Präv Gesundheitsf 2021 · 16:21–28
<https://doi.org/10.1007/s11553-020-00788-8>
Eingegangen: 5. März 2020
Angenommen: 29. April 2020
Online publiziert: 20. Mai 2020
© Der/die Autor(en) 2020

Julia Lengen¹ · Ann-Christin Kordsmeyer · Volker Harth · Stefanie Mache

Zentralinstitut für Arbeitsmedizin und Maritime Medizin (ZfAM), Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf (UKE), Hamburg, Deutschland

Arbeitsbezogene Gesundheit in Inklusionsbetrieben – eine Übersicht zur Arbeits- und Gesundheitssituation der Beschäftigten und der betrieblichen Gesundheitsförderung

Hintergrund

Inklusionsbetriebe, die Menschen mit und ohne Behinderung auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt beschäftigen (§ 215, Abs. 1 und 3, Sozialgesetzbuch [SGB] IX), sind einem Zielkonflikt zwischen ökonomischem Druck und sozialen Zielen ausgesetzt [13]. Um die Balance zugunsten der Beschäftigten zu halten, ist die Gestaltung gesundheitsförderlicher Arbeitsbedingungen für die Beschäftigten wichtig [12, 34]. In diesem Beitrag werden die empirischen Ergebnisse zur Arbeits- und Gesundheitssituation der Zielgruppe nach dem aktuellen Forschungsstand dargestellt. Daraus können Schlüsse für die Gestaltung gesundheitsförderlicher Rahmenbedingungen und Maßnahmen in Inklusionsbetrieben abgeleitet werden.

Leben und Arbeiten mit Behinderung

In Deutschland leben im Jahr 2017 ca. 7,8 Mio. Menschen und damit rund 9,4 % der Bevölkerung mit einer Schwerbehinderung [38]. Für Menschen mit einer schweren Behinderung oder psychischen Erkrankung bestehen diverse Barrieren auf dem Weg zur Erwerbstä-

tigkeit [23, 25]. Die Beschäftigungsraten von Menschen mit einer Schwerbehinderung – v.a. mit einer psychischen Beeinträchtigung – sind deutlich geringer als jene der Allgemeinbevölkerung [2]. In Deutschland sind nur 46,9 % der Menschen mit einer Behinderung gegenüber 75,2 % der Allgemeinbevölkerung in einem Beschäftigungsverhältnis [8]. Zudem ist die Verweildauer dieser Gruppe im Job oft kurz [17], obwohl der Wunsch nach einer Erwerbstätigkeit besteht [6]. Das Angebot an Arbeit für Menschen mit einer Behinderung wird als eher gering beschrieben, sodass viele Probleme haben, einen Job zu finden [31]. Dies erweist sich als problematisch, da Arbeit ein förderlicher Faktor bei der Genesung ist und die soziale Integration erleichtert. Arbeitslosigkeit, verbunden mit eingeschränkten finanziellen Mitteln, hingegen kann zu Armut und Entfremdung von der Gesellschaft führen [43]. Menschen dazu zu befähigen, eine Arbeit zu erlangen und zu halten, kann einen tiefgreifenderen Effekt als andere medizinische oder soziale Interventionen haben [16] und zu einer gelingenden Inklusion beitragen [7].

Inklusionsbetriebe

Um die beschriebene Diskrepanz zwischen gewünschten und vorhandenen Arbeitsplätzen für die Zielgruppe auszugleichen, beschäftigen Inklusionsbetriebe schwerbehinderte Menschen mit geistiger, seelischer oder schwerer Körper-, Sinnes- oder Mehrfachbehinderung, deren Erkrankung sie auf dem Arbeitsmarkt benachteiligt. Darüber hinaus können Menschen mit Behinderung, die sich im Übergang zwischen einer Werkstatt und einer Förderschule befinden sowie Langzeitarbeitslose im Inklusionsbetrieb beschäftigt werden (§ 215 Abs. 2, SGB IX). Die Betriebe beschäftigen einen Anteil zwischen 30 und 50 % von Menschen mit Behinderung (§ 215, Abs. 1 und 3 SGB IX) zu einem Lohn, der den Mindestlohn nicht unterschreiten darf [9]. Durch ihren unterstützenden Charakter werden die Inklusionsbetriebe als Wegbereiter zurück in den Job gesehen, der den Betroffenen die gesundheitliche Regeneration ermöglicht [33].

Derzeit gibt es in Deutschland rund 900 Inklusionsbetriebe [9] mit rund 22.500 Beschäftigten, von denen etwa die Hälfte eine Behinderung aufweist [19]. Am häufigsten sind Inklusionsbetriebe in den Branchen Gastronomie

(16%), Garten- und Landschaftsbau (12%), Industrieproduktion (11%), Facility Management (11%), Handel (11%) und Handwerk (10%) angesiedelt [19].

Inklusionsbetriebe verfolgen gleichermaßen ökonomische und soziale Ziele [13], wie etwa

- die Förderung des Wohlbefindens der Beschäftigten [26],
- die Bereitstellung eines Arbeitsplatzes im Sinne der ökonomischen Partizipation [14, 16],
- soziale Inklusion [14, 16],
- die Vorbereitung auf den regulären Arbeitsmarkt (§ 216 SGB IX),
- die Gelegenheit zur beruflichen Weiterbildung (§ 216 SGB IX).

Sie bieten schwerbehinderten Menschen und psychisch Erkrankten eine arbeitsbegleitende Betreuung sowie ein berufliches Setting, in dem auf individuelle Bedürfnisse eingegangen werden kann [40]. Dabei wird nicht primär gewinnorientiert gearbeitet, aber der Betrieb sollte finanziell tragfähig und bestenfalls ohne Subventionen profitabel sein [16]. Weitere Prinzipien sind in der Regel demokratische Entscheidungsfindungsprozesse, soziale Unterstützung und ein ausgeprägtes Gemeinschaftsgefühl innerhalb der Organisation. Gemeinschaftliche Arbeit, Autonomie und Befähigung stehen im Vordergrund [16]. Im Konzept der Inklusionsbetriebe verbirgt sich jedoch ein Zielkonflikt: Die Balance zwischen dem ökonomischen Druck und den sozialen Zielen wird als herausfordernd beschrieben, da diese nicht immer miteinander einhergehen [7, 34, 37].

In Abgrenzung zur Beschäftigung in Inklusionsbetrieben gibt es für die Zielgruppe Menschen mit Behinderung die Alternative, in Werkstätten für Menschen mit Behinderung (vor Ort oder auf ausgelagerten Arbeitsplätzen) zu arbeiten oder in einer unterstützten Beschäftigung in regulären Unternehmen tätig zu sein. Beim Vergleich der Beschäftigungsarten sind die Forschungsergebnisse jedoch uneinheitlich. Die durchschnittliche Verweildauer von psychisch erkrankten Beschäftigten in Inklusionsbetrieben ist mit 2 bis 6 Jahren [21, 29] deutlich länger, verglichen mit der unterstützten Beschäftigung in regulären Betrieben mit einer

durchschnittlichen Beschäftigungsdauer von 8 Monaten [39].

Bedeutung von Gesundheitsförderung

Durch betriebliche Gesundheitsförderung als systemische Intervention in Betrieben können gesundheitsrelevante Belastungen gesenkt und Ressourcen ausgebaut werden. Dieser Setting-Ansatz bietet eine Grundlage, gesundheitsförderliche Effekte durch partizipativ gestaltete und aufeinander abgestimmte Veränderungen der Ergonomie, der Organisation, des Sozialklimas und des individuellen Verhaltens zu erzielen. Eine erfolgreiche Betriebliche Gesundheitsförderung resultiert in einer höheren Arbeitszufriedenheit, besserer Produktivität und langfristig weniger krankheitsbedingten Abwesenheiten [36]. Diverse Evaluationen zeigen, dass sowohl Betriebe als auch Beschäftigte von den Gesundheitsförderungsmaßnahmen profitieren [36]. Insbesondere in Inklusionsbetrieben, die ein sehr unterstützendes Arbeitsumfeld für die vulnerable Gruppe der Menschen mit Behinderung bieten können [1, 40], bestehen große Potenziale der Prävention und Gesundheitsförderung [1]. Der besondere Bedarf für die Entwicklung und Umsetzung von Maßnahmen zur betrieblichen Gesundheitsförderung für diese Zielgruppe wird auch aus den Teilhabeberichten der Bundesregierung ersichtlich. Diese zeigen auf, dass Menschen mit Behinderung ihren subjektiven Gesundheitszustand vergleichsweise negativ bewerten und ihr Gesundheitsverhalten z. T. ungünstiger ist, etwa bei den Bewegungs- und Ernährungsgewohnheiten und dem Verzehr von Genussmitteln [10, 11]. Seit dem 01.01.2018 ist für Inklusionsbetriebe über den allgemein üblichen Arbeits- und Gesundheitsschutz hinaus die Durchführung von Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung verpflichtend (§§ 215–218 SGB IX). Für die übrigen Unternehmen gibt es diese gesetzliche Verpflichtung bisher nicht.

Aktueller Forschungsstand

In der vorliegenden Arbeit wird ein Überblick über die Forschung zur Arbeits- und Gesundheitssituation in Inklusionsbetrieben und deren aktuelle Umsetzung von gesundheitsförderlichen Maßnahmen dargestellt. Zusammengetragen werden Forschungsergebnisse zu gesundheitsförderlichen und -belastenden Faktoren auf deren Basis Handlungsempfehlungen für die betriebliche Praxis abgeleitet und Forschungslücken ermittelt werden.

Arbeitssituation in Inklusionsbetrieben

In mehreren Studien gaben die Beschäftigten in Inklusionsbetrieben eine hohe Zufriedenheit mit ihrer Beschäftigung [33, 46] und eine hohe Lebensqualität an [4, 29]. Die Vergleichsgruppe der Kollegen/innen ohne Behinderung wies jedoch höhere Zufriedenheitswerte als die Beschäftigten mit Beeinträchtigung auf. Personen, die in Werkstätten für Menschen mit Behinderung (WfMB) arbeiteten, wiesen hingegen niedrigere Werte auf [4].

Das Arbeiten in einem Inklusionsbetrieb erzeugt bei vielen Beschäftigten mit Behinderung das Gefühl, leistungsfähig und anerkannt zu sein [12, 47]. Durch die Arbeit wird die eigene Zeit sinnvoll genutzt und es werden Fähigkeiten, wie etwa die soziale Kompetenz, weiterentwickelt [31]. Berichtet wird von Erfahrungen sozialer Verbundenheit, sozialem Austausch mit dem Umfeld und einem Zugehörigkeitsgefühl zum Betrieb bzw. zum Team [31, 33, 40, 47]. Das Arbeiten in einer bedarfsbezogen ausgestatteten, barrierefreien Umgebung wird von den Beschäftigten mit körperlicher Behinderung als angenehm, sicher und diskriminierungsfrei wahrgenommen [12]. Menschen mit psychischen Gesundheitsproblemen schildern das Erleben von Offenheit und nicht-stigmatisierender Akzeptanz [33]. In mehreren Studien wird ein gut ausgeprägtes Gemeinschaftsgefühl und viel gegenseitige Unterstützung unter den Kollegen/innen sowie von den Führungskräften hervorgehoben [12, 33, 47]. Viele Beschäftigte knüpfen Freund-

schaften auf der Arbeit [47] und gerade Arbeitsplätze mit mehreren Menschen mit Behinderung bieten soziale Interaktionsmöglichkeiten [31]. Einige Beschäftigte bevorzugen hingegen Alleinarbeit [31]. Einige wenige Studienteilnehmende kämpfen mit negativen Erfahrungen wie einer nicht-integrativen Arbeitsumgebung (bspw. geprägt von wenig Unterstützung von Kollegen/innen oder Betreuer/innen oder geringer Einbindung in den Betrieb), Langeweile oder Unzufriedenheit [47].

Gesundheitsförderliche und -belastende Faktoren in Inklusionsbetrieben

Die in bisherigen Studien ermittelten Gesundheitsressourcen und -belastungen werden nach den definierten Merkmalsbereichen der Gemeinsamen Deutschen Arbeitsschutzstrategie (GDA) kategorisiert:

- Arbeitsinhalt,
- Arbeitsorganisation,
- Soziale Beziehungen,
- und Arbeitsumgebung [20].

Zudem werden die beforschten personenbezogenen Faktoren für diese Zielgruppe beleuchtet.

In der Kategorie *Arbeitsinhalt* wird den Studienergebnissen zufolge eine sinnstiftende Arbeitsaufgabe in Zusammenhang mit einer höheren Arbeitszufriedenheit, Arbeitslebensqualität und dem Selbstwertgefühl gebracht [28, 40, 46]. Auch der Genesungsprozess kann von einer sinnstiftenden Tätigkeit und von entgegengebrachter Fehlertoleranz positiv beeinflusst werden [27]. Ressourcen stellen auch bekannte Routinen (im Hinblick auf Arbeitsplan, -ort und -aufgabe), eine adäquate Arbeitsbelastung sowie eine die Fähigkeiten und Bedürfnisse der Beschäftigten einbeziehende Ausbildung bzw. Einarbeitung dar. Diese Ressourcen können zu einem längeren Verbleib im Job führen [43, 45, 46]. Kundenkontakt kann die Arbeitszufriedenheit steigern und soziale Fähigkeiten fördern [27, 46]. Der Grad sozialer Interaktion – im Hinblick auf Kundenkontakt sowie auf Teamarbeit – sollte jedoch an den individuellen Präferenzen der Be-

Präv Gesundheitsf 2021 · 16:21–28 <https://doi.org/10.1007/s11553-020-00788-8>
© Der/die Autor(en) 2020

J. Lengen · A.-C. Kordsmeyer · V. Harth · S. Mache

Arbeitsbezogene Gesundheit in Inklusionsbetrieben – eine Übersicht zur Arbeits- und Gesundheitssituation der Beschäftigten und der betrieblichen Gesundheitsförderung

Zusammenfassung

Hintergrund. Inklusionsbetriebe bieten Menschen mit geistigen oder körperlichen Einschränkungen einen geschützten Beschäftigungsrahmen auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt. Aufgrund der gesundheitlichen Notwendigkeit bei der Zielgruppe Menschen mit Behinderung und der kürzlich reformierten gesetzlichen Vorgaben nimmt die betriebliche Gesundheitsförderung einen wichtigen Stellenwert in Inklusionsbetrieben ein.

Fragestellung. In dem Artikel wird eine Übersicht zum Forschungsstand zur Arbeits- und Gesundheitssituation von Beschäftigten in Inklusionsbetrieben sowie die aktuelle Umsetzung von Gesundheitsförderungsmaßnahmen präsentiert.

Ergebnisse. Forschungsergebnisse deuten darauf hin, dass Erwerbsarbeit durch ihre vielen potenziell gesundheitsförderlichen und sozial-inklusiven Effekte für Beschäftigte

mit Behinderung viele Ressourcen (z. B. soziale Unterstützung oder Flexibilität) mit sich bringt.

Schlussfolgerung. Forschungsbedarf wird v. a. hinsichtlich evidenzbasierter Interventionsmaßnahmen und in der Analyse gesundheitlicher Belastungen der in Inklusionsbetrieben beschäftigten Menschen mit und ohne Behinderung sichtbar. Zur Entwicklung gesundheitsförderlicher Arbeitsbedingungen werden in diesem Beitrag Empfehlungen auf Basis der bisherigen Forschung, v. a. für die Kategorien Arbeitsinhalte, Arbeitsorganisation und soziale Beziehungen zusammengefasst.

Schlüsselwörter

Arbeitsbedingungen · Behinderungen · Integration · Psychische Gesundheit · Leistungsfähigkeit

Occupational health in social firms—a review of the working and health situation of employees and workplace health promotion

Abstract

Background. Social firms provide a safe occupational framework for people with mental or physical disabilities on the competitive labour market. Due to the health needs of the target group of people with disabilities and recent legislative changes in Germany, workplace health promotion gains importance in social firms.

Objectives. In the article an overview of the current state of research regarding the work and health situation of employees in social firms and the implementation of health promotion interventions is presented.

Results. Research suggests that in the occupational setting a range of health resources (like social support and flexibility)

can be provided to gain health-promoting and socially inclusive effects.

Conclusion. There is a need for analyses of occupational demands and evidence-based health promotion interventions in social firms for people with and without disabilities. This article summarizes recommendations for developing health-promoting working conditions on the basis of previous research, especially regarding work content, work organisation and social relations.

Keywords

Working conditions · Disabled persons · Social Integration · Mental Health · Job Performance

schäftigten ausgerichtet werden [27, 31]. Im Arbeitsinhalt begründete Belastungsfaktoren sind die Sorge, Fehler bei der Arbeit zu machen [12, 47] und vereinzelt Unzufriedenheit mit der Arbeitsaufgabe, etwa bei Reinigungsaufgaben oder allgemein „Tätigkeit, die sonst niemand machen möchte“ [47].

Arbeitsorganisatorische Ressourcen sind gute Rahmenbedingungen der Arbeit wie ein Gehalt entsprechend des Mindestlohns oder höher, Jobsicherheit trotz reduzierter Belastbarkeit, ausreichend Urlaub, die Möglichkeit zu einer Teilzeitbeschäftigung, flexible und partizipative Dienstplan- und Pausen-

gestaltung, ein gutes organisatorisches Management (etwa ein ausgeprägtes Mitarbeiter- und Fortbildungsmanagement oder soziale Aktivitäten im Betrieb). Auch sie können bei den Beschäftigten zu einer höheren Arbeitslebensqualität, Arbeitszufriedenheit und einem längeren Verbleib im Job führen [7, 27, 28, 34, 43, 45, 46]. Die Möglichkeit zum Lernen und Ausbilden von Fähigkeiten im eigenen Tempo, sowie ein Arbeitstempo, das den individuellen Kapazitäten angepasst ist, unterstützt die Genesung und die Arbeitszufriedenheit [27, 40, 42], steigert das Selbstwertgefühl der Beschäftigten und befördert damit indirekt ihre Produktivität [17, 27]. Eine Belastung im Merkmalsbereich Arbeitsorganisation kann eine als ungerecht empfundene Arbeitsteilung sein, die bei Beschäftigten zu Frustration führen kann [12]. Sehr geringe Teilzeitanteile (verbunden mit mangelnden gemeinsamen Pausenzeiten), Einzelarbeit und Probleme mit der Mobilität auf dem Arbeitsweg sind hinderliche Faktoren für die Inklusion [31, 37]. Organisatorische Beschränkungen und Zeitdruck können die Produktivität negativ beeinflussen [43].

Aus den Anpassungen der Arbeit an Menschen mit einer psychischen Behinderung kann eine Verbesserung von Arbeitsleistung, Zufriedenheit, Beschäftigungsdauer, ein vorteilhaftes Verhalten der Kollegen gegenüber den Betroffenen und damit soziale Integration resultieren [16].

Bei den Faktoren mit Bezug zu *sozialen Beziehungen* wirken sich ein Zugehörigkeitsgefühl, eine gute Beziehung zu Kollegen/innen, Führungskräften und Kunden, ein kooperatives Team, gemeinsame Pausen, eine unterstützende Führungskraft und eine soziale Atmosphäre positiv auf die Arbeitslebensqualität, Arbeitszufriedenheit und einen längeren Verbleib im Job aus [28, 43, 45, 46]. Sie fördern zudem die Inklusion [31], wodurch die gesellschaftliche Akzeptanz für Menschen mit Behinderung steigen kann [37]. Unterstützende Führung hat zudem einen leicht positiven Einfluss auf die Produktivität der Beschäftigten [17]. Entgegengebrachte Wertschätzung und Feedback – ebenfalls Führungsaufgaben – können die Arbeitszufriedenheit stei-

gern [12, 42, 46]. Das gemeinsame Arbeiten in heterogenen Teams mit Menschen mit und ohne Behinderung kann das Selbstwertgefühl steigern [27, 31] und soziale Fähigkeiten fördern [27]. Geringe soziale Unterstützung als Belastungsfaktor befördert Selbststigma¹, welches sich wiederum negativ auf die Produktivität der Beschäftigten auswirken kann [43]. Konflikte mit Kollegen/innen sowie mangelnde Wertschätzung könne bei Beschäftigten zu Frustration führen [12].

Beim Faktor *Arbeitsumgebung* ist für Beschäftigte mit körperlichen Behinderungen die Bereitstellung einer barrierefreien Arbeitsumgebung vorteilhaft für deren Arbeitslebensqualität [28]. Begegnungsmöglichkeiten, etwa gemeinsame Pausenräume für Menschen mit und ohne Behinderung, fördern die Inklusion [31].

Die *personenbezogenen Faktoren* berufliche Selbstwirksamkeit sowie die Symptomschwere beeinflussen die Arbeitszufriedenheit und das Arbeitsengagement der Beschäftigten [17, 41, 42], welche wiederum relevant für berufliche Pläne auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt [27] und die Produktivität sind [17].

Aktuelle Umsetzung von Gesundheitsförderung

Unterstützende Maßnahmen für Menschen mit Behinderung („work accommodation“) umfassen die Modifizierung bzw. Anpassung des Arbeitsplatzes oder von Arbeitsabläufen, die einer Person mit speziellen Bedürfnissen die Durchführung der aufgetragenen Arbeitsaufgabe ermöglicht. Dabei werden zugängliche menschliche oder technische Ressourcen (wie organisatorische, physische, soziale Unterstützung, Training/Ausbildung) genutzt, um die Integration, Akzeptanz, Zufriedenheit, Interessen und Ziele der Beschäftigten zu fördern [15]. Ziel der Implementierung der Maßnahmen ist die Erweiterung der Teilhabe in Bezug auf Arbeit [32]. Die Gesundheitsförderungs-

angebote bzw. die Durchführung verhältnisorientierter Maßnahmen sind inhaltlich nicht vollumfänglich erfasst und hängen sehr spezifisch vom Unternehmen ab [16].

Von in einer Studie von Hublet et al. (2015 [24]) befragten Unternehmen in Belgien gaben 64,6 % an, Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung für ihre Beschäftigten anzubieten. Davon haben 59,8 % mindestens eine bedingungsbezogene Gesundheitsförderungsmaßnahme implementiert. Die Art der Interventionen variierte von konzeptuellen Veränderungen der Rahmenbedingungen (43,1 %) über individuelle Instruktionen (43,1 %), Gruppeneukationen (31,5 %), Veränderungen der Arbeitsumgebung (26,2 %) bis hin zu Aktionen mit kürzerer Laufzeit (11,5 %) wie z. B. Gesundheitstage. Die am häufigsten bearbeiteten Themen waren Alkoholkonsum (58,5 %), Ernährung (50 %), psychische Gesundheit (37,8 %), Tabakkonsum (36,6 %) und Bewegung (28 %; [24]). Eine Bestandsaufnahme des GKV-Bündnisses für Gesundheit ergab 2017, dass ein Großteil der Interventionen für Menschen mit Behinderung eher auf eine Verhaltensänderung als auf eine nachhaltige Veränderung von Verhältnissen abzielt. Als besonders nachhaltig gelten hingegen Maßnahmen, die auf die Arbeitsumgebung und Betriebspolitik eingehen [1]. Nur 7,3 % der Interventionen im Hinblick auf Arbeitsbedingungen hatten die psychische Gesundheit zum Thema [24].

Insgesamt wurden bei nur 12 % die besonderen Bedürfnisse wie z. B. die Lesefähigkeiten von Beschäftigten mit einer Behinderung bei der Gestaltung der Intervention berücksichtigt [24]. Bedenkt man, dass eine zielgruppenspezifische Gestaltung der Maßnahmen einer der wichtigsten Faktoren für deren Wirksamkeit ist, so fällt auf, dass die mangelnde Berücksichtigung von etwaigen Einschränkungen den niedrigschwelligen Zugang zur Zielgruppe einschränkt [3, 48]. Vor allem Menschen mit einer Lernbehinderung, geistigen Behinderung oder Mehrfachbehinderung und zusätzlich einem Migrationshintergrund werden bisher unzureichend über-

¹ Selbststigmatisierung am Arbeitsplatz kann durch die Internalisierung der Einstellungen und Überzeugungen von diskriminierenden Kollegen/innen und Führungskräften hervorgerufen werden [30].

Tab. 1 Empfohlene Maßnahmen mit Bezug auf Arbeitsinhalt, Arbeitsorganisation, soziale Beziehungen, Arbeitsumgebung und die Person

Arbeitsinhalte	Arbeitsorganisation	Soziale Beziehungen	Arbeitsumgebung
Auswahl von Arbeitsaufgaben basierend auf Interesse und Fähigkeiten [7]	Flexible Arbeits- und Pausenzeiten anbieten [27, 34, 43, 46], Teilzeit und Schichtpläne auf die individuellen (gesundheitlichen) Bedürfnisse der Beschäftigte abstimmen [7, 27, 46]	Arbeit im heterogenen Team [4, 27, 37]	Eine sichere ggf. barrierefreie Arbeitsumgebung schaffen [29]
Als sinnvoll wahrgenommene Arbeitsaufgabe [7, 16, 40, 46]	Arbeitsbedingungen: adäquates Gehalt, Jobsicherheit, ausreichend Urlaub [27, 29, 45, 46]	Unterstützende Führungskräfte einstellen/schulen [17, 31]	Begegnungsmöglichkeiten schaffen, z. B. durch gemeinsame Pausenräume [31]
Adäquate Arbeitsbelastung [45], Fehlertoleranz [27], ggf. Verantwortung/Autonomie nach individuellen Bedürfnissen [46]	Individuelle Anpassung des Arbeitsplatzes an die Person [34]	Wertschätzung vermitteln [12, 29] und Feedback geben [46]	–
Bekannte Routinen schaffen, strukturgebende Arbeit [27, 45, 46]	Zeit zum Lernen und die Möglichkeit, Fähigkeiten im eigenen Tempo auszubilden, geben [27, 40], Arbeitstempo den individuellen Fähigkeiten anpassen [7]	Individuelle berufliche (und ggf. private) Unterstützung [7, 12, 31, 37]	–
Adäquates Training/Ausbildung [31, 43]	Arbeit fair verteilen [12, 34]	Gemeinsame Veranstaltungen zum Beziehungsaufbau [29, 31, 46]	–
Tätigkeit mit Kundenkontakt oder Teamarbeit nach individuellen Präferenzen [7, 27, 29, 31, 40, 46]	–	–	–

entsprechende Interventionen erreicht [1].

In den wenigen vorliegenden Studien werden am häufigsten eine flexible Dienstplangestaltung sowie eine allgemein hohe Flexibilität (z. B. im Hinblick auf die Gesundheit und private Termine; [33]), Unterstützung, Feedback und Anerkennung von Führungskräften und Kollegen/innen gewährleistet. Die Unterstützung der Beschäftigten durch andere Stakeholder und individuelle Einarbeitung bzw. Fortbildung, die Möglichkeit zum Tausch der Arbeitsaufgaben mit Kollegen/innen, Mentoring-Programme oder Job-Coaches werden darüber hinaus in mehreren Unternehmen angeboten. Die Umgestaltung des Arbeitsumfelds bzw. die Möglichkeit, die Arbeitsumgebung zu modifizieren (z. B. die Umgebungslautstärke zu beeinflussen) war deutlich seltener anzutreffen [16, 43], obwohl auch diese Form der Anpassung von den Beschäftigten als sehr hilfreich erachtet wird [16].

Für eine Beurteilung, ob die Gesetzesänderung 2018 zu bedeutsamem Unterschieden in der praktischen Umsetzung von betrieblicher Gesundheitsförderung in Inklusionsbetrieben geführt hat, be-

darf es weiterer Forschung in Deutschland.

Handlungsempfehlungen

Eine Generalisierung von Handlungsempfehlungen hinsichtlich gesundheitsförderlicher Arbeitsgestaltung ist aufgrund der Heterogenität und Komplexität der unterschiedlichen Arbeitsfelder, Belastungsfaktoren, Interventionen und Erkrankungsbilder der Menschen mit Behinderung nicht möglich.

Aus den im Abschnitt „Gesundheitsförderliche und -belastende Faktoren in Inklusionsbetrieben“ aufgeführten Forschungsergebnissen lassen sich jedoch Hinweise für die Gestaltung möglichst ressourcenreicher und belastungsarmer Arbeitsinhalte, Arbeitsorganisation, sozialer Beziehungen und Arbeitsumgebung ableiten, die in der folgenden **Tab. 1** dargestellt werden. Ihre Wirksamkeit wurde jedoch nicht in Interventionsstudien untersucht.

Wie in **Tab. 1** dargestellt, sind für die Gestaltung von gesundheitsförderlichen *Arbeitsinhalten* eine vom Beschäftigten als sinnvoll wahrgenommene Arbeitsaufgabe [7, 17, 40, 46], sowie deren Auswahl basierend auf den Interessen und Fähig-

keiten [7, 27] vorteilhaft. Empfohlen werden Trainings, die das jeweilige Lerntempo berücksichtigen [31, 43], die Gestaltung von adäquaten Arbeitsbelastungen [45], Fehlertoleranz [27], Autonomie und die Übertragung eines passenden Grades an Verantwortung [46]. Es sollten möglichst wenige Wechsel bei Arbeitsplänen, -orten und -aufgaben angestrebt werden, sodass die Beschäftigten von bekannten Routinen profitieren können [27, 45, 46].

Im Hinblick auf die *Arbeitsorganisation* wird für die nachhaltige Gestaltung von Arbeitsplätzen in Inklusionsbetrieben zu langfristigen Jobs mit Beschäftigungssicherheit (trotz häufiger bzw. langer Arbeitsunfähigkeitszeiten) und einer Vergütung entsprechend dem Mindestlohn oder höher geraten [46]. Reguläre Teilzeit, eine individuelle Anpassung der Arbeit und der Arbeitszeiten an die gesundheitlichen Bedürfnisse des Einzelnen [12, 34] sowie die Möglichkeit zur Weiterentwicklung und Arbeit im eigenen Tempo [40] ergänzen einen gesundheitsförderlich gestalteten Arbeitsplatz.

Im Hinblick auf *soziale Beziehungen* wird ein natürlich unterstützendes Arbeitsumfeld empfohlen mit respektvollem Umgang und Arbeit in gemischten Teams mit Menschen mit und oh-

ne Behinderung. Führungskräfte sollen die Beschäftigten mit Behinderung unterstützen und informales Feedback geben (welches in ihrer Aufgabenbeschreibung niedergeschrieben werden kann; [37, 46]). Der Aufbau guter kollegialer Beziehungen kann durch Teamarbeit (also möglichst wenig Alleinarbeit) und durch gemeinsame betriebliche Veranstaltungen gefördert werden [31]. Soziale Unterstützung kann den Beschäftigten bei der Arbeit (z. B. durch Gewähren von Hilfe bei der Arbeit, Aufwendung von Ressourcen für die intensive Betreuung oder Mentoring-Programme), aber auch in angrenzenden privaten Bereichen (z. B. Wohnen, Fahrt zur Arbeit, Gesundheits- oder Rentenleistungen) gewährt werden [7]. Durch ihren großen Einfluss auf mögliche gesundheitsrelevante Ressourcen und Belastungen bei der Arbeit kommt der Auswahl und Schulung der Führungskräfte eine besondere Bedeutung zu [17, 31].

Bei der *Arbeitsumgebung* sollte auf Barrierefreiheit, adäquates Arbeitsmaterial, Lärmschutz, möglichst geringe physische Belastungen [28] und die Bereitstellung von Begegnungsmöglichkeiten geachtet werden [31].

Die Gestaltung von gesundheitsförderlichen Interventionen sollte am Unternehmen und der Zielgruppe ausgerichtet werden und gender- und kultursensible Bedarfe berücksichtigen. Das GKV-Bündnis für Gesundheit empfiehlt eine niedrigschwellige Arbeitsweise unter Berücksichtigung der Zugangshürden für Menschen mit Behinderung, etwa durch aufsuchende oder begleitende Angebote sowie die Nutzung adäquater Kommunikationsmittel, partizipativer Ansätze und eine frühe Einbeziehung der Zielgruppe. Dies fördert die jeweiligen Potenziale und die Selbstbestimmung. Um die Nachhaltigkeit sicherzustellen, kann das Einbeziehen kommunaler Strukturen und Vernetzung vorteilhaft sein [1].

Wie bei der Gesundheitsförderung in Nicht-Inklusionsbetrieben ist eine ausgewogene Zusammenstellung von verhaltens- und verhältnisbezogenen Maßnahmen relevant [5]. Die Kombination beider Elemente hat sich in der Praxis des betrieblichen Gesundheitsmanagements

in regulären Betrieben bisher als besonders wirkungsvoll erwiesen [22, 35].

Fazit für die Forschung

Die Ergebnisse dieses Überblicks machen deutlich, dass Erkenntnisse zu gesundheitsrelevanten Bedarfen und Bedürfnissen von Menschen mit Behinderung nur vereinzelt in einigen Ländern und mit wenigen beforschten Betrieben vorliegen. Umfassende, evidenzbasierte Programme der betrieblichen Gesundheitsförderung für Beschäftigte mit und ohne Behinderung in Inklusionsbetrieben fehlen gänzlich. In nur sehr wenigen Interventionsstudien wurden Gesundheitsförderungsmaßnahmen implementiert und begleitend evaluiert [18]. Da in Deutschland seit 2018 Inklusionsbetriebe verpflichtet sind, betriebliche Gesundheitsförderung anzubieten (§§ 215–218 SGB IX), böte sich insbesondere hier Interventionsforschung an. Bei der Erforschung der Zusammenhänge von Ressourcen bzw. Arbeitsanforderungen und dem gesundheitlichen Outcome wurden primär Querschnittstudien unternommen, aus denen keine kausalen Beziehungen ableitbar sind. Diese Studienergebnisse deuten darauf hin, dass für die Beschäftigten in Inklusionsbetrieben vergleichsweise viele bedingungsbezogene Ressourcen potenziell verfügbar sind. Sie sind v. a. im Arbeitsinhalt, der Arbeitsorganisation und den sozialen Beziehungen begründet. Inwiefern diese Ressourcen auch real in Inklusionsbetrieben umgesetzt werden, ist jedoch weitgehend unbekannt. Es wird deutlich, dass kaum Forschung zu negativen Arbeitsbelastungen – wie etwa Zeitdruck, hohe Taktbindung, Alleinarbeit, Lärm, einseitige Anforderungen – unternommen wurde, die die Beschäftigten- und Unternehmensgesundheit beeinträchtigen können, sowie zu personenbezogenen Maßnahmen. Deutsche Studien fehlen in diesen Themenbereichen gänzlich. Auch die gesundheitlichen Outcomes wurden in den verfügbaren Studien nur selten untersucht. Auch wenn die gesundheitlichen Parameter Arbeitslebensqualität, Arbeitszufriedenheit und Genesung/Gesundheit in einzelnen Studien Berücksichtigung fanden, lag der

Fokus eher auf betrieblichen Parametern wie Beschäftigungsdauer, Effizienz/Produktivität, Engagement oder soziale Outcomes wie Inklusion. Es bedarf also umfassender gesundheitswissenschaftlicher Forschung im Feld der Inklusionsbetriebe, in denen neben der betrieblichen Analyse Interventionen entwickelt und evaluiert werden.

Fazit für die Praxis

- **Gesundheitsförderliche Rahmenbedingungen schaffen und auf die individuellen Bedürfnisse der Beschäftigten mit und ohne Behinderung eingehen, um den sozialen Zielen von Inklusionsbetrieben gerecht zu werden.**
- **Menschen mit Behinderung ressourcenreiche (z. B. flexibel anpassbare, sichere, gut organisierte und sozial unterstützende) Arbeitsbedingungen bereitstellen.**
- **Betriebliche Gesundheitsförderungsmaßnahmen partizipativ entwickeln, zielgruppenspezifisch ausrichten und ausreichend große verhältnispräventive Anteile einplanen.**
- **Für die Entwicklung passender Maßnahmen bietet sich die Nutzung betrieblicher Analyseinstrumente – etwa die psychische Gefährdungsbeurteilung – an (§ 5 Abs. 3, Nr. 6, ArbSchG).**

Korrespondenzadresse

Julia Lengen, M.Sc.

Zentralinstitut für Arbeitsmedizin und Maritime Medizin (ZfAM), Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf (UKE)
Seewartenstraße 10, Haus 1, 20459 Hamburg, Deutschland
j.lengen@uke.de

Danksagung. Die Autoren danken N. Kiepe und J. Flöther für die Unterstützung beim Erstellen des Manuskripts.

Funding. Das Projekt wird vom Bundesministerium für Gesundheit gefördert. Open Access funding erfolgt durch das Projekt DEAL.

Einhaltung ethischer Richtlinien

Interessenkonflikt. J. Lengen, A.-C. Kordsmeyer, V. Harth und S. Mache geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Für diesen Beitrag wurden von den Autoren keine Studien an Menschen oder Tieren durchgeführt. Für die aufgeführten Studien gelten die jeweils dort angegebenen ethischen Richtlinien.

Open Access. Dieser Artikel wird unter der Creative Commons Namensnennung 4.0 International Lizenz veröffentlicht, welche die Nutzung, Vervielfältigung, Bearbeitung, Verbreitung und Wiedergabe in jeglichem Medium und Format erlaubt, sofern Sie den/die ursprünglichen Autor(en) und die Quelle ordnungsgemäß nennen, einen Link zur Creative Commons Lizenz beifügen und angeben, ob Änderungen vorgenommen wurden.

Die in diesem Artikel enthaltenen Bilder und sonstiges Drittmaterial unterliegen ebenfalls der genannten Creative Commons Lizenz, sofern sich aus der Abbildungslegende nichts anderes ergibt. Sofern das betreffende Material nicht unter der genannten Creative Commons Lizenz steht und die betreffende Handlung nicht nach gesetzlichen Vorschriften erlaubt ist, ist für die oben aufgeführten Weiterverwendungen des Materials die Einwilligung des jeweiligen Rechteinhabers einzuholen.

Weitere Details zur Lizenz entnehmen Sie bitte der Lizenzinformation auf <http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.de>.

Literatur

1. Altgeld T, Rothofer P, Vanheiden T et al (2017) Durchführung einer Bestandsaufnahme von Interventionen (Modelle guter Praxis) zur Gesundheitsförderung und Prävention bei Menschen mit Behinderung. GKV-Spitzenverband, Berlin
2. Baldwin M, Marcus S (2011) Stigma, discrimination, and employment outcomes among persons with mental health disabilities. In: Schultz IZ, Rogers ES (Hrsg) Work accommodation and retention in mental health. Springer, New York, S 53–69
3. Bauer U, Bittlingmeyer UH (2015) Zielgruppenspezifische Gesundheitsförderung. In: Hurrelmann K, Razum O (Hrsg) Handbuch Gesundheitswissenschaften. Beltz Juventa, Weinheim, Basel
4. Beyer S, Brown T, Akandi R et al (2010) A comparison of quality of life outcomes for people with intellectual disabilities in supported employment, day services and employment enterprises. J Appl Res Intellect Disabil 23:290–295
5. Blättner B, Waller H (2011) Gesundheitswissenschaft. Eine Einführung in Grundlagen, Theorie und Anwendung. Kohlhammer, Stuttgart
6. Boardman J, Grove B, Perkins R et al (2003) Work and employment for people with psychiatric disabilities. Br J Psychiatry 182:467–468
7. Buhariwala P, Wilton R, Evans J (2015) Social enterprises as enabling workplaces for people with psychiatric disabilities. Disabil Soc 30(6):865–879
8. Bundesagentur für Arbeit (2019) Statistik der Bundesagentur für Arbeit. Berichte: Blickpunkt Arbeitsmarkt – Situation schwerbehinderter Menschen. <https://statistik.arbeitsagentur.de/Statistischer-Inhalt/Arbeitsmarktberichte/>
9. Bundesarbeitsgemeinschaft der Integrationsämter und Hauptfürsorgestellen (2019) Die Arbeit der Integrationsämter und Hauptfürsorgestellen. Jahresbericht 2018/2019: Behinderung und Beruf. BIH, Köln, S 4–64
10. Bundesministerium für Arbeit und Soziales (2013) Teilhaberbericht der Bundesregierung über die Lebenslagen von Menschen mit Beeinträchtigungen, Teilhabe – Beeinträchtigung – Behinderung. BMAS, Bonn
11. Bundesministerium für Arbeit und Soziales (2016) Zweiter Teilhaberbericht der Bundesregierung über die Lebenslagen von Menschen mit Beeinträchtigungen Teilhabe – Beeinträchtigung – Behinderung. BMAS, Bonn
12. Cho S, Kim MA, Kwon SI (2019) Using the photovoice method to understand experiences of people with physical disabilities working in social enterprises. Disabil Health 12:685–693
13. Confederation of European Firms ElaCC (1997) Employment initiatives and cooperatives: definition of a social firm. <https://socialfirmseurope.org/social-firms/definition/>. Zugriffen: 27. Febr. 2020
14. Corbière M, Lecomte T (2009) Vocational services offered to people with severe mental illness. J Ment Health 18:38–50
15. Corbière M, Villotti P, Lecomte T et al (2014) Work accommodations and natural supports for maintaining employment. Psychiatr Rehabil J 37(2):90–98
16. Corbière M, Villotti P, Dewa CS et al (2019) Work accommodations in Canadian social firms: supervisors' and workers' perspectives. Can J Commun Ment Health 38:37–56
17. Corbière M, Zaniboni S, Dewa C et al (2019) Work productivity of people with a psychiatric disability working in social firms. Work 62(1):151–160
18. Deforche B, Mommen J, Hublet A et al (2018) Evaluation of a brief intervention for promoting mental health among employees in social enterprises: a cluster randomized controlled trial. Int J Environ Res Public Health 15:2107
19. Deutscher Bundestag (2015) Integrationsbetriebe fördern – Neue Chancen für schwerbehinderte Menschen auf dem ersten Arbeitsmarkt eröffnen. Drucksache 18/5377. <http://dip21.bundestag.de/dip21/btd/18/053/1805377.pdf>. Zugriffen: 3. Febr. 2020
20. Gemeinsame Deutsche Arbeitsschutzstrategie (2017) Empfehlungen zur Umsetzung der Gefährdungsbeurteilung psychischer Belastungen. Arbeitsschutz in der Praxis, 3. Aufl. BMAS, Berlin
21. Gilbert E, Marwaha S, Milton A et al (2013) Social firms as a means of vocational recovery for people with mental illness: a UK survey. BMC Health Serv Res 13:270
22. Handschuh M, Schreiner-Kürten K, Wanek V (2000) Leitfadens Prävention: Handlungsfelder und Kriterien des GKV-Spitzenverbandes zur Umsetzung des § 20 und 20a SGB V. in der Fassung von 2014, S 1–110
23. Henry A, Lucca A (2004) Facilitators and barriers to employment: the perspectives of people with psychiatric disabilities and employment service providers. Work 22:169–182
24. Hublet A, Maes L, Mommen J et al (2015) Health promotion interventions in social economy companies in Flanders (Belgium). BMC Public Health 16:11
25. Killeen M, O'Day B (2004) Challenging expectations: how individuals with psychiatric disabilities find and keep work. Psychiatr Rehabil J 28:157–163
26. Krupa T (1998) The consumer-run business: people with psychiatric disabilities as entrepreneurs. Work 11:3–10
27. Krupa T, Lagarde M, Carmichael K (2003) Transforming sheltered workshops into affirmative businesses: an outcome evaluation. Psychiatr Rehabil J 26:359–367
28. Lanctôt N, Corbière M, Durand M-J (2012) Job tenure and quality of work life of people with psychiatric disabilities working in social enterprises. J Vocat Rehabil 37:39–48
29. Lanctôt N, Durand M-J, Corbière M (2012) The quality of work life of people with severe mental disorders working in social enterprises: a qualitative study. Qual Life Res 21:1415–1423
30. Lauber C (2008) Stigma and discrimination against people with mental illness: a critical appraisal. Epidemiologia e Psichiatria Sociale 17(1):10–13
31. Lysaght R, Petner-Arrey J, Howell-Moneta A et al (2017) Inclusion through work and productivity for persons with intellectual and developmental disabilities. J Appl Res Intellect Disabil 30(5):922–935
32. Macdonald-Wilson K, Rogers E, Massaro J et al (2002) An investigation of reasonable workplace accommodations for people with psychiatric disabilities: quantitative findings from a multi-site study. Community Ment Health J 38:35–50
33. Milton A, Parsons N, Morant N et al (2015) The clinical profile of employees with mental health problems working in social firms in the UK. J Ment Health 24(4):242–248
34. Paluch T, Fossey E, Harvey C (2012) Social firms: building cross-sectoral partnerships to create employment opportunity and supportive workplaces for people with mental illness. Work 43:63–75
35. Pieper C, Schröder S, Haupt J et al (2015) Wirksamkeit und Nutzen betrieblicher Prävention. iga.Report 28
36. Rosenbrock R, Hartung S (2011) Gesundheitsförderung und Betrieb. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg) Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention Glossar zu Konzepten, Strategien, Methoden, S 231–235
37. Secker J, Dass S, Grove BOB (2003) Developing social firms in the UK: a contribution to identifying good practice. Disabil Soc 18:659–674
38. Statistisches Bundesamt (2018) 7,8 Mio. schwerbehinderte Menschen leben in Deutschland. https://www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/2018/06/PD18_228_227.html. Zugriffen: 4. Febr. 2020 (Pressemitteilung Nr. 228 vom 25. Juni 2018)
39. Suijkerbuijk YB, Schaafsma FG, van Mechelen JC, Ojaärvä A, Corbière M, Anema JR. Interventions for obtaining and maintaining employment in adults with severe mental illness, a network meta-analysis. Cochrane Database of Systematic Reviews 2017, Issue 9. Art. No.: CD011867. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD011867.pub2>
40. Svanberg J, Gumley A, Wilson A (2010) How do social firms contribute to recovery from mental illness? A qualitative study. Clin Psychol Psychother 17:482–496
41. Villotti P, Balducci C, Zaniboni S et al (2013) An analysis of work engagement among workers with mental disorders recently integrated to work. J Career Assess 22:18–27
42. Villotti P, Corbière M, Zaniboni S et al (2012) Individual and environmental factors related to job

- satisfaction in people with severe mental illness employed in social enterprises. *Work* 43:33–41
43. Villotti P, Corbière M, Dewa C et al (2017) A serial mediation model of workplace social support on work productivity: the role of self-stigma and job tenure self-efficacy in people with severe mental disorders. *Disabil Rehabil* 40(26):3113–3119
44. Villotti P, Corbière M, Fossey E et al (2017) Work accommodations and natural supports for employees with severe mental illness in social businesses: an international comparison. *Community Ment Health J* 53:864–870
45. Williams A, Fossey E, Harvey C (2010) Sustaining employment in a social firm: use of the work environment impact scale V2.0 to explore views of employees with psychiatric disabilities. *Br J Occup Ther* 73:531–539
46. Williams A, Fossey E, Harvey C (2012) Social firms: sustainable employment for people with mental illness. *Work* 43:53–62
47. Wistow R, Schneider J (2003) Users' views on supported employment and social inclusion: a qualitative study of 30 people in work. *Br J Learn Disabil* 31:166–173
48. Ziglio E, Barbosa R, Charpark Y et al (2003) Gesundheitssysteme stellen sich der Armut. *Public Health Fallstudien*, Bd. 1. WHO, Kopenhagen