstellung der BGM Organisation, HSU, 2023, o. S.)

Indem F&O mit BEM ersetzt, aus Dienststellen Mitarbeiterinnen und Arbeitsplatz gemacht wird, die dienststellenbezogenen Befehle gekürzt und das Dach um Denkmodelle von Behinderung erweitert wird, lässt sich auf einen Blick BGM mit ihren drei Säulen anschaulich darstellen. Die dargestellte Auffassung (Dach) wirkt sich darauf aus, wie das BGM konzipiert wird. Dieses bezieht sich auf die drei Arbeitsfelder (operativ), bei denen Soziale Arbeit zum Einsatz kommen kann und die wiederum auf den Mitarbeiterinnen und den Arbeitsplatz Einfluss nehmen. Diese Zweiteilung anstelle von Dienst-

stellen wurde bewusst gewählt, wie das nachfolgende Unterkapitel deutlich machen wird. Bis dahin ist es noch notwendig, die Darstellung von Pfannstiel & Mehlich (2016) ins Feld zu führen (vgl. S. VI). Um zu sensibilisieren, zu aktivieren, zu lernen, mitzuwirken, zu vermitteln und zu kommunizieren, wird BGM vom Arbeitgeber für die Organisations- und Personalentwicklung implementiert. Die drei Säulen BEM, Arbeits- und Gesundheitsschutz sowie BGF münden bei ihren Umsetzungen in Best-Practice-Beispiele, die sich aus Maßnahmen, Instrumenten, Strategien und Kooperationen zusammensetzen (vgl. ebd.).



(Abbildung 7: Betriebliches Gesundheitsmanagement in der Praxis; Pfannstiel & Mehlich, 2016, S. VI)

Zum Schluss des Kapitels sei noch erwähnt, weshalb Arbeitgeberinnen sich mit BGM auseinandersetzen. Die generellen Gründe sind neben den gesetzlichen Vorgaben – von denen Inklusionsbetriebe verpflichtet sind, alle drei Säulen umzusetzen – wie folgt (vgl. Klenke, 2018, S. 90f): Reduktion des Krankenstandes sowie Leistungssteigerung der Mitarbeiter; Bindung von Mitarbeitern und die Qualifizierung für finanzielle Förderungen. Klenke (2018) sieht BGM als Lösungsansatz für aktuelle personelle Herausforderungen (vgl. ebd., S. 92). Derselben Auffassung ist die psyGA (2019), die zusätzlich harte und weiche Orientierungspunkte anführt: Harte Punkte sind „Fluktuation, Frühverrentung, Berufskrankheiten, Unfallstatistiken, Fehlzeiten, Produktivität, Qualität, Entgeltfortzahlungskosten“ (S. 14). Weiche Punkte sind „Mitarbeiterzufriedenheit, Kreativität, Wohlbefinden, Motivation, Identifikation, Betriebsklima“ (ebd.). Ergänzend führen Mohokum & Wetzstein (2021) bei den harten Punkten Arbeitsunfälle und Umsatzerhöhung an, bei den weichen Punkten Attraktivität als Unternehmen, Unternehmensimage und Unternehmenskultur (vgl. S. 1196). Weiterhin führt die psyGA (2019), um die Wich-

tigkeit von BGM zu betonen, modellhaft das Haus der Arbeitsfähigkeit an (vgl. S. 66): Um Arbeitsfähigkeit (Dach) zu erreichen, sind mehrere Stockwerke aufzubauen wie Arbeitsbedingungen & Führung; Werte; Kompetenz und Gesundheit (vgl. ebd.). Das Fundament dieses Hauses ist BGM (vgl. ebd.). Somit sind mit den Gründen gleichzeitig mögliche Evaluationsmöglichkeiten aufgezählt worden. Davon lassen sich die harten Punkte leichter quantifizieren als die weichen Punkte, da sie greifbarere Daten liefern.

In diesem Kapitel wurde BGF erstens im Gesamtkontext des BGM verortet. Außerdem wurde zweitens die Wichtigkeit von BGM (und somit BGF) aufgezeigt. Bereits hier lassen sich die Zusammenhänge von Krankheit, Gesundheit, Prävention und Förderung und den Säulen von BGM feststellen: Arbeitsschutz legt den Fokus auf Prävention und somit auf Krankheit, während BGF sich auf Förderung und Gesundheit konzentriert. Drittens wurden mögliche Stellen für die Soziale Arbeit identifiziert, an denen sie ansetzen kann wie Mitarbeiterinnen und Arbeitsplatz. Mehr dazu in Kapitel 4.2, zuvor ist es notwendig, die Zielgruppen und Ziele von BGF näher zu bestimmen.

3.2 Definition, Zielgruppen und Ziele der BGF

Generell gesprochen beschäftigt sich Betriebliche Gesundheitsförderung (BGF) mit „systemischen Interventionen in privaten und öffentlichen Betrieben“ (Hartung et. al., 2021, o. S.). Eine genauere Definition liefert Meyer (2021, S. 679):

„Betriebliche Gesundheitsförderung (BGF) umfasst alle zeitlich beschränkten gemeinsamen Einzelmaßnahmen von Arbeitgebern, Arbeitnehmern und Gesellschaft zur Verbesserung von Gesundheit und Wohlbefinden am Arbeitsplatz“.

Nahezu deckungsgleicher Auffassung sind Mohokum & Wetzstein (2021), die sich für die Definition auf die Luxemburger Deklaration beziehen und anführen, dass es sich bei BGF nicht um abgeschlossene Maßnahmen handle, sondern um einen mehrschrittigen Prozess, der verschiedene Phasen habe (vgl. S. 1192). Mehr hierzu in Kapitel 3.3.

Die Ziele von BGF bestehen in der Reduktion der gesundheitlichen Belastungen, der Steigerung der gesundheitlichen Ressourcen (vgl. Hartung et. al., 2021, o. S.) sowie laut BMG (o. J.) einer Verbesserung der Gesundheitskompetenz (vgl. o. S.). Es geht um „die Etablierung partizipationsorientierter Strukturen und Prozesse unter dem Leitbild von Gesundheit“ (Hartung et. al., 2021, o. S.). Dies erfordert die Zustimmung der meisten Beteiligten; die Strukturen sollten gestaltbar sein und die aktive Teilhabe ermöglichen (vgl. ebd.). Besagte Interventionen werden mit den betrieblichen Akteurin-

nen ausgehandelt (vgl. Hartung, 2021 et. al., o. S.). Der Begriff Akteurinnen wird von Hartung et. al. nicht näher ausgeführt. Laut Hahnzog (2014) sind dies Unternehmen, Führungskräfte und Beschäftigte (vgl. S. IX). Genauer werden sie von Brüssig & Schulz (2018) beschrieben (vgl. S. 4): Innerbetriebliche Akteurinnen seien Beschäftigte, Betriebs- und Personalräte, Betriebsärzte, Führungskräfte, Fachkräfte für Arbeitssicherheit; außerbetriebliche Akteure Beratungsstellen, Gewerkschaften, Arbeitgeberverbände und Sozialversicherungsträger. Dabei hätten Beschäftigte eine Doppelrolle, weil sie einerseits Ziel, andererseits Gestalter betrieblicher Prävention seien (vgl. ebd.). Laut Beck et. al. (2015) ist BGF ein ambitioniertes Konzept, weil es individuell-orientierte sowie umfeld-orientierte Maßnahmen kombiniert und einen ressourcen-orientierten Ansatz verfolgt (vgl. S. 1f). Somit kann für dieses Kapitel folgender Schluss gezogen werden: Damit BGF in Inklusionsbetrieben erfolgreich ist, ist sie auf die Mitarbeit der Beschäftigten angewiesen. Da Inklusionsbetriebe um die 30 % bis 50 % Mitarbeitern mit (Schwer)-Behinderung beschäftigen, haben sich ihre Maßnahmen nicht nur an den Betroffenen, sondern auch im Umkehrschluss an Menschen ohne Behinderung zu richten. Hierbei können, wie das folgende Kapitel zeigen wird, Führungskräfte mit eingebunden sein.

3.3 Prozesse und Instrumente

Bezüglich der Umsetzung von BGF liefert Hartung et. al. (2021) eine gute Übersicht, die hier zunächst wiedergegeben und zur Beantwortung der Forschungsfrage ausgeführt wird: Hierfür verwendet er folgende Abbildung:

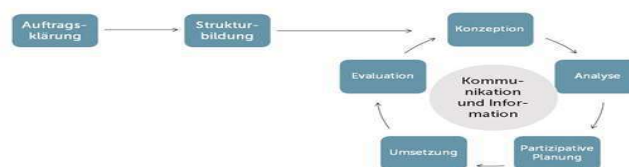


Abbildung 8: Prozessmodell von BGF als gesundheitsfördernde Organisationsentwicklung, Hartung et. al., 2021, o. S.)

Am Anfang steht die Auftragsklärung, bei der die Chefetage eingebunden wird (vgl. Hartung et. al., 2021, o. S.). Daraufhin bildet sich ein Arbeitskreis mit internen und externen Expertinnen und Interessensvertreterinnen (Strukturbildung) für die weiteren Prozessschritte. Mitglieder dieses Arbeitskreises können sein (vgl. BGF-Koordinierungsstelle, o. J., o. S.): betriebliche Partner wie der Betriebsarzt, die Fachkraft für Arbeitssicherheit, der Betriebsrat/Personalrat, Beschäftigte, Gleichstellungsbeauftragte, Personalentwicklung sowie Schwerbehindertenvertretung; externe Partnerinnen wie

die Berufsgenossenschaften und Unfallkassen, die Deutsche Rentenversicherung, die Behörden für den Arbeitsschutz, Integrationsämter sowie Kommunen, Wohlfahrtsverbände und möglicherweise zivilgesellschaftliche Anbieter. Die Analyse ist datengestützt und verschafft einen Überblick, was die betrieblichen Akteure belasten kann; neben diesen harten Themen werden die weichen Themen (wie Zeitdruck oder Arbeitsorganisation) über partizipative Planung erarbeitet (vgl. Hartung et. al., 2021, o. S.). Im nächsten Prozessschritt wird in moderierten Gesundheitszirkeln mit den Beschäftigten erarbeitet, was positiv verändert werden kann (Umsetzung); diese Prozesse werden für KMU pragmatisch reduziert und angewendet (vgl. ebd.). Der Zyklus endet mit der Evaluation; für die die European Foundation for Quality Management (ENWHP) für eine gelingende BGF fünf Kriterien anführt (Hartung et. al., 2021, o. S.):

- „1. die Verankerung der BGF in der Unternehmenspolitik,
2. ein unterstützendes und partizipatives Personalmanagement,
3. kontinuierliche Bedarfsanalyse und Information auf allen Ebenen,
4. Erfüllung der sozialen Verantwortung der Organisation gegenüber Menschen und der Umwelt sowie
5. die kontinuierliche Planung und Umsetzung der Maßnahmen durch das jeweilige Steuerungsgremium im Betrieb“

Als Faktoren, die zu gelingender BGF beitragen, führen Hartung et. al. (2021) auf (vgl. o. S.): Partizipation (Einbezug der Betroffenen); Führung (enge Verknüpfung von Führungsverhalten mit Gesundheit und Arbeitsmotivation) und Ressourcen (finanzielle sowie zeitliche). Hahnzog (2014) beschreibt passenderweise zu diesen Wirkfaktoren die Wirkungsebenen der BGF (vgl. S. IX-XX): Die globale, gesellschaftliche Ebene (Gesundheit als wichtiges Ziel des Staats), die Wirkungsebene des Unternehmens (Wettbewerbsvorteil), die Wirkungsebene der Führung (auf ihre Mitarbeiter) sowie die Wirkungsebene der Beschäftigten (untereinander).

Hiermit sind die einzelnen Prozessschritte und die Wirkebenen beschrieben. Was fehlt, sind die Handlungsfelder. Diese sind nach Siefen (2021) in Primärprävention und BGF eingeteilt (S. 246):

Handlungsfelder & Präventionsprinzipien	
Primärprävention nach § 20 Abs. 4 Nr. 1 SGB V	Betriebliche Gesundheitsförderung nach § 20b SGB V
1. Bewegungsgewohnheiten • Reduzierung von Bewegungsmangel durch gesundheitssportliche Aktivität • Vorbeugung und Reduzierung spezieller gesundheitlicher Risiken durch geeignete verhaltens- und gesundheitsorientierte Bewegungsprogramme 2. Ernährung • Vermeidung von Mangel- und Fehlernährung • Vermeidung und Reduktion von Übergewicht 3. Stress- und Ressourcenmanagement • Multimodales Stress- und Ressourcenmanagement • Förderung von Entspannung und Erholung 4. Suchtmittelkonsum • Förderung des Nichtrauchens • Gesundheitsgerechter Umgang mit Alkohol/ Reduzierung des Alkoholkonsums	5. Beratung zur gesundheitsförderlichen Arbeitsgestaltung • Gesundheitsförderliche Gestaltung von Arbeitstätigkeit und -bedingungen • Gesundheitsgerechte Führung • Gesundheitsförderliche Gestaltung betrieblicher Rahmenbedingungen (bewegungsförderliche Umgebung, gesundheitsgerechte Verpflegung im Arbeitsalltag, verhältnisbezogene Suchtprävention im Betrieb) 6. Gesundheitsförderlicher Arbeits- und Lebensstil • Stressbewältigung und Ressourcenstärkung • Bewegungsförderliches Arbeiten und körperlich aktive Beschäftigte • Gesundheitsgerechte Ernährung im Arbeitsalltag • Verhaltensbezogene Suchtprävention im Betrieb 7. Überbetriebliche Vernetzung und Beratung • Verbreitung und Implementierung von BGF durch überbetriebliche Netzwerke

(Abbildung 9: Handlungsfelder und Präventionsprinzipien gemäß GKV-Leitlinien, vgl. GKV-Spitzenverband, 2021, zit. n. Siefen, 2021, S. 246)

Demnach ergeben sich nach GKV-Spitzenverband vier Handlungsfelder der Primärprävention: Bewegungsgewohnheiten, Ernährung, Stress- und Ressourcenmanagement sowie Suchtmittelkonsum. Bezüglich BGF nach § 20b SGB V kann Beratung, ein gesundheitsförderlicher Arbeits- und Lebensstil sowie eine überbetriebliche Vernetzung und Beratung angeführt werden. Siefen (2021) führt noch eine zweite Abbildung an, die die vier Handlungsfelder um die Schwerpunkte Gesundheitsvorsorge und Persönliche Entwicklung erweitert. (vgl. S. 247). Nach Ansicht des Verfassers sind für die Soziale Arbeit die vier Primärpräventionsfelder sowie die drei BGF-Aufgaben ausreichend. Einzig die möglichen Entwicklungsebenen, die in Abbildung 2 angeführt werden (Unterteilung nach individuellen Ressourcen, sozialen Ressourcen und organisationalen Ressourcen) bieten sich an, mögliche Ansatzpunkte besser zu differenzieren (vgl. ebd.). In anderen Worten: Sieben mögliche Ansatzpunkte für Soziale Arbeit, die auf drei möglichen Entwicklungsebenen betrachtet werden können. Diese lassen sich in die Rekonstruktion des Arbeitsalltags integrieren, der in Kapitel 4.2 vorgestellt wird. Anhand Abbildung 2 hat Siefen (2021) eine Kriterienmatrix erstellt, um Praxisbeispiele einordnen zu können (vgl. S. 248-253).

Beispiele	Ebene		Aktive / passive Handlung	Schwierigkeitsgrad	Für wen ist diese Maßnahme geeignet?			Für welche typischen Arbeitsplätze & Rollen ist diese Maßnahme geeignet?					
	Verhaltensbezogen	Verhältnisbezogen			Kleinunternehmen	Mittelständisches Unternehmen	Großunternehmen	sitzende Tätigkeit	stehende Tätigkeit	schwer körperliche Arbeit	lehrende/ soziale Tätigkeit	Homeoffice	Führungskräfte

(Abbildung 10: Darstellung in Anlehnung an: BGF-Praxisbeispiele und Kriterienmatrix, Siefen, 2021, S. 249-253)

Siefens Matrix erlaubt es, BGF-Maßnahmen einem der sieben Handlungsfelder zuzuordnen (unter Beispiele). Anschließend unterteilt sie unter Ebene in Verhaltensbezogen oder Verhältnisbezogen. Erstere Maßnahme zielt laut Meyer (2021) darauf ab, das Verhalten der Beschäftigten positiv zu beeinflussen (bessere Ernährung, Sport), während letztere Maßnahmen die Arbeitsbedingungen verändern sollen (vgl. S. 680). Die Unterscheidung in Aktiv oder Passiv richtet sich danach, ob die Zielgruppe selbst aktiv werden muss (wie im Fall von Bewegungsangeboten) oder nicht (bei Impulsvorträgen) (vgl. Siefen, 2021, S. 249). Eine weitere wichtige Stellschraube ist die Frage danach, für welche Art von Unternehmen (Klein, Mittelständisch, Groß) die Maßnahme geeignet ist (vgl. ebd.). Schließlich die Art von Arbeitsplatz und Rolle, für den die Maßnahme geeignet ist (vgl. ebd.): Unterschieden wird in sitzende oder stehende Tätigkeit, schwere körperliche Arbeit, lehrende/soziale Tätigkeit, Homeoffice sowie Führungskräfte. Diese Matrix erlaubt eine gute Übersicht über die möglichen Maßnahmen und ihrer Umsetzung und eignet sich deshalb für die praktische Arbeit.

In diesem Kapitel wurden BGM und BGF mit ihrer Zielgruppe, ihren Zielen sowie ihren Möglichkeiten eingeführt. Weiterhin wurde eine Matrix vorgestellt, die es erlaubt, BGF-Maßnahmen zu klassifizieren. Somit wurde nach der Zielgruppe in Kapitel 2 nun in diesem Kapitel die zweite Stellschraube aufgezeigt. Nicht nur ist die Zielgruppe heterogen, ebenso sind es die möglichen BGF-Maßnahmen.

4 Inklusionsunternehmen und Soziale Arbeit

4.1 Definition von Inklusionsunternehmen/Inklusionsbetrieben und KMU

Eine einfache Google-Recherche zu Inklusionsunternehmen führt zur Bundearbeitsgemeinschaft Inklusionsfirmen e. V. (bag if), die den Begriff wie folgt definiert (vgl. o. J., o. S.): Inklusionsunternehmen sind Unternehmen auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt, die im Wettbewerb mit anderen stehen und zusätzlich einen sozialen Auftrag erfüllen, indem sie zwischen 30 % bis 50 % ihrer Arbeitsplätze mit Menschen mit Schwerbehinderung besetzen. Sie sorgen somit für Teilhabe und behandeln Menschen mit (Schwer-)Behinderung gleichberechtigt als sozialversicherungspflichtige Arbeitnehmerinnen (vgl. ebd.). Diese Unternehmen müssen einerseits den sozialen Auftrag erfüllen, andererseits den Anforderungen des freien Marktes genügen (vgl. ebd.). Als Leitbild gilt (ebd.): „Marktorientiertes Wirtschaften mit inklusivem Kern.“

Rehadat (o. J.) liefert eine deckungsgleiche Beschreibung zum Begriff Inklusionsbetrieb, aber erweitert die möglichen Unternehmensformen (vgl. o. S.): Inklusionsbetriebe können rechtlich selbstständig sein oder unternehmensinterne Betriebe oder Abteilungen sein. Weiterhin können sie in den unterschiedlichsten Branchen tätig sein (vgl. ebd.). Entsprechend vielfältig sind neben sozialversicherungspflichtigen Arbeitsplätzen die Beschäftigungsmöglichkeiten; so können Erwerbsgeminderte sich beispielsweise stundenweise etwas dazuverdienen (vgl. Rehadat, 2017, o. S.). Auch eine Ausbildung sowie Praktika sind möglich; weiterhin können Inklusionsbetriebe als Übergang von der WfbM zum allgemeinen Arbeitsmarkt dienen (vgl. Rehadat, o. J., o. S.). Rehadat führt weiterhin noch aus, dass für Inklusionsbetriebe kein Anerkennungsverfahren nötig sei; es genüge als Nachweis, die Leistungen des zuständigen Integrations- bzw. Inklusionsamtes anzuführen (vgl. ebd.). Diese seien die wichtigsten Kostenträgerinnen bei der Gründung und Förderung (vgl. ebd.).

Muche (2024) liefert eine deckungsgleiche Definition zu Inklusionsbetrieben wie bag if und Rehadat und erwähnt die § 215-218 SGB IX (vgl. o. S.). Ergänzend führt sie die aktuellen Herausforderungen für Menschen mit Behinderungen an wie das hohe Risiko ökonomischer Ausgrenzung und das Ziel der UN-BRK, ihnen die Möglichkeit zu eröffnen, selbst Geld zu verdienen (vgl. ebd.). Sie führt bei den wesentlichen Merkmalen ergänzend gleichberechtigte Beschäftigung, Sicherung dauerhafter Arbeitsplätze, Marktorientierung sowie Leitbild und Mission an (vgl. ebd.). Zu den Herausforderungen zählt sie wertschätzende Führung, Gesundheitsmanagement und Förderung der Netzwerkkultur (vgl. ebd.). Als weitere Herausforderungen nennt sie die Forschung (Nutzen

und Wirkungen der Inklusionsbetriebe seien noch zu wenig erforscht) und die Netzbildung (besserer Ausbau) (vgl. ebd.).

Somit lässt sich feststellen: Inklusionsbetriebe benötigen ein BGF, das auf ihre Branche abgestimmt ist. Wie in Kapitel 3.3 ausgeführt, kommt es dabei auch auf die Größe an, was zu den KMU führt. Die Definition des Statistischen Bundesamts (o. J.) orientiert sich an der Definition der Europäischen Kommission (vgl. o. S.): Messgrößen für die Größenklassen Kleinstunternehmen, Kleine Unternehmen, Mittlere Unternehmen und Großunternehmen sind die tätigen Personen und der Jahresumsatz. Eine genauere Auflistung zur KMU-Definition liefert die IfM Bonn (o. J., o. S.): Laut dieser Definition sind KMU zunächst generell Unternehmen, die unter 500 Mitarbeiter beschäftigen und unter 50 Millionen Euro Umsatz im Jahr erzielen. Die Definition der Europäischen Kommission (o. J.) begrenzt die Mitarbeiterzahl auf unter 250, den Umsatz auf weniger als 50 Millionen Euro oder die Bilanzsumme auf weniger als 43 Millionen Euro (o. S.). Kleine Unternehmen haben weniger als 50 Mitarbeiter und einen Umsatz oder eine Jahresbilanz von jeweils unter 10 Millionen Euro (vgl. ebd.). Mikro- bzw. Kleinstunternehmen haben unter 10 Mitarbeiter und unter zwei Millionen Euro Umsatz oder Bilanzsumme (vgl. ebd.; vgl. IfM Bonn, o. J., o. S.). Während sich das IfM und die EU-Kommission bezüglich Kleinst- und Kleinunternehmen einig sind, ist die Definition bezüglich der Mitarbeiteranzahl von mittelgroßen Unternehmen großen Schwankungen unterworfen. Für die vorliegende Arbeit wird der strikteren EU-Definition gefolgt, da diese europaweit gültig ist und neben Deutschland auch Österreich umfasst.

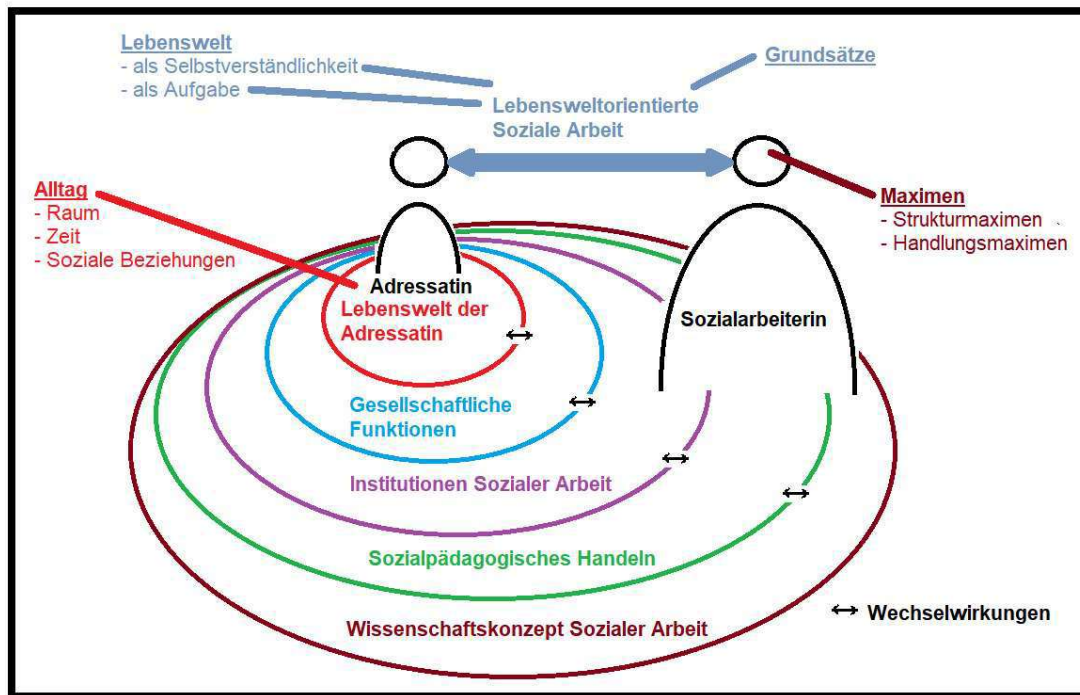
In diesem Kapitel wurden Inklusionsbetrieb und KMU vorgestellt. Was jetzt noch fehlt, ist die Soziale Arbeit und ihre Rolle bezüglich Zielgruppe (Menschen mit (Schwer-)Behinderung, BGF und Inklusionsbetrieben).

4.2 Soziale Arbeit Lebenswelt- und Dienstleistungsorientierung

Um die Rolle der Sozialen Arbeit im Kontext von Inklusionsbetrieben und BGF zu klären und zu beschreiben, bietet sich die Kombination von zwei Großtheorien an: Die Theorie der Lebensweltorientierung nach Thiersch und die Theorie der Dienstleistungsorientierung. Erstere, weil sie auf den Punkt bringt, was die meisten Leute unter Sozialer Arbeit verstehen; letztere, weil sie die Zusammenarbeit zwischen Sozialarbeiterinnen und denen, die ihre Dienste in Anspruch nehmen, beschreibt.

Mit der Theorie der Lebensweltorientierung angefangen, lässt diese sich passend mithilfe der Aufteilung von Schilling & Klus (2015) beschreiben (vgl. 143-150): Zentrale Di-

mensionen, Lebensweltorientierte Soziale Arbeit und Handlungsmaximen. Grafisch lässt sich dies wie folgt darstellen:



(Abbildung 11: Eigene Darstellung in Anlehnung an Schilling & Klus, 2015, S. 143-150)

Thiersch unterscheidet fünf zentrale Dimensionen (vgl. Schilling & Klus, ebd., S. 144-146): Die Lebenswelt der Adressaten, Gesellschaftliche Funktionen, Institutionen Sozialer Arbeit, Sozialpädagogisches Handeln und das Wissenschaftskonzept Sozialer Arbeit. Die erste Dimension Lebenswelt der Adressaten fragt nach den Lebensverhältnissen der Adressaten und den Lebensdefiziten (vgl. ebd., S. 144). Hierbei soll Soziale Arbeit primär von einem normalen Alltag ausgehen, bevor sie sekundär auf Schwierigkeiten eingeht (vgl. ebd.). Die zweite Dimension Gesellschaftliche Funktionen fragt nach der Funktion von Sozialer Arbeit in der Gesellschaft; sie bearbeitet soziale Konflikte und ihre Auswirkungen (vgl. ebd.). Die dritte Dimension Institutionen Sozialer Arbeit fragt danach, wie sich Soziale Arbeit zu einer Institution entwickelt hat, um darauf basierend einen Blick auf ihre Mechanismen (disziplinierend, unterdrückend, stigmatisierend) zu werfen (vgl. ebd., S. 145). Die vierte Dimension Sozialpädagogisches Handeln blickt auf die Professionalisierung der Sozialen Arbeit, die auf Institutionalisierung basiert (vgl. ebd.). In der fünften Dimension Wissenschaftskonzept Sozialer Arbeit sieht Thiersch die Erziehungswissenschaft bis jetzt noch als Leitwissenschaft Sozialer Arbeit (vgl. ebd., S. 146). Besagte Wissenschaft müsste sich aber sozialwissenschaftlich ori-

entieren und sich in Richtung Soziale Arbeit als Wissenschaft weiterentwickeln (vgl. ebd.).

Die Lebenswelt der Adressatinnen, der Alltag, wird in Raum, Zeit und soziale Beziehungen aufgegliedert, um ihn rekonstruieren zu können.

Zunächst versteht Thiersch (2017) unter Raum „wo und wie Menschen wohnen, wo sie arbeiten und wohin sie sich mit Freunden zurückziehen können“ (S. 7). Weiter ausgeführt umfasst dieser Begriff auch die Nutzung von Sozialen Medien, Videospielen und virtuellen Welten (vgl. ebd.). Im Kontext von Inklusionsbetrieben ist der Raum der Ort, an dem die Beschäftigten tätig werden, aber auch ihre Arbeitspausen nehmen.

Zeit wird so verstanden, wie Menschen sie sich einteilen (vgl. Thiersch, 2017, S. 7). Es geht um das individuelle Zeitgefühl, welches Menschen haben; ob sie sich auf künftige Ereignisse freuen können oder Angst haben oder ihren Interessen nachgehen können (vgl. ebd.). Marti (2021) nennt die erlebte Zeit, die selbst gestaltet werden könne (vgl. o. S.). Weiterhin kann Zeit noch in Vergangenheit (positive oder negative Erfahrungen), Gegenwart (wie kann sie geplant und erlebt werden?) und Zukunft (ängstlich oder besonnen) unterteilt werden (vgl. o. S.). So können Beschäftigte ihre Arbeit im Rückblick als schön oder schlecht empfinden, in der Gegenwart als gut planbar oder nicht, mit Hinblick auf die Zukunft als belastend wegen drohender Arbeitslosigkeit oder besonnen wegen guter Auftragslage.

Thiersch führt neben Raum und Zeit noch Soziale Beziehungen auf (vgl. 2017, S. 7). „Wem kann man trauen und oder nicht trauen, wer sind die besten Freunde? Es geht aber auch um Rivalitäten, um Macht und Unterdrückung und darum, wer das Sagen hat, wer sich unterordnen muss, auf wen Verlass ist“ (ebd.). Beziehungen können belastend, unterstützend oder beides sein (vgl. Marti, 2021, o. S.). So können Beschäftigte sich belastet fühlen, wenn sie mit ihren Arbeitskolleginnen nicht zurechtkommen. Oder umgekehrt, können sie auch ein sehr gutes Verhältnis mit ihnen haben.

Somit kann die Theorie Ansatzpunkte für die Soziale Arbeit liefern. Abhängig vom Arbeitsauftrag kann der Fokus auf Raum, Zeit oder Sozialen Beziehungen liegen. Hier finden sich die drei möglichen Entwicklungsebenen aus Kapitel 3.3 wieder, die sich hier integrieren lassen: Organisationale Ressourcen als Raum, soziale Ressourcen als Soziale Beziehungen sowie Zeit als individuelle Ressourcen.

Die zentralen Dimensionen ermöglichen einen differenzierten Zugang, die Rekonstruktion des Alltags mithilfe von Raum, Zeit und Sozialen Beziehungen erfolgen. Sie

liefern mögliche Ansatzpunkte und ordnet die Soziale Arbeit im Kontext ein. Nun fehlen noch die Sozialarbeiterinnen und die Maximen, an denen sie sich orientieren sollen.

Die Maximen unterteilt Schoch (2021) in Struktur- und Handlungsmaximen (vgl. S. 3): erstere sind Partizipation, Inklusion/Integration, Alltag, Prävention und Regionalisierung; letztere sind Vernetzen, Einmischen, Reflektieren und Aushandeln (vgl. S. 15). Die Strukturmaximen beschreiben, wie etwas idealerweise sein sollte, die Handlungsmaximen, wie die Sozialarbeiter handeln sollten (vgl. Schoch, 2021, S. 3 & S. 15). Beide stehen in Zusammenhang und Wechselwirkung miteinander und sollten nicht losgelöst voneinander betrachtet werden (vgl. Kabsch, 2018, S. 94). Marti (2021) beispielsweise erwähnt hierzu passend das Prinzip der strukturierten Offenheit (vgl. o. S.).

Die Maxime Alltag wurde hier bereits in ihrer Dreiteilung vorgestellt. Partizipation und Inklusion bzw. Integration wurden bereits in Kapitel 2.3 erläutert. Somit bleiben Prävention und Regionalisierung. Die Handlungsmaximen sind selbsterklärend und bedürfen keiner näheren Erläuterung.

Prävention wurde bereits in Kapitel 3.3 erwähnt. Sie wird bei Thiersch in primäre (allgemeine) und sekundäre (besondere) Prävention unterteilt (vgl. 2017, S. 14). Mit primärer Prävention meinen Grunwald & Thiersch (2016) „die Herstellung günstiger und belastbarer Alltäglichkeit und Lebenswelten und ist zunächst die allgemeine Aufgabe aller Sozialen Arbeit“ (S. 43). Sekundäre Prävention wiederum beschäftigt sich mit den besonderen und vorhersehbaren Belastungen (vgl. ebd.). Soziale Arbeit solle primär allgemein den Umgang mit Lebensschwierigkeiten stärken und sekundär Warnzeichen erkennen und Belastungen abfangen (vgl. ebd.).

Regionalisierung geht eng mit Alltagsnähe einher (vgl. Thiersch, 2017, S. 13). Die Soziale Arbeit soll den sozialen Raum mitgestalten (vgl. Kabsch, 2018, S. 91). Durchführbar sei dies mit Dezentralisierung der Hilfen (wohnortsnaher) und Netzwerke (Angebote von Institutionen, Zivilgesellschaften, Vereinen etc.) (vgl. ebd.). Die Soziale Arbeit soll hier Brückenbauer sein und bei Widersprüchen zwischen den einzelnen Akteuren vermitteln (vgl. ebd.).

Mit all diesem Hintergrundwissen kann nun auf die Lebensweltorientierte Soziale Arbeit eingegangen werden. Thiersch unterteilt Lebenswelt zweierlei. Einmal als Selbstverständlichkeit (vgl. Schilling & Klus, 2015, S. 146). Hier ist die Lebenswelt das, was für die Adressaten selbstverständlich ist, wo sie sich zu Hause fühlen, sich auskennen und sich ihren Aufgaben stellen (vgl. ebd.). Das eigene Handeln wird durch Routinen und eigene Regeln entlastet (vgl. ebd.).

Weiterhin sieht Thiersch die Lebenswelt als Aufgabe (vgl. Schilling & Klus, 2015, S. 146): Durch pluralisierte Lebenswelten und individuelle Lebensführung sind die Adressatinnen gefordert und teilweise überfordert (vgl. ebd.). Um die Lebenswelt wieder unter ihre Kontrolle zu bringen, brauchen sie Hilfe (vgl. ebd.).

In dieser Einteilung finden sich die fünf Grundsätze, die bei den Struktur- und Handlungsmaximen bereits angeklungen sind (vgl. zit. n. Thiersch, 1993, S.148, in Schilling & Klus, 2015, S. 147): Respekt vor den Adressatinnen bezüglich ihrer Verständnis- und Handlungsmuster; Veränderung und Verbesserung in den gegebenen Verhältnissen, die zwischen der Selbstverständlichkeit und den Aufgaben steht; Respekt vor der Lebenswelt der Adressaten; Bemühen um verlässliche Verhältnisse und überschaubare Lebensräume; sowie der Balanceakt zwischen Respekt und Veränderung (vgl. ebd.).

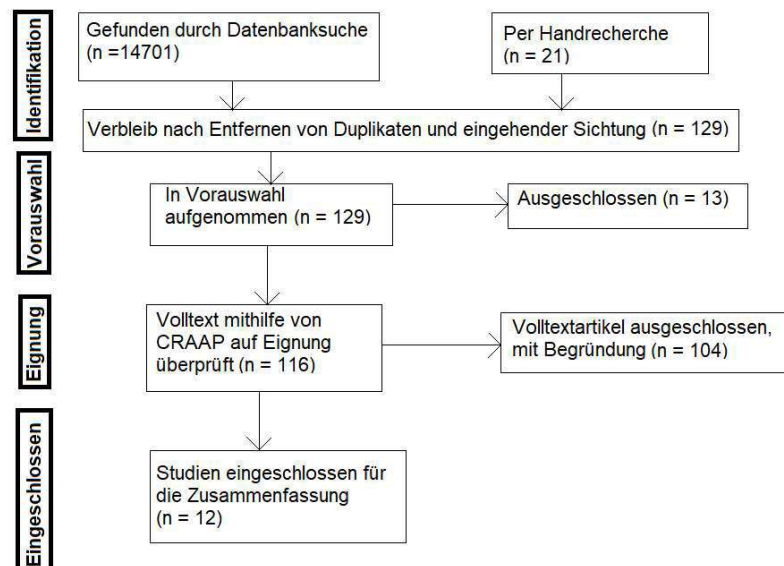
Dieses generelle Verständnis von Sozialer Arbeit wird im Kontext von Inklusionsbetrieben mit der Theorie der Dienstleistungsorientierung angereichert. Diese verfolgt ähnliche Ziele, aber sieht Soziale Arbeit als Projekt, welches kritisch mit zeitgemäßem Vokabular weiterentwickelt wird (vgl. Sandermann & Neumann, 2022, S. 179). Hierbei fokussiert sie sich auf den Aspekt Professionalität (vgl. ebd.). Sie fasst Soziale Arbeit als Ko-Produktion zwischen der Sozialen Dienstleisterin und demjenigen auf, der sie in Anspruch nimmt (vgl. ebd., S. 106). Die Praxis entsteht dort, wo Soziale Arbeit benötigt wird (vgl. ebd., S. 188f).

Diese beiden Großtheorien lassen sich wie folgt zusammenführen: Die Inklusionsbetriebe, die BGF umsetzen wollen, identifizieren einen Bedarf. Sie setzen sich mit ihren 50 Prozent mit Sozialarbeiterinnen in Kontakt (Inanspruchnahme einer Dienstleistung), die ihnen entsprechend mit 50 Prozent entgegenkommen (Erbringung der Dienstleistung). Hierfür erarbeitet sie sich den Arbeitsalltag der Beschäftigten in Inklusionsbetrieben mithilfe von Raum, Zeit und Sozialen Beziehungen, um passgenaue BGF-Maßnahmen entwickeln zu können. In diesem Kontext bleibt sie auf die Lebenswelt Arbeit beschränkt und greift weniger in die private Welt der Beschäftigten ein. Eine unvoreingenommene Grundhaltung, um mit Menschen mit Schwerbehinderung umgehen zu können, ist erforderlich.

5 Methode

Im Vorfeld dieser Ausarbeitung wurde für die Erstellung des Exposés eine unsystematische Literaturrecherche zu den Stichworten Inklusionsbetrieb, BGF sowie Inklusion durchgeführt (Stichwort Vorfeldsuche). Mit der dort gefundenen Literatur wurde zunächst Grundwissen erarbeitet, das im Rahmen dieser Arbeit vertieft wurde. Darauf aufbauend erfolgte die Anwendung des PRISMA-Flussdiagramms, mit dessen Hilfe unter Anwendung von Einschluss- und Ausschlusskriterien Literatur ausgesucht wurde. Besagte Literatur wurde mithilfe des CRAAP-Tests ausgewertet.

PRISMA steht für Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses (vgl. Ziegler, 2011, S. e9). Durchgeführt und veranschaulicht wird sie anhand einer Checkliste sowie eines Flussdiagrammes (vgl. ebd., S. e10f). Das Flussdiagramm für diese Arbeit sieht wie folgt aus:



(Abbildung 12: Prisma-Flussdiagramm in Anlehnung an: Flussdiagramm zur Beschreibung der verschiedenen Phasen einer systematischen Übersicht (herunterladbare Vorlage, die von Wissenschaftlern verwendet werden kann), Ziegler et. al., 2011, S. e11)

Angefangen mit der Identifikation: Anhang 1 listet die durchgeführten Suchen auf. Bei den Begriffen mit (TAK) wurde zusätzlich mit TITLE ABS KEY gezielt in Titel, Volltext und Schlüsselwörtern zugleich gesucht. Die verwendeten Suchbegriffe waren:

Tabelle 1: Suchbegriffe

Arbeitsbedingungen (TAK)	Behinderung
BGF (TAK)	Gesundheit
Inklusion	Inklusionsbetrieb (TAK)
Inklusionsunternehmen (TAK)	Integration
Intervention	KMU (TAK)
Menschen mit Behinderung	Menschen mit Schwerbehinderung
Soziale Arbeit (TAK)	Studie (TAK)
German Social Firms	Betriebliche Gesundheitsförderung (TAK)
MmB	MmSB

Tabelle 2: Einschlusskriterien

Themenrelevanz (BGF, Soziale Arbeit, Inklusionsunternehmen, Menschen mit Behinderung, KMU)	Zeitliche Einschränkung (2014-2024; Ausnahmen nur zur Verdeutlichung)
Wissenschaftlichkeit (zum Beispiel wissenschaftliche Bücher, Fallstudien, Berichte anerkannter Organisationen wie die UN-BRK; Artikel Best Practices; Objektivität)	Sprache: primär Deutsch; Englisch nur, wenn es sich auf DACH-Regionen bezieht
Regionalität (Bezug zu Deutschland, Österreich, Schweiz)	Zugänglichkeit (frei verfügbar über wissenschaftliche Datenbanken)
Gesundheit	Intervention

Tabelle 3: Ausschlusskriterien

Graue Literatur (Bachelor-Arbeiten, unveröffentlichte Arbeiten)	Werkstätten für behinderte Menschen (WfbM)
Bezahlschranken (nicht frei verfügbare Literatur; Ausnahmen bildet nur Literatur, die über die Apollon Lizenz einsehbar ist)	Themenfremde Veröffentlichungen
Nicht überprüfbare Ergebnisse	Nicht repräsentative Studien
Rollenbeschreibung Sozialer Arbeit anderer Länder als Deutschland, Österreich und Schweiz	

Insgesamt wurden auf Google Scholar 99 Suchen durchgeführt und 14.531 Treffer erzielt. Über die SpringerLink wurden 11 Suchen durchgeführt und 170 Treffer erzielt. Es erfolgte zusätzlich zu den Suchbegriffen eine gezielte Suche nach den Forschern, die sich mit dem Thema BGF und inklusionsbetrieben intensiv auseinandergesetzt haben.

Weiterhin erfolgte eine Handrecherche mit ausgewählten Studien, die wiederum 21 Treffer lieferte.

In die Vorauswahl wurden 129 Titel aufgenommen. Bei der Sichtung fielen noch einmal 13 Titel durch die Prüfung, weil sie bei näherer Betrachtung für die Beantwortung der Forschungsfrage nicht dienlich waren.

Zur Feststellung der Eignung wurde bei der Eignung der CRAAP-Test verwendet. Anhang 2 zeigt das Ergebnis. Hierfür wurden die Fragen von Van Kampen (2024) verwendet, die sich auf Uchicago finden lassen (vgl. o. S.).

Currency wurde in zwei Teile unterteilt: Currency1 gab zehn Punkte minus (2024 minus Veröffentlichungsjahr). Currency2 gab pro Frage zwei Punkte für insgesamt vier Punkte. Somit konnten mit Currency Gesamt vierzehn Punkte erreicht werden. Relevance bestand aus fünf Fragen, für die es jeweils bis zu vier Punkte geben konnte mit einem Maximum von 20 Punkten. Authority hatte fünf Fragen, die mit jeweils einem Punkt bewertet wurden für ein Maximum von fünf Punkten. Accuracy hatte sechs Fragen mit einem Maximum von sechs Punkten. Purpose hatte fünf Fragen mit einem Punkt für ein Maximum von fünf Punkten. Somit konnte ein Schriftstück maximal 50 Punkte erreichen. Um sich für diese Arbeit zu qualifizieren, mussten mindestens 35 Punkte erreicht werden und ein klarer Bezug zur Forschungsfrage vorherrschen. Am Ende qualifizierten sich für die Auswertung 12 Studien, die im folgenden Kapitel vorgestellt werden.

6 Ergebnisse der systematischen Literaturrecherche

6.1 Analyse der gefundenen Studien zur BGF in Inklusionsbetrieben

Für die vorliegende Arbeit wurden zwölf Studien ausgewählt, die in diesem Kapitel näher vorgestellt werden. Die Reihenfolge, in der sie vorgestellt werden, richtet sich nach aufsteigender Spezifität. Zuerst werden Studienergebnisse angeführt, die BGF allgemein beschreiben, bevor spezifisch auf die BGF in Inklusionsbetrieben eingegangen wird. Hierbei werden je Studie der Hintergrund, die Methode, die Diskussion/Ergebnisse sowie die Schlussfolgerungen angeführt.

Faller (2016) führte mit dem Ziel, den Forschungsstand von BGF in deutschen Betrieben aufzuzeigen, eine Studie durch (vgl. S. 278). Als Methode verwendete sie eine systematische Datenbankrecherche und kam zu dem Ergebnis, dass BGF bezüglich Fragestellung, Repräsentation, Vorgehen und Design sehr große Unterschiede aufwiesen (vgl. ebd.). Sie schlussfolgerte, dass es bei zukünftigen Studien wichtig sei, einer einheitlichen Definition von BGF zu folgen und die quantitativen Daten durch qualitative

zu ergänzen (vgl. ebd.). In ihrem Fazit führte sie an, dass sich trotz der ganzen Heterogenität bezüglich Fragestellungen und Erhebungsarten schließen ließe, dass die Betriebsgröße und das Vorhandensein einer Beschäftigtenvertretung für BGF begünstigend wären (vgl. S. 284).

Biallas et. al. (2019) untersuchten anhand des Hintergrundes, dass Großunternehmen BGF eher umsetzten als KMU, und wie die Präventionsreife von KMU aussah, BGF umzusetzen (vgl. S. 400). Hierzu verwendeten sie eine Querschnittsstudie mit 36 KMU aus der Technikbranche und ließen Mitarbeiterinnen von KMU Fragebögen ausfüllen (vgl. ebd.). Sie kamen zu dem Ergebnis, dass 50 Prozent der befragten KMU BGF umsetzten, und diskutierten KMU als wichtige Zielgruppen für BGF-Maßnahmen (vgl. ebd.) Sie schlugen vor, durch gezielte Maßnahmen wie Informationen, Ressourcenstärkung und Netzwerken die Präventionsreife von KMU zu stärken (vgl. ebd.). Ihr Fazit für die Praxis (vgl. S. 402): Erstens setzten nur 50 Prozent ihrer befragten KMU BGF-Maßnahmen um, was auf geringe Verbreitung schließen ließ. Zweitens unterbreiteten sie mit dem Konstrukt Präventionsreife einen guten Ansatz, um strukturelle Besonderheiten bezüglich BGF in KMU aufzuzeigen (vgl. ebd.). Drittens zeigte sich ein Zusammenhang zwischen Unternehmensmerkmalen, Präventionswille und Präventionsinfrastruktur (vgl. ebd.); deutlich aufgezeigt wurde fehlendes Bewusstsein, Informations- und Ressourcenmangel als die größten Hindernisse, weshalb passende BGF-Konzepte entwickelt werden sollten (vgl. ebd.).

Binder et. al. (2024) untersuchten die Etablierung von BGF in KMU und führten eine branchenübergreifende Analyse im ländlichen Raum durch (vgl. Zusammenfassung). Sie verwendeten einen Methodenmix aus Querschnittstudie zu Arbeitsanforderungen und Belastungsempfinden; weiterhin führten sie Fokusgruppeninterviews durch und befragten insgesamt vier Unternehmen (vgl. ebd.). In ihren Ergebnissen stellten sie eine Rücklaufquote von 51,6 Prozent fest und identifizierten als branchenübergreifendes Herausforderungen eigenverantwortliches und selbstbestimmtes Arbeiten (vgl. ebd.). Als zentrale Voraussetzungen ermittelten sie Motivation sowie finanzielle und zeitliche Ressourcen der Beschäftigten (vgl. ebd.). In ihrer Schlussfolgerung regten sie ein partizipatives sowie methodenintegrierendes Vorgehen bei der Bedarfsermittlung und Umsetzung von BGF in KMU an (vgl. ebd.). Binders Fazit für die Praxis fiel wie folgt aus (vgl. Fazit für die Praxis): Erstens partizipatives und methodenintegratives Vorgehen bezüglich Bedarfsanalyse zur nachhaltigen Etablierung von BGF in KMU. Zweitens

sollten spezielle Bewegungs- und Stressbewältigungsangebote angeboten werden (vgl. ebd.). Drittens die Aufklärung von Beschäftigten bezüglich verhaltens- und verhältnispräventiver Maßnahmen (vgl. ebd.). Viertens sollte ermittelt werden, welche BGF-Maßnahmen sich die Mitarbeiter wünschen (vgl. ebd.). Fünftens waren Zeit, Planung, Organisation und Motivation der Beschäftigten wichtige Faktoren für erfolgreiche BGF (vgl. ebd.).

Einen historischen Abriss über die Entwicklung von BGF allgemein lieferten Blumentritt et. al. (2024, vgl. S. 429): Mithilfe einer systematischen Literaturrecherche hatten sie die wissenschaftlich evaluierten BGF-Maßnahmen von 2000 bis 2020, die sich in Scopus und Web of Science finden ließen, betrachtet. Sie hatten von 41 Artikeln vier gefunden, die eine Ist-Analyse durchgeführt haben, während 25 Studien sich am Arbeitsschutz orientierten (vgl. ebd.). Vier dieser Artikel berücksichtigten die weichen Faktoren (vgl. ebd.). Blumentritt et. al. kamen zu der Schlussfolgerung, dass wissenschaftsbasierte Analyseinstrumente für die Bedarfsermittlung wichtig waren und die weichen Faktoren berücksichtigen müssten (vgl. ebd.). Sie verwiesen auf einen Publikationsbias, weil alle Studien positive Aspekte beinhalteten (vgl. ebd.). Im Fazit zogen sie folgende Schlüsse (vgl. S. 432): Erstens sollten, bevor BGF-Maßnahmen geplant werden, der Ist-Zustand im Betrieb festgestellt werden. Zweitens müssten die Analyseplanung in Bedarfsbestimmung und Wirkungsevaluation unterscheiden (vgl. ebd.). Drittens sollten Ist-Analysen die weichen Faktoren berücksichtigen (vgl. ebd.). Viertens sollten wissenschaftliche Theorien und Modelle verwendet werden, um BGF-Maßnahmen effizient, zielsicherer und reproduzierbar zu machen. Fünftens wäre es zukünftig notwendig, die BGF stärker mit Wissenschaft und Praxis zu verzahnen (vgl. ebd.).

Efimov et. al. (2023a) verfolgten das Ziel, eine Übersicht über den Forschungsstand zur BGF in Inklusionsbetrieben zu erstellen (vgl. S. 539). Hierfür verwendeten sie eine explorative Literaturrecherche und befragten die Beschäftigten von Inklusionsbetrieben bezüglich Herausforderungen, Umsetzung sowie Bedarfen bzgl. BGF (vgl. S. 537). Sie stellten fest, dass Inklusionsbetriebe ihren betroffenen Beschäftigten viele Ressourcen bereitstellten (vgl. ebd.). Bei Führungskräften stellten sie fest, dass diese besonderen wirtschaftlichen und sozialen Anforderungen zu bewältigen haben (vgl. ebd.). Sie stellten fest, dass Netzworkebildung vor allem KMU die Möglichkeiten böten, BGF zu fördern (vgl. ebd.). In ihrer Schlussfolgerung stellen sie einen großen Bedarf für Inklusionsbetriebe fest, BGF zu etablieren und zu bewerten (vgl. ebd.). Sie schlossen mit folgenden

Worten (ebd.): „Identifizierte Herausforderungen bei der Umsetzung von BGF in Inklusionsbetrieben sollten in der Praxis entsprechend adressiert werden“.

Efimov (2023a) liefert weiterhin eine Übersicht über den internationalen Stand:



(Abbildung 13: Übersicht zum aktuellen Stand der Forschung zu den Arbeitsbedingungen und zur betrieblichen Gesundheitsförderung (BGF) in Inklusionsbetrieben, Efimov, 2023a, S. 540)

In der internationalen Forschung hätten Beschäftigte in Inklusionsbetrieben viele Ressourcen, aber wenige Studien zu ihren Belastungsfaktoren. Bezüglich der Arbeitsbedingungen zeigten Ergebnisse überwiegend arbeitsorganisatorische Anforderungen sowie soziale Ressourcen für Beschäftigte (vgl. Efimov et. al., 2023a, S. 540). Für BGF in Inklusionsbetrieben wären unterschiedliche Angebote bereitgestellt worden und Herausforderungen bezüglich Ressourcen identifiziert worden (vgl. ebd.). Im Ausblick sollten bedarfsgerechte Interventionen positive Bewertungsergebnisse aufzeigen; weiteres Potenzial werde in der Bündelung von Ressourcen gesehen (vgl. ebd.). Efimovs Fazit für die Praxis fiel wie folgt aus (vgl. ebd., S. 540): Erstens unterschieden sich die Anforderungen und Ressourcen für Beschäftigte mit Behinderungen und für deren Führungskräfte. Zweitens bestände Forschungsbedarf in der Praxis der BGF in Inklusionsbetrieben; Herausforderungen seien fehlende Ressourcen, Strukturen und passgenaue Angebote wie beispielsweise Leichter Sprache. Drittens sollte das Potenzial, Ressourcen in Netzwerken gebündelt werden.

Stadler & Perschke-Hartmann (2023) geben in einer Handreichung Handlungsempfehlungen, wie BGF systematisch in Inklusionsbetrieben eingeführt werden kann, wofür Sie sich auf die Ergebnisse aus dem wissenschaftlich evaluierten Modellvorhaben

GATe stützen (vgl. S. 4). GATe steht für Gesundheit – Arbeit – Teilhabe und sollte ein Konzept entwickeln, welches in acht Pilotbetrieben ausprobiert wurde (vgl. S. 35). Das Projekt lief vom 01.10.2019 bis zum 31.12.2023 und wurde während der Corona-Pandemie zweimal unterbrochen (vgl. ebd.). Die Aktivitäten werden anhand von fünf Handlungsfeldern dargestellt (vgl. S. 35f). In der ersten Phase erfolgte die Auswahl der Betriebe, eine Literaturanalyse, Interviews mit Experten, den Geschäftsführungen und später Mitarbeiterinnen sowie eine Ermittlung des Ist-Zustands (vgl. S. 35). In der zweiten Phase wurden die Pilotbetriebe im BGF-Prozess beraten, Gesundheitszirkel modelliert und ausgewertet sowie Maßnahmen durchgeführt (vgl. S. 36). Im dritten Schritt erfolgte eine Schulung von BGF-Koordinatoren und es wurden Netzwerktreffen abgehalten (vgl. ebd.). In der vierten Phase wurde ein BGF-System eingeführt, das nach Projektablauf erhalten blieb und auf weitere Bereiche des Betriebs ausgedehnt wurde (vgl. ebd.). All diese Schritte wurden in einem letzten Schritt dokumentiert (vgl. ebd.): In den Handlungsempfehlungen, in Vorträgen über die Projektergebnisse sowie in einer Vorstellung auf einem Symposium.

Stadler & Perschke-Hartmann (2023) beschrieben die Voraussetzungen, um BGF einzuführen und den BGF-Prozess an sich (vgl. S. 9): Damit BGF erfolgreich war, musste die Geschäftsführung sowie die Führungskräfte zustimmen, ein günstiger Startzeitpunkt sollte gewählt werden und die Mitarbeiterinnen kontinuierlich informiert und beteiligt werden. In diesem Kontext erwähnten sie auch die möglichen Bedenken der Betroffenen und potenzielle Angst (vgl. ebd.). Sie gliederten den BGF-Prozess in sieben Module (vgl. S. 10f): beim Projektstart wurde im ersten und zweiten Modul der Ist-Zustand dargestellt, alle Beteiligte informiert und bestimmte Bereiche ausgewählt. Im zweiten Modul wurden die Arbeitsverhältnisse analysiert (Schritt 3), Maßnahmen geplant (Schritt 4) und umgesetzt (Schritt 5) und im Anschluss überprüft (Schritt 6) (vgl. ebd.). Im siebten Schritte wurden die Ziele fortgeschrieben. Schritte 1, 2, 4 und 7 wurden als Workshops und Steuerkreise umgesetzt, Schritte 3, 5 und 6 als Aktivitäten und Maßnahmen (vgl. ebd.). Am Steuerkreis sollten Geschäftsführung, Betriebsleitung, Mitarbeiterinnen (b mit oder ohne Behinderung), Führungskräfte, Arbeitsbegleiterinnen, Personalrat/Betriebsrat und Schwerbehindertenvertretung (sofern vorhanden), Verantwortliche für BEM, Gefährdungsbeurteilung, Arbeitssicherheit, Personalentwicklung sowie Betriebsarzt (vgl. ebd., S. 12). Zur BGF wurde betont, dass es Koordinatoren brauchte, die BGF organisierten und sich um sie kümmerten (vgl. ebd., S. 13). Externe Expertise zur Beratung, Moderation oder Auswertung der Ergebnisse kamen bei Inklusionsbetrieben zum Einsatz, die nicht groß waren und eine entsprechende Personalabteilung

nicht hatten (vgl. ebd.). Als nützlich erwiesen sich Kennzahlen wie Fehlzeiten, Arbeitnehmerinnen-Fluktuation sowie Teilnahme an Fortbildungen (vgl. ebd., S. 14). Innerbetrieblich wurde die Werbung für BGF für die Mitarbeiterinnen beworben (vgl. ebd.).

Stadler & Perschke-Hartmann (2023) sprachen folgende Empfehlungen aus (vgl. S. 24): Mit Bezug auf den Präventionsleitfaden sollten die Krankenkassen laut §§ 20 ff SGB V Analyseleistungen zur Bedarfsermittlung, Beratung zur Gestaltung der Arbeitsbedingungen und zu den Zielen anbieten; beim Aufbau eines Managements unterstützen, Arbeitsgruppen und Gesundheitszirkel moderieren, Beschäftigte qualifizieren, die interne Kommunikation unterstützen sowie Verhaltensprävention umsetzen. Dies sollte mit Beteiligung der Beschäftigten und ihren Führungskräften erfolgen, in angemessenen Zeitabständen wiederholt werden, durch ein internes Gremium gesteuert und regelmäßig ausgewertet werden (vgl. ebd.).

Lengen et. al. (2021) zielten wie Efimov (2023a) darauf ab, eine Übersicht über den Forschungsstand zu geben und die aktuelle Umsetzung aufzuzeigen (vgl. S. 22). Sie kamen zu dem Schluss, dass sich Erwerbsarbeit positiv auf behinderte Beschäftigte und deren Ressourcen auswirkt (vgl. ebd.). Sie zogen den Schluss, dass Richtung evidenzbasierter Interventionsmaßnahmen weitergeforscht werden müsste; zudem sollten gesundheitliche Belastungen näher betrachtet werden (vgl. ebd.). Ihre Schlussfolgerungen für die Praxis waren (vgl. S. 26): Erstens sollten gesundheitsförderliche Rahmenbedingungen geschaffen werden, um die sozialen Ziele der Inklusionsbetriebe zu erreichen. Zweitens sollten behinderte Beschäftigte Ressourcen bereit gestellt bekommen (vgl. ebd.). Drittens sollte BGF partizipativ entwickelt und zielgruppenspezifisch ausgerichtet werden; weiterhin sollten verhältnispräventive Anteile miteingeplant werden (vgl. ebd.). Viertens sollten vorhandene Analyseinstrumente wie die psychische Gefährdungsbeurteilung zusätzlich verwendet werden (vgl. ebd.).

Holzgreve et. al. (2023) führten in einem Studienprotokoll die Ergebnisse des GAIN-Projektes an, welches einen Bezug zu Gesundheit in Inklusionsbetrieben hatte (vgl. S. 1). Als Methode diente ein interdisziplinärer und triangulativer Ansatz, der quantitative und qualitative Methoden mischte (vgl. ebd.). Sie schlossen aus den Ergebnissen, dass die Strukturen in Inklusionsbetrieben so gestaltet sein sollten, dass sie das Verständnis von Arbeit und Gesundheit unterstützten und bewarben (vgl. ebd.). Es galt, diese Eigenschaften zu identifizieren und in Best-Practice-Vorschlägen zu bündeln (vgl.

ebd.). Das Primärziel des Projektes besteht darin, konkrete Umsetzungsvorschläge zu erarbeiten (vgl. ebd., S. 10).

Kordsmeyer et. al. (2021) führten eine explorative qualitative Analyse mit Führungskräften und betroffenen Beschäftigten von Inklusionsbetrieben durch (vgl. Abstract). Als Methode verwendeten sie sechszehn halboffene Telefon-Interviews und befragten Führungskräfte aus Norddeutschland (vgl. ebd.). Die Inklusionsbetriebe waren in verschiedenen Branchen tätig und hatten Beschäftigte mit unterschiedlichen Behinderungen (vgl. ebd.). Ihre Ergebnisse lauteten (vgl. ebd.): Insgesamt hatten Führungskräfte verschiedene Arbeitsanforderungen zu bewältigen; die Arbeit war emotional fordernd, Konflikte zwischen sozialen und ökonomischen Zielen mussten ausgehalten werden (vgl. ebd.). Hinzu kamen Konfliktmanagement (vgl. ebd.). Positiv anzuführen waren der Sinn der Arbeit, die Möglichkeiten, auf die Firmenstruktur Einfluss zu nehmen sowie die Arbeitsressourcen (vgl. ebd.). Die Forscherinnen kamen zu dem Schluss, dass weitere Forschung zu Interventionen notwendig wäre, speziell zur Entwicklung, Testung und Evaluation von BGF in Inklusionsbetrieben (vgl. ebd.).

Efimov et. al. (2023b) haben verhaltenspräventive BGF-Maßnahmen für Beschäftigte mit Behinderungen sowie deren Führungskräfte evaluiert (vgl. S. 345). Hierfür hatten sie mit Fragebögen quantitativ Daten bei Seminarteilnehmerinnen erhoben (vgl. ebd.). Die Rückmeldungen der Betroffenen waren Großteils positiv, aber es bedurfte weiterer Studien (vgl. ebd.). Für die Praxis zogen sie folgende Schlüsse (vgl. S. 354): Erstens waren Seminare zur Förderung psychischer Gesundheit für behinderte Beschäftigte eine Möglichkeit, verhaltenspräventive BGF umzusetzen. Zweitens wurden angepasste Maßnahmen positiv bewertet. Drittens bestünde zukünftig Bedarf, Beschäftigte und Leitungskräfte weiterhin zum Thema Gesundheit zu sensibilisieren. Viertens wäre das Bewusstsein der Geschäftsführungen anzuregen, weil sie die Unternehmenskultur beeinflussten, nachhaltig BGF-Maßnahmen umzusetzen. Fünftens sollten KMU-Inklusionsbetriebe regional kooperieren, um Ressourcen zu bündeln und sich vernetzen.

Kordsmeyer (2022a) hatte zusätzlich eine weitere Studie mit Führungskräften, Beschäftigten und Expertinnen durchgeführt (vgl. S. 1). Als Methode dienten Interviews mit Beschäftigten, Führungskräften sowie BGF-Expertinnen (vgl. ebd.). Als Ergebnisse hielten sie fest (vgl. ebd.): Es gab viele angebotene Aktivitäten wie Sport, Ernährung, Entspannung sowie Rauchentwöhnung, Kooperation mit externen Organisationen oder

Lehrgänge (vgl. ebd.). Verbesserungsbedarf bestand darin, dass Beschäftigte diese Angebote auch annahmen; unter anderem, weil sich die Angebote schwer mit der Arbeitszeit vereinbaren ließen (vgl. ebd.). Diese Ergebnisse waren die ersten im Feld BGF-Angebote in Inklusionsbetrieben; davor konnten keine Studien identifiziert werden (vgl. ebd., S. 22).

Kordsmeyer et. al. (2022b) fassen in einem Praxisbuch zum Projekt BeGIn – Betriebliche Gesundheitsförderung in Inklusionsbetrieben nach §215 ff SGB IX die Ergebnisse des Projekts zusammen, geben einen Überblick über den Forschungsstand sowie über die Herausforderungen, Voraussetzungen sowie Unterstützungsmöglichkeiten (vgl. S. 3f). Das Praxisbuch beschreibt zunächst den Hintergrund, erläutert daraufhin die Arbeitsanforderungen und Arbeitsressourcen für die Führungskräfte und Beschäftigten in Inklusionsbetrieben und Handlungsempfehlungen; beschreibt anschließend deren Arbeits- und Gesundheitssituation, geht auf BGF ein und endet mit der Konzipierung, Durchführung und Bewertung von BGF-Maßnahmen (vgl. S. ebd.).

Das Projekt BeGIn wurde in norddeutschen Inklusionsbetrieben durchgeführt, wo Arbeit und Gesundheit der Beschäftigten und ihrer Führungskräfte untersucht wurden, um Handlungsempfehlungen für BGF abzuleiten (vgl. Kordsmeyer, 2022b, S. 4). Methodisch stützten sich die Forscherinnen auf eine systematische Literaturrecherche zu nationalen und internationalen Veröffentlichungen mit insgesamt 25 einbezogenen Studien (vgl. ebd.). Weiterhin führten sie Interviews mit behinderten Beschäftigten und ihren Führungskräften und befragten sie zu ihren Arbeitsanforderungen und Arbeitsressourcen (vgl. ebd.). Zusätzlich bezogen sie erfahrene BGF-Expertinnen mit ein (vgl. ebd., S. 5). In einem dritten Schritt führten sie eine Onlinebefragung durch und verwendeten validierte Skalen und speziell entwickelte Fragen zur Arbeits- und Gesundheitssituation sowie zu BGF-Maßnahmen (vgl. ebd.). Mithilfe dieser Basis entwickelten die Forscherinnen zusammen mit den BGF-Anbietern Seminare, die wiederum per Fokusgruppen evaluiert wurden (vgl. ebd.). Die Auswertung erfolgte für die quantitativen Daten deskriptiv, für die qualitativen Ergebnisse per Inhaltsanalyse (vgl. ebd.). Aus all diesen Ergebnissen leiteten Kordsmeyer et. al. Handlungsempfehlungen ab (vgl. ebd.).

Zum Forschungsstand der BGF in Inklusionsbetrieben führten Kordsmeyer et. al. (2022b) an, dass zur Bewertung von BGF-Maßnahmen nur wenig Forschung gibt (vgl. S. 8). Sie nennen die positiven Auswirkungen (vgl. ebd.): Bessere Beschäftigtengesundheit, Arbeitszufriedenheit, Betriebsklima, Produktivität, Mitarbeiterinnenbindung sowie ökonomischer Nutzen. Weiterhin verringerten sich Fehlzeiten durch Krankheit,

Arbeitsunfälle/Berufskrankheiten und Produktionsausfälle (vgl. ebd.). Den Return on Investment machten sie mit einem Faktor von 1:2,7 fest (vgl. S. 9): Das heißt, dass pro Euro, der in Mitarbeitergesundheit investiert wird, 2,70 Euro gespart werden können.

Die Arbeitsanforderungen und -ressourcen für Beschäftigte und Führungskräfte in Inklusionsbetrieben unterteilten Kordsmeyer et. al. (2022b) in Arbeitsinhalte, Arbeitsorganisation, Soziale Beziehungen sowie Arbeitsumgebung und in diesen vier Kategorien wiederum nach behinderten Beschäftigten sowie Führungskräften (vgl. S. 10 & 14). In der Kategorie Arbeitsinhalte waren die Arbeitsanforderungen der Mitarbeiter die Eigenverantwortlichkeit und die sich wiederholenden Aufgaben (vgl. S. 10); bei den Führungskräften die Anleitung der Mitarbeiterinnen in die Tätigkeit, die emotionalen Anforderungen sowie der Kundenkontakt (vgl. S. 11). Die praktischen Handlungsempfehlungen für die Führungskräfte wurden in verhältnis- und verhaltensorientiert unterschieden (vgl. S. 12): Verhältnisorientiert sollten Arbeitsaufgaben Abwechslung bieten, strukturgebende Routinen mithilfe von Checklisten geschaffen werden, das individuelle Tempo der Beschäftigten berücksichtigt werden und Aufgaben im Team priorisiert werden; Einarbeitung sollte mithilfe von Mentorinnen und Begleiterinnen geschehen; die Mitarbeiterinnen sollten individuell gestaltbare Handlungsräume haben; der Informationsfluss sollte zuverlässig und lückenlos sein. Geschäftsführungen sollten die Führungskräfte für die individuellen Bedürfnisse der behinderten Beschäftigten sensibilisieren (vgl. S. 13). Sie sollten sie für die emotionalen Anforderungen bezüglich des Umgangs mit emotionalen Anforderungen und sozialen Kompetenzen hinweisen und bei Bedarf Möglichkeiten schaffen, dass Mitarbeiter bei hohen emotionalen Anforderungen an andere Kolleginnen abgeben können (vgl. ebd.). Weiterhin sollten Führungskräfte ihren Mitarbeiterinnen regelmäßig Supervision anbieten und auch an weiterführende Hilfen wie Beratungsangebote weiterverweisen (vgl. ebd.). Verhaltensorientiert empfehlen sie sowohl Beschäftigten sowie Führungskräften realistische Zielsetzungen und Selbstreflexion mithilfe von Angeboten; speziell für Führungskräfte, sich emotional besser abzugrenzen und ihre eigenen Bedürfnisse zu beachten (vgl. ebd.).

In der Kategorie Arbeitsorganisation führten Kordsmeyer (2022b) als Arbeitsanforderungen für die Beschäftigten hohe Arbeitsbelastung und hohen Zeitdruck, unfaire Verteilung von Arbeit, Herausforderungen in der Zusammenarbeit und den unzureichenden Lohn auf (vgl. S. 14). Für Führungskräfte werden die Konflikte der sozialen und wirtschaftlichen Ziele genannt, die kurzfristigen Ausfälle von Beschäftigten, die Herausforderung bezüglich der Zusammenarbeit, der Zeitdruck, die schwer zu bestimmenden Kommunikationsstrukturen, die ständige Erreichbarkeit, die Entlohnung und die Ar-

beitszeiten auf (vgl. ebd. S. 15). Sie empfehlen bezüglich Verhältnisorientierung allen Beteiligten, die Arbeitszeiten abhängig von den Öffnungszeiten anzubieten und Überstunden zu vermeiden oder auszugleichen; die Pausenkultur auf verschiedenen Ebenen gesundheitsfördernd zu gestalten (auf Unternehmensebene bewegte Pausen anbieten, auf Leitungsebene als Vorbild agieren, auf Teamebene Akzeptanz für Pausen zu schaffen, auf Mitarbeiterebene das Bewusstsein für den eigenen Körper verbessern), Gesprächsformate wie Mitarbeiterjahresgespräche einzuführen, Regeln für die Erreichbarkeit zu etablieren sowie Belohnungen für gesundheitsförderliches Verhalten anzubieten (vgl. ebd., S. 17). Führungskräfte sollten die Arbeitszeiten an die individuellen Bedürfnisse der Beschäftigten anpassen und Auswirkungen von Medikamenten berücksichtigen und Beschäftigte in wichtig Entscheidungen miteinbeziehen (vgl. ebd., S. 18). Geschäftsführungen sollten die Führungskräfte unterstützen, indem sie ihnen beispielsweise bei hoher Arbeitsintensität eine Vertretung bereitstellen; die Zielvorgaben sollten für Führungskräfte gesundheitsförderlich gestaltet werden (vgl. ebd.). Verhaltensorientiert sollten alle Beschäftigten ihre Pausen planen und sich gegenseitig daran erinnern, sich zu Zeitmanagement fortbilden, Entspannungsmethoden und regenerierende Aktivitäten in ihren Alltag integrieren und ihre Erreichbarkeit außerhalb der Arbeitszeit vermeiden (vgl. ebd.). Führungskräfte speziell sollten bezüglich Zeitdruck ihre Arbeitsaufgaben priorisieren und bei Bedarf delegieren sowie sich vernetzen (vgl. ebd., S. 19). Die Arbeitsanforderungen bei Sozialen Beziehungen sind für die Beschäftigten nicht kollegiales Verhalten, Druck durch die Vorgesetzten sowie übertragener Stress der Vorgesetzten (vgl. Kordsmeyer, 2022b, S. 19). Führungskräfte hätten Anforderungen in Form von fehlender sozialer Unterstützung, Konfliktmanagement für Beschäftigte und fehlender Wertschätzung zu bewältigen (vgl. ebd., S. 20). Verhältnisorientiert sollten alle Beteiligten soziale Unterstützung suchen (vgl. S. 21): Sich untereinander fördern; das Betriebsklima fördern, sich Zeit für unbefangenen kollegialen Austausch nehmen; sich gegenseitig Wertschätzung entgegenbringen sowie Angebote für Konfliktmanagement in Anspruch nehmen (vgl. ebd.). Führungskräfte sollten ebenso soziale Unterstützung fördern, konstruktives Feedback geben und für das Thema Mobbing sensibilisiert werden (vgl. ebd., S. 22). Verhaltensorientiert sollten alle Beteiligten sich sozial unterstützen und ihre Bedürfnisse berücksichtigen; wertschätzend mit Kolleginnen umgehen und Konfliktmanagement betreiben (vgl. ebd.). Führungskräfte sollten vertrauensvoll mit ihren Beschäftigten umgehen und sich Zeit für Führungsarbeit nehmen (vgl. ebd.). Die Arbeitsumgebung stellt als Anforderungen für Beschäftigte die körperliche Anstrengung durch Laufen und Heben sowie Lärm (vgl. Kordsmeyer, 2022b, S. 23). Für Lei-

tungskräfte können die Anforderungen Hitze, begrenzte Hygienemöglichkeiten, Heben, Stehen sowie technische Probleme sein (vgl. ebd.). Verhältnisorientiert wird allen Betroffenen empfohlen, die Arbeitsumgebung sicher und barrierefrei zu gestalten, regelmäßig Gefährdungsbeurteilungen durchzuführen, ausreichend persönliche Schutzausrüstung bereitzustellen, Rückzugsmöglichkeiten bereitzustellen, Lärmschutz zu fördern und Büroarbeitsplätze ergonomisch zu gestalten (vgl. S. 24). Verhaltensorientiert sollten alle Beteiligten gegenseitig auf sich Rücksicht nehmen, ein eigenes Körperbewusstsein entwickeln und schonend Heben (vgl. ebd. S. 25).

Die Auswirkungen dieser vier Kategorien führte Kordsmeyer et. al. (2022b) zu folgenden Erkenntnissen bezüglich Arbeits- und Gesundheitssituation von Beschäftigten und Führungskräften (vgl. S. 26): Es beginnt mit den Beschäftigten, die psychisch und physisch beansprucht waren und hauptsächlich über Erschöpfung und Lärm klagten sowie gesundheitliche Beschwerden durch Überforderung oder Zeitdruck. Bei einzelnen Beschäftigten wurde der Wunsch nach Abwechslung auf der Arbeit geäußert (vgl. ebd.). Der Fokus des Kapitels lag auf den Führungskräften, die den Arbeitsstress mit nach Hause nahmen und Erschöpfungsgefühle zeigten (vgl. ebd.). Die Ergebnisse der Onlinebefragungen wurden vorgestellt: Der Stresslevel der Führungskräfte war vergleichsweise mit anderen Berufen leicht erhöht (48 Punkte zu 42 Punkten). Deshalb stellten die Meinungen der Führungskräfte wichtige Ansatzpunkte dar, um Arbeitsbedingungen zu verbessern (vgl. ebd., S. 27). Bezüglich der Resilienz lagen die Führungskräfte mit einem Mittelwert von 75,08 Punkten im höheren Bereich; ebenso war die Arbeitszufriedenheit mit 72 Punkten im Vergleich zu anderen Berufen mit 63 Punkten etwas höher (vgl. ebd., S. 28). Die Zufriedenheit mit ihren Mitarbeitern wurde von den Führungskräften mit insgesamt 66,4 Prozent bewertet, mit 26,4 Prozent Teils-teils, mit insgesamt 7,2 Prozent unzufrieden.

Das vierte Kapitel ging auf BGF in Inklusionsbetrieben ein und listete zu den Bewegungs-, Ernährungs-, Entspannungs-, Seminarangeboten, weiteren Angebote sowie Kooperationen mit externen Organisationen die bestehenden BGF-Angebote sowie Verbesserungsvorschläge (vgl. Kordsmeyer, 2022b, S. 31). Die wichtigsten Punkte für die Bewegungsangebote sind die finanziellen Anreize oder Belohnungen beim Kauf von Sportgeräten oder Teilnahme an Bewegungsangeboten; bei den Ernährungsangeboten das Gemeinsame Kochen im Team; bei den Entspannungsangeboten die Angebote vor Ort zur Entspannung; bei den Kooperationen die Zusammenarbeit mit externen Akteurinnen, den festen Ansprechpartnerinnen sowie der Finanzierung der Angebote durch die öffentlichen Mittel; bei den Seminarangeboten die Bedarfsermittlung und

Entwicklung der Schulungen und die Werbung; sowie bei den weiteren Angeboten die Beratungsangebote (vgl. Kordsmeyer, 2022b, S. 31). Die Onlinebefragung brachte bezüglich BGF zutage, dass Leitungskräfte selten verhaltenspräventive Maßnahmen nutzten; so würden keine Maßnahmen bezüglich Bewegung (57 Prozent), Kooperationen mit Externen (47 Prozent), Ernährung (81 Prozent), Stressbewältigung (70 Prozent) oder Suchtprävention (76 Prozent) angeboten (vgl. ebd., S. 32). Ebenso würden Gewaltprävention zu 66 Prozent und Gesundheitsaktionen wie Gesundheitstage zu 72 Prozent nicht genutzt werden (vgl. ebd.). Die verhältnispräventiven Maßnahmen schnitten besser ab; einzig Gesundheitszirkel bzw. Workshops wurden zu 69 Prozent und psychosoziale Beratung zu 55 Prozent wurden nicht genutzt (vgl. ebd.). Die Frage nach personeller Zuständigkeit zum Thema Gesundheit im Betrieb wurde zu 31 Prozent mit Ja beantwortet (vgl. ebd., S. 33).

Als Herausforderungen zur Umsetzung von BGF-Maßnahmen identifizierten Kordsmeyer et. al. eine geringe Inanspruchnahme von Angeboten und mangelndes Interesse an BGF, fehlende personelle sowie finanzielle Ressourcen, fehlende Struktur innerhalb der BGF, erschwerte Bedingungen, BGF-Angebote mit der Arbeitszeit zu vereinbaren, fehlende Unterstützung durch die Führungsebene sowie fehlende Berücksichtigung individueller Bedürfnisse und Kapazitäten der beschäftigten Behinderten (vgl. 2022b, S. 33). Zwei Drittel der Leitungskräfte beklagten die mangelnden finanziellen, personellen, zeitlichen, räumlichen oder infrastrukturellen Ressourcen (vgl. ebd.). Als Voraussetzungen für erfolgreiche BGF identifizierten die Forscher Informationen (Aufklärung über die Vorteile von BGF für die Mitarbeiter und das Unternehmen), Partizipation (Einbezug der Beschäftigten) und Ressourcen (vgl. S. 34 & 36). Als Unterstützungsmöglichkeiten werden die Sozialversicherungsträger, die Betriebsärztinnen und die öffentlichen Einrichtungen erwähnt sowie externe Akteurinnen wie Aktion Mensch, die FAF Fachberatung für Arbeits- und Firmenprojekte gGmbH, ARINET, BGF-Beraterinnen sowie Gesundheitszentren (vgl. S. 37f). Kordsmeyer (2022b) entwickelten darauf basierend drei Seminarkonzepte in Leichter Sprache zur Verhaltensprävention für behinderte Beschäftigte sowie eines für die Leitungskräfte (vgl. S. 40). Für die Beschäftigten waren es Seminar für Selbstfürsorge im Arbeitsalltag, Kommunikation und Konfliktlösung sowie Gesunde Teamarbeit; für die Leitungskräfte Gesundheitsorientierte Selbst- und Mitarbeiterführung (vgl. ebd.). Die Seminare fanden ganztags statt, kostenfrei und wurden positiv bewertet (vgl. S. 41).

6.2 Identifizierte Erfolgsfaktoren

Anhand der ausgewerteten zwölf Quellen lassen sich fünf Erfolgsfaktoren herausarbeiten, um BGF in KMIU umzusetzen. Am Anfang steht die Umsetzungsbereitschaft der Geschäftsführung sowie der Führungskräfte, die laut Stadler & Perschke-Hartmann (2023) gegeben sein muss (vgl. S. 9). Sie ist gleichzeitig Voraussetzung für den ersten Erfolgsfaktor: Der Einbezug und die Partizipation der betroffenen Beschäftigten (seien es einfach Führungskräfte oder Mitarbeiterinnen). Wenn sie für BGF begeistert werden können, kann diese erfolgreich umgesetzt werden; beispielsweise durch einen verlässlichen Informationsfluss und Aufklärung über ihre Vorzüge (vgl. Kordsmeyer, 2022b, S. 34 & 36). Lengen et. al. (2021) empfehlen ebenso den partizipativen Einbezug (vgl. S. 26). Dasselbe kann von Binder et. al. (2024) behauptet werden, die ergänzend Methoden anführen (vgl. Zusammenfassung & Fazit für die Praxis). Auch Stadler & Perschke-Hartmann (2023) sprechen sich für die Beteiligung der Mitarbeiterinnen aus (vgl. S. 24).

Der zweite Erfolgsfaktor ist die Analyse des Ist-Zustands und die damit verbundene Bedarfsermittlung der BGF-Maßnahmen, die die Betroffenen erhalten sollen. Blumentritt et. al. (2024) betonen die Wichtigkeit ersterer und plädiert für die Verwendung wissenschaftlicher Methoden und Modelle (vgl. S. 432). Er betont dabei die weichen Faktoren und eine stärkere Verzahnung von Wissenschaft und Praxis (vgl. ebd.). Stadler & Perschke-Hartmann (2023) führen die Nützlichkeit von harten Faktoren wie Fehlzeiten und Arbeitnehmerinnen-Fluktuation an (vgl. S. 14). Weiterhin betonen sie die Wichtigkeit von Koordinatorinnen, um BGF zu organisieren und nachhaltig im Betrieb zu verankern (vgl. ebd., S. 12). Zudem empfehlen sie innerbetriebliche Werbung für BGF (vgl. ebd., S. 14). Holzgreve et. al. (2023) sind ähnlicher Meinung und legen den Fokus auf die Identifikation von verhältnisorientierten Präventionsmaßnahmen (vgl. S. 10).

Der dritte Erfolgsfaktor ist die Netzworkebildung. Diese wird von Efimov et. al. (2023a) für die BGF in KMU als förderlich angesehen (vgl. S. 537). Sie dient unter anderem dazu, Ressourcen zu bündeln (vgl. ebd., S. 540). In einer anderen Studie empfahl Efimov (2023b), dass sich KMU vernetzen sollten (vgl. S. 354).

Weiterhin ist sie ein wichtiger Teil des Gesamtprozesses von systematisch umgesetzter BGF (vgl. Stadler & Perschke-Hartmann, 2023, vgl. S. 36). Netzwerke bieten die Möglichkeit, an Informationen und Ressourcen zu kommen, was eng mit dem nächsten Erfolgsfaktor zusammenhängt.

Der vierte Erfolgsfaktor ist die Bereitstellung der notwendigen Ressourcen. Kordsmeyer et. al. (2022b) sehen diese als zentral an (vgl. S. 34 & 36). Vor allem für die Beschäftigten sind es zeitliche und finanzielle Ressourcen (vgl. ebd.). Binder et. al. (2024) ebenso als zentral ansehen (vgl. Zusammenfassung). Dies wird von Kordsmeyer et. al. (2022b) noch einmal bestätigt; für die Führungskräfte sind diese Ressourcen ebenfalls bedeutend; hinzu kommen noch personelle, räumliche und infrastrukturelle Ressourcen (vgl. S. 33).

Der fünfte Erfolgsfaktor ist der gelingende Informationsfluss zwischen den betroffenen Beschäftigten, ihren Führungskräften und der Geschäftsleitung. Biallas et. al. (2019) führen Informationsmangel als eines der größten Hindernisse auf, BGF in Betrieben umzusetzen (vgl. S. 402). Kordsmeyer et. al. (2022b) kommen zu einem ähnlichen Ergebnis: Informationen wie Aufklärung der Mitarbeiter über BGF ist eine der Voraussetzungen (vgl. S. 34 & 36).

6.3 Identifizierte Herausforderungen

Beginnend mit den Punkten des vorherigen Kapitels kann sich der zweite Erfolgsfaktor als erste sowie zweite Herausforderung erweisen. Die erste Herausforderung besteht in den Schwierigkeiten, die IST-Analyse durchzuführen. Blumentritt et. al. (2024) erwähnen den positiven Publikationsbias, die Unterteilung der Analyse in Bedarfsbestimmung sowie in Wirkungsevaluation (vgl. S. 429). Weiterhin betonen sie die Beachtung weicher Faktoren (vgl. ebd.). Diese drei Punkte können die Ist-Analyse erschweren, weil sie den möglichen Erkenntnisgewinn verfälschen können. Bei der Befragung der Beschäftigten und ihrer Führungskräfte könnte es passieren, dass diese sich zu positiv äußern. Die Analyse in Bedarf und Wirkung zu unterscheiden, stellt ebenfalls vor Probleme (vgl. ebd.). Schließlich noch die schwer quantifizierbaren weichen Faktoren wie das Betriebsklima, die die Ist-Analyse zusätzlich erschweren. Weiterhin kommt die Forschungslage erschwerend hinzu. Laut Kordsmeyer (2022b) gibt es nur wenig Forschung zur Evaluation von Maßnahmen (vgl. S. 8). Hinzukommen das von Holzgreve et. al. (2023) erwähnte Ziel des GAIN-Projektes, konkrete Umsetzungsvorschläge zu erarbeiten (vgl. S. 10). Dies lässt darauf schließen, dass es derzeit keine Best-Practice-Vorschläge oder Beispiele gibt, zumindest nicht für verhältnispräventive Maßnahmen. Schließlich der von Efimov (2023a) erwähnte Forschungsbedarf zur Praxis der BGF in Inklusionsbetrieben (vgl. S. 540). Wenn es keine verlässlichen Daten gibt, auf die sich Sozialarbeiterinnen bei ihrer Arbeit stützen können, werden diese es schwer haben, eine gute Ist-Analyse des Betriebes durchführen zu können.

Die zweite Herausforderung besteht in den angepassten BGF-Maßnahmen an die Beschäftigten und Führungskräfte. Wie bereits im Theorieteil angeführt, ist die Zielgruppe sehr heterogen. Unterstützt wird dieser Teil von Efimov (2023a), die sie passgenauen BGF-Maßnahmen als Herausforderung ansehen (vgl. S. 540). Ähnlich sehen es Kordsmeyer et. al. (2022b), laut denen die individuellen Bedürfnisse der Betroffenen nicht beachtet würden (vgl. S. 33).

Die dritte Herausforderung besteht im mangelnden Interesse der Mitarbeiterinnen und Führungskräfte und die zu geringe Nutzung von BGF-Angeboten. Kordsmeyer et. al. (2022b) führen dies auf die schwere Vereinbarkeit von Arbeitszeit und Gesundheitsmaßnahme zurück (vgl. S. 33). Stadler & Perschke-Hartmann (2023) erwähnen Ängste und Bedenken der Betroffenen (vgl. S. 9).

Die vierte Herausforderung besteht in der geringen Präventionsreife der KMU. Faller (2016) hat einen Zusammenhang zwischen Betriebsgröße und Umsetzung von BGF festgestellt (vgl. S. 284). Weiterhin haben Biallas et. al. (2019) das Konstrukt Präventionsreife verwendet und diesen Zusammenhang bestätigen können (vgl. S. 402).

Die fünfte Herausforderung besteht aus der Netzwerkarbeit. Diese wird von Efimov als wichtig erachtet, um BGF in KMU zu fördern (vgl. 2023a; S. 537). Sie empfehlen die regionale Vernetzung und Bündelung von Ressourcen (vgl. 2023a, S. 540). Holzgreve wiederum sieht eine starke Vernetzung als wichtig an (2023, S. 10).

Die sechste Herausforderung besteht in der Bereitstellung der notwendigen Ressourcen. Ressourcenmangel verschiedenster Art bezüglich Beschäftigter und Führungskräfte führen Kordsmeyer et. al. (2022b) an (vgl. S. 33): finanzielle, personelle zeitliche, räumliche sowie infrastrukturelle. Biallas et. al. (2019) sehen im Ressourcenmangel, gepaart mit fehlendem Wissen und Bewusstsein, ein Problem, BGF in KMU umsetzen können (vgl. S. 402). Binder et. al. (2024) sehen Herausforderungen für KMU, speziell zeitliche und finanzielle Ressourcen zu mobilisieren (vgl. Zusammenfassung). Efimov (2023a) sehen fehlende Ressourcen als zentrale Herausforderung von KMIU (vgl. S. 540).

6.4 Zusammenfassung der Ergebnisse

Somit lassen sich für die Diskussion fünf Erfolgsfaktoren sowie sechs Herausforderungen identifizieren, um BGF in KMIU für Menschen mit Schwerbehinderung umzusetzen. Erfolgsfaktoren sind der Einbezug und Partizipation der Beschäftigten, eine gelungene Analyse des Ist-Zustands und damit verbundene Bedarfsermittlung; die Netz-

werkbildung, die Beschaffung fehlender Ressourcen sowie der Informationsfluss zwischen Beschäftigten, Führungskräften und Geschäftsleitung. Diesen Faktoren stehen Herausforderungen wie Schwierigkeiten bei der Ist-Analyse, Anpassung der BGF-Maßnahmen, mangelndes Interesse der Mitarbeiterinnen und Führungskräften an BGF-Maßnahmen, geringe Präventionsreife von KMU, erschwerte Netzwerkarbeit sowie Mangel von Ressourcen.

7 Diskussion

Nach Aufführung der Theorie sowie der Vorstellung und Zusammenfassung der Ergebnisse werden hier der Reihenfolge nach die Forschungsfrage, die Unterfrage und die beiden aufgestellten Thesen diskutiert. Wie eingangs erwähnt, beschäftigt sich die Forschungsfrage mit der Rolle der Sozialen Arbeit bei der Förderung von BGF in kleinen und mittelgroßen Inklusionsunternehmen für Menschen mit Schwerbehinderung. Passend hierzu als Unterfrage sollen die Herausforderungen und Best-Practice-Beispiele für die Umsetzung von BGF in besagten Unternehmen gefunden werden. Entsprechend ist die Zielsetzung, die die Herausforderungen bei der Umsetzung von BGF analysieren will, indem sie Best-Practice-Beispiele betrachtet.

7.1 Interpretation und Diskussion

Die Forschungsfrage, welche Rolle die Soziale Arbeit bei der Förderung der BGF in KMIU zur Unterstützung von Menschen mit Schwerbehinderung spielt, lässt sich anhand der ausgewerteten Literatur wie folgt beantworten. Die systematische Literaturrecherche brachte keine Studien zutage, die gezielt die Soziale Arbeit im Kontext von BGF in Inklusionsbetrieben ansprachen und evaluierten. Für eine eindeutige Antwort ist es daher notwendig, zwischen den Zeilen zu lesen. Es werden viele mögliche Arbeitsaufträge für die Soziale Arbeit implizit in den Schlussfolgerungen und den Fazits aufgezeigt. Aus diesen möglichen Arbeitsaufträgen ergeben sich Schnittstellen, in denen Sozialarbeiterinnen tätig werden können. Laut Stadler & Perschke-Hartmann (2023) sind bei kleinen und mittelgroßen Inklusionsbetrieben externe Expertise zum Einsatz gekommen (vgl. S. 13). Weiterhin erwähnten sie BGF-Koordinatoren und Werbung für BGF (vgl. ebd.). Diese Aufgaben können Sozialarbeiterinnen im Rahmen externer Beratung bei besagten Betrieben übernehmen. Dabei können sie die Geschäftsführungen bei der Beantragung öffentlicher Mittel beraten, um diese Leistungen einkaufen zu kön-

nen. Dies würde bezüglich finanzieller Ressourcen weiterhelfen. Es würde KMIU präventionsreifer machen, weil sie BGF-Maßnahmen leichter umsetzen können.

Mit Hinblick auf zeitliche Ressourcen zeigen Kordsmeyer et. al. viele mögliche Einsatzfelder (2022b) auf: Bezüglich Arbeitsinhalten führten sie verhältnisorientiert für Beschäftigte abwechslungsreiche Aufgabe und strukturgebende Routinen durch Checklisten sowie Tempoberücksichtigung an (vgl. S. 12). Hier können Sozialarbeiterinnen bei der Planung von Jobrotation helfen, um die Arbeit der Betroffenen abwechslungsreicher zu gestalten. Dies kann in Form von einem Aufgabenwechsel (Job Enlargement) oder Übertragen von anspruchsvolleren Aufgaben (Job Enrichment) geschehen (vgl. Nissan, 2018, o. S.). Das erfordert eine Übersicht über die möglichen anfallenden Aufgaben, um den Beschäftigten die nötige Struktur geben zu können, und stellt hohe Anforderungen dar, die die Sozialarbeiterinnen für die Führungskräfte übernehmen können. Sofern Arbeitsassistenzen für die behinderten Beschäftigten vorhanden sind, können diese zusammen mit den Betroffenen involviert werden. Weiterhin können Sozialarbeiterinnen die Handlungsräume der Mitarbeiterinnen im Rahmen der Lebensweltorientierung (Stichwort Raum) erarbeiten, um herauszufinden, wie diese individuell gestaltet werden können. Weiterhin können sie für einen reibungslosen Informationsfluss sorgen, indem sie zwischen Geschäftsführung, Führungskräften und Beschäftigten kommunizieren. Bezüglich Führungskräften können Sozialarbeiterinnen die Kenntnisse, die sie im Rahmen der vorher genannten Maßnahmen mit behinderten Beschäftigten erarbeitet haben, bündeln und die Führungskräfte für spezifische Behinderungen ihrer Beschäftigten sensibilisieren.

Bezüglich der Arbeitsorganisation wird eine gesundheitsfördernde Pausenkultur vorgeschlagen (vgl. Kordsmeyer, 2022b, S. 15). Sozialarbeiterinnen können hier bei den Beschäftigten eine Umfrage erheben, welche Angebote sie in Anspruch nehmen wollen, und sich um die Umsetzung kümmern. Dies könnten externe Angebote sein, aber auch Angebote wie gemeinsames Kochen, das von Kordsmeyer (2022b) angeraten wird (vgl. S. 31). Verhaltensorientiert wird allen Beschäftigten Fortbildungen in Zeitmanagement empfohlen (vgl. ebd., S. 18). Hierzu können Sozialarbeiterinnen sich einbringen, sich fortbilden und in den ersten Präsentationen generelle Informationen zum Zeitmanagement vermitteln, bevor sie in aufbauenden Präsentationen zu branchenspezifischem Zeitmanagement unterrichten. Auch sind sehr individuelle Beratungen möglich, sofern der Alltag der Beschäftigten bezüglich Zeit erarbeitet wird. Dies würde die Erfolgsfaktoren Einbezug und Partizipation der betroffenen Beschäftigten sowie die Analyse des Ist-Zustandes umsetzen.

Dies spielt in das mit hinein, was Blumentritt et. al. (2024) ausführten; es sollten die weichen Faktoren wie das Betriebsklima berücksichtigt werden (vgl. S. 432). Das kann verhältnisorientiert in den Sozialen Beziehungen zum Tragen kommen, wenn es darum geht, das Betriebsklima zu fördern (vgl. Kordsmeyer, 2022b, S. 21). Hier können Sozialarbeiterinnen bezüglich der Lebensweltorientierung –Stichwort Alltag – die Sozialen Beziehungen zwischen den Beschäftigten (positive wie negative) erarbeiten und darauf einwirken, um das Betriebsklima zu verbessern. Hier kann sie verhaltensorientiert mitwirken, wie Kordsmeyer et. al. (2022b) es vorschlagen (vgl. S. 22): soziale Unterstützung und Berücksichtigung der individuellen Bedürfnisse. Es lässt sich somit ein großes Handlungsfeld identifizieren, in welchem Soziale Arbeit tätig werden kann.

Schließlich gibt es noch der von Kordsmeyer et. al. (2022b) identifizierte verhältnisorientierte Bedarf, Rückzugsmöglichkeiten für die Mitarbeiterinnen bereitzustellen (vgl. S. 24). Diese Möglichkeiten können Sozialarbeiterinnen schaffen, indem sie die Gegebenheiten des Inklusionsbetriebs analysieren. Neben der Organisation von möglichen tatsächlichen Räumen geht es auch um ihre Gestaltung sowie Nutzung. Es sollten möglichst alle Mitarbeiterinnen damit einverstanden sein. Beispielsweise kann es einer Betroffenen mit Autismus helfen, sich von der Arbeit kurz in einen stillen Ruheraum zurückzuziehen und Atemübungen zu machen, während eine psychisch angeschlagene Mitarbeiterin kurz laute Musik hören muss, um weiterarbeiten zu können. Diese von Kordsmeyer et. al. (2022b) identifizierten Möglichkeiten decken sich mit den Fazits von Binder et. al. (2024), die als wichtige Faktoren für erfolgreiche BGF Zeit, Planung, Organisation und Motivation der Beschäftigten anführen (vgl. Fazit für die Praxis). Sozialarbeiterinnen können Aufgaben übernehmen, die zeitaufwendig sind. Sie können bei der Planung helfen sowie die Mitarbeiterinnen für die BGF motivieren.

Somit lautet die Antwort auf die Forschungsfrage: Soziale Arbeit spielt eine sehr wichtige und zentrale Rolle bei der Förderung der BGF in KMIU zur Unterstützung von Menschen mit Schwerbehinderung. Ihre Einsatzmöglichkeiten sind vielfältig, ihre Zielgruppe heterogen und die möglichen positiven Effekte, die sie auf die Geschäftsführung, die Führungskräfte sowie die Beschäftigten und somit das Unternehmen generell haben kann, mannigfaltig. Sei es als extern in Anspruch genommene Beratung und mit Fördermitteln bezahlte Kraft bis hin zum im Betrieb fest angestellte Mitarbeiterinnen, Soziale Arbeit kann wertvolle Dienste leisten, um zu den identifizierten Erfolgsfaktoren beizutragen.

Die Unterfrage, welche Herausforderungen und Best-Practice-Beispiele es für die Umsetzung von BGF in KMIU gibt, lässt sich anhand der Forschungsliteratur wie folgt beantworten: Herausforderungen konnten im Rahmen von Kapitel 6.3 identifiziert werden. Auffällig ist die Abwesenheit von Best-Practice-Beispielen. Werden das GATe-Projekt von Stadler & Perschke-Hartmann (2023), das GAIN-Projekt von Holzgreve (2023) sowie das BeGIn-Projekt von Kordsmeyer et. al. (2022b) als Best-Practice-Beispiele gewertet, existieren lediglich drei mögliche gefundene Beispiele. Aus der Schlussfolgerung von Holzgreve et. al. (2023), die Eigenschaften bei Gestaltung von Strukturen in Inklusionsbetrieb bezüglich Arbeit und Gesundheit zu identifizieren und in Best-Practice-Vorschlägen zu bündeln (vgl. S. 1), sowie der Darstellung zum internationalen Forschungsstand bei Efimov et. al. (2023a), laut der der Forschungsbedarf in der Praxis der BGF in Inklusionsbetrieben bestünde (vgl. S. 540) lässt darauf schließen, dass Best-Practice-Beispiele in der nächsten Zeit noch erarbeitet werden. Obwohl Altgelds et. al. (2018) Bestandaufnahme es nicht in die Ergebnisbesprechung geschafft hat, spricht seine Identifikation von lediglich 28 Modellen guter Praxis bezüglich Interventionen bei Menschen mit Behinderung in allen Handlungsfeldern (sic!) für sich (vgl. S. 2). Vor sechs Jahren stellte er einen erheblichen Forschungsbedarf und mangelnde Transparenz um die Bedürfnisse für Menschen mit Behinderung fest (vgl. ebd.). Daran scheint sich nicht viel geändert zu haben. Somit ergibt sich hier eine mögliche Forschungslücke, die anhand der ausgewerteten Literatur erst in den nächsten Jahren geschlossen wird. Eine weitere Herausforderung bezüglich Best-Practice-Beispiele liegt darin, dass diese sehr wahrscheinlich branchen- und behinderungsspezifisch sein werden und sich somit schwer übertragen und verallgemeinern lassen.

Nach Beantwortung der Fragen erfolgt die Prüfung der beiden Thesen. Die erste These lautet: Die Soziale Arbeit spielt eine zentrale Rolle bei der Unterstützung kleiner und mittelgroßer Inklusionsunternehmen durch vielfältige Förder- und Unterstützungsmaßnahmen, die auf die Verbesserung der BGF abzielen, beispielsweise durch die Mobilisierung von Ressourcen und die Förderung von Inklusion.

Die durchgeführte systematische Literaturrecherche widerlegt diese These nicht, aber bestätigt sie nicht direkt. Berücksichtigt man alle möglichen Einsatzmöglichkeiten für die Soziale Arbeit, die bei der Beantwortung der Forschungsfrage angeführt werden, so lässt sich die erste These bejahen. Das Aufgabenfeld ist vielfältig und kann die Inklusion fördern. Ressourcen können wahrscheinlich branchenabhängig und größenabhän-

gig mobilisiert werden, wofür fachspezifische Kenntnisse sowie umfassendes soziales Wissen über den Umgang mit den unterschiedlichsten Menschen benötigt werden. Die Soziale Arbeit kann hier einen wichtigen Beitrag leisten, um Ist-Analysen durchzuführen, angepasste BGF-Maßnahmen anzubieten und ein funktionierendes Netzwerk aufzubauen.

Zweite These: Soziale Arbeit trägt zur erfolgreichen Umsetzung von BGF in kleinen und mittelgroßen Inklusionsunternehmen bei, indem sie den Zugang zu finanziellen und organisatorischen Ressourcen erleichtert. Dies geschieht unter anderem durch Netzwerkarbeit und Beratung, die Unternehmen dabei unterstützen, passende Fördermöglichkeiten zu identifizieren und umzusetzen.

Mit Blick auf die ausgewertete Literatur lässt sich die zweite These wie folgt beantworten: Anhand von Kordsmeyer (2022b) kann Soziale Arbeit durch Netzwerkarbeit und Beratung KMIU dazu befähigen, nötige Ressourcen zu mobilisieren. Speziell die Vermittlung von Fördermitteln an Unternehmen spielt hier hinein. Efimov et. al. (2023a) erwähnen ebenfalls Netzwerkbildung als Grundlage (vgl. S. 354). Biallas et. al. (2019) unterstützen diese These indirekt, weil sie Soziale Arbeit als Vermittlerin sehen (vgl. S. 401). KMIU könnten ohne Soziale Arbeit Schwierigkeiten haben, Fördermöglichkeiten zu finden und zu nutzen. Mit anderen Worten: Soziale Arbeit kann sich selbst als Ressource in das Unternehmen einbringen, indem sie zu den möglichen Fördermöglichkeiten berät, die die Unternehmerinnen nutzen können, um sie in Anspruch zu nehmen. Somit lässt sich die zweite These bejahen.

7.2 Kritische Betrachtung der Rolle der Sozialen Arbeit in der BGF

Wie die Beantwortung der Forschungsfrage veranschaulicht, ist die mögliche Rolle, die die Soziale Arbeit bei der Umsetzung von BGF einnehmen kann, sehr vielseitig. Entsprechend ist eine gewisse Abgrenzung notwendig. Sozialarbeiterinnen brauchen je nach Einsatzgebiet andere Fachkenntnisse. Es beginnt mit der Rekrutierung: Wie kommt es dazu, dass KMIU Sozialarbeiterinnen in Anspruch nehmen? Wie bezahlen sie sie? Wie werden sie wo tätig?

Eine externe Beratung kann, muss aber nicht Soziale Arbeit studiert haben. Sobald Sozialarbeiterinnen im nächsten Schritt im Betrieb tätig werden, gibt es mehrere Faktoren, die sie berücksichtigen müssen. Je nach Branche und Behinderungsart benötigt sie

spezifische Kenntnisse, um wirksam handeln zu können. Dies können beispielsweise typische Berufskrankheiten der Branche und behindertenspezifische Besonderheiten sein, die sie in ihrer Tätigkeit berücksichtigen muss. Während sich die harten Faktoren wie die Fehlzeiten vergleichsweise leicht ermitteln lassen, kann die Ermittlung der weichen Faktoren Sozialarbeiterinnen vor eine schwere bis unmöglich zu bewältigende Aufgabe stellen, wenn sie selbst ableistisch sind oder von den betroffenen Beschäftigten so wahrgenommen werden.

Laut Eurobarometer-Umfrage fühlen sich EU-weit 52 Prozent der Menschen mit Behinderung diskriminiert (vgl. EU-Rat, 2024, o. S.). Passend dazu beschreibt Ableismus neben struktureller Benachteiligung auch eine Art Habitus, der Menschen mit Behinderungen auf ihre Behinderung reduziert (vgl. Maskos, 2023, o. S.). Sozialarbeiterinnen müssen daher für die individuellen Belange von Menschen mit Behinderungen sensibilisiert werden, um erfolgreich mit ihnen zusammenarbeiten zu können. Es kann vorkommen, dass Sozialarbeiterinnen die neuen Denkmodelle von Behinderungen noch nicht verinnerlicht haben und somit Ist-Analysen und damit angepasste BGF-Maßnahmen nicht umsetzen können. Betriebsinterne Werbung durch die Sozialarbeiterinnen wird wenig oder nicht ernst genommen werden und die Beschäftigten werden sich schwerer motivieren lassen. Mit fehlenden Informationen lassen sich BGF-Maßnahmen nicht passgenau für die Beschäftigten konzipieren und durchführen, was wiederum dazu führt, dass die Arbeit der Sozialarbeiterinnen selbst infrage gestellt wird. Dies kann dazu führen, dass die Zusammenarbeit zwischen ihnen und dem Inklusionsbetrieb beendet werden, da die wirtschaftlichen Interessen stark mit den sozialen Interessen verknüpft sind. Wie in Kapitel 2.3 angeführt, sollten Menschen mit Behinderung nicht bevormundet werden. Somit kann gesagt werden: Damit Soziale Arbeit zur Förderung von BGF in Inklusionsbetrieben erfolgreich ist, muss sie neben sehr fachspezifischen Kenntnissen auch die richtige Grundhaltung gegenüber der Zielgruppe besitzen. Dies kann sie mithilfe von Sensibilisierung sowie der richtigen Anwendung von Theorien erreichen.

7.3 Limitationen

Keine Forschung kommt ohne Einschränkung aus. Dies trifft auch auf diese Arbeit zu. Limitationen der vorliegenden Arbeit sind zum einen durch die Sucheinschränkungen auf nicht kostenpflichtige Veröffentlichungen sowie der Beschränkung auf die DACH-Länder gegeben, zum anderen durch die im Nachhinein festgestellte breite Anlegung der Forschungsfrage. Erstere verwehren die Erlangung weiterer möglicher kostbarer Kenntnisse, letztere die Tiefe bezüglich Schwerbehinderung und/oder Branche. Eine

weitere Limitation ergibt sich aus dem von Blumentritt ausgewiesenen positiven Publikationsbias. Das Konzept der Gesundheitsförderung wird, mit Hinblick auf die durchweg positive Auffassung der gefundenen Studien, nicht kritisch genug hinterfragt.

Eine weitere Limitation ergibt sich aus den gefundenen Studien selbst. Die Methodik und die Größen der Stichproben der einzelnen Studien unterscheiden sich zum Teil erheblich.

Trotz der Einschränkungen ist das Ziel der Arbeit, die Rolle der Sozialen Arbeit bei der BGF in kleinen und mittelgroßen Inklusionsbetrieben zur Unterstützung von Menschen mit Schwerbehinderung zu klären. Dieses Ziel wurde mit den gegebenen Quellen erreicht. Das Ziel der Arbeit ist nicht, die Rolle der Sozialen Arbeit im Rahmen der BGF in kleinen und mittelgroßen Inklusionsbetrieben branchenspezifisch und/oder behinderungsspezifisch zu beschreiben. Jedoch ergeben sich hier Möglichkeiten für weitere Forschungen.

7.4 Handlungsempfehlungen

Beginnend mit möglichen Forschungsgebieten, kann Folgendes angeführt werden: Es können BGF-Angebote und ihre Umsetzung mit einem Fokus auf Branchen und/oder mit einem Fokus auf eine bestimmte Behinderungsart untersucht werden. Weiterhin ist es möglich, die Rolle der Sozialen Arbeit mithilfe einer anderen Großtheorie oder einer Kombination aus anderen Großtheorien zu betrachten. Die vorliegende Arbeit betrachtet die Rolle der Sozialen Arbeit ausschließlich aus dem Blickwinkel der Lebensweltorientierung nach Thiersch in Kombination mit der Theorie der Dienstleistungsorientierung. Weitere mögliche und ebenso interessante Blickwinkel könnten sich mit der Theorie der intervenierenden Sozialpolitik oder der Theorie der organisierten Hilfe ergeben (vgl. Sandermann & Neumann, 2022, S. 6). Hier könnten die sozialpolitischen Mechanismen untersucht werden, die BGF in Inklusionsbetrieben unterstützen oder beeinträchtigen könnten.

Auffällig sind die wenigen bis nicht vorhandenen Best-Practice-Beispiele speziell in diesem Bereich. Diese Lücke könnte mit weiteren Forschungsprojekten geschlossen werden. Stadler & Perschke-Hartmann (2023) haben das Vorgehen einer systematischen BGF in Inklusionsbetrieben aufgezeigt. Ein ähnliches Projekt, welches ohne Einschränkungen durch die Corona-Krise durchgeführt wird und eine breitere Masse an Inklusi-

onsbetrieben anspricht, könnte mit Fokus auf eine bestimmte Branche eine Reihe von Best-Practice-Beispielen erarbeiten.

Bezüglich Handlungsempfehlungen für die Praxis ergibt sich Folgendes: Sozialarbeiterinnen können mit der richtigen Vorgehensweise bezüglich BGF in Inklusionsbetrieben viel bewirken. Behilflich sein können die neuen Denkmodelle von Behinderung in Kombination mit den Strukturmaximen Inklusion und Partizipation, um den betroffenen Beschäftigten möglichst unvoreingenommen zu begegnen. Weiterhin kann die Theorie der Dienstleistungsorientierung Sozialarbeiterinnen dabei helfen zu sehen, dass sie 50 Prozent zum Erfolg beitragen, während das Unternehmen und seine Beschäftigten ihnen mit 50 Prozent entgegenkommen. Leisten die Beschäftigten Widerstand und bringen sich mit lediglich 30 Prozent ein, während die Sozialarbeiterin 50 Prozent bringt und versucht sie zur Mitarbeit zu bewegen, lässt sich nur wenig ausrichten. Solange die Sozialarbeiterinnen jedoch ihr Handeln bei Nachfrage rechtfertigen können, sollten sie sich auf der sicheren Seite befinden. Wichtig ist die Rollenauffassung von Sozialer Arbeit als Brückenbauer (wie in Kapitel 4.2 ausgeführt), um BGF in Inklusionsbetrieben erfolgreich umsetzen zu können.

8 Fazit

8.1 Implikationen für die Soziale Arbeit und die betriebliche Praxis

Soziale Arbeit spielt bei der Förderung der BGF in KMIU zur Unterstützung von Menschen mit Schwerbehinderung eine wichtige und zentrale Rolle, da sie vielfältig einsetzbar ist. Sie hat eine sehr heterogene Zielgruppe abzudecken, für die sie neben behinderungsspezifischen Fachkenntnissen auch branchenspezifische Kenntnisse benötigt, um passgenaue BGF-Maßnahmen entwickeln zu können. Sie hat das notwendige Rüstzeug, um den möglichen festgestellten Herausforderungen wie Ist-Analyse, Anpassung von BGF-Maßnahmen sowie Inanspruchnahme von BGF-Maßnahmen von den Beschäftigten, Ressourcenzugang sowie Netzwerkarbeit unter dem gegebenen Forschungsstand begegnen zu können. Sie kann zu den identifizierten Erfolgsfaktoren beitragen, indem sie gute Ist-Analysen erstellt, Mitarbeiterinnen und Führungskräfte für BGF-Maßnahmen begeistert, BGF-Maßnahmen an ihre individuellen Bedürfnisse anpasst, gute Netzwerkarbeit leistet sowie die fehlenden Ressourcen beschafft. Sie hat mehrere mögliche Ansatzpunkte wie die Arbeitsorganisation, das Arbeitsverhältnis, die Sozialen Beziehungen sowie das Arbeitsumfeld, an denen sie verhältnis- oder verhal-

tensorientiert ansetzen kann. Eine theoretische Betrachtung mithilfe der Theorie der Lebensweltorientierung kombiniert mit der Theorie der Dienstleistungsorientierung kann dabei helfen, den Arbeitsalltag der betroffenen Beschäftigten zu rekonstruieren, mögliche Ansatzpunkte zu finden und mit dem rechten Maß zu handeln.

Sozialarbeiterinnen benötigen für die Erfüllung dieser komplexen und vielseitigen Aufgaben eine unvoreingenommene Einstellung gegenüber Menschen mit Behinderung sowie behinderungsspezifisches und branchenspezifisches Fachwissen. Ihre Hauptaufgaben liegen in der Netzwerkarbeit als Brückenbauer für die Unternehmen, die Führungskräfte, die Mitarbeiterinnen mit Behinderung sowie weiteren inneren und außerbetrieblichen Akteuren.

8.2 Ausblick auf zukünftige Entwicklungen und Forschungsfragen

Die aufgestellten Thesen können weitgehend bejaht werden. Die Rolle von Sozialer Arbeit spielt eine zentrale Rolle, wenn KMIU BGF-Maßnahmen für Menschen mit Schwerbehinderung umsetzen wollen. Netzwerkarbeit und Beratung können einen wichtigen Beitrag bei der Suche und Beantragung von Fördermöglichkeiten leisten.

Die Ausgrenzung kostenpflichtiger Literatur sowie die Beschränkung auf den DACH-Raum können weiterführende Erkenntnisse ausgeschlossen haben. Die Breite der Forschungsfrage verhinderte eine tiefgründige Betrachtung von spezifischen Branchen oder Behinderungen. Weiterhin erschweren die derzeitige Forschungslage sowie ein positiver Publikationsbias die Suche nach verallgemeinerbaren Aussagen.

Es lassen sich Herausforderungen für die Umsetzung von BGF-Maßnahmen in KMIU feststellen, jedoch bisher wenig bis keine Best-Practice-Beispiele. Hier besteht noch Forschungsbedarf, beispielsweise mit der Durchführung von Projekten, die nicht von äußeren Faktoren wie der Corona-Pandemie beeinflusst werden. Weiterhin sind für weitere Forschung ein branchenspezifischer oder ein behinderungsspezifischer Fokus vielversprechend, um mehr tiefer greifende Erkenntnisse zu erlangen, die in systematischen Reviews neue Erkenntnisse liefern können.

Ein weiterer vielversprechender Ansatz sind der Einsatz und die Kombination von anderen Großtheorien der Sozialen Arbeit. So können Theorien wie die intervenierende Sozialpolitik oder der organisierten Hilfe andere und neue Einblicke in die Mechanismen gewähren, die die Implementierung von BGF-Maßnahmen in Inklusionsbetrieben begünstigen oder erschweren können.

9 Literaturverzeichnis

Literaturverzeichnis

Altgeld, T.; Rothofer, P.; Sädler, T.; Vanheiden, T. (2018): *Durchführung einer Bestandsaufnahme von Interventionen (Modelle guter Praxis) zur Gesundheitsförderung und Prävention bei Menschen mit Behinderung.*

<https://www.google.com/search?client=firefox-b-d&q=altgeld+durchf>

[%C3%BChrung+einer+Bestandsaufnahme+von+Interventionen+](#)

[%28Modelle+guter+Praxis%29+zur+Gesundheitsf%C3%B6rderung+und+Pr](#)

[%C3%A4vention+bei+Menschen+mit+Behinderung](#) (Erster Treffer: Christophorus-Werk

Lingen e. V.) (01.12.2024).

Altgeld, T. & Latteck, Ä.-D. (2021). *Inklusion und Gesundheitsförderung.* In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (Hrsg.): Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. <https://doi.org/10.17623/BZGA:Q4-i132-2.0> (01.11.2024).

bag if – Bundesarbeitsgemeinschaft Inklusionsfirmen e. V. (o. J.): *Was sind Inklusionsunternehmen?* <https://bag-if.de/was-sind-inklusionsunternehmen/>

(03.11.2024).

BAR – Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (o. J.): *Das bio-psycho-soziale Modell.* <https://www.bar-frankfurt.de/themen/icf/grundlagen-der-icf/das-bio-psycho-soziale-modell.html> (01.11.2024).

Beck, D.; Lenhardt, U.; Schmitt, B.; Sommer, S. (2015): *Patterns and predictors of workplace health promotion: cross-sectional findings from a company survey in Germany.* Public Health (2015) 15:343. DOI 10.1186/s12889-015-1647-z (02.11.2024).

Behindertenbeauftragter (o. J.): *Schwerbehinderung laut SGB IX.* <https://www.behindertenbeauftragter.de/DE/AS/rechtliches/schwerbehinderung/schwerbehinderung-node.html> (01.11.2024).

BfA – Bundesagentur für Arbeit (2022): *Vorurteile behindern – Behinderungen nicht! Ausweitung von Beratungsangeboten für Arbeitgeber.*
<https://www.arbeitsagentur.de/vor-ort/traunstein/presse/2022-62-vorurteile-behindern-behinderungen-nicht> (30.11.2024).

BfA – Bundesagentur für Arbeit (2024): *Berichte; Blickpunkt Arbeitsmarkt–Arbeitsmarktsituation schwerbehinderter Menschen 2023, Nürnberg, Juli 2024.*
https://statistik.arbeitsagentur.de/DE/Statischer-Content/Statistiken/Themen-im-Fokus/Menschen-mit-Behinderungen/generische-Publikation/Arbeitsmarktsituation-schwerbehinderter-Menschen.pdf?__blob=publicationFile (30.11.2024).

Biallas, B.; Schäfer, D., Dejonghe, L. et. al. (2019): *Präventionsreife in kleinen und mittleren Unternehmen.* PräV Gesundheitsf 14, S. 398-402.
<https://link.springer.com/article/10.1007/s11553-018-0694-6> (03.12.2024).

Binder, L., Mallek, P.; Kus MPH, S. (2024): *Gestaltung einer gesundheitsgerechten Arbeitsumgebung: Was brauchen Beschäftigte in kleinen und mittleren Betrieben im ländlichen Raum? Darstellung einer branchenübergreifenden Perspektive unter Anwendung eines Mixed-Method-Ansatzes.* PräV Gesundheitsf (2024).
<https://link.springer.com/article/10.1007/s11553-024-01104-4> (03.12.2024).

Blumentritt, S.; Luig, T., Schoch, N. et. al. (2024): *Ist-Analysen, Theorien und Effekte in evaluierten Interventionen der betrieblichen Gesundheitsförderung (BGF) Ein Literatur- Review für den Zeitraum 2000 bis 2020.* PräV Gesundheitsf (19), S. 427-434.
<https://link.springer.com/article/10.1007/s11553-023-01067-y> (03.12.2024).

BMG – Bundesministerium für Gesundheit (2021): *Betriebliches Gesundheitsmanagement (BGM).* <https://gesund.bund.de/betriebliches-gesundheitsmanagement-bgm#quellen> (01.11.2024).

BMG – Bundesministerium für Gesundheit (o. J.): *Betriebliche Gesundheitsförderung.*
<https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/praevention/betriebliche-gesundheitsfoerderung.html> (01.11.2024).

Brussig, M.; Schulz, S. E. (2018): *Wer sich für Gesundheitsprävention im Betrieb einsetzt: Forschungsmonitor für den Verband „Neue Allianzen zum Erhalt der Beschäftigungsfähigkeit bei gesundheitlichen Einschränkungen“*. <https://nbn-resolving.de/urn:nbn:de:101:1-201802224746> (02.11.2024).

Efimov, I.; Kordsmeyer, AC.; Harth, V.; Mache, S. (2023a): *Status quo der betrieblichen Gesundheitsförderung in Inklusionsbetrieben. Potenziale und Herausforderungen für die Zukunft*. In: *Präv Gesundheitsf* (18), 535–542. <https://link.springer.com/article/10.1007/s11553-022-01003-6> (03.12.2024).

Efimov, I.; Tell, A., Kordsmeyer, AC. et. al. (2023b): *Evaluation verhaltenspräventiver Gesundheitsförderungsmaßnahmen in Inklusionsbetrieben*. *Präv Gesundheitsf* (18), S. 343-356. <https://link.springer.com/article/10.1007/s11553-022-00959-9> (03.12.2024).

EU-Rat – Europäischer Rat – Rat der Europäischen Union (2024): *Fakten und Zahlen zum Thema Behinderung in der EU*. <https://www.consilium.europa.eu/de/infographics/disability-eu-facts-figures/> (30.11.2024).

Europäische Kommission (o. J.): *Unternehmertum und KMU – die KMU-Definition*. https://single-market-economy.ec.europa.eu/smes/sme-fundamentals/sme-definition_en?prefLang=de&etrans=de (03.12.2024).

Faller, G. (2016): *Umsetzung Betrieblicher Gesundheitsförderung/Betrieblichen Gesundheitsmanagements in Deutschland: Stand und Entwicklungsbedarfe der einschlägigen Forschung*. *Gesundheitswesen*, 2018 (80), S. 278-285. <https://www.thieme-connect.com/products/ejournals/abstract/10.1055/s-0042-100624> (03.12.2024).

Fangerau, H. & Franzkowiak, P. (2022). *Krankheit*. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (Hrsg.): *Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden*. <https://doi.org/10.17623/BZGA:Q4-i069-2.0> (01.12.2024).

Franzkowiak, P. (2022). *Gesundheits-Krankheits-Kontinuum*. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (Hrsg.): Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. <https://doi.org/10.17623/BZGA:Q4-i026-1.0> (01.12.2024).

Franzkowiak, P. & Hurrelmann, K. (2022). *Gesundheit*. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (Hrsg.): Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. <https://doi.org/10.17623/BZGA:Q4-i023-1.0> (01.12.2024).

Gottwald, C. (2019): *Behinderung*. <https://www.socialnet.de/lexikon/Behinderung> (01.12.2024).

Grunwald, H.; Thiersch, H. (2016): *Lebensweltorientierung*. In: Grunwald, H.; Thiersch, H. (Hrsg.): Praxishandbuch Lebensweltorientierte Soziale Arbeit – Handlungszusammenhänge und Methoden in unterschiedlichen Arbeitsfeldern. 3. Auflage. Weinheim: Beltz Juventa. S. 24-64.

Habermann-Horstmeier, L. & Lippke, S. (2021a): *Grundlagen, Strategien und Ansätze der Gesundheitsförderung*. In: M. Tiemann, M. Mohokum (Hrsg.): Prävention und Gesundheitsförderung. Springer Reference Pflege – Therapie – Gesundheit. https://doi.org/10.1007/978-3-662-62426-5_103 (01.11.2024). S. 65-76.

Habermann-Horstmeier, L. & Lippke, S. (2021b): *Grundlagen, Strategien und Ansätze der Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention*. In: M. Tiemann, M. Mohokum (Hrsg.): Prävention und Gesundheitsförderung. Springer Reference Pflege – Therapie – Gesundheit. https://doi.org/10.1007/978-3-662-62426-5_103 (01.11.2024). S. 47-64.

Hahnzog, S. (2014): *Über dieses Buch*. In: Hahnzog, S. (Hrsg.): Betriebliche Gesundheitsführung – Das Praxishandbuch für den Mittelstand. Wiesbaden: Springer. S. IX-XXI.

Hartung, S., Faller, G. & Rosenbrock, R. (2021). *Betriebliche Gesundheitsförderung*. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (Hrsg.): *Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden*. <https://doi.org/10.17623/BZGA:Q4-i042-2.0> (01.11.2024).

Holzgreve, F.; Bedereck, B.; Heim, C. et. al.(2023): *Healthy working in inclusive companies – a study protocol of the GAIN project*. J Occup Med Toxicol 18 (30). <https://link.springer.com/article/10.1186/s12995-023-00399-x> (03.12.2024).

HSU – Helmut-Schmidt-Universität – Universität der Bundeswehr Hamburg (2023): *Was ist BGM?* <https://www.hsu-hh.de/bgm/was-ist-bgm> (01.11.2024).

Ifm Bonn – Institut für Mittelstandsforschung Bonn (o. J.): *KMU-Definition des IfM Bonn*. <https://www.ifm-bonn.org/definitionen-/kmu-definition-des-ifm-bonn> (03.11.2024).

Kabsch, J. (2018): *Lebensweltorientierte Soziale Arbeit mit Menschen mit Autismus-Spektrum-Störung*. Wiesbaden: Springer.

Klenke, B. (2018): *Betriebliches Gesundheitsmanagement – Begriffserklärung und Chancen für Personaler*. In: Ternès, A.; Wilke, C.-D. (Hrsg.): *Agenda HR – Digitalisierung, Arbeit 4.0, New Leadership – Was Personalverantwortliche und Management jetzt nicht verpassen sollten*. Wiesbaden: Springer. S. 87-96.

Kordsmeyer, AC., Efimov, I., Lengen, JC.; Harth, V.; Mache, S. (2021): *Explorative Triangulation of Personal and Work-Related Impacts for Supervisors and Disabled Employees in German Social Firms during the COVID-19 Pandemic*. Int. J. Environ. Res. Public Health 18 (17). <https://www.mdpi.com/1660-4601/18/17/8979> (03.12.2024).

Kordsmeyer, AC.; Efimov, I.; Lengen, J C; Harth, V.; Mache, S. (2022a): *Workplace Health Promotion in German Social Firms—Offers, Needs and Challenges from the Perspectives of Employees, Supervisors and Experts*. Int. J. Environ. Res. Public Health 19 (2). <https://www.mdpi.com/1660-4601/19/2/959> (03.12.2024).

Kordsmeyer, AC.; Efimov, I.; Lengen, J.; Mache, S.; Harth, V. (2022b): *Praxishandbuch – Betriebliche Gesundheitsförderung in Inklusionsbetrieben*. https://www.researchgate.net/publication/362733339_Praxishandbuch_Betriebliche_Gesundheitsforderung_in_Inklusionsbetrieben (03.12.2024).

Lambers, H. (2020): *Theorien der Sozialen Arbeit – Ein Kompendium und Vergleich*. 5. Auflage. Regensburg: Pustet.

Lengen, J.; Kordmeyer, AC.; Harth, V.; Mache, S. (2021): *Arbeitsbezogene Gesundheit in Inklusionsbetrieben – eine Übersicht zur Arbeits- und Gesundheitssituation der Beschäftigten und der betrieblichen Gesundheitsförderung*. *Präv Gesundheitsf* (16), S. 21-28. <https://link.springer.com/article/10.1007/s11553-020-00788-8> (03.12.2024).

Liebrich, A. (2022): *Theoretische Rahmenkonzepte im Kontext Gesundheit und Krankheit*. In: Lange, M.; Matusiewicz, D.; Walle, O. (Hrsg.): *Praxishandbuch Betriebliches Gesundheitsmanagement. Grundlagen – Standards – Trends*. Freiburg: Haufe-Lexware.

Marti, B. (2021): *Lebensweltorientierte Soziale Arbeit*. <https://virtuelleakademie.ch/good-practice-beispiele/theorielinien/lebensweltorientierte-soziale-arbeit/> (07.09.2024).

Maskos, R. (2023): *Ableismus und Behindertenfeindlichkeit – Diskriminierung und Abwertung behinderter Menschen*. <https://www.bpb.de/themen/inklusion-teilhabe/behinderungen/539319/ableismus-und-behindertenfeindlichkeit/> (25.09.2024).

Meyer, B. (2021): *Ansatz der betrieblichen Gesundheitsförderung*. In: M. Tiemann, M. Mohokum (Hrsg.): *Prävention und Gesundheitsförderung. Springer Reference Pflege – Therapie – Gesundheit*. https://doi.org/10.1007/978-3-662-62426-5_103 (01.11.2024). S. 679-682.

Mohokum, M.; Wetzstein, A. (2021): *Evaluation und Assessmentverfahren in der betrieblichen Gesundheitsförderung*. In: M. Tiemann, M. Mohokum (Hrsg.): *Prävention und Gesundheitsförderung*. Springer Reference Pflege – Therapie – Gesundheit. https://doi.org/10.1007/978-3-662-62426-5_103 (01.11.2024). S. 1191-1206.

Muche, C. (2024): *Inklusionsbetrieb*. <https://www.socialnet.de/lexikon/Inklusionsbetrieb> (03.11.2024).

Niemeyer, H. (2024): *Soziale Inklusion*. <https://www.socialnet.de/lexikon/Soziale-Inklusion> (01.12.2024).

Nissan, R. (2018): *Jobrotation*. <https://wirtschaftslexikon.gabler.de/definition/jobrotation-41479> (12.11.2024).

Oechler, M. & Rosenbauer, N. (2015): *Partizipation, Beteiligung*. In: Thole, W.; Höblich, D.; Ahmed, S. (Hrsg.): *Taschenwörterbuch Soziale Arbeit*. 2. Auflage. Regensburg: Pustet.

Pfannstiel, M. & Mehlich, H. (2016): *Vorwort*. In: Pfannstiel, M. & Mehlich, H. (Hrsg.): *Betriebliches Gesundheitsmanagement – Konzepte, Maßnahmen, Evaluation*. Wiesbaden: Springer. S. V-VII.

Prümel-Philippsen, U. & Grossmann B. (2021): *Von der Krankheitsprävention zur Gesundheitsförderung – Hintergründe, Stand und Perspektiven in Deutschland*. In: M. Tiemann, M. Mohokum (Hrsg.): *Prävention und Gesundheitsförderung*, Springer Reference Pflege – Therapie – Gesundheit. https://doi.org/10.1007/978-3-662-62426-5_103 (01.11.2024). S. 37-45.

psyGA – ein Angebot der Initiative Neue Qualität der Arbeit (2019): *Gesunde Mitarbeiter – gesundes Unternehmen. Eine Handlungshilfe für das Betriebliche Gesundheitsmanagement*. In: INQA – Initiative Neue Qualität der Arbeit (Hrsg.): Bönen:

Kettler. <https://www.inqa.de/DE/mediathek/publikationen/handlungshilfe-betriebliche-gesundheitsmanagement.html> (18.11.2024).

Rehadat (o. J.): *Inklusionsbetriebe*. <https://www.talentplus.de/im-job/alternative-beschaefigungsformen/inklusionsbetriebe/> (03.11.2024).

Rehadat (2017): *Lexikon zur beruflichen Teilhabe: Zuverdienst*. <https://www.rehadat.de/lexikon/Lex-Zuverdienst/> (03.11.2024).

Rohrmann, A. (2021): *Behinderung – Prävalenz, Bedeutung und Implikationen für die Prävention und Gesundheitsförderung*. In: M. Tiemann, M. Mohokum (Hrsg.): *Prävention und Gesundheitsförderung*. Springer Reference Pflege – Therapie – Gesundheit. https://doi.org/10.1007/978-3-662-62426-5_103 (01.11.2024). S. 1007-1016.

Rudow, B. (2021): *Betriebliche Gesundheitsförderung im gewerblichen Bereich*. In: M. Tiemann, M. Mohokum (Hrsg.): *Prävention und Gesundheitsförderung*. Springer Reference Pflege – Therapie – Gesundheit. https://doi.org/10.1007/978-3-662-62426-5_103 (01.11.2024). S. 715-728.

Sandermann, P.; Neumann, S. (2022): *Grundkurs Theorien der Sozialen Arbeit*. 2. Auflage. München: Ernst Reinhardt.

Schilling, J.; Klus, S. (2015): *Soziale Arbeit. Geschichte – Theorie – Profession*. 6. Auflage. München: Ernst Reinhardt.

Schoch, B. (2021): *Maximen des Konzepts „Lebensweltorientierung“ – kindgerecht erklärt oder Wie Hilfen und Angebote für Kinder und Jugendliche in Deutschland gestaltet werden sollen*. <https://dasimp.de/Startseite/Ueber-uns/> (08.09.2024).

Siefen, S. (2022): *Maßnahmen der Betrieblichen Gesundheitsförderung*. In: Lange, M.; Matusiewicz, D.; Walle, O. (Hrsg.): *Praxishandbuch Betriebliches Gesundheitsmanagement. Grundlagen – Standards – Trends*. Freiburg: Haufe-Lexware. S. 242-255.

Stadler, P.; Perschke-Hartmann, C. (2023): *Projekt GATe der Leibniz Universität Hannover und der FAF gGmbH – Handlungsempfehlungen an Stakeholder Zur Förderung Betrieblicher Gesundheitsförderung in Inklusionsbetrieben nach § 215 f SGB IX und Unterstützung der Betriebe bei der Implementierung*. https://faf-gmbh.de/wp-content/uploads/2024/07/2-GATe_Handlungsempfehlungen_an_Stakeholder.pdf (03.12.2024).

Statistisches Bundesamt (o. J.): *Kleine und mittlere Unternehmen (KMU)*. <https://www.destatis.de/DE/Themen/Branchen-Unternehmen/Unternehmen/Kleine-Unternehmen-Mittlere-Unternehmen/Glossar/kmu.html> (03.12.2024).

Statistisches Bundesamt (2022): *7,8 Millionen schwerbehinderte Menschen leben in Deutschland*. https://www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/2022/06/PD22_259_227.html (01.11.2024).

Statistisches Bundesamt (2024): *Kleine und mittlere Unternehmen: 55 % in kleinen und mittleren Unternehmen tätig*. <https://www.destatis.de/DE/Themen/Branchen-Unternehmen/Unternehmen/Kleine-Unternehmen-Mittlere-Unternehmen/aktuell-beschaeftigte.html> (21.11.2024).

Thiersch, H. (2017): *Eine elementare Einführung in die lebensweltorientierte Soziale Arbeit – Das Konzept Lebensweltorientierte Soziale Arbeit, für meine Enkel skizziert*. https://www.hans-thiersch.de/lib/exe/fetch.php?media=elementare_einfuehrung_lwo_2019.pdf (01.11.2024).

UN-BRK – UN-Behindertenrechtskonvention (2018): *Die UN-Behindertenrechtskonvention: Übereinkommen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen*. Hrsg.: Beauftragter der Bundesregierung für die Belange von Menschen mit Behinderungen. https://www.institut-fuer-menschenrechte.de/fileadmin/Redaktion/PDF/DB_Menschenrechtsschutz/CRPD/CRPD_Konvention_und_Fakultativprotokoll.pdf (20.11.2024).

Van Kampen, K. (2024): *The CRAAP Test*. <https://guides.lib.uchicago.edu/c.php?g=1241077&p=9082343> (15.11.2024).

Wright, M. (2020): *Partizipation: Mitentscheidung der Bürgerinnen und Bürger*. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (Hrsg.): *Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden*. <https://doi.org/10.17623/BZGA:Q4-i084-2.0> (01.11.2024).

Ziegler, A.; Antes, G.; König, I. R. (2011): *Bevorzugte Report Items für systematische Übersichten und Meta-Analysen: Das PRISMA-Statement*. Dtsch Med Wochenschr 136 (8). e9-e15. <https://www.thieme-connect.de/products/ejournals/abstract/10.1055/s-0031-1272978> (03.12.2024).