

# 09.23

In Kooperation mit:



74. Jahrgang  
September 2023  
ISSN 2199-7330  
1424

# sicher ist sicher

www.SISdigital.de

**ESV DIGITAL**  
Die Contentplattform

## Arbeitsschutz von Grund auf



## ESV-Digital Arbeitssicherheit



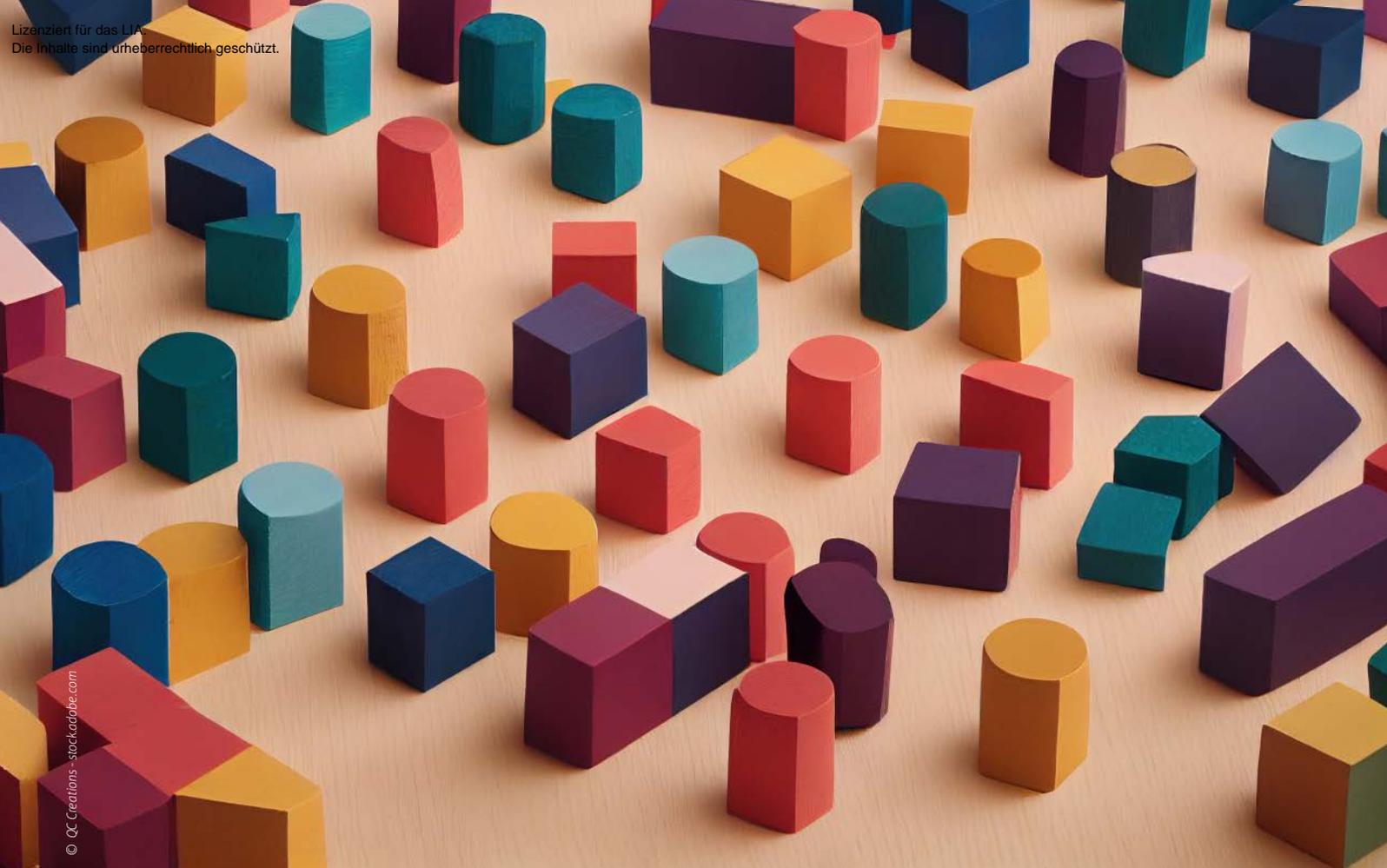
Gleich 4 Wochen gratis testen:

[www.ESV-Digital.de/Arbeitssicherheit](http://www.ESV-Digital.de/Arbeitssicherheit)

Manipulation von Schutzeinrichtungen 371

Cybersicherheit und Arbeitsschutz 390  
Verantwortung ohne Macht 395

**ESV** ERICH  
SCHMIDT  
VERLAG



ANNE GOEDICKE · EMANUEL BEERHEIDE · LISA SCHÜßLER

# Vom Einzelfall zur Normalität: Unterstützung chronisch kranker Beschäftigter als Aufgabe des betrieblichen Arbeitsschutzes

Personalwirtschaftlich hat sich der Wind gedreht. Demografische Entwicklungen stellen lang gehegte Normalitätserwartungen an Beschäftigte in Frage. Fachkräfteengpässe rücken vielfalts- gerechtere Strategien der Personalbindung in den Fokus. Damit entstehen neue Chancen für die – längst überfällige – Normalisierung des Arbeitens mit bedingter Gesundheit. Hier kann der betriebliche Arbeitsschutz einen Beitrag leisten, um die Inklusion chronisch kranker Beschäftigter wirksam zu unterstützen.

## 1. Eine wenig beachtete Beschäftigten- gruppe

Fast jeder Betrieb beschäftigt Menschen mit chronischen Erkrankungen und/oder Behinderungen, die nicht amtlich als Schwerbehinderung anerkannt wurden. Während diese große Beschäftigtengruppe zunehmend in den Fokus der

Teilhabepolitik rückt, wird sie im betrieblichen Arbeitsschutz bisher wenig beachtet.

Für Menschen mit Schwerbehinderung oder Gleichstellung zur Schwerbehinderung ( $GdB \geq 50$ ) werden Teilhabebarrieren im Arbeitsleben – v. a. über das SGB IX Teil 3 – partiell durch Schutzansprüche, Nachteilsausgleiche, Rechte und eine

## DIE AUTOR\*INNEN



**Dr. Anne Goedicke**  
ist wissenschaftliche Mitarbeiterin in der Fachgruppe „Sozialer und medizinischer Arbeitsschutz“ am Landesinstitut für Arbeitsschutz und Arbeitsgestaltung Nordrhein-Westfalen (LIA)



**Emanuel Beerheide**  
leitet die Fachgruppe „Sozialer und medizinischer Arbeitsschutz“ am Landesinstitut für Arbeitsschutz und Arbeitsgestaltung Nordrhein-Westfalen (LIA)



**Lisa Schüßler**  
ist wissenschaftliche Mitarbeiterin in der Fachgruppe „Sozialer und medizinischer Arbeitsschutz“ am Landesinstitut für Arbeitsschutz und Arbeitsgestaltung Nordrhein-Westfalen (LIA)  
<https://www.lia.nrw.de/>

institutionalisierte Interessenvertretung kompensiert. Sie sind nach § 4 ArbSchG eine der schutzbedürftigen Beschäftigtengruppen, für die spezielle Gefahren zu berücksichtigen sind. Dies erhöht trotz fortbestehender Teilhabedefizite ihre Sichtbarkeit in den Betrieben.

Beschäftigte mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen, aber ohne anerkannte Schwerbehinderung, sind in einer anderen Situation: Im betrieblichen Alltag gibt es oft Unsicherheiten über legitime Ansprüche und Zuständigkeiten für ggf. notwendige Anpassungen von Arbeitsbedingungen. Dass auch Beschäftigte mit chronischer Erkrankung und/oder Behinderung unterhalb eines GdB von 50 zu den „schutzbedürftigen Beschäftigtengruppen“ nach § 4 ArbSchG gehören [1] und das SGB IX explizit auf die Vermeidung des Eintritts einer Behinderung einschließlich einer chronischen Krankheit hinwirkt, wird in der Praxis selten gelebt. Häufig werden Erkrankungen nicht, spät oder nur im engen Kollegenkreis offengelegt [2], trotz der Fortsetzung von Belastungen und gesundheitlichen Verschlechterungen. Und so mag es in der Corona-Pandemie mancherorts überrascht haben, wie groß die „Risikogruppen“ in den Betrieben waren und wie viele Beschäftigte durch die Umstände in die Sichtbarkeit gedrängt wurden.

Oft hängt dies mit Betriebskulturen zusammen, die keinen Platz für einen konstruktiven Umgang mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen einräumen und weitere Risiken bergen:

- ▶ zu negative Bilder der Arbeitsfähigkeit und Leistungsbereitschaft von Menschen mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen verfestigen sich,
  - ▶ die Akzeptanz gegenüber chronisch Kranken sinkt, wenn die Folgen der Erkrankungen für die Arbeit, z.B. Personalausfälle, im Betrieb nicht berücksichtigt werden,
  - ▶ Chancen präventiver Arbeitsgestaltung für die Gesamtbelegschaft werden verspielt und erkrankte Beschäftigte reagieren möglicherweise mit Rückzug oder Arbeitsplatzwechseln.
- Da insbesondere erfahrene Beschäftigte mit zunehmendem Lebensalter Verschlechterungen der Gesundheit erleben, könnten Fachkräftengpässe derzeit in vielen Betrieben ein Türöffner sein, die – längst überfällige – Normalisierung des Arbeitens mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen voranzubringen [3;4]. Eine langfristige Weiterbeschäftigung der Betroffenen erfordert betrieblicherseits sowohl kulturelle Veränderungen als auch aktives Handeln, auch in kleineren Betrieben mit eingeschränkten Ressourcen [5].

Der betriebliche Arbeitsschutz kann eine wichtige Unterstützungsfunktion für eine teilhabeorientierte Personalarbeit einnehmen. Ausgehend von ausgewählten Fakten zur Arbeitssituation

behandelt dieser Beitrag daher Handlungsfelder und Herausforderungen eines effektiven betrieblichen Arbeitsschutzes für die Weiterbeschäftigung (stay at work) chronisch kranker Beschäftigter.

## 2. Arbeitsbedingungen von chronisch kranken Beschäftigten

Gute sozialstatistische Auskünfte zur Verbreitung von langfristigen Erkrankungen und Beeinträchtigungen bei Erwerbstätigen sind rar [6;7]. Unabhängig davon kann und soll der betriebliche Arbeitsschutz die resultierenden Problemlagen berücksichtigen. In Selbstauskünften beschreibt sich etwa eine/r von drei Erwerbstätigen in Deutschland als chronisch krank, unter jüngeren Beschäftigten von 25 bis 33 Jahren mehr als eine/r von fünf [8]. Chronische Erkrankungen können durch Arbeitsbedingungen beeinflusst sein, obwohl sie nur zu einem geringen Anteil anerkannte Berufskrankheiten sind. Nicht jede chronische Krankheit beeinträchtigt unmittelbar die Berufsausübung, d.h. bei weitem nicht alle Personen, die eine „längerfristigen Krankheit oder Gesundheitsstörung von mindestens 6 Monaten Dauer“ berichten – so eine typische Operationalisierung in Umfragen –, empfinden sich dadurch als beeinträchtigt in ihrer Leistungsfähigkeit und ihren Aktivitäten und Teilhabemöglichkeiten im Sinne der International Classification of Functioning, Disability and Health [9]. Allerdings gab es 2017 mehr als 1,6 Millionen Beschäftigte, die bereits eine Teilhabebeeinträchtigung aufwiesen, ohne anerkannt schwerbehindert zu sein [9]. Chronisch Kranke sind fast immer von weiteren Einschränkungen ihrer Arbeitsfähigkeit bedroht.

Ein Großteil dieser Gesundheitsprobleme ist in den Betrieben nicht bekannt und wird daher für den Arbeitsschutz nicht zur Handlungsaufforderung. Viele der betroffenen Beschäftigten erfüllen Leistungserwartungen am Arbeitsplatz, obwohl sie möglicherweise bewegungseingeschränkt sind, chronische Schmerzen haben, unter Erschöpfung oder wiederkehrenden Befindlichkeitsstörungen leiden und sich damit Belastungen und Unfallgefahren verstärken. Hinzu kommen weitere Aufgaben wie Arztbesuche, Behandlungen, die Auseinandersetzung mit Ämtern und Krankenkassen, die Neuordnung von Alltagsroutinen und Lebensentwürfen [10]. Berufliche, private und therapeutische Anforderungen zu vereinbaren wird als Dauerbelastung wahrgenommen und verstärkt krankheitsbedingte Erschöpfungszustände [11]. Wohl auch deshalb weisen chronisch kranke Menschen eine auffällig niedrige Erwerbstätigkeitsquote und Lücken in der eigenständigen finanziellen Sicherung auf [9].

Vor diesem Hintergrund werden Ergebnisse zu Belastungen und Beanspruchungen am Arbeits-

platz aus der Beschäftigtenbefragung 2021 des Landesinstituts für Arbeitsschutz und Arbeitsgestaltung Nordrhein-Westfalen gezeigt. Die Telefonbefragung erhebt mit einem Fokus auf Arbeitsbedingungen und Arbeitsschutz in regelmäßigen Abständen Auskünfte von einer repräsentativen Stichprobe abhängig Beschäftigter in Nordrhein-Westfalen. 2021 wurde erstmals sowohl nach einer Behinderung als auch nach einer chronischen Erkrankung oder einem lang andauernden gesundheitlichen Problem gefragt (zur Methodik [12]).

Abbildung 1 zeigt die 16 häufigsten Dauerbelastungen in der Erwerbsarbeit, d.h. „immer“ oder „häufig“ vorliegende Arbeitsbedingungen bei der Teilmenge von Beschäftigten, die chronisch erkrankt sind und/oder einen amtlich festgestellten GdB < 50 haben, und bei der Gesamtstichprobe der abhängig Beschäftigten.

Die häufigste Dauerbelastung, Umgang mit Computern und Telekommunikationsmitteln, liegt mit beinahe 4 von 5 betroffenen Personen in beiden Gruppen gleich häufig vor. Anteilig mehr Beschäftigte mit eingeschränkter Gesundheit berichten, den meisten Dauerbelastungen „häufig“ oder „immer“ ausgesetzt zu sein. Die Rangfolge der Belastungen weicht für die Teilmenge der gesundheitlich Eingeschränkten nicht wesentlich von der Gesamtstichprobe ab, zeigt aber mehr

Nennungen von „immer“ oder „häufig vorkommend“, insbesondere bei einseitigen Bewegungsabläufen und Zwangshaltungen, Arbeiten unter hohem Zeitdruck, ungünstigem Führungsverhalten, Kund\*innen- bzw. Patient\*innenkonflikten sowie dem Heben und Tragen von Lasten. Von den klassischen physikalischen Arbeitsbedingungen Lärm, Arbeiten bei Kälte, Hitze, Nässe oder Zugluft sowie dem Bedienen [...] schwerer Geräte berichten Beschäftigte mit Gesundheitsproblemen seltener als die Gesamtstichprobe, möglicherweise aufgrund einer gezielten Auswahl ihrer Tätigkeiten.

Für diejenigen, die den bereits gezeigten 16 häufigsten Dauerbelastungen ausgesetzt sind, werden in Abbildung 2 die Anteile abgebildet, die sich davon als „etwas“, „ziemlich“ oder „stark“ beansprucht beschreiben. Mit Ausnahme von verkürzten Ruhezeiten, bei denen der Anteil der Teilstichprobe dem der Gesamtstichprobe entspricht, wirken alle Gefährdungsfaktoren bei einem größeren Anteil der gesundheitlich beeinträchtigten Personen beanspruchend. Besonders auffällig ist dies in Bezug auf Lärm, Routineaufgaben, das Bewegen von Lasten, das Bedienen [...] schwerer Geräte sowie Multitasking. Einige Faktoren belasten zwar nur eine Minderheit der Befragten dauerhaft (Abb.1), wirken dann aber fast immer negativ beanspruchend (Abb.2). Das

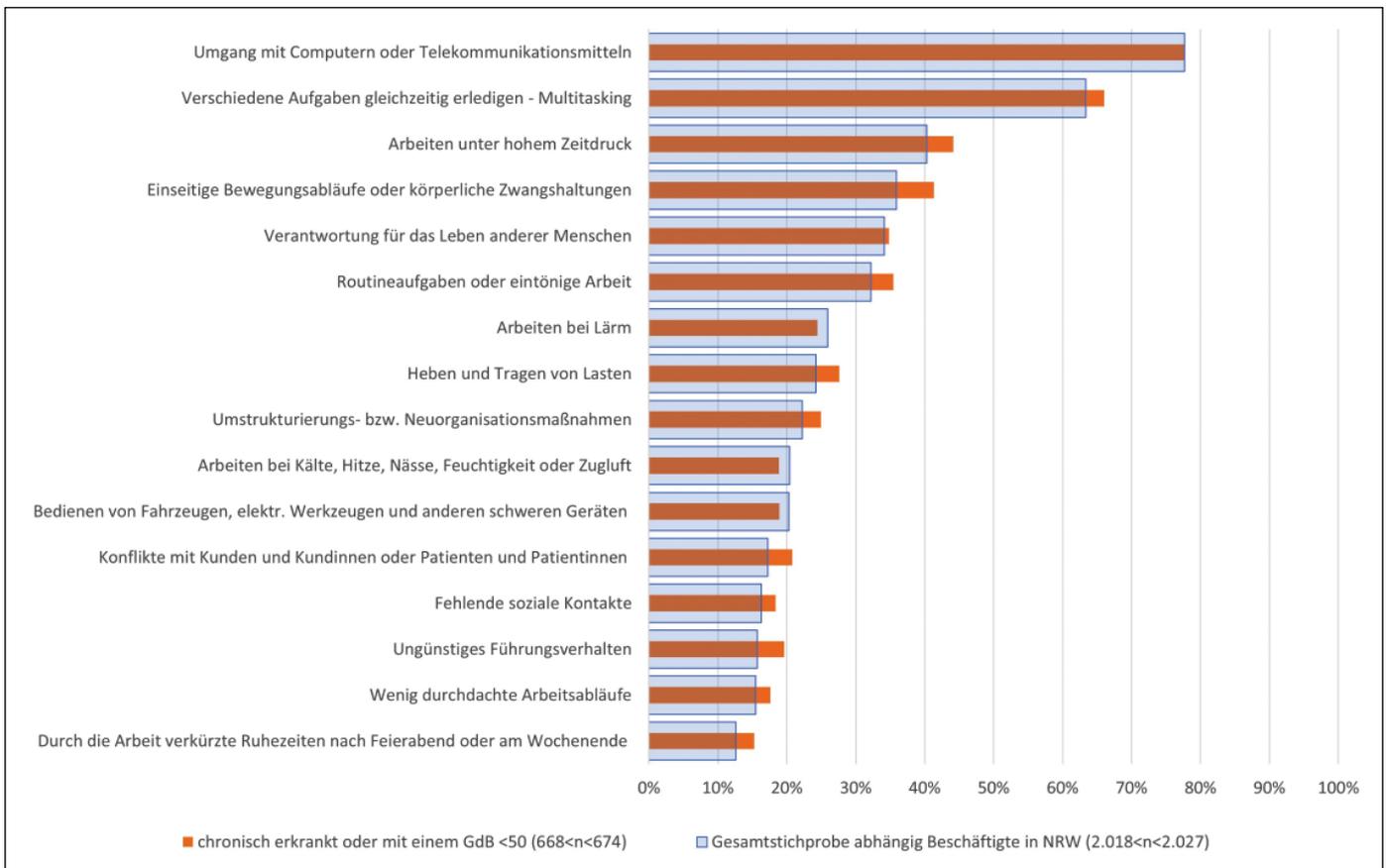


Abb. 1: Dauerbelastungen bei Beschäftigten in NRW (Top 16 von 21)



Abb. 2: Beanspruchungen unter Dauerbelastungen bei Beschäftigten in NRW

gilt zum Beispiel für ungünstiges Führungsverhalten oder wenig durchdachte Arbeitsabläufe.

Die Daten der NRW-Beschäftigtenstichprobe zeigen, – wie andere Studien auch – dass gesundheitlich beeinträchtigte Beschäftigte neben den klassischen besonders Gefährdungen durch arbeitsorganisatorische und soziale Faktoren wie Arbeitsverdichtung, Multitasking und ungünstigem Führungsverhalten ausgesetzt sind. Ein wiederkehrendes Thema sind zudem Konflikte am Arbeitsplatz, die durch schlechte Arbeitsorganisation, Personalengpässe, Vorurteile oder das Fehlen inklusiver Organisationskulturen verstärkt werden. Die Beschäftigten haben Schwierigkeiten, ihre krankheitsbedingten Einschränkungen zu erklären und berichten von Mobbing, mangelnder Unterstützung und Wertschätzung [4;11]. Arbeitszufriedenheit hingegen wird durch Zugehörigkeitsgefühl, Unterstützung durch Vorgesetzte und Kolleg\*innen sowie unterstützende Maßnahmen gefördert [13]. Aus gesundheitlicher Beeinträchtigung folgt also in verschiedenen Bereichen der Arbeitsgestaltung ein vergleichsweise höherer Unterstützungsbedarf.

In der Praxis zeigen sich erhebliche Lücken zwischen Beschäftigtenwünschen nach Arbeitsplatzanpassungen und erfolgten Maßnahmen, insbesondere im Bereich der Arbeitszeit und

–organisation [3;11;14]. Solche ungedeckten Hilfebefehle und die Sorge vor Tätigkeitsverboten können ein Grund dafür sein, dass der betriebliche Arbeitsschutz von gesundheitlich beeinträchtigten Beschäftigten z.T. nicht als „natürlicher Verbündeter“ betrachtet wird. Tatsächlich müssen Beschäftigte bei drohender Eigen- oder Fremdgefährdung die Arbeitgeber über ihre gesundheitlichen Einschränkungen (nicht ihre Diagnose oder gar Krankheitsprognose!) informieren. Daraus können erzwungene Tätigkeits- oder Arbeitsplatzwechsel folgen, ohne dass die Möglichkeiten der Arbeitsgestaltung voll ausgeschöpft werden.

### 3. Inklusiver Arbeitsschutz: Grundsätze und Handlungsfelder

Betrieblicher Arbeitsschutz zielt auf gesundheitsgerechtes Arbeiten für die gesamte Belegschaft. Arbeitgeber sind verpflichtet, Schutzmaßnahmen „unter Berücksichtigung der Umstände zu treffen, die Sicherheit und Gesundheit der Beschäftigten bei der Arbeit beeinflussen“ (§ 3 ArbSchG), haben dabei „spezielle Gefahren für besonders schutzbedürftige Beschäftigtengruppen“ zu berücksichtigen (§ 4 Nr.6 ArbSchG) und bei Aufgabenübertragungen zu beachten, ob Beschäftigte „befähigt sind, die für die Sicherheit

und den Gesundheitsschutz [...] zu beachtenden Bestimmungen und Maßnahmen einzuhalten“ (§ 7 ArbSchG) [15;1].

Im Betriebsalltag praktikabel wird inklusiver Arbeitsschutz, wenn er nicht als separater Maßnahmenkatalog für eine weitere Anspruchsgruppe abgearbeitet wird. Vielmehr sollte er als Re-Justierung der betrieblichen Arbeitsschutzorganisation verstanden werden. Letztlich geht es im Sinne eines Mainstreaming darum, den betrieblichen Alltag darauf auszurichten, „dass es vielfache Arten (zeitweise) begrenzter Leistungsfähigkeit gibt“ [16], denn wo Erkrankung zum Sonderfall gemacht wird, bleibt Nichterkrankung die Norm [16]. Die damit im Betriebsalltag verbundenen Verfügbarkeits-erwartungen und Leistungsfiktionen erzeugen vermeidbare Belastungen sowohl für die „Kranken“ als auch für die (noch oder gerade) „Gesunden“. Chronisch kranken Beschäftigten hilft vor allem eine funktionierende Arbeitsschutzorganisation, deren Akteure die bedingte Gesundheit von Beschäftigten als Normalität anerkennen.

An der Gefährdungsbeurteilung lässt sich beispielhaft zeigen, wie sich Verfahren des kollektiven Arbeitsschutzes anlassbezogen durch gruppenbezogene und individualisierte Elemente ergänzen lassen. Dadurch verläuft die angemessene Befassung mit dem Einzelfall nicht jenseits der Arbeitsschutzroutinen, sondern stärkt diese. Je sorgfältiger die kollektive Gefährdungsbeurteilung durchgeführt wird, desto seltener müssen Beschäftigte spezielle Einschränkungen ihrer Arbeitsfähigkeit offenlegen. So entlastet z.B. der standardmäßige Einsatz von Hebehilfen in der Pflege ein passant auch Beschäftigte mit chronischen Rückenleiden, und flexible Arbeitszeiten erleichtern Arztbesuche und Medikamenteneinnahmen. Damit entfallen Mehrarbeit für Einzelfallregelungen und das Sammeln gesundheitsbezogener Beschäftigten-daten. Da die kollektive Gefährdungsbeurteilung tätigkeitsbezogen bzw. arbeitsbereichsbezogen für Personen mit durchschnittlichen Merkmalen erarbeitet wird [17], kann sie für vulnerable Beschäftigtengruppen ggf. bestimmte Schutzziele nicht erreichen. Dann ist eine gruppenbezogene ergänzende Gefährdungsbeurteilung notwendig, wie sie beispielhaft für schwerbehinderte Beschäftigte mit Höreinschränkungen mit der inkludierten Gefährdungsbeurteilung „Kölner Modell“ erprobt wurde [18]. Für eine weitere individualisierte Gefährdungsbeurteilung bei chronisch erkrankten Beschäftigten verbleiben dann nur wenige Anlässe [1]. Die Handlungshilfen des Projekts TEA „Teilhabe-Epilepsie-Arbeit“ zeigen für an Epilepsie Erkrankte beispielhaft, wie sie erfolgen kann.

In ähnlicher Weise lassen sich andere Maßnahmen des Arbeitsschutzes niedrigschwellig für eine Unterstützung des „stay at work“ nutzen: In Unterweisungen können Beschäftigte auf Wechselwirkungen der Arbeit mit vorliegenden Einschränkungen, Gestaltungsoptionen oder Möglichkeiten zur Individualisierung von PSA hingewiesen werden. Auch die präventionsorientierte Nutzung von Angeboten zur arbeitsmedizi-

### Chronisch kranken Beschäftigten hilft eine funktionierende Arbeitsschutzorganisation, die die bedingte Gesundheit von Beschäftigten als Normalität anerkennt.

nischen Wunschvorsorge (vgl. dazu AMR 3.3) und die aktive Einbindung von Betriebsärzt\*innen in Arbeitsgestaltung und BEM-Verfahren sind wichtige Bausteine eines inklusiven Arbeitsschutzes. Erfahrungsgemäß stoßen Betriebe jedoch diesbezüglich durch beschränkte Zeitbudgets und Verfügbarkeiten von Betriebsärzt\*innen an Grenzen.

Guter Arbeitsschutz für Beschäftigte mit chronischen Erkrankungen oder Behinderungen kombiniert Verfahrenssicherheit und Verlässlichkeit mit Anpassungsfähigkeit im Einzelfall. Lokale Bedingungen beeinflussen, wie dies am besten gelingt. Es ist viel gewonnen, wenn Betriebe einplanen, dass Arbeitsplätze, Aufgaben, Arbeitszeiten und -abläufe aus gesundheitlichen Gründen ggf. nachjustiert werden müssen. Je nach Betriebsgröße lohnt eine Vorabstimmung von Vorgehensweisen, Verfahren und Ansprechpersonen. Detaillierte Regelungen sind wegen der Unterschiedlichkeit gesundheitlicher Belange und der Komplexität von Arbeits- und Lebenssituationen eher anlassbezogen mit den Betroffenen zu entwickeln.

Wenn die Arbeitssituation aufgrund chronischer Erkrankungen und/oder Behinderungen angepasst werden soll, können Betriebe – in Abhängigkeit von konkreten Risiken – unterschiedlichste Maßnahmen nutzen. Zum Teil enthalten einschlägige arbeitsschutzrechtliche Verordnungen wie die ArbStättV, BetrSichV oder LasthandhabV schon Hinweise auf gebotene Anpassungen [1]. Wichtige Gestaltungsoptionen sind:

- ▶ technische Anpassungen des Arbeitsplatzes, der Arbeitsumgebung und der persönlichen Schutzausrüstung sowie der Einsatz von Hilfsmitteln
- ▶ Anpassungen und Flexibilisierungen von Arbeitszeiten
- ▶ Modifikationen der Arbeitsaufgaben und Arbeitsorganisation im Team

- ▶ die Förderung physischer und kommunikationsbezogener Barrierefreiheit im Betrieb
- ▶ das Anpassen von Notfallplänen

Es gehört zu den Grundpflichten des betrieblichen Arbeitsschutzes, für alle Beschäftigten Räume im Betrieb zugänglich zu halten, Arbeitsplätze, Arbeitsmittel und Schutzausrüstung auf ihre Passung zu prüfen und ggf. Brandschutz- und Notfallmaßnahmen zu modifizieren. Der Fokus teilhabebezogenen Arbeitsschutzhandelns liegt allerdings oft zu einseitig auf Hilfsmitteln und technischen Umrüstungen. Vernachlässigt werden dabei organisatorische, aufgabenbezogene und soziale Veränderungen, die bestimmte Belastungen vermeiden oder Organisationsdefizite beheben.

Ein zentrales nicht-materielles Handlungsfeld ist die Arbeitszeitgestaltung: Menschen mit chronischen Erkrankungen oder Behinderungen können erheblich von Möglichkeiten der Arbeitszeitflexibilisierung, der individualisierten Pausengestaltung oder dem Wechsel ins Home-Office profitieren. Das gilt vor allem für Personen, die Medikamente einnehmen oder regelmäßige Messungen vornehmen müssen sowie bei schneller Erschöpfung oder wechselnder Tagesform. Bei einigen Krankheitsbildern sollten – auch mit betriebsärztlicher Unterstützung – bestimmte

### Selbst die beste GBU ersetzt keine Unternehmenskultur, in der Menschen sicher und selbstbestimmt über ihre gesundheitsbezogenen Belange sprechen können.

Arbeitszeitmodelle vermieden werden, insbesondere Nacht- und Schichtarbeit (siehe dazu z.B. S2k LL 002 – 030).

Arbeitsorganisatorische und aufgabenbezogene Vorkehrungen – wie robuste Vertretungskonzepte oder zeitflexible Aufgaben – sind gute Lösungen, wenn Beschäftigte wiederholt kurzfristig oder mit längerer Dauer ausfallen. Für manche Krankheitsbilder ist das Vermeiden von Alleinarbeit eine essenzielle Arbeitsschutzmaßnahme, für andere können z.B. der Verzicht auf Großraumbüros und Schutz vor Störgeräuschen oder Unterbrechungen wichtig sein.

Bei der Suche nach passenden Maßnahmen der Arbeitsgestaltung können betriebliche Arbeitsschutzakteure auf die Erfahrung der betroffenen Beschäftigten zurückgreifen und sich durch externe Stellen fachlich beraten und unterstützen lassen, u.a. durch Integrationsfachdienste und Integrationsämter, Ansprechstellen der Sozialversicherungsträger und für spezifische Krankheitsbilder insbesondere auch durch Selbsthilfeverbände (siehe [www.ChronMA.de](http://www.ChronMA.de))

#### 4. Fazit

Der funktionale und fähigkeitsbezogene teilhabeorientierte Gesundheitsbegriff, der 2006 in der UN-Behindertenrechtskonvention festgeschrieben wurde, hat auf europäischer wie nationaler Ebene den Wandel von einer Fürsorge zu einer Inklusionspolitik vorangetrieben. Auch im betrieblichen Arbeitsschutz ist es geboten, den Schutz vulnerabler Beschäftigtengruppen im Rahmen eines inklusiven Gesamtansatzes auszuweiten, der sich auf individuelle Bedarfe von Beschäftigten einlässt. Arbeitsgestaltung kann nachweislich das „stay at work“ fördern [3;14;19], und dieser Beitrag hat dafür geworben, die Rolle des Arbeitsschutzes für die Weiterbeschäftigung von Menschen mit chronischen Erkrankungen und/oder Behinderungen zu stärken.

Wie das geltende Arbeitsschutzrecht Inklusion unterstützt und einfordert, haben Busch und Kohte [1] dargelegt. Für den Betriebsalltag müssen immer wieder praktikable Wege gefunden werden, um mit den vorhandenen begrenzten Ressourcen die Rechte aller Beschäftigten auf gesundheitsgerechte Arbeit umzusetzen.

Empfehlenswert ist ein Herangehen, das die bedingte Gesundheit von Beschäftigten sowie individualisierte Schutz- und Gestaltungsbedarfe normalisiert und die damit verbundenen Herausforderungen für den Gesamtbetrieb berücksichtigt. Die erprobten und etablierten Instrumente des kollektiven Arbeitsschutzes dürfen dabei nicht geschwächt werden, sondern sollten als Seismograf dienen, ein hohes allgemeines Schutzniveau gewährleisten und so Offenbarungs- und Anpassungsbedarfe für einzelne Beschäftigte minimieren. Am Beispiel der kollektiven Gefährdungsbeurteilung, die durch gruppenbezogene und individualisierte Elemente ergänzt werden kann, lässt sich demonstrieren, wie dieses Zusammenspiel von standardisierten Verfahren und Einzelfalllösungen gelingen kann. Bei der Abwägung von Schutzmaßnahmen und Gestaltungslösungen sollte breit gedacht werden: organisatorische, arbeitszeit- und aufgabenbezogene Anpassungen sind ebenso zu beachten wie technische Umgestaltungen von Arbeitsplätzen.

In der Praxis erfordert es Beharrlichkeit, in Arbeitsschutz zu investieren, auch und gerade, wenn Personalengpässe bereits spürbar sind. Die durch das Arbeitsschutzrecht definierten Zuständigkeiten und Abläufe eines Arbeitsschutzes für chronisch erkrankte Beschäftigte lassen sich vor allem dort gut umsetzen, wo sie in eine inklusive gesundheitsbewusste Betriebskultur eingebettet sind, die externe Unterstützung nutzt und „betriebliche Verbündete“ niedrigschwellig für die Stärkung des „stay at work“ vernetzt. Denn selbst die bestdokumentierte inkludierte Gefährdungs-

beurteilung ersetzt nicht eine Unternehmenskultur, in der Menschen sicher und selbstbestimmt über ihre gesundheitsbezogenen Belange am Arbeitsplatz sprechen können. ■

## LITERATUR

- [1] Busch, D./Kohte, W. (2022): Die Verantwortung des Arbeitsschutzes für die Inklusion, *sicher ist sicher*, 10: 414–419.
- [2] Bauer, J. et al. (2023): To Tell or Not to Tell? Co-Developing an Interactive Online Tool That Supports Employees with Invisible Disabilities to Make a High-Quality Disclosure Decision, in: Beatty J. et al. (Hg.), *De Gruyter Handbook of Disability and Management*, Berlin: De Gruyter, 353–368.
- [3] Dettmann, M./Hasselhorn, H. M. (2020): Stay at Work – Erhalt von und Wunsch nach betrieblichen Maßnahmen bei älteren Beschäftigten mit gesundheitlichen Einschränkungen in Deutschland, *Zentralblatt für Arbeitsmedizin, Arbeitsschutz und Ergonomie*, 70(2): 66–75, zit.: 66, 71, 73f.
- [4] Vornholt, K. et al. (2017): Disability and employment – overview and highlights. *European Journal of Work and Organizational Psychology*, 27(1): 40–55.
- [5] Hien, W./Funk, G. (2019): Chronisch krank im Klein- und Mittelbetrieb: Unterschiedliche Konstellationen, hoher Unterstützungsbedarf – acht Fallberichte, *Working Paper 124*, Hans-Böckler-Stiftung, Düsseldorf.
- [6] Steinwede, J. et al. (2022): Das Konzept zur Messung von Behinderung in der „Repräsentativbefragung zur Teilhabe von Menschen mit Behinderungen“, in: Wansing, G. et al. (Hg.), *Teilhabe-forschung – Konturen eines neuen Forschungsfeldes*, Wiesbaden: Springer Fachmedien, 201–223.
- [7] Prütz, F./Lange, C. (2016): Daten zu Behinderung und Teilhabe in Deutschland, *Bundesgesundheitsblatt-Gesundheitsforschung-Gesundheitsschutz*, 59: 1103–1116.
- [8] Eurostat EU-SILC Datenbank, <https://ec.europa.eu/eurostat/de/data/database>, [hlth\_silc\_04], Auswahl: „Erwerbstätige“, „16 Jahre und mehr“, Abruf am 07.03.2023.
- [9] BMAS (2021): *Dritter Teilhabebericht der Bundesregierung über die Lebenslagen von Menschen mit Beeinträchtigungen. Teilhabe – Beeinträchtigung – Behinderung*, BMAS, Bonn, zit.: 21, 227, 228, 273.
- [10] Corbin, J.; Strauss, A. (2004 [1998]): *Weiterleben lernen. Verlauf und Bewältigung chronischer Krankheit*, 2. Aufl., Bern: Huber.
- [11] Lobert, H. (2019): *Chronische Erkrankungen am Arbeitsplatz. Ergebnisse der Online-Befragung, DMSG-Landesverband e.V. (Hg.)*, Düsseldorf, zit.: 61f., 65.
- [12] Brauner, C. et al. (2021): *Arbeit, Sicherheit und Gesundheit in Nordrhein-Westfalen. Methodenbericht und Fragebogen zur Beschäftigtenbefragung NRW 2021*, LIA, transfer 11.
- [13] Flüter-Hoffmann, C. et al. (2021): *Betriebliche Einflussfaktoren auf die Inklusion von Menschen mit Behinderungen: Eine empirische Analyse auf Basis der BIBB/BAuA-Erwerbstätigenbefragung 2018*, in: *IW-Trends* 48(4): 3–22.
- [14] Eurofound (2019): *Wie kann auf chronische Gesundheitsprobleme am Arbeitsplatz reagiert werden? Amt für Veröffentlichungen der Europäischen Union, Luxemburg*.
- [15] Pieper, R. (2017): *ArbSchR – Arbeitsschutzrecht. Kommentar für die Praxis. Arbeitsschutzgesetz, Arbeitssicherheitsgesetz und andere Arbeitsschutzvorschriften*, 6. Aufl., Frankfurt: Bund-Verlag, ArbSchG § 4, Rn. 19c.
- [16] Voswinkel, S. (2017): *Psychisch belastende Arbeitssituationen und die Frage der „Normalität“*, in: Alsdorf, N. et al. (Hg.), *Psychische Erkrankungen in der Arbeitswelt. Analysen und Ansätze zur therapeutischen und betrieblichen Bewältigung*, Bielefeld: transcript, 59–93, zit.: 90, 89.
- [17] Brodich, P. et al. (2019): *TEA. Arbeiten mit Epilepsie. Handlungshilfe zum inkludierten Gefährdungsmanagement*. <https://www.epilepsie-arbeit.de/> Abruf am 07.03.2023, zit.: 5.
- [18] Gebhardt, H. et al. (2017): *Inkludierte Gefährdungsbeurteilung am Beispiel von Beschäftigten mit Hörschädigung*, Köln: LVR.
- [19] Schram, J. L. et al. (2020): *Influence of changing working conditions on exit from paid employment among workers with a chronic disease*, *Occupational and Environmental Medicine*, 77(9): 628–633.