

Sachbericht zum Projekt:

Gesundheit, Arbeit, Teilhabe

Beteiligungsorientierte Gesundheitsförderung in Inklusionsbetrieben

Entwicklung und Erprobung eines arbeitswissenschaftlichen Konzepts

(GATe)



Förderzeitraum 01.09.2019 – 31.12.2023

Stand des Sachberichtes: 10.06.2024

Gefördert durch:



aufgrund eines Beschlusses
des Deutschen Bundestages

Geschäftszeichen ZMVI1-2519FSB003

Abschlussbericht für den Förderzeitraum 01.09.2019 – 31.12.2023

Titel und Verantwortliche

Titel des Projektes:	Gesundheit, Arbeit, Teilhabe Beteiligungsorientierte Gesundheitsförderung in Inklusionsbetrieben Entwicklung und Erprobung eines arbeitswissenschaftlichen Konzepts (GATe)
Förderkennzeichen	ZMVI1-2519FSB003
Gesamtleitung	Prof. Axel Haunschild (iAW)
Projektleitung	Dr. Christiane Perschke-Hartmann (iAW)
Projektteam¹	Maleen Halter (iAW) Peter Stadler (FAF) Barbara Gentges (FAF)
Kontaktdaten	Leibniz Universität Hannover Institut für interdisziplinäre Arbeitswissenschaft (iAW) Schloßwenderstr. 7 30159 Hannover Tel.: 0511/ 7624846 Fachberatung für Arbeits- und Firmenprojekte gGmbH (FAF) Büro Berlin Kommandantenstr. 80 10117 Berlin Tel.: 030/ 2511066
Laufzeit	01.09.2019 – 30.06.2023
Fördersumme	465.639,00 Euro

¹ Maleen Halter und Barbara Gentges waren nicht während der gesamten Laufzeit in dem Projekt beschäftigt (Frau Halter vom 1.11.2019 bis zum 14.07.2021 und Frau Gentges vom 1.01.2020 bis zum 15.12.2021).

Inhaltsverzeichnis

Inhaltsverzeichnis	2
Abkürzungsverzeichnis	3
Tabellenverzeichnis	3
Abbildungsverzeichnis	3
1 Zusammenfassung	4
2 Einleitung	5
2.1 Ziele des Forschungsvorhabens	5
2.2 Intentionen des Forschungsvorhabens	6
2.3 Projektstruktur	6
2.4 Aktionsebenen	7
3 Erhebungs- und Auswertungsmethodik	9
3.1 Operationalisierung der Ziele	9
3.2 Datenerhebung und -auswertung	12
4 Durchführung, Arbeits- und Zeitplan	13
4.1 Geplanter und faktisch umgesetzter Arbeits- und Zeitplan	13
4.2 Gründe für Abweichungen vom Antragsplan	16
5 Ergebnisse	17
5.1 Beratung der Kooperationsbetriebe	17
5.2 Strukturelle Besonderheiten in den Pilotbetrieben	18
5.3 Umsetzungsstand von BGF in Inklusionsbetrieben	20
5.4 Evaluation des BGF-Modells	20
6 Gender Mainstream Aspekte	23
7 Diskussion der Ergebnisse, Gesamtbeurteilung	23
8 Verbreitung und Öffentlichkeitsarbeit der Projektergebnisse	24
9 Verwertung der Projektergebnisse (Nachhaltigkeit/ Transferpotential)	25
10 Publikationsverzeichnis	25
11 Literaturverzeichnis	27
Anlagen	31

Abkürzungsverzeichnis

SGB	Sozialgesetzbuch
bag-if	Bundesarbeitsgemeinschaft der Inklusionsfirmen
BGF	Betriebliche Gesundheitsförderung
bgw	Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienste und Wohlfahrtspflege
BIH	Bundesarbeitsgemeinschaft der Integrationsämter und Hauptfürsorgestellen
BMAS	Bundesministerium für Arbeit und Soziales
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
IB	Inklusionsbetrieb

Tabellenverzeichnis

Tabelle 3.1	Übersicht über die Meilensteine des Forschungsprojektes
Tabelle 3.2	Datenerhebungs- und auswertungsverfahren der Aktionsebenen 2 und 3
Tabelle 4.1:	Arbeitspaket (1) „Projekteinrichtung
Tabelle 4.2:	Arbeitspaket (2) „Bestandserhebung (Screening zu BGF in IBs“
Tabelle 4.3:	Arbeitspaket (3) „Vorbereitung der Kooperationsbetriebe“
Tabelle 4.4:	Arbeitspaket (4) „Ist-Analysen“
Tabelle 4.5:	Arbeitspaket (5) „Entwicklung und Erprobung von Maßnahmen“
Tabelle 4.6:	Arbeitspaket (6) „Evaluation“
Tabelle 4.7:	Arbeitspaket (7) „Entwicklung von Handlungsempfehlungen“

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 2.1	Aktionsebenen des Forschungsprojektes
---------------	---------------------------------------

1 Zusammenfassung

Ziel

Das Projekt widmet sich dem Ziel, ein systematisches Modell zur Betrieblichen Gesundheitsförderung für Inklusionsbetriebe zu entwickeln, zu erproben und wissenschaftlich zu evaluieren. Seit 2018 sind Inklusionsbetriebe dazu gesetzlich verpflichtet, Maßnahmen zu Betrieblicher Gesundheitsförderung (im Folgenden: BGF) vorzuhalten (§ 216 SGB IX).

Methode

Das Modellvorhaben versteht sich als explorative Studie. Das Projekt gründet in der Zusammenarbeit zwischen der Fachberatung für Arbeits- und Firmenprojekte gGmbH (FAF) und dem Institut für interdisziplinäre Arbeitswissenschaft (iAW) der Leibniz Universität Hannover und wurde in Kooperation mit acht ausgewählten Inklusionsbetrieben (als Pilotbetriebe) in der Zeit von September 2019 bis Dezember 2023 durchgeführt. Die Auswahl der Betriebe erfolgte unter der Vorgabe, das Spektrum der Inklusionsbetriebe in qualitativer Hinsicht abzubilden. Unter den Beschäftigten der Kooperationsbetriebe sind alle Behinderungsarten vertreten. Die Betriebe wurden im Projektzeitraum zu allen Steps des BGF prozessbegleitend beraten, erhielten Qualifizierungen zum Thema und konnten in vielzähligen Netzwerktreffen ihre Erfahrungen austauschen. Zusätzlich wurden mit Geschäftsführenden, Fachkräften und Experten und Expertinnen für Behinderung qualitative Leitfadenterviews durchgeführt. Das Vorhaben wurde begleitet von einer standardisierten Befragung zum Umsetzungsstand von BGF unter Inklusionsbetrieben. Gut 170 Betriebe haben an der Umfrage teilgenommen. Das umgesetzte Modell wurde unter Beteiligung der Betriebe einer qualitativen Prozessevaluation und Wirksamkeitsanalyse unterzogen.

Ergebnisse

Die Ergebnisse zeigen, dass ein beteiligungs- und prozessorientiertes, systematisches und strukturiertes BGF in Inklusionsbetrieben möglich ist, sich positiv auf die Entwicklung gesundheitsfördernder Arbeitsbedingungen auswirkt, individuelle und organisationale Lernprozesse ermöglicht und eine gesundheitsfördernde Organisationsentwicklung einleiten kann. Im Weiteren wird deutlich, dass Inklusionsbetriebe besondere Ressourcen- und Belastungskonstellationen aufweisen, die durch ihre strukturelle Verfasstheit und die Diversität ihrer Beschäftigten bedingt sind. Deutlich wird jedoch auch, dass - damit BGF seine volle Wirkung entfalten kann -, Inklusionsbetriebe als vornehmlich Kleinst- und Kleinbetriebe und in Ermangelung von Ressourcen bei der Einführung eines systematischen BGF Unterstützung im Sinne finanzieller Zuwendung oder Expertise benötigen.

Schlussfolgerung

Inklusionsbetriebe bieten Menschen mit Schwerbehinderung einen Arbeitsplatz, womit sie den Bedürfnissen der Menschen mit Behinderung nachkommen und in der Gesellschaft eine wichtige Funktion einnehmen. Ein systematisches und beteiligungsorientiertes BGF bietet das Potenzial, sie in der Wahrnehmung ihrer komplexen Aufgaben zu unterstützen.

2 Einleitung

Inklusionsbetriebe sind Betriebe des allgemeinen Arbeitsmarktes, deren gesetzliche Aufgabe darin besteht, Menschen mit einer Schwerbehinderung, „deren Teilhabe an einer sonstigen Beschäftigung auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt auf Grund von Art oder Schwere der Behinderung oder wegen sonstiger Umstände voraussichtlich trotz Ausschöpfens aller Fördermöglichkeiten und des Einsatzes von Integrationsfachdiensten auf besondere Schwierigkeiten stößt“ (§ 215 Abs. 1 SGB IX), zu beschäftigen. Ihre Rechtsgrundlage findet sich in §§ 215 ff SGB IX, wonach ihre Belegschaft aus mindestens 30 und maximal 50 Prozent Menschen aus der Zielgruppe² zu bestehen hat. Seit 2018 sind Inklusionsbetriebe nach § 216 SGB IX gesetzlich verpflichtet, schwerbehinderten Menschen Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung anzubieten. BGF zielt darauf ab, die Gesundheit von Beschäftigten im Arbeitskontext zu verbessern (Faller 2017, Grossmann & Scala 2011). BGF wird definiert als

- ein systematischer und strukturierter Prozess,
- in dem alle Maßnahmen auf einer vorhergehenden Analyse basieren,
- die Mitarbeiterbeteiligung im gesamten Verlauf erforderlich ist
- und das Ziel in erster Linie darin besteht, das Ausmaß gesunder und gesundheitsförderlicher Arbeitsbedingungen zu erweitern,
- indem Belastungen reduziert und Ressourcen gestärkt werden.

Dazu lagen zum Startzeitpunkt des Forschungsprojektes GATe keine wissenschaftlich fundierten Erkenntnisse bezogen auf das Interventionsfeld der Inklusionsbetriebe vor (Efimov et al. 2022). Das Modellvorhaben GATe hat sich daher der Aufgabe gewidmet, ein solches Konzept zu entwickeln, zu erproben und wissenschaftlich zu evaluieren.

2.1 Ziele des Forschungsvorhabens

Das Ziel von GATe bestand darin, für Inklusionsbetriebe (im Folgenden: IB) ein Modell zu entwickeln, das den Anforderungen an BGF (s.o.) entspricht und dessen Module und Instrumente ausreichend niedrigschwellig sind, um es allen Mitarbeitenden mit und ohne Behinderung und damit auch kognitiv beeinträchtigten Mitarbeitenden grundsätzlich zu ermöglichen, an dem Verfahren teilzuhaben. Zugleich sollte das Modell einen möglichst geringen Ressourcenaufwand verursachen, zumal IBs als überwiegend Kleinst- und Kleinunternehmen über wenig personelle und materielle Ressourcen verfügen (bag-if 2020, Beck 2011). Das Modell sollte darüber hinaus Wirkungen zeigen, indem das Ausmaß gesunder Arbeitsbedingungen gesteigert und individuelle und organisationale Lernprozesse ermöglicht werden. Um das Ziel zu erreichen und ein entsprechendes Modell zu entwickeln, wurden neben der konkreten Beratung der Betriebe und der Evaluation des Modells parallel

² Die Zielgruppe besteht aus Menschen mit einer amtlich attestierten Behinderung. Der Grad der Behinderung wird in Zehnerschritten von 20 bis 100 ausgewiesen und zeigt an, wie stark ein Mensch durch seine Beeinträchtigung Behinderung erfährt. Schwerbehinderung setzt einen Schweregrad von mindestens 50 voraus. Rund 45 Prozent der knapp 30.000 sozialversicherungspflichtig Beschäftigten, die in den 945 für das Jahr 2020 ausgewiesenen Inklusionsbetrieben arbeiteten, wiesen eine derartige Schwerbehinderung auf. Davon war der größte Teil (46 Prozent) körperlich, seh- oder hörbehindert. Seelische und geistige Beeinträchtigung stellten jeweils Anteile von 27 Prozent (BIH 2020/ 2021).

den Fragen nach möglichen Besonderheiten der Betriebe, die Auswirkungen auf die Ressourcen- und Belastungssituation der Beschäftigten haben können, sowie nach den bisherigen Erfahrungen der Inklusionsbetriebe mit BGF nachgegangen.

2.2 Intentionen des Forschungsvorhabens

Das Forschungsprojekt GATe weist folgende Intentionen auf:

1. GATe beabsichtigt wissenschaftliche Erkenntnisse zu möglichen Besonderheiten der Inklusionsbetriebe und einem ihnen angemessenen BGF Modell zu erzielen.
2. Als gesetzliche Verpflichtung ist BGF für Inklusionsbetriebe neu, womit sie unter allen Betrieben eine Sonderstellung einnehmen. Davon ausgehend, dass in den Institutionen und Organisationen, die mit Inklusionsbetrieben assoziiert sind, wenig bis kaum Erfahrungen zu BGF vorliegen, besteht eine Intention darin, wichtigen Stakeholdern wie z. B. den Gesellschaftern und Gesellschafterinnen der Inklusionsfirmen, den Spitzenverbänden der Krankenkassen, BMG, BMAS, BIH, bgw, bag-if, den Landearbeitsgemeinschaften der Inklusionsfirmen und weiteren beteiligten Verbänden Empfehlungen für die Umsetzung der gesetzlichen Forderung bzw. Empfehlungen zur Weiterentwicklung der Praxis zukommen zu lassen.
3. Eine weitere Intention besteht darin, die Ergebnisse für konkrete Handlungshilfen zu nutzen, um Geschäftsführenden und betrieblichen Entscheidern und Entscheiderinnen die praktische Umsetzung der gesetzlichen Forderung zu erleichtern.

2.3 Projektstruktur

Das Forschungsprojekt basiert auf der Zusammenarbeit zwischen dem Institut für interdisziplinäre Arbeitswissenschaft der Leibniz-Universität Hannover (iAW) und der Fachberatung für Arbeits- und Firmenprojekte gGmbH (FAF). Letztere weist langjährige und umfangreiche Expertisen im Untersuchungsfeld auf. Die Mitarbeitenden des iAW verfügen über Praxiserfahrung in der Beratung von Betrieben zu BGF/ BGM und Expertisen zu wissenschaftlicher Forschung/ Evaluation. Die Projektaufgaben wurden von den Partnern ihren Expertisen entsprechend erbracht. Die Projektleitung oblag dem iAW.

Das Modellvorhaben wurde in Kooperation mit acht über ganz Deutschland verteilt liegenden Inklusionsbetrieben durchgeführt. Die Betriebe bilden die Landschaft der Inklusionsbetriebe ab: Sie unterhalten für IBs typische Gewerke wie Garten- und Landschaftsbau, Gastronomie und Schulspeisung, Reinigung, Fahrdienst, Hotelbetrieb, Abfallentsorgung, Einzelhandel usw. und differieren in Bezug auf ihre Größe (bag-if 2020, BIH Jahresbericht 2020/2021, BMAS 2021). Zum Startzeitpunkt wiesen sie zwischen 23 und 325 Beschäftigte auf, unter denen Menschen mit allen Behinderungsarten vertreten waren. Ein neunter Betrieb, der zu Beginn noch dabei war, wurde aufgrund mangelnder wirtschaftlicher Rentabilität im Frühsommer 2022 geschlossen. Die Betriebe wurden im Rahmen eines umfangreicheren Interessenbekundungsverfahrens ausgewählt.

2.4 Aktionsebenen

Das Modellvorhaben kann in drei Aktionsebenen differenziert werden (s. Abbildung 2.1). Das zentrale Anliegen, Erkenntnisse über Umsetzungsmöglichkeiten von BGF in Inklusionsbetrieben zu gewinnen, beschreibt den gestalterischen und evaluierenden Teil des Projektes, der um einen analytischen Teil, der sich möglichen Besonderheiten dieser Organisationen widmet, ergänzt wird.

Aktionsebene 1: In dem gestaltenden Teil des Projektes ist die Beratung der Betriebe zum Aufbau und zur Etablierung eines BGF-Systems zentral. Darin wurden sie in Form prozessbegleitender Beratung durch das Team von GATe in allen Phasen eines BGF-Zyklus unterstützt, während die Konzeptualisierung des BGF Modells im Verantwortungsbereich der wissenschaftlichen Mitarbeitenden lag. Die diversen betriebsinternen Module wie Workshops zur Bestandserhebung, zu Projektzielen und zur Konzeptgestaltung, zur Maßnahmenplanung und zur Evaluation sowie die quartalsmäßigen Steuerkreise wurden von allen Mitarbeitenden des GATe Projektes durchgeführt; die Durchführung erfolgte in Teilen digital und zumeist zu zweit. Die Erhebung der Gesundheitssituation erfolgte mit der Methode „Gesundheitszirkel“ (Friczewski 2017, Starystach et al. 2020). In jedem Betrieb wurden Zirkel hierarchiehomogen mit Mitarbeitenden und Führungskräften durchgeführt. Von einer Separierung der Beschäftigten in mit und ohne Behinderung wurde Abstand genommen; es erwies sich als nicht kompatibel mit den Vorstellungen der Betriebe von einer inklusiven Gemeinschaft. Maßnahmen wurden auf der Grundlage der Analyseergebnisse geplant und umgesetzt. Sie bezogen sich in erster Linie auf die Arbeitsverhältnisse, konnten in einigen Fällen durch betriebliche Umstrukturierungen umgesetzt werden, in anderen Fällen wurde externe Unterstützung durch Seminare, Trainings und Prozessanalysen erforderlich. Die Zirkel wurden gegen Ende der Laufzeit wiederholt, um die Wirkung der Maßnahmen zu evaluieren und zugleich eine neue Erhebung vorzunehmen.

Aus jedem Betrieb wurden zu Beginn des Projektes 1-2 Personen zu BGF Koordinatoren und Koordinatorinnen benannt und in mehreren mehrtägigen Veranstaltungen zu BGF³ geschult. Die Schulungen wurden vom GATe Team durchgeführt. Darüber hinaus wurden im gesamten Projektverlauf pro Quartal ca. ein Treffen mit den BGF Koordinatoren und Koordinatorinnen– zumeist als digitale Videoschaltung - realisiert. An diesen Netzwerkveranstaltungen nahmen zum Teil auch die Geschäftsführenden teil. Die Treffen dienten dem Erfahrungsaustausch, der Validierung und der Vergemeinschaftung der Erkenntnisse und trugen zum Lernprozess bei.

³ Die Schulungen umfassten Themen wie Betriebliche Gesundheitsförderung in Abgrenzung zum Arbeitsschutz, zum Betrieblichen Eingliederungsmanagement, zum Betrieblichen Gesundheitsmanagement; Projektmanagement, Moderation, Analysemethoden, Kommunikation und Projektmarketing, Methoden der Evaluation, Mitarbeiterbeteiligung usw.

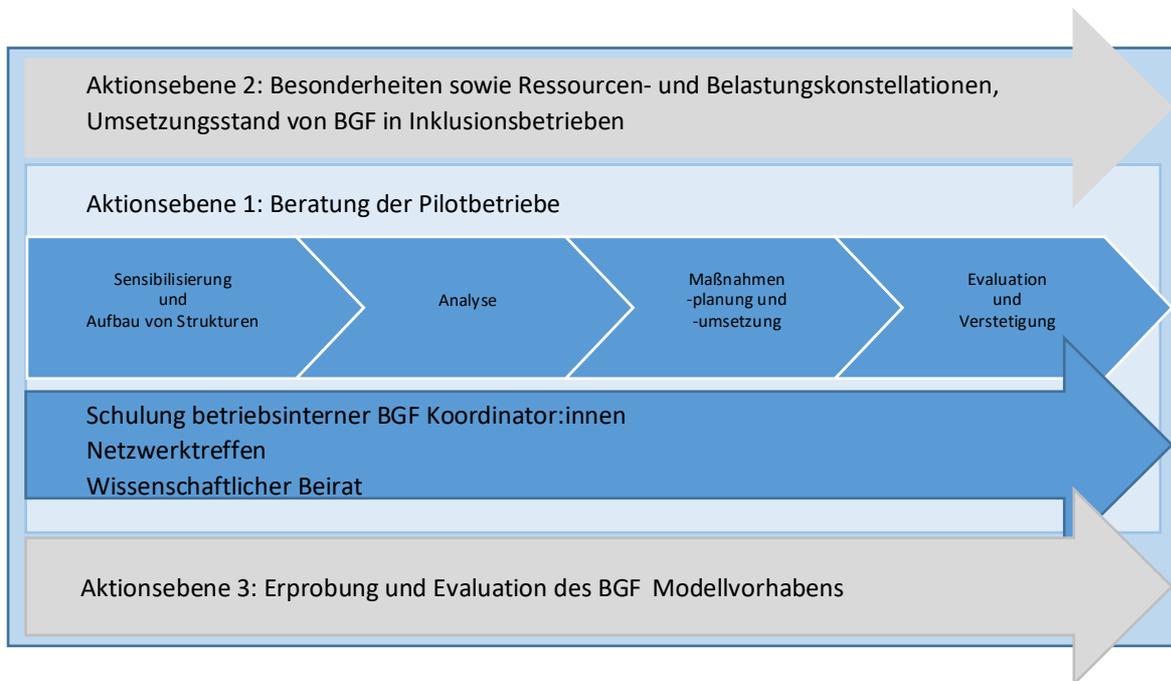


Abbildung 2.1: Aktionsebenen des Forschungsprojektes (angelehnt an Perschke-Hartmann & Halter 2023, S. 59)

Aktionsebene 2: Eine zweite Aktionsebene diente der Beantwortung zentraler wissenschaftlicher Fragen: nach möglichen Besonderheiten dieser Organisationen, die Auswirkungen auf Gesundheit haben können, nach möglichen typischen Ressourcen- und Belastungskonstellationen und nach dem Umsetzungsstand von BGF in diesen Organisationen.

Für den ersten Teil der Fragestellung wurden qualitative Leitfadeninterviews mit Experten und Expertinnen für Behinderung, Sozialpädagogen und Sozialpädagoginnen der Betriebe, Geschäftsführenden und Führungskräften durchgeführt und nach den Prinzipien der qualitativen Sozialforschung mit Unterstützung durch die Software MAXQDA ausgewertet (Flick 2019, 2000, Kuckartz 2016, Lamnek 2005, Mayring 2007a, 2007b, Steinke 2010). Die Leitfäden wurden auf der Grundlage sensibilisierender theoretischer Annahmen konzipiert. Bereichert wurde diese Ebene durch die Auswertung der in den Betrieben durchgeführten hierarchiehomogenen Analysezyklen mit Mitarbeitenden und Führungskräften.

Dem zweiten Teil der Fragestellung wurde im Januar und Februar 2023 mit Hilfe einer standardisierten Befragung unter 808 der insgesamt deutschlandweit 945 Inklusionsbetrieben, von welchen bei der bag-if e.V. und der FAF gGmbH die Kontaktdaten vorliegen, nachgegangen. Umfrage und Auswertung erfolgten mit Hilfe des internetbasierten Umfragetools der in Berlin ansässigen Firma Lamapoll. Die Auswertung oblag der FAF. Der standardisierte Fragebogen basiert im Wesentlichen auf den im GKV Präventionsleitfaden ausgewiesenen Empfehlungen zu BGF (GKV-Spitzenverband 2023). Die Befragung beantwortet haben 172 Betriebe.

Aktionsebene 3: Diese Ebene fokussiert die Prozess- und Wirkungsevaluation des umgesetzten BGF-Konzepts (Döring & Bortz 2016, Haack & Haß 2020, Kardoff 1995, Kuckartz

et al. 2008). Die qualitative Evaluation erfolgte unter Beteiligung der Betriebe. Dazu wurden in den Betrieben Evaluationszirkel mit Führungskräften und Mitarbeitenden sowie Bilanz-Workshops und zum Projektabschluss zusätzlich eine überbetriebliche Fokusgruppe mit allen BGF Koordinatoren und Koordinatorinnen durchgeführt. Des Weiteren wurde das gesamte im Projektverlauf erstellte Material (Protokolle, Dokumentationen) hinzugezogen. Auf die Hinzuziehung von Kennzahlen – insbesondere zum Krankenstand – wurde angesichts der krisenhaften Situation in Folge der Corona-Pandemie, in deren Verlauf sich die Fehlzeiten außerhalb der üblichen Werte bewegten, verzichtet.

Das Projekt wurde von einem Beirat begleitet, dessen Teilnehmende sich aus wichtigen Stakeholdern aus Praxis und Wissenschaft zusammensetzte. Der Beirat trat jeweils nach dem Erreichen wichtiger Meilensteine zusammen. Die Gestaltung der Beiratssitzungen erfolgte durch das gesamte Team.

Die Erkenntnisse und Erfahrungen wurden im Team kontinuierlich diskutiert, vergemeinschaftet und im Rahmen regelmäßiger Netzwerkveranstaltungen, Treffen des wissenschaftlichen Beirats und Diskussionsrunden mit weiteren wichtigen Stakeholdern validiert.

3 Erhebungs- und Auswertungsmethodik

Das Forschungsprojekt versteht sich als qualitative Studie und orientiert sich an den Anforderungen qualitativer Sozialforschung (Lamnek 2005).

3.1 Operationalisierung der Ziele

Der exakte Projektablauf weicht zum Teil von den zeitlichen Planungen des Projektantrags (Stand März 2019) ab. Die Abweichungen sind im Wesentlichen auf die besonderen Umstände in Folge der Corona-Pandemie zurückzuführen. Alle Ziele und Meilensteine des Forschungsvorhabens konnten erreicht werden. Die Meilensteine fungieren als Indikatoren für den Projektfortgang. Die folgende Tabelle gibt eine Übersicht über die laut dem ursprünglichen Projektplan zu erstellenden Meilensteine. Erläuterungen sind eingefügt.

Meilensteine (Indikatoren der Zielerreichung)	Erläuterungen
Projekteinrichtung ist erfolgt.	Neun Kooperationsbetriebe konnten ab Ende 2019 in einem mehrstufigen Auswahlprozess gewonnen werden. Die Auswahl erfolgte nach den Kriterien Betriebsgröße, Gewerke, regionale Verteilung und Behinderungsarten ihrer Beschäftigten.
Bestandserhebung ist erfolgt.	<p>a) Die standardisierte Befragung zum Umsetzungsstand von BGF in Inklusionsbetrieben erfolgte im Frühjahr 2023. An der Befragung haben 172 der 808 angeschriebenen Betriebe teilgenommen. Die Auswertungsergebnisse fließen in die Empfehlungen an die Stakeholder mit ein.</p> <p>b) Um allen Beschäftigten die Teilnahme zu ermöglichen, wurde die Methode Gesundheitszirkel gewählt. Gesundheitszirkel</p>

	<p>wurden zur Analyse durchgeführt. Die Durchführung erfolgte in den Betrieben hierarchiehomogen (s. unter 4). Insgesamt wurden 13 Zirkel durchgeführt. Aufgrund der Rahmenbedingungen (Hygieneregulungen, Corona Pandemie) wurden außerdem 26 Einzelinterviews durchgeführt. Insgesamt konnten derart 165 Beschäftigte (99 Mitarbeitende, 66 Führungskräfte) in die Erhebung der Gesundheitssituation einbezogen werden.</p>
<p>Kooperationsbetriebe sind ausgewählt und sowohl personell als auch strukturell vorbereitet.</p>	<p>Alle Kooperationsbetriebe wurden personell und strukturell vorbereitet, indem Steuerkreise eingerichtet, Mitarbeitende informiert und Workshops zu Zielen und Planung durchgeführt wurden. Je Betrieb wurden 1-2 Personen zu BGF Koordinatoren und Koordinatorinnen benannt und über den gesamten Projektzeitlauf verteilt in mehrtägigen Veranstaltungen zu BGF qualifiziert.</p>
<p>Ergebnisse der Ist-Analysen in den Modellbetrieben liegen vor.</p>	<p>Die Ergebnisse der Gesundheitszirkel wurden analog zur Struktur des Modells „Haus der Arbeitsfähigkeit“ ausgewertet und in den Betrieben im Rahmen von Workshops zur Planung von Maßnahmen weiterverarbeitet. Die Ergebnisse wurden zusätzlich im Rahmen der Netzwerktreffen vergemeinschaftet. Parallel dazu wurden mit zwölf Geschäftsführenden und Fachkräften der Betriebe, mit acht Experten und Expertinnen für Behinderungsarten und Sozialpädagogen und Sozialpädagoginnen aus den Betrieben qualitative Leitfadeninterviews durchgeführt und nach den Prinzipien der qualitativen Sozialforschung (Kuckartz) mit der Software MAXQDA ausgewertet.</p>
<p>Entwicklung und Erprobung konkreter Maßnahmen in den 8 Modellbetrieben sind abgeschlossen und dokumentiert.</p>	<p>In allen Betrieben wurden auf der Grundlage der Analyseergebnisse und im Rahmen entsprechender Workshops Maßnahmen geplant. Die Maßnahmen fokussieren im Wesentlichen die Arbeitsverhältnisse. Vielzählige Maßnahmen wurden von den Betrieben mit Bordmitteln erbracht. Andere Maßnahmen bedurften der finanziellen Bezuschussung durch die im Projektbudget vorgesehenen Mittel. Diese Maßnahmen betrafen in erster Linie die Unterstützung durch externe Trainer und Trainerinnen – zum Beispiel zur Schulung von Führungskräften, zur Prozessanalyse im Reinigungsbereich usw. Alle Schritte wurden dokumentiert.</p>
<p>Vorher-Nachher-Messungen (Wirkungsevaluation) sind erfolgt.</p>	<p>Die Bewertung der betrieblichen Aktivitäten erfolgte betriebsintern und zweistufig: Die durch Externe durchgeführten Maßnahmen wurden von den Teilnehmenden der Maßnahmen in Form einer standardisierten Befragung in Hinsicht auf Akzeptanz und Wirkung bewertet. Eine Gesamtbewertung ihrer betrieblichen Gesundheitsprojekte erfolgte im Rahmen erneuter hierarchiehomogener Zirkel und Bilanzworkshops.</p>
<p>Prozessevaluation und Wirksamkeitsanalyse sind erfolgt.</p>	<p>Die qualitative Evaluation des Modells erfolgte unter Beteiligung der Betriebe und ihrer Mitarbeitenden als Prozessevaluation und Wirksamkeitsanalyse. Dazu wurden in den Betrieben gegen Ende des Projektzeitraums erneut hierarchiehomogene Zirkel mit</p>

	Mitarbeitenden und Führungskräften zur Beurteilung des BGF-Modells, seiner Module und Instrumente durchgeführt. Zusätzlich wurden in den Betrieben Bilanzworkshops und eine überbetriebliche Fokusgruppe realisiert. Daraus ließen sich Hinweise zur Verbesserung des Modells gewinnen.
Wissenschaftliche Auswertung und Ausarbeitung eines allgemeinen Konzepts zu BGF in IBs liegen vor.	Die Ergebnisse der Evaluation fließen in die Modifikation des BGF-Modells für Inklusionsbetriebe ein. Ein allgemeines Konzept zu BGF in IBs liegt vor, das als Praxishilfe Inklusionsbetrieben zur Verfügung gestellt werden kann.
Handlungsempfehlungen, Arbeitsmaterialien und Tools liegen vor.	<ul style="list-style-type: none"> • Die Umfrageergebnisse zum Umsetzungsstand von BGF in IBs, an der 172 von 808 Betrieben teilgenommen haben, liegen als pdf File vor und werden u.a. zur Argumentation der Empfehlungen für Stakeholder verwendet (Stadler 2023). • Ein großer Teil der wissenschaftlichen Ergebnisse sind in 2023 als Buch im Nomos Verlag veröffentlicht (Perschke-Hartmann & Halter 2023). • Die Handlungsempfehlungen werden den Betrieben als pdf-Datei zur Verfügung gestellt. • Die Empfehlungen an wichtige Stakeholder des Feldes liegen als pdf File vor.
Abschlusskonferenz hat stattgefunden.	Die Ergebnisse des Forschungsprojektes wurden im Rahmen <ul style="list-style-type: none"> • der Jahrestagung der Bundesarbeitsgemeinschaft der Inklusionsbetriebe am 24.05.23 in Stuttgart vor Praktikern und Praktikerinnen und • am 26.05.23 im Rahmen eines Symposiums zu „Settingspezifischen Interventionen“ an der Leibniz-Universität Hannover vor einem wissenschaftlichen Publikum vorgestellt.

Tabelle 3.1: Übersicht über die Meilensteine des Forschungsprojektes

3.2 Datenerhebung und -auswertung

Datenerhebung und -auswertung folgen den Standards der qualitativen Sozialforschung (z.B. Lamnek 2005).

Die Aktionsebene „Beratung“ umfasst die Auswahl geeigneter Inklusionsbetriebe und die konkrete Gestaltung des BGF-Konzepts in den Betrieben. Die Gewinnung der Kooperationsbetriebe erfolgte ab Ende 2019 in einem mehrstufigen Verfahren: Dazu wurden 738 Betriebe, zu denen von Seiten des Praxispartners FAF ein Kontakt besteht, angemalt und um ihre Interessensbekundung gebeten. Den sich daraus ergebenden Betrieben wurde ein standardisierter Fragebogen zugeleitet, der Auskunft über den aktuellen Status ihrer Maßnahmen zu BGF und über ihre Motivation geben sollte. Rund 50 Betriebe beantworteten den Fragebogen. Diese wurden im Weiteren telefonisch kontaktiert und einige zu einem ersten Workshop aufgesucht. Die Auswahl erfolgte nach den Kriterien Betriebsgröße, Gewerke, regionale Verteilung und Behinderungsarten ihrer Beschäftigten. Eine Fokussierung auf Beschäftigte mit bestimmten Behinderungen sollte vermieden werden. Derart konnten im Frühjahr 2020 insgesamt neun Kooperationsbetriebe gewonnen werden. Aus wirtschaftlichen Gründen wurde einer der neun Betriebe in der Projektlaufzeit geschlossen. Die im Projektlaufzeit gewonnenen Daten zu diesem Betrieb sind soweit möglich in die Untersuchung eingegangen. Informationen zur konkreten Gestaltung der Beratung in den Betrieben finden sich unter 5.1.

Die Aktionsebenen 2 und 3 umfassen die Fragestellungen nach Besonderheiten in den Inklusionsbetrieben, die Auswirkung auf die Gesundheit der Beschäftigten haben können, den Umsetzungsstand von BGF in den Betrieben sowie die Evaluation des eingesetzten BGF-Modells.

Nr.	Aktionsebene	Datenerhebung	Datenauswertung
2	Besonderheiten der IBs sowie Ressourcen- und Belastungskonstellation	20 qualitative Leitfadeninterviews mit Geschäftsführenden, Fachkräften und Experten und Expertinnen Durchführung von 13 hierarchiehomogenen Gesundheitszirkeln und 26 Einzelinterviews in den neun ⁴ Pilotbetrieben zur Erhebung ihrer Gesundheitssituation. Insgesamt 165 Personen aus 9 Pilotbetrieben konnten derart beteiligt werden.	Mit Hilfe der Software MAXQDA nach den üblichen Verfahrensweisen der qualitativen Sozialforschung Qualitative Auswertung auf der Grundlage des „Hauses der Arbeitsfähigkeit“ (Ilmarinen 1999, 2006)

⁴ Das Projekt GATe startete mit neun Kooperationsbetrieben. Ein Betrieb wurde im Sommer 2022 wegen Unwirtschaftlichkeit geschlossen. Seine Analyseergebnisse fließen jedoch in die Auswertung ein.

2	Umsetzungsstand von BGF in IBs	Rund 800 IBs wurden angeschrieben. Die Erhebung erfolgte mit Hilfe eines standardisierten Fragebogens und internetgestützt.	Deskriptiv statistische Auswertung der 172 Antwortenden mit Hilfe entsprechender Software
3	Erprobung und Evaluation des BGF-Modellvorhabens	Durchführung von 15 betriebsinternen Gesundheitszirkeln und acht Bilanzworkshops sowie einer überbetrieblichen Fokusgruppe. Betriebsinterne Protokolle und Dokumentationen sämtlicher Prozessschritte und Steuerkreise	Qualitative Auswertung zur Prozessevaluation und Wirksamkeitsanalyse

Tabelle 3.2: Datenerhebungs- und auswertungsverfahren der Aktionsebenen „Besonderheiten“ und Evaluation

4 Durchführung, Arbeits- und Zeitplan

4.1 Geplanter und faktisch umgesetzter Arbeits- und Zeitplan

Die folgende tabellarische Darstellung ermöglicht bezogen auf jedes einzelne Arbeitspaket einen Vergleich der geplanten mit den umgesetzten Arbeitsschritten.

Arbeitspaket (1) „Projekteinrichtung“:

Arbeitsschritte	Geplanter Zeitraum laut Antrag	Faktische Umsetzung
Gewinnung von neun Inklusionsbetrieben ⁵ und Abschluss von Kooperationsverträgen	Q4/19	Q1/20
Implementierung Beirat	Q4/19	Q4/21
Entwicklung Interviewleitfaden für qualitative Interviews mit Experten und Expertinnen	Q4/19	Q1/20
Konzeptentwicklung Evaluation	Q4/19	Q2/20
Entwicklung Schulungskonzept für BGF Koordinatoren und Koordinatorinnen	Q4/19	Q3/20

Tabelle 4.1: Arbeitspaket (1) „Projekteinrichtung

⁵ Sie dazu Fußnote 4.

Arbeitspaket (2) „Bestandserhebung (Screening) zu BGF in IBs“:

Arbeitsschritte	Geplanter Zeitraum laut Antrag	Faktische Umsetzung
Entwicklung, Pretest und Durchführung einer internetgestützten standardisierten Erhebung zum Stand von BGF in den Betrieben und Auswertung der Bestandserhebung	Q4/19	Q1/23
Entwicklung eines Erhebungsinstruments zur Erfassung der gesundheitlichen Situation der Beschäftigten	Q4/19	Q1/20
Laut Plan: Methodenmix zur Erhebung der Gesundheitssituation (standardisierte Befragung, teilnehmende Beobachtung, explorative Gruppenverfahren); realisiert: Gruppenverfahren und Einzelinterviews	Q4/19	Q2/21-Q1/22
qualitative Leitfadenterviews mit Geschäftsführenden und Fachkräften	Nicht vorgesehen	Q2-Q4/21

Tabelle 4.2: Arbeitspaket (2) „Bestandserhebung (Screening) zu BGF in IBs“

Arbeitspaket (3) „Vorbereitung der Kooperationsbetriebe“:

Arbeitsschritte	Geplanter Zeitraum laut Antrag	Faktische Umsetzung
Kick-off Netzwerkveranstaltung und Abschluss von Kooperationsverträgen	Q1/20	Q2/20
Netzwerktreffen I	Q1/20	Q4/20
Durchführung von Ziel- und Planungsworkshops in den Pilotbetrieben	Q1/20	Q3-Q4/20
Bildung von Steuerkreisen in den Betrieben	Q1/20	Q2/20-Q4/20
Schulung 1-2 Ansprechpartner und Ansprechpartnerinnen pro Betrieb zur Koordination des betriebsinternen BGF Projektes	Q1/20	Q3/20, Q3/21, Q2/22, Q1/23

Tabelle 4.3: Arbeitspaket (3) „Vorbereitung der Kooperationsbetriebe“

Arbeitspaket (4) „Ist-Analysen“:

Arbeitsschritte	Geplanter Zeitraum laut Antrag	Faktische Umsetzung
Ist-Analysen in allen Kooperationsbetrieben (Gesundheitszirkel und Einzelinterviews)	Q2/20	Q2/21-Q1/22
Betriebsspezifische und überbetriebliche Auswertungen, Reflexion der Ergebnisse in den betriebsinternen Steuerkreisen	Q2/20	Q2/21-Q1/22
Netzwerktreffen II	Q2/20	Ab Q3/20 pro Quartal

Tabelle 4.4: Arbeitspaket (4) „Ist-Analysen“

Arbeitspaket (5) „Entwicklung und Erprobung von Maßnahmen“:

Arbeitsschritte	Geplanter Zeitraum laut Antrag	Faktische Umsetzung
Durchführung von Maßnahmenplanungsworkshops in allen Kooperationsbetrieben und Reflektion in den Steuerkreisen	Bis Q1/22	Q3/21-Q1/22
Umsetzung der Maßnahmen	Bis Q1/22	Q4/21-Q3/23

Tabelle 4.5: Arbeitspaket (5) „Entwicklung und Erprobung von Maßnahmen“

Arbeitspaket (6) „Evaluation“:

Arbeitsschritte	Geplanter Zeitraum laut Antrag	Faktische Umsetzung
Prozess- und Wirkungsevaluation in den Modellbetrieben	Bis Q2/22	Q3/22-Q1/23
Fokusgruppe zur Prozessevaluation	Nicht vorgesehen	Q1/23
Auswertung und Vergemeinschaftung der gesamten Evaluationsergebnisse mit allen Modellbetrieben im Rahmen einer Netzwerkveranstaltung	Q2/22	Q1/23
Wirksamkeitsanalyse und Zusammenfassung und Verdichtung zu einem inklusiven BGF-Konzept	Q2/22	Q2/23
Erarbeitung von Empfehlungen für Stakeholder	Q2/22	Q3/23
Zusammenfassung und Verdichtung zu einem BGF-Konzept für IBs	Q2/22	Q3/23

Tabelle 4.6: Arbeitspaket (6) „Evaluation“

Arbeitspaket (7) „Entwicklung von Handlungsempfehlungen“:

Arbeitsschritte	Geplanter Zeitraum laut Antrag	Faktische Umsetzung
Entwicklung von Handlungsempfehlungen, Materialien und Handreichungen auf der Grundlage des erprobten und evaluierten Konzepts	Q3/22	Q4/23
Vorstellung und Diskussion der Materialien in 1-2 Fokusgruppen mit weiteren Inklusionsfirmen	Q3/22	Nicht umgesetzt
Ergebniskonferenz	Q3/22	Q2/23

Tabelle 4.7: Arbeitspaket (7) „Entwicklung von Handlungsempfehlungen“

4.2 Gründe für Abweichungen vom Antragsplan

Die zeitlichen Abweichungen vom ursprünglichen Arbeits- und Zeitplan sind größtenteils auf Folgen der Corona-Pandemie (Kurzarbeit, Hygieneauflagen, Kontakt- und Reiseverbote usw.) zurückzuführen. Abweichungen liegen zu folgenden Arbeitsschritten vor:

Im Arbeitspaket 2 war

- für das IV. Quartal 2019 eine internetgestützte standardisierte Erhebung zum Stand von BGF in den Betrieben vorgesehen, die letztendlich erst Anfang 2023 durchgeführt wurde, da davon ausgegangen werden musste, dass die Betriebe durch die Rahmenbedingungen in Folge der Corona Pandemie der Anfrage nicht ausreichend Beachtung schenken würden.
- die Entwicklung eines Methodenmix aus standardisierter Befragung, teilnehmender Beobachtung und weiteren qualitativen Verfahren zur Bestandserhebung in den Pilotbetrieben vorgesehen. Von der standardisierten Befragung der Pilotbetriebe wurde Abstand genommen, da sich in dem Sample Personen mit kognitiven Einschränkungen sowie einem geringen Sprachverständnis befanden. Die Hygieneregulungen führten dazu, dass die als Methode gewählten Gesundheitszirkel jeweils nur mit einer kleinen Anzahl von Personen durchgeführt werden konnten, so dass – um alle gewünschten Personen zu involvieren – mehr Zirkel als geplant zu realisieren waren, was im Projektteam zu Ressourcenengpässen führte und weitere Aktivitäten behinderte. Auf die teilnehmende Beobachtung wurde aufgrund der Hygieneregulungen und der Lockdowns verzichtet. Stattdessen wurden zusätzlich qualitative Leitfadeninterviews mit Geschäftsführenden und Fachkräften der Pilotbetriebe durchgeführt.

Im Arbeitspaket 3 war

- eine einmalige Schulung der BGF Koordinatoren und Koordinatorinnen vorgesehen. Es zeigte sich, dass das nicht ausreichend war. Daher wurden im gesamten Projektzeitraum insgesamt vier zweitägige Schulungen durchgeführt.

Im Arbeitspaket 6

- wurde von der ursprünglich vorgesehenen Verwendung von Kennzahlen (wie insbesondere Fehlzeiten) im Sinne einer Vorher-nachher-Messung angesichts der in Folge der Pandemie ausufernden Krankenstände abgesehen. Stattdessen wurde eine nicht eingeplante Fokusgruppe mit Vertretern und Vertreterinnen der Betriebe realisiert.

Im Arbeitspaket 7

- war die Vorstellung und Diskussion der Handlungsempfehlungen im Rahmen von 1-2 Fokusgruppen vorgesehen, was aufgrund zeitlicher Engpässe nicht umgesetzt werden konnte.

Im gesamten Projektverlauf waren ursprünglich 3 Netzwerkveranstaltungen mit den Betrieben vorgesehen - stattdessen wurden insgesamt 14 Veranstaltungen – zumeist digital – realisiert.

5 Ergebnisse

Die Ergebnisse werden der Differenzierung in Aktionsebenen folgend dargestellt.

5.1 Beratung der Kooperationsbetriebe

Die Beratung erfolgte prozessbegleitend und folgt dem Verständnis von BGF als einem Prozess der Befähigung von Personen und Organisationen (Grossmann & Scala 2011, Grossman et al. 2015). Organisationen und ihre Beschäftigten sind in die Lage zu versetzen, gesundheitsbeeinträchtigende Arbeitsbedingungen eigenständig wahrzunehmen, zu reflektieren und Lösungen für eine belastungsärmere und gesundheitsförderliche Ausgestaltung ihrer Arbeit zu konzipieren und umzusetzen. Die Einführung von BGF erfolgte als Projekt. Zur Anwendung kam eine Reihe von Modulen und Instrumenten. Die betriebsinternen Gesundheitsprojekte wurden in der Abfolge durchgeführt: Einführung und Bestandserhebung, Aufbau von Strukturen, Festlegung von Zielen und Projektplanung, Durchführung der Analyse, Auswertung der Ergebnisse, Maßnahmenplanung und -umsetzung, Evaluation betriebsinterner Maßnahmen, erneute Analyse und Bilanzierung des Gesundheitsprojektes.

Die nachfolgende Auflistung gibt einen Überblick über die Aktivitäten in und mit den Betrieben. Sie folgen den in Abbildung 2.1 hinterlegten Prozessschritten:

1. Sensibilisierung und Aufbau von Strukturen: Bestandserhebung, Koordination, Konstituierung Steuerkreis, Unterstützung beim Aufbau eines Projektmanagements, Qualifizierung betrieblicher Vertreter und Vertreterinnen zu BGF Koordinatoren und Koordinatorinnen, Ziel- und Planungsworkshops, kontinuierliche Steuerkreistreffen (ca. einmal pro Quartal über die gesamte Projektlaufzeit),
2. Analyse: hierarchiehomogene Gesundheitszirkel zur Erhebung der Gesundheitssituation (Analyse) mit Beschäftigten und Führungskräften (2 bis 3 Zirkel pro Betrieb), Einzelinterviews mit Mitarbeitenden und Führungskräften zur Erhebung der Gesundheitssituation (Analyse), Auswertung der Analyseergebnisse nach dem Modell „Haus der Arbeitsfähigkeit“,
3. Maßnahmenplanung und -umsetzung: Maßnahmenplanung in Form von Workshops, Beratung bei der Durchführung von Maßnahmen und Unterstützung bei der Suche nach geeigneten externen Trainings und Schulungen,
4. Evaluation und Verstetigung: Evaluationszirkel und erneute Analyse, Bilanzworkshops zur Evaluation des BGF-Modells, Beratung bei der Erstellung des Konzepts zur Verstetigung des betrieblichen BGF.

Die Ergebnisse wurden in regelmäßig stattfindenden Netzwerktreffen vergemeinschaftet und validiert. Die Qualifizierung der betrieblichen Vertreterinnen und Vertreter erfolgte projektbegleitend in vier zweitägigen Veranstaltungen.

5.2 Strukturelle Besonderheiten in den Pilotbetrieben

Laut der Interviews mit Geschäftsführenden, Fachkräften, Experten und Expertinnen, der Einzelinterviews mit Mitarbeitenden und den Ergebnissen aus den Analyseziirkeln, liegen in den Inklusionsbetrieben besondere Ressourcen- und Belastungskonstellationen vor, die sich im Wesentlichen aus zwei Aspekten ergeben: den Konstruktionsprinzipien dieser Organisationen und der großen Diversität der Belegschaft. Inklusionsbetriebe agieren am ersten Arbeitsmarkt und d.h. sie konkurrieren mit Nicht-IBs um Kunden und Kundinnen, den Absatz ihrer Leistungen und Produkte und kämpfen um ihre wirtschaftliche Existenz. Zugleich haben sie die Aufgabe, Menschen mit Behinderung einen Arbeitsplatz zu geben, was sie als eine besondere Form sozialer Verantwortung wahrnehmen. Diese beiden Anforderungen werden von den Führungskräften als gegensätzliche Wertorientierungen (soziale Verantwortung und marktwirtschaftliche Leistungslogik) und widersprüchliche Arbeitsanforderungen wahrgenommen, als „Wertespagat“ bezeichnet und können bei ihnen - sofern ein Ausgleich durch Ressourcen (Personal, Zeit) nicht möglich ist - zu psychosozialen Belastungen und Stress führen (Moldaschl 2017).

Die Belegschaft der Pilotbetriebe ist sehr divers. Mitarbeitende mit Behinderung weisen starke Leistungsschwankungen, gesundheitliche Einschränkungen und sehr individuelle Besonderheiten auf. Die Besonderheiten ergeben sich aus ihren körperlichen und/ oder psychischen Beeinträchtigungen und streuen nicht nur zwischen Behinderungsarten, sondern auch innerhalb dieser, was eine Standardisierung von Arbeitsprozessen weitgehend erschwert. Die Lösung der Betriebe liegt in einer Art „individualisierten Standardisierung“, indem Tätigkeiten und Prozesse ihren individuellen Besonderheiten angepasst und Arbeitsgeräte und -materialien entsprechend ausgewählt werden. Die Pilotbetriebe verfügen darin über eine hohe Kompetenz, was aber impliziert, dass insbesondere Führungskräfte einem hohen Koordinations- und Kommunikationsbedarf nachzukommen haben. Mitarbeitende erwarten von ihren Führungskräften, dass ihre Behinderungen und Besonderheiten in der Gestaltung sowohl der Arbeitsabläufe als auch der Beziehungen ausreichend berücksichtigt werden, sodass die konkrete Beziehungsgestaltung für Führungskräfte eine weitere Herausforderung darstellt. Dazu kommt, dass der private/ familiäre Hintergrund der Zielgruppe eher fragil ist, was bei Führungskräften eine Art „entgrenzte Führung“ auslöst, indem ihre Sorge um die Arbeitsfähigkeit ihrer Mitarbeitenden nicht an den Grenzen des Betriebes endet. Die Belegschaft der Inklusionsbetriebe ist eher am unteren Ende der Einkommensverhältnisse zu verorten und weist vergleichsweise wenig soziales, materielles oder kulturelles Kapital auf (Bourdieu 2021).

Arbeit ist für die Beschäftigten in Inklusionsbetrieben eine wichtige Ressource und beinhaltet diverse psychosoziale Funktionen (z. B. Inklusionsbarometer Arbeit 2022, Sommer & Udris 2004, Seyfried & Stadler 1985). Mitarbeitende mit Behinderung möchten

als vollwertige Arbeitskraft wahrgenommen werden, sich als kompetent und autonom erleben. Sie benötigen Rücksicht, Kommunikation, Unterstützung und Hilfsmittel, um ihre Beeinträchtigungen auszugleichen und eigenständig zu arbeiten. Diese Anforderungen variieren sowohl zwischen als auch innerhalb der verschiedenen Behinderungsarten. Positive Erfahrungen für die Mitarbeitenden entstehen, wenn sie sich als selbstständig, erfolgreich und wertgeschätzt erleben. Negative Erfahrungen treten auf, wenn unklare Zuständigkeiten, unzureichende Informationen, suboptimale Arbeitsabläufe, mangelnde Arbeitsmaterialien und psychosoziale Konflikte vorhanden sind. Obgleich die Arbeit in den Pilotbetrieben oft hohe physische Anforderungen mit sich bringt, priorisieren die Mitarbeitenden mit und ohne Behinderung in den Betrieben in erster Linie organisatorische Themen wie Arbeitsabläufe, fehlende Informationen und psychosoziale Faktoren. Die von den Mitarbeitenden angegebenen Belastungen und auch Ressourcen lassen sich den arbeitsbezogenen psychologischen Grundbedürfnissen nach Autonomie, Kompetenz und sozialer Zugehörigkeit zuordnen, die um die Bedürfnisse nach körperlicher und psychischer Schädigungsfreiheit sowie ausreichender materieller Sicherung zu ergänzen sind (Deci et al. 2017, Rigby & Ryan 2018). Die Pilotbetriebe versuchen diesen Bedürfnissen nachzukommen, indem sie Abläufe und Tätigkeiten den Besonderheiten der Mitarbeitenden anpassen und ggf. durch weitere Hilfsmittel und Arbeitsmaterialien Unterstützung ermöglichen (s. individualisierte Standardisierung).

Der vorherrschende Führungsstil changiert zwischen einer Art Fürsorgepädagogik und Unterstützung der Mitarbeitenden in ihrer Eigenverantwortung, was nicht auf Inklusionsbetriebe begrenzt ist, sondern sich als gesamtgesellschaftliches Phänomen im Umgang mit behinderten Menschen verorten lässt (Karim 2021, Waldschmidt 2005). Die Anrufung behinderter Subjekte unter dem Gesichtspunkt ihrer Autonomie und Selbstbestimmung ist gesellschaftlich ein neuer Trend bzw. eine neue Forderung. Einen ausgewogenen Führungsstil zu finden, der den Bedürfnissen der Mitarbeitenden nach Autonomie und Unterstützung gerecht wird, ist für Inklusionsbetriebe eine große Herausforderung, da Menschen mit Behinderung unterschiedliche Formen der Unterstützung benötigen.

Bei den Mitarbeitenden ohne Behinderung wiederum kann die eingeschränkte Leistungsfähigkeit ihrer Kollegen und Kolleginnen mit Behinderung Anlass zu verstärkter Leistung und angesichts dessen, dass Mitarbeitende mit Behinderung und Mitarbeitende ohne Behinderung bei gleicher Tätigkeit dasselbe Gehalt erzielen, zum Erleben sozialer Ungerechtigkeit führen (Colquitt 2001, 2012). Behinderung stellt als solches eher kein Tabu in den Betrieben dar, wohingegen die Folgen für die kollegiale Zusammenarbeit schon eher tabuisiert werden (Hahn 1991, Luhmann & Fuchs 1989).

Zusammengefasst zeigen die Ergebnisse, dass die Pilotbetriebe vor einzigartigen Herausforderungen stehen, wenn es darum geht, die Bedürfnisse der inklusiven Belegschaft zu berücksichtigen, soziale Gerechtigkeit zu gewährleisten und wirtschaftlichen Erfolg zu erzielen. Dies erfordert eine Balance zwischen verschiedenen Zielen und eine sorgfältige Abwägung von sozialer Verantwortung und betriebswirtschaftlichen Anforderungen.

5.3 Umsetzungsstand von BGF in Inklusionsbetrieben

Die Auswertung der standardisierten Erhebung aus dem Frühjahr 2023 zeigt, dass nur für 11 Prozent der 172 antwortenden Inklusionsbetriebe Krankheitszeiten oder der Gesundheitszustand der Belegschaft kein oder nur selten ein Problem darstellen. Hohe Krankheitsquoten erklären sie sich neben Coronabedingten Ausfällen mit einer höheren Vulnerabilität der Belegschaft. In den weiteren Antworten wird deutlich, dass unter ihnen zu BGF kein profundes Wissen vorhanden ist. So verweisen sie als Analyseverfahren im BGF beispielsweise auf Verfahren, die dem klassischen Arbeitsschutz zuzurechnen sind, was auch die Maßnahmen betrifft. Ca. die Hälfte der 172 antwortenden Betriebe geben an, Maßnahmen zu BGF durchzuführen, wobei es sich um ein großes Spektrum von der klassischen Belehrung im Arbeitsschutz, über Angebote zur Verhaltensprävention, der ergonomischen Gestaltung von Arbeitsplätzen bis zur Verbesserung der Arbeitsplatz-Ausstattung oder Seminaren zu Führungsthemen handelt. Erfahrungen in der Zusammenarbeit mit den gesetzlichen Krankenkassen haben nur ein Viertel der Inklusionsbetriebe; die genannte Zusammenarbeit besteht überwiegend in Information der Belegschaften, z.B. in Form von Gesundheitstagen (n=15), in Hilfestellungen bei Arbeitsplatz-Analysen (n=14) und in der Finanzierung und / oder Unterstützung bei verhaltensbezogenen Workshops (n=24). Über einen systematischen BGF-Prozess, in dem Mitarbeitende beteiligt werden, den Maßnahmen eine Analyse vorausgeht und diese zudem evaluiert werden, verfügen sie in der Regel nicht. 89 Prozent der Firmen benötigen eigenen Angaben zufolge aufgrund von Mangel an Ressourcen eine finanzielle Förderung für eine den Standards des GKV-Präventionsleitfadens entsprechende Durchführung von BGF, 68 Prozent benötigen den Transfer von Wissen und Know-how (GKV Spitzenverband 2023, Stadler 2023).

5.4 Evaluation des BGF-Modells

Die Evaluation des BGF-Modells erfolgte unter Beteiligung der Pilotbetriebe in Form einer qualitativen Prozess- und Wirksamkeitsanalyse (Döring & Bortz 2016). Die Ergebnisse basieren auf den betriebsinternen hierarchiehomogenen Evaluationszirkeln mit Mitarbeitenden und Führungskräften, den betriebsinternen Bilanzworkshops, einer überbetrieblichen Fokusgruppe mit den BGF Koordinatoren und Koordinatorinnen und der Auswertung der betriebsinternen Dokumentationen und Protokolle (Bär et al. 2020).

5.4.1 Prozessevaluation

Das Ziel der Prozessevaluation bestand darin, zum eingesetzten Modell Anpassungs- oder Verbesserungsbedarf zu ermitteln. Dementsprechend standen Bewertungskriterien im Vordergrund wie die Akzeptanz des Modells (Modellakzeptanz), inwiefern die Planungen umsetzbar waren (Modelltreue) und die Beschäftigten beteiligt werden konnten (Modellreichweite) und welche hemmenden und fördernden Faktoren (Modellanpassung) ausfindig zu machen waren. Das entwickelte BGF-Modell hat sich gemäß Prozessanalyse in den Inklusionsbetrieben als „realisierbar“ und „organisational anschlussfähig“ erwiesen: Die im Konzept realisierten und erprobten Module sind ausreichend sensitiv und niedrigschwellig, um Mitarbeitende mit Behinderung und vor allem auch Mitarbeitenden

mit kognitiven Einschränkungen grundsätzlich die Teilhabe zu ermöglichen. Insbesondere die niedrigschwelligen Gesundheitszirkel haben sich in diesem Kontext als eine probate Methode erwiesen. In allen acht Betrieben konnten BGF-Tätigkeitssysteme mit den dazugehörigen Strukturen und Kernprozessen trotz der erschwerten Rahmenbedingungen aufgrund der Pandemie implementiert werden. In allen Betrieben wurden Steuerkreise eingerichtet, Workshops und Zirkel durchgeführt und Maßnahmen geplant, umgesetzt und bewertet. Mit den Modulen und Instrumenten ist es in den Betrieben gelungen, Dialog- und Aushandlungsprozesse zu gesunden Arbeitsbedingungen anzustoßen. Individuelle und organisationale Lernprozesse ebenso wie organisationale Entwicklungen haben stattgefunden. Gesundes Arbeiten konnte in den Betrieben als wichtiges Entscheidungskriterium implementiert werden. Die Nachhaltigkeit kann als gesichert bezeichnet werden. Die Betriebe haben Planungen für den Fortgang nach Abschluss von GATe aufgelegt.

Allerdings ergab die Analyse auch eine Reihe von Verbesserungsmöglichkeiten:

- Um die Akzeptanz und Motivation der Beschäftigten zu steigern, sollte von Beginn an für ein zielgruppenangemessenes Projektmarketing mit verschiedenen Formaten und Medien gesorgt werden, wobei der persönlichen Kommunikation eine besondere Bedeutung zukommt.
- Aufgrund der Rahmenbedingungen kam es bei der Durchführung der einzelnen Projektschritte in den Betrieben zu zeitlichen Verzögerungen. Betriebsschließungen, Kurzarbeit, Krankheitswellen, einzuhaltende Hygieneregeln verhinderten die zeitnahe Umsetzung des Projektes in den Betrieben. Um die Motivation der Beteiligten aufrecht zu erhalten, ist für eine zeitnahe Umsetzung des Projektes zu sorgen.
- Die Rahmenbedingungen erschwerten die zügige Einleitung und Umsetzung vereinbarter Maßnahmen, so dass (aus Gründen der begrenzten Projektlaufzeit) die Evaluation bereits zu einem Zeitpunkt erfolgen musste, als die Maßnahmen ihre volle Wirkung noch nicht entfalten konnten. Hier ist für ausreichend Raum zu sorgen.
- Das Vorgehen, in den Betrieben mit ausgewählten Teilbereichen anzufangen, erwies sich angesichts ihrer geringen materiellen und personellen Ressourcen als sinnvoll. Jedoch sollten Teilbereiche gewählt werden, die dem Vorhaben kooperativ gegenüberstehen, um einen möglichst großen Schneeballeffekt auszulösen.
- Im Projektverlauf erhielten die Betriebe Unterstützung sowohl in Form finanzieller Zuwendung als auch in Form von Expertise - so durch die Bezuschussung von Maßnahmen (externe Trainings und Seminare), durch die Qualifizierung von Vertretern und Vertreterinnen der Betriebe zu BGF Koordinatoren und Koordinatorinnen und durch die prozessbegleitende Beratung. Auch die quartalsweise durchgeführten Netzwerktreffen erwiesen sich als wichtige Ressource, um mangelnde interne Ressourcen in den Betrieben auszugleichen. Es ist fraglich, inwiefern Inklusionsbetriebe ohne diese Art der

Unterstützung, allein mit eigenen Mitteln, in der Lage sind, ein derartiges systematisches BGF-System aufzubauen. Die Ergebnisse der standardisierten Umfrage untermauern die Zweifel, denn daraus wird deutlich, dass sie im Rahmen ihrer eigenen Budgets eher Einzelmaßnahmen und kein systematisches BGF umsetzen.

- Damit sich Inklusionsbetriebe besser auf das Gesundheitsprojekt vorbereiten können, sind sie vorab ausreichend über die benötigten zeitlichen und materiellen Ressourcen zu informieren.
- Die Analyse ergab, dass es gelungen ist, die Zielgruppe zu erreichen und zu beteiligen – insbesondere in den Zirkeln und Workshops. Allerdings war die Beteiligung der Mitarbeitenden und insbesondere der Menschen mit Behinderungen an den Steuerkreisen eher unzureichend. Es wird empfohlen, die Teilnahme der Mitarbeitenden mit Behinderung und ihrer Vertreter und Vertreterinnen in den Steuerkreisen zu besser zu ermöglichen.

5.4.2 Wirksamkeitsanalyse

Die Analyse der Wirksamkeit komplexer sozialer Interventionen in Organisationen ist nicht kontextunabhängig möglich. Die Analyse erfolgte aus einer systemischen und aus der Perspektive der Theorie des expansiven Lernens. Aus der systemischen Perspektive sind Organisationsveränderungen zu konstatieren: In formeller Hinsicht wurden Arbeitsabläufe optimiert, Kommunikationswege vorgegeben, Zuständigkeiten und Verantwortlichkeiten verändert, Personen qualifiziert, versetzt oder neu eingestellt. Weitere Äußerungen der Beteiligten ließen den Schluss zu, dass sich auch in informeller Hinsicht Veränderungen eingestellt haben. Die Rede war von mehr Verständnis und Wertschätzung untereinander. Die Interventionen erwiesen sich grundsätzlich als anschlussfähig an systemeigene Kommunikationsmuster der Organisationen. Die Perspektiven der Mitarbeitenden ermöglichen es den Organisationen prinzipiell, ihre systemeigenen Wahrnehmungskapazitäten zu steigern (Kühl 2011, 2018).

Aus der Perspektive des expansiven Lernens sind individuelle und organisationale Lernprozesse sichtbar, die eine Veränderung der sozialen Praxis implizieren (Engeström 1987, 2001, 2008, 2014; Engeström & Sannino 2010, Pieck 2022, Schubert 2019). Die BGF-Aktivitäten boten den Beschäftigten den Raum, ihre eigenen Bedürfnisse wahrzunehmen und mit den realen Arbeitsbedingungen zu kontrastieren. Die Teilnehmenden am BGF-System erfuhren im BGF Prozess so eine Erweiterung ihrer individuellen Fähigkeiten. Im Austausch miteinander formierte sich der Lerngegenstand „gesundes Arbeiten“ und konnte von ihnen mit Sinnhaftigkeit aufgeladen werden. Im Zuge des Verfahrens wurden sie mit dem Vorgehen vertrauter und selbstbewusster. Die Umsetzung von Lösungsansätzen zur gesundheitsfördernden Gestaltung von Arbeit, die in den Möglichkeitsräumen des BGF-Systems konzipiert wurden, führten zur Veränderung anderer Tätigkeitssysteme der Organisationen. Gesundheit gewann als Entscheidungskriterium für die Gestaltung von Arbeit an Bedeutung. Die Veränderungen sind jedoch kontextabhängig.

Der Fortschritt des BGF Prozesses wurde insbesondere durch Personalmangel und -fluktuation beeinträchtigt, wenn wichtige BGF Motivatoren und Motivatorinnen den Betrieb verließen und neue Mitarbeitende erst einzuarbeiten waren. Gesundheitsprojekte wurden dort behindert, wo hierarchische Führungsstrukturen, Machtbewusstsein sowie ein paternalistisches Führungsverständnis den Eigeninitiativen der Mitarbeitenden skeptisch gegenüberstanden. Dagegen erwies sich das BGF Modell dort als besonders anschlussfähig, wo es bereits formalisierte Instrumente wie zum Beispiel Patenschaften zur Einarbeitung und eine ausgeprägte Mitarbeiterorientierung vorhanden waren, BGF Motivatoren und Motivatorinnen stetig aktiv waren oder sich das Vorhaben mit genuinen Problemen der Organisation verbinden ließ.

6 Gender Mainstream Aspekte

In allen Prozessschritten des Projektes, in allen Workshops und Zirkeln wurde auf eine adäquate Beteiligung weiblicher Beschäftigter geachtet. Gender-Aspekte sind regelmäßig und zielgerichtet in die Gestaltung der Workshops eingeflossen.

7 Diskussion der Ergebnisse, Gesamtbeurteilung

Das Forschungsprojekt hat die Gestaltung eines Konzepts der Betrieblichen Gesundheitsförderung zum Ziel, das zur Erweiterung des Ausmaßes gesunden Arbeitens in Inklusionsbetrieben beiträgt. Das eingesetzte Modell basiert auf einem ganzheitlichen und systematischen Verständnis von BGF, bei dem Mitarbeitende an allen Schritten des Prozesses beteiligt sind und alle Maßnahmen auf einer vorhergehenden Analyse basieren. Acht Pilotbetriebe, die in Hinsicht auf Größe, Gewerke, regionale Verteilung, die Behinderungsarten ihrer Beschäftigten variieren und damit das mögliche Spektrum der Inklusionsbetriebe qualitativ abbilden, wurden explorativ untersucht und über einen Zeitraum von mehr als drei Jahren begleitet. Die Ergebnisse zeigen, dass es mit Hilfe des gewählten Vorgehens und der gewählten Module möglich ist, ein wirksames BGF-System in IBs erfolgreich und nachhaltig zu implementieren.

Inklusionsbetriebe kommen mit ihrer Aufgabe, Menschen mit Schwerbehinderung eine Arbeit zu ermöglichen, einer wichtigen gesellschaftlichen Aufgabe nach. Deutlich wurde, dass sie mit dieser Aufgabe vor komplexen Herausforderungen stehen. Inklusion in materieller, formeller und informeller Hinsicht zu realisieren, stellt Betriebe vor hohe Anforderungen (Behrendt 2017, 2020). BGF hat das Potenzial, hierbei Unterstützung zu gewährleisten.

Die ermittelten Ressourcen- und Belastungskonstellationen lassen sich im Wesentlichen auf zwei Aspekte zurückführen: Zum einen hat die große Diversität der Belegschaft und zum anderen haben die Konstruktionsprinzipien der Pilotbetriebe Auswirkungen auf die Gesundheit der Beschäftigten und können insbesondere bei Führungs- und Anleitungskräften zu psychosozialen Belastungen führen. Um ihre Produktivität und damit ihr wirtschaftliches Überleben zu ermöglichen, haben IBs komplexe Anpassungen von

Arbeitstätigkeiten und -prozessen an die Besonderheiten und Bedarfe der Mitarbeitenden mit Behinderung zu leisten und gegensätzliche Wertorientierungen stetig auszubalancieren. Das Projekt GATe zeigt, dass es grundsätzlich möglich ist, ein BGF-System, das auf der Beteiligung und Befähigung von Menschen und Organisationen beruht, auch in Inklusionsbetrieben umzusetzen und dass ein solches System Inklusionsbetriebe in der Erbringung ihrer komplexen Aufgaben unterstützen kann. Auch Menschen mit Behinderung ist es möglich, Widersprüche zwischen ihren eigenen Bedürfnissen und den Arbeitsbedingungen wahrzunehmen, zu reflektieren, in Lösungsvorschläge zu kanalisieren, an Kompetenz und Eigenverantwortung zu gewinnen, sich in organisationale Aushandlungsprozesse einzubringen und zur gesundheitsfördernden Organisationsentwicklung beizutragen. Mit den in GATe entwickelten BGF-Modulen ist es gelungen, die Wahrnehmungskapazitäten der Mitarbeitenden und Organisationen zu erhöhen. Die Evaluation zeigt geringe Veränderungsbedarfe des zum Einsatz kommenden Konzepts auf. Die Wirksamkeit des Modells ist jedoch abhängig vom Kontext der Organisationen.

Die Modellbetriebe hatten besondere Ausgangsbedingungen: Sie erhielten im Projekt Unterstützung in Form personeller und finanzieller Ressourcen (prozessbegleitende Beratung, finanzielle Zuschüsse zu Maßnahmen, moderierter Erfahrungsaustausch und Unterstützung beim Netzwerken). Angesichts ihrer - als überwiegend Klein- und Kleinstbetriebe - geringen finanziellen und personellen Ressourcen ist die Frage berechtigt, inwiefern es Inklusionsbetrieben perspektivisch möglich ist, ein solches Konzept ohne weitere Unterstützung umzusetzen. Zwar werden die Ergebnisse des Projektes zu Handlungsempfehlungen für Geschäftsführende, Entscheider und Entscheiderinnen verdichtet, es bleibt jedoch fraglich, ob das ausreicht, um Inklusionsbetrieben die Implementation eines BGF-Systems zu ermöglichen. Ergebnis der standardisierten Umfrage ist u.a., dass sie dazu entsprechende finanzielle oder auch personelle Unterstützung benötigen, zumal BGF eine Investition in die Personal- und Organisationsentwicklung eines Betriebes darstellt, die sich nicht kurzfristig, sondern langfristig rentiert.

Die ausgewählten Kooperationsbetriebe variieren zwar in Hinsicht auf bestimmte Kriterien, bilden jedoch nur einen Ausschnitt des Spektrums der insgesamt rund 945 Inklusionsbetriebe ab. Das Modellprojekt wurde in Zeiten großer Unsicherheit durchgeführt, ist als explorative Studie angelegt und erhebt keinen Anspruch auf statistische Repräsentativität.

8 Verbreitung und Öffentlichkeitsarbeit der Projektergebnisse

Das Projekt unterhielt eine Webseite (<https://betriebliche-gesundheitsfoerderung-inklusiv.de>), mit der über wesentliche Aspekte von GATe informiert wurde.

Parallel dazu wurde GATe in 2022 durch Präsentationen vor wichtigen Stakeholdern bekannt gemacht:

- am 02.03.22 Integrationsamt des Kommunalverbandes für Jugend und Soziales in Baden-Württemberg,
- am 07.03.23 erweiterte Vorstandssitzung der bag-ig e.V.,
- am 26.06.23 Mitgliederversammlung der Landesarbeitsgemeinschaft der Inklusionsfirmen in Sachsen,
- im vorbereitenden Ausschuss der Aktion Mensch (am 10.11.22),
- vor Betreibern und Marktleitern der CAP Märkte (am 14.09.22 und 05.10.22).

Die Ergebnisse wurden darüber hinaus

- auf der Jahrestagung der Inklusionsfirmen in Stuttgart (24.05.23)
- und im Rahmen des Symposiums des iAW an der Leibniz-Universität (26.05.23)

vorgelegt.

Das Projekt, sein Fortschritt und seine Erkenntnisse wurden fortlaufend mit dem wissenschaftlichen Beirat diskutiert. Der Beirat bestand aus Vertretern und Vertreterinnen wichtiger Stakeholder wie der bag-if, der bgw, der BIH, der Lebenswerk Zukunft, der FAF und der Wissenschaft.

9 Verwertung der Projektergebnisse (Nachhaltigkeit/ Transferpotential)

Die Ergebnisse des Projektes GATe wurden

- für konkrete Empfehlungen an Stakeholder und
- als konkrete Praxishilfen für Entscheider, Entscheiderinnen und Geschäftsführende von Inklusionsbetrieben

aufbereitet.

10 Publikationsverzeichnis

Perschke-Hartmann, Christiane & Maleen Halter (2023). Arbeit inklusiv und gesund. Erprobung und Evaluation Betrieblicher Gesundheitsförderung in Inklusionsbetrieben. Schriftenreihe zur interdisziplinären Arbeitswissenschaft, Bd. 14. Baden-Baden: Nomos.

Stadler, P. (2023). Umsetzung betrieblicher Gesundheitsförderung in Inklusionsunternehmen. Auswertung einer bundesweiten Umfrage im Rahmen des GATe Projektes. Veröffentlichte pdf und Eigendruck des GATe Projektes, erhältlich über die homepage www.faf-gmbh.de.

Stadler, P. & Perschke-Hartmann, C. (2023). Systematische BGF in Inklusionsbetrieben. Handreichung mit 7 Modulen zur Implementierung einer betrieblichen Gesundheitsförderung. Veröffentlichte pdf und Eigendruck des GATe Projektes, erhältlich über die homepage www.faf-gmbh.de.

Perschke-Hartmann, C. & Stadler, P. (2023). Handlungsempfehlungen an Stakeholder – Zur Förderung Betrieblicher Gesundheitsförderung (BGF) in Inklusionsbetrieben nach § 215f SGB IX und Unterstützung der Betriebe bei der Implementierung. Veröffentlichte pdf und Eigendruck des GATe Projektes, erhältlich über die homepage www.faf-gmbh.de.

11 Literaturverzeichnis

- Bär, G., Kasberg, A., Geers, S., Clar, C. (2020).* Fokusgruppen in der partizipativen Forschung. In: Hartung, S., Wihofszky, P., Wright, M. (eds) Partizipative Forschung. Springer VS: Wiesbaden. https://doi.org/10.1007/978-3-658-30361-7_7. (letzter Zugriff am 29.06.2023).
- bag-if (2020).* Das Netzwerk inklusiver Unternehmen. Inklusionsunternehmen nach Branchen. Inklusionsunternehmen in Zahlen. <https://bag-if.de/integrationsunternehmen-in-zahlen/> (letzter Zugriff am 29.06.2023).
- Beck, D. (2011).* Zeitgemäße Gesundheitspolitik in Kleinst- und Kleinbetrieben. Hemmende und fördernde Bedingungen. Berlin: edition sigma.
- Behrendt, H. (2017).* Was ist soziale Teilhabe? Plädoyer für einen dreidimensionalen Inklusionsbegriff. In: Misselhorn, C & Behrendt, H. (Hg.) Arbeit, Gerechtigkeit, Inklusion. Wege zu gleichberechtigter gesellschaftlicher Teilhabe. Stuttgart: JB Metzler. (S. 50 – 76).
- Behrendt, H. (2020).* Teilhabegerechtigkeit im Arbeitsleben – Innerbetriebliche Inklusionsmechanismen und –hindernisse. In: Badura, B. (Hg.) Fehlzeiten-Report 2020. Gerechtigkeit und Gesundheit. Berlin: Springer. (S. 245-258).
- BIH Jahresbericht (2020/2021).* Behinderung & Beruf und soziale Entschädigung. Köln: BIH Bundesarbeitsgemeinschaft der Integrationsämter und Hauptfürsorgestellen. 2020 <https://www.bih.de/integrationsaemter/medien-und-publikationen/publikationen/jahresberichte/bih-jahresbericht-2020/2021/> (letzter Zugriff am 29.06.2023).
- BMAS (Hg.) (2021).* Dritter Teilhabebericht der Bundesregierung über die Lebenslagen von Menschen mit Beeinträchtigungen. TEILHABE – BEEINTRÄCHTIGUNG – BEHINDERUNG https://www.bmas.de/SharedDocs/Downloads/DE/Publikationen/a125-21-teilhabebericht.pdf%3Bjsessionid=33047E84BCB52D7B4AA28FF1C77DE6F9.delivery1-replication?_blob=publicationFile&v=4. (letzter Zugriff am 29.06.2023).
- Bourdieu, P. (2021).* Die feinen Unterschiede. Kritik der gesellschaftlichen Urteilskraft. (28. Auflg., erste Auflg. 1987). Frankfurt a. M.: Suhrkamp.
- Colquitt, J.A. (2001).* On the dimensionality of organizational justice: A construct validation of a measure. *Journal of Applied Psychology*. 86. (S. 386 - 400).
- Colquitt, J.A. (2012):* Organizational Justice. In: Kozlowski, S.W.J. (ed.). *The Oxford handbook of organizational psychology*. (Vol. 1). New York: Oxford University Press. (S. 526 – 547).
- Deci, E. L., Olafsen, A. H. & Ryan, R.M. (2017).* Self-Determination Theory in Work Organizations: The State of a Science. In: *Annu. Rev. Organ. Psychol. Organ. Behav.* (4). (S. 19-43).
- Döring, B. & Bortz, J. (2016).* Evaluationsforschung. In: (Dies. unter Mitarbeit von S. Pöschl): *Forschungsmethoden und Evaluation in den Sozial- und Humanwissenschaften*. Berlin Heidelberg: Springer-Verlag. (S. 975- 1036).

Efimov, I.; Kordsmeyer, AC.; Harth, V.; Mache, S. (2022). Status quo der betrieblichen Gesundheitsförderung in Inklusionsbetrieben. Potenziale und Herausforderungen für die Zukunft. *Prävention und Gesundheitsförderung*. <https://doi.org/10.1007/s11553-022-01003-6>. (letzter Zugriff am 29.06.2023).

Engeström, Y. (1987). *Learning by Expanding: An activity-theoretical approach to developmental research*. Helsinki: Orienta-Konsultit.

Engeström, Y. (2001). Expansive Learning at Work: Toward an activity theoretical reconceptualization. *Journal of Education and Work*. 14 (1). (S. 133-156).

Engeström, Y. (2008). *Entwickelnde Arbeitsforschung. Die Tätigkeitstheorie in der Praxis*. Lehmanns Media: Berlin.

Engeström, Y. (2014). Activity Theory and learning at work. In: U. Deinet & Reutlinger, C. (Hg.). *Tätigkeit – Aneignung – Bildung. Positionierungen zwischen Virtualität und Gegenständlichkeit*. (S. 67 – 96). Wiesbaden: Springer VS.

Engeström, Y. & Sannino, A. (2010). Studies of expansive learning: Foundations, findings and future challenges. *Educational Research Review* (2010). <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1747938X10000035> (letzter Zugriff am 29.06.2023).

Faller, G. (2017). Was ist eigentlich Betriebliche Gesundheitsförderung? In: Dies. (Hg.). *Lehrbuch Betriebliche Gesundheitsförderung*. (3. vollst. erw. und überarbeitete Aufl.). Bern: Hogrefe. (S. 25 – 38).

Flick, U. (2000). *Qualitative Forschung: Theorien, Methoden, Anwendung in Psychologie und Sozialwissenschaften* (5. Aufl.). Hamburg: Rowohlt.

Flick, U. (2019). Gütekriterien qualitativer Sozialforschung. In: Baur, N. & Blasius, J. (Hg.) *Handbuch Methoden der empirischen Sozialforschung*. Wiesbaden: Springer Fachmedien. (S. 473 – 487). https://doi.org/10.1007/978-3-658-21308-4_33. (letzter Zugriff am 29.06.2023).

Friczewski, F. (2017). Partizipation im Betrieb: Gesundheitszirkel & Co. In: Faller, G. (Hg.). *Lehrbuch Betriebliche Gesundheitsförderung*. (3. vollst. erw. und überarbeitete Aufl.). Bern: Hogrefe. (S. 243 – 252).

GKV Spitzenverband (2023). Leitfaden Prävention. Vom 21.06.2000 in der Fassung vom 27.3.2023. https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/praevention_selbsthilfe_beratung/praevention/praevention_leitfaden/Leitfaden_Praevention_Akt_03-2023_barrierefrei.pdf. (letzter Zugriff am 15.11.2023).

Grossmann R. & Scala K. (2011). *Gesundheit durch Projekte fördern. Ein Konzept zur Gesundheitsförderung durch Organisationsentwicklung und Projektmanagement*. (5. Aufl.). Weinheim und München: Juventa.

Grossmann, R., G. Bauer & Scala, K. (2015). *Einführung in die systemische Organisationsentwicklung*. Heidelberg: Carl-Auer.

Haack, G. & Haß, W. (2020). Evaluation. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (Hg.). Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. <https://doi.org/10.17623/BZGA:Q4-i016-2.0>. (letzter Zugriff am 29.06.2023).

Hahn, A. (1991). Rede- und Schweigeverbote. In: Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie. Jg. 43. Heft 1.(S. 86 – 105).

Ilmarinen, J (1999). Ageing Workers in the European Union – Status and promotion of work ability, employability and employment. Finnish Institute of Occupational Health, Ministry of Social Affairs and Health, Ministry of Labour. Helsinki, Finland

Ilmarinen, J. (2006). Towards a longer worklife! Ageing and the quality of worklife in the European Union. (ed. F.I.o.H-M.o.S.A.a. Health). Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Ilmarinen, J. (2019). Von der Arbeitsfähigkeitsforschung bis zur Umsetzung. In: Int. J. Umgebung. Res. Öffentliche Gesundheit. 16(16). 2882. <https://doi.org/10.3390/ijerph16162882>. (letzter Zugriff am 02.08.2023).

Inklusionsbarometer Arbeit (2022). hg. von Aktion Mensch. Nov. 2022. Bonn. <https://aktion-mensch.stylelabs.cloud/api/public/content/aktion-mensch-inklusionsbarometer-arbeit-2022.pdf?v=1c96bb3b>. (letzter Zugriff am 29.06.2023).

Kardorff, E. v. (1995). In: Flick, U., Kardorff, E. v., Keupp, H., Rosenstiel, L. v. & Wolff, S. (Hg.): Handbuch qualitative Sozialforschung: Grundlagen, Konzepte, Methoden und Anwendungen. Weinheim: Beltz. (S. 3 - 8).

Karim, S. (2021): Arbeit und Behinderung. Praktiken der Subjektivierung in Werkstätten und Inklusionsbetrieben. Disability Studies. Körper – Macht – Differenz. Bd. 16. Bielefeld: transcript.

Kuckartz, U. (2016). Qualitative Inhaltsanalyse. Methoden, Praxis, Computerunterstützung. Weinheim: Beltz Juventa.

Kuckartz, U., Dresing, T., Rädiker, S., Stefer, C. (2008). Qualitative Evaluation. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften. (2. Aufl., 1. Aufl. 2007).

Kühl S. (2011). Organisationen. Eine sehr kurze Einführung. (1. Aufl.). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, Springer Fachmedien.

Kühl, S. (2018). Organisationskulturen beeinflussen. Eine sehr kurze Einführung. Wiesbaden: Springer Fachmedien.

Lamnek, S. (2005). Qualitative Sozialforschung. (4. vollst. überarb. Aufl.). Weinheim und Basel: Beltz.

Luhmann, N. & Fuchs, P. (1989). Reden und Schweigen. Frankfurt a. M.: suhrkamp.

Mayring, P. (2007a). Designs in qualitativ orientierter Forschung. Journal für Psychologie, 15(2). Verfügbar unter: <https://journal-fuer-psychologie.de/article/view/127>. (letzter Zugriff am 29.06.2023).

Mayring, P. (2007b). Generalisierung in qualitativer Forschung. In: Forum Qualitative Sozialforschung. Vol. 8. No. 3. Art. 26. <https://user.uni-frankfurt.de/~guenter/ss2008/lohwald/Generalisierung.pdf>. (letzter Zugriff am 24.07.2023).

Moldaschl, M. F. (2017). Das Konzept der Widersprüchlichen Arbeitsanforderungen (WAA). Ein nichtlinearer Ansatz zur Analyse von Belastung und Bewältigung in der Arbeit. In: Faller, G. (Hg.). Lehrbuch Betriebliche Gesundheitsförderung. (3. vollst. erw. und überarbeitete Auflg.). Bern: Hogrefe. (S. 139-151).

Pieck, N. (2022). Betriebliche Gesundheitsförderung als organisationaler Lernprozess. In: Hajji, R., Kitzte, K. & Pieck, N. (Hg.). Gesundheitsfördernde Organisationsentwicklung. Theorien, Ergebnisse und Ansätze. Wiesbaden: Springer. <https://link.springer.com/book/10.1007/978-3-658-35603-3>. (S. 17-31). (letzter Zugriff am 29.06.2023).

Rigby, C.S. & Ryan, R.M. (2018). Self-Determination Theory in Human Resource Development: New Directions and Practical Considerations. In: Advances in Developing Human Resources. Vol 20 (2). (S. 133-147).

Semmer, N. & Udris, I. (2004). Bedeutung und Wirkung von Arbeit. In: Schuler, H. (Hg.). Lehrbuch Organisationspsychologie. Bern: Huber. (S. 157–195).

Seyfried, E. & Stadler, P. (1985). Die Bedeutung von Arbeit für psychisch Kranke. Erfahrungen aus der Selbsthilfefirma Backstern. In: Keupp, H., Kleiber, D. & Scholten, B. (Hg.). Im Schatten der Wende. Tübingen: Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie.

Schubert, A.-K. (2019). Gesundheit als organisationaler Lernprozess. Eine lern- und organisationstheoretische Analyse von Betrieblicher Gesundheitsförderung. Schriftenreihe zur interdisziplinären Arbeitswissenschaft. Bd. 11. Augsburg, München: Rainer Hampp.

Stadler, P. (2023). Umsetzung betrieblicher Gesundheitsförderung in Inklusionsunternehmen. veröffentlichte pdf. (Im Erscheinen)

Starystach, S., Bär, S. & Sari, E. (2020). Der Gesundheitszirkel als Methode der partizipativen Gesundheitsforschung. Working Paper. http://archiv.ub.uni-heidelberg.de/volltextserver/29152/7/Starystach_Baer_Sari_Gesundheitszirkel_2020.pdf. (Letzter Zugriff am 29.06.2023).

Steinke, I. (2010). Gütekriterien qualitativer Forschung. In: Flick, U., Kardorff, E. V. & Steinke, I. (Hg.). Qualitative Forschung. Ein Handbuch. (8. Auflg.). Reinbek bei Hamburg: Rowohlt. (S. 319-331).

Waldschmidt, A. (2005). Disability Studies: Individuelles, soziales und/ oder kulturelles Modell von Behinderung? In: Psychologie und Gesellschaftskritik. 29 (1). (S. 9-31).

Waldschmidt, A. & Schneider, W. (Hg.). (2007). Disability Studies und Soziologie der Behinderung. Kultursoziologische Grenzgänge – eine Einführung. In: Dies. (Hg.). Disability Studies, Kultursoziologie und Soziologie der Behinderung. Erkundungen in einem neuen Forschungsfeld. Bielefeld: transcript. (S. 9-28).

Anlagen

Stadler, P. (2023). Umsetzung betrieblicher Gesundheitsförderung in Inklusionsunternehmen. Auswertung einer bundesweiten Umfrage im Rahmen des GATe Projektes. Veröffentlichte pdf und Eigendruck des GATe Projektes, erhältlich über die homepage www.faf-gmbh.de.

Stadler, P. & Perschke-Hartmann, C. (2023). Systematische BGF in Inklusionsbetrieben. Handreichung mit 7 Modulen zur Implementierung einer betrieblichen Gesundheitsförderung. Veröffentlichte pdf und Eigendruck des GATe Projektes, erhältlich über die homepage www.faf-gmbh.de.

Stadler, P. & Perschke-Hartmann, C. (2023). Handlungsempfehlungen für die Stakeholder von Inklusionsbetrieben zur Implementierung Betrieblicher Gesundheitsförderung (BGF) in Inklusionsbetrieben nach § 215f SGB IX. Veröffentlichte pdf und Eigendruck des GATe Projektes, erhältlich über die homepage www.faf-gmbh.de.

.

zahlenmäßiger Verwendungsnachweis (Formblatt des BVA)

tabellarische Belegübersicht (Ausgaben und Einnahmen, nach Art und in zeitl. Reihenfolge getrennt aufgelistet ohne Formatvorgabe